

# แนวปฏิบัติการพิจารณาวินิจฉัยการบำบัดทดแทนไตกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ พร้อมการฉีดยาอีริโทรโปอีติน(Erythropoietin)

\*\*\*\*\*

## การพิจารณาวินิจฉัยคำขอรับประโยชน์ทดแทน การบำบัดทดแทนไตกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ พร้อมการฉีดยาอีริโทรโปอีติน (Erythropoietin)

### 1. การยื่นคำขอ

ผู้ประกันตนสามารถยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ โดยยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไตและปลูกถ่ายอวัยวะหรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกันกองทุนประกันสังคม (สปส. 2-18) พร้อมเอกสารประกอบการยื่นคำขอ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ /จังหวัด /สาขา ที่ประสงค์จะใช้สิทธิ (เอกสารแนบ 1)

### 2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต กรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD)

### 3. การพิจารณาคำขอ

เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้รับเรื่องให้ดำเนินการ ดังนี้

(1) ตรวจสอบสิทธิผู้ประกันตน เช่นเดียวกับการขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

(1.1) ตรวจสอบระยะเวลาการเกิดสิทธิว่าผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์

(1.2) ตรวจสอบความเป็นผู้ประกันตนว่ายังคงสภาพความเป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา 33 มาตรา 39 หรือบุคคลตามมาตรา 38 (2) หรือบุคคลตามมาตรา 41 (3) (4) (5)

(1.3) ตรวจสอบนิติสัมพันธ์ของการเป็นลูกจ้าง – นายจ้าง ของผู้ประกันตนมาตรา 33 และบุคคลตามมาตรา 38 (2)

(2) กรณีมีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อ (1.1) (1.2) และ (1.3) ให้ดำเนินการ ดังนี้

(2.1) ตรวจสอบประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีผู้ประกันตนเคยได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไต หรือกรณีผู้ประกันตนไม่เคยได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไต และมีความประสงค์ขอสิทธิกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ

(2.2) ตรวจสอบเอกสารใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต กรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD) (เอกสารแนบ 2) ซึ่งจะต้องได้รับการพิจารณาจากอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในกรณีที่สถานพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไตว่าผู้ประกันตนต้องมีความพร้อมในการทำ การล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ ร่วมกับพิจารณาตามข้อห้ามสำหรับการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด ดังนี้

1) มีรอยโรคบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่ไม่สามารถวางสายได้ เช่น แผลหรือความผิดปกติของชั้นผนังหน้าท้องที่เป็นอุปสรรคต่อการวางท่อสำหรับการล้างไตหรือการหายของแผล ไม่มีผนังหน้าท้อง

2) มีทางเชื่อมระหว่างอวัยวะภายในช่องท้องออกสู่ผนังหน้าท้องหรือระหว่างอวัยวะภายในช่องท้องเอง เช่น Enterocutaneous fistula

3) มีทางเชื่อมระหว่างช่องท้องและช่องสารน้ำอื่นๆ เช่น Pleuroperitoneal fistula

(3) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา พิจารณาคณสมบัติของผู้ประกันตนว่ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อ 3 (1) และ (2) ทุกข้อเรียบร้อยแล้ว ให้แจ้งเรื่องมาที่สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ชื่อบำบัดทดแทนไต (เอกสารแนบ 5) เพื่อสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์จัดทำทะเบียนคนจำนวนผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ประสงค์จะเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (นำร่องจำนวน 200 ราย)

(4) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา บันทึกหมายเลขการคุมทะเบียนในเอกสารตามที่ได้รับแจ้งจากสำนักงานระบบบริการทางการแพทย์ และเสนอเรื่องคำขอของผู้ประกันตน เพื่อให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/ประกันสังคมจังหวัด/หัวหน้าประกันสังคมจังหวัดสาขา เป็นผู้อนุมัติให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตกรณีการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ

(5) กรณีผู้ประกันตนไม่เข้าข่ายตามหลักเกณฑ์ ข้อ 3 (2) (2.2) ให้สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา แจ้งผลการวินิจฉัยไม่มีสิทธิให้ผู้ประกันตนทราบ (เอกสารแนบ 4)

#### 4. การแจ้งผลการพิจารณา

##### (1) กรณีวินิจฉัยมีสิทธิ

1. ผู้ประกันตนเคยได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไต และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อ 3 (2) (2.1) (2.2) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา วินิจฉัยมีสิทธิการบำบัดทดแทนไต กรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ พร้อมการฉีดยาอิริโทรโปอิติน เจ้าหน้าที่ (ระดับสูง) ดำเนินการบันทึกข้อมูลวันที่มีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ พร้อมด้วยการฉีดยาอิริโทรโปอิติน ในระบบ Sapiens เมนูข้อ 16 บันทึกวันที่เริ่มมีสิทธิการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ และแจ้งผลการวินิจฉัยมีสิทธิให้ผู้ประกันตนทราบ ตามแบบฟอร์มหนังสือแจ้งผลการวินิจฉัยมีสิทธิ (เอกสารแนบ 3)

2. ผู้ประกันตนไม่เคยได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไต และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อ 3 (2) (2.1) (2.2) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา วินิจฉัยมีสิทธิการบำบัดทดแทนไตกรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ พร้อมการฉีดยาอิริโทรโปอิติน เจ้าหน้าที่ (ระดับสูง) บันทึกวันที่เริ่มมีสิทธิในระบบ Sapiens เมนูข้อ 16 บันทึกวันที่เริ่มมีสิทธิการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ และแจ้งผลการวินิจฉัยมีสิทธิให้ผู้ประกันตนทราบ ตามแบบฟอร์มหนังสือแจ้งผลการวินิจฉัยมีสิทธิ (เอกสารแนบ 3)

3. การวินิจฉัยมีสิทธิ ตามข้อ 4. (1) ข้อ 1 และ ข้อ 2 ให้เจ้าหน้าที่บันทึกกับแจ้งตามคู่มือการบันทึกวินิจฉัยส่งจ่ายค่าบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต กรณีล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (เอกสารแนบ 6)

##### (2) กรณีวินิจฉัยไม่มีสิทธิ

1. ผู้ประกันตนเคยได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไต และมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามข้อ 3 (2) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา วินิจฉัยไม่มีสิทธิ และแจ้งผลการวินิจฉัยไม่มีสิทธิให้ผู้ประกันตนทราบ ตามแบบฟอร์มหนังสือแจ้งผลการวินิจฉัยไม่มีสิทธิ (เอกสารแนบ 4)

2. ผู้ประกันตนไม่เคยได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไต และมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามข้อ 3 (2) (2.2) สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/จังหวัด/สาขา วินิจฉัยไม่มีสิทธิ และแจ้งผลการวินิจฉัยไม่มีสิทธิ พร้อมทั้งแจ้งสิทธิอุทธรณ์ให้ผู้ประกันตนทราบ ตามแบบฟอร์มหนังสือแจ้งผลการวินิจฉัยไม่มีสิทธิ (เอกสารแนบ 4) ทั้งนี้ ผู้ประกันตนสามารถยื่นขอสิทธิบำบัดทดแทนไต กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรได้ หากผู้ประกันตนไม่เห็นด้วยกับคำสั่งดังกล่าว ให้อุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่รับแจ้งคำสั่งนี้



**แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต และปลูกถ่ายอวัยวะ  
หรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน  
กองทุนประกันสังคม**

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ .....

วันที่รับ .....

ผู้รับ .....

**สำหรับผู้ประกันตน**

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน .....  
วัน / เดือน / ปีเกิด ..... อายุ.....ปี  
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่.....อาคาร/หมู่บ้าน.....ซอย.....  
ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....อีเมล.....
2. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....  
เลขที่บัญชี .....ลำดับที่สาขา .....
3. ขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธี  
☐ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ☐ การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร  
☐ การล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (APD)  
พร้อมด้วยการฉีดยาอีริโทรพัวอิติน (Erythropoietin)
4. ขอรับประโยชน์ทดแทน ☐ การปลูกถ่ายอวัยวะ ☐ การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน  
☐ ปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ☐ ปลูกถ่ายไขกระดูก ☐ ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระเจกตา  
☐ ปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplantation)  
☐ ปลูกถ่ายปอด (Lung Transplantation)  
☐ ปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation)  
☐ ปลูกถ่ายตับอ่อน (Pancreas Transplantation)  
☐ ปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ได้แก่  
☐ ปลูกถ่ายหัวใจและปอด (Heart-lung Transplantation)  
☐ ปลูกถ่ายหัวใจและไต (Heart-kidney Transplantation)  
☐ ปลูกถ่ายตับและไต (Simultaneous liver kidney transplantation)  
☐ ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต (Simultaneous pancreas kidney transplantation or SPK)
5. สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะ ตามข้อ 4  
ชื่อ.....
6. สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)  
ชื่อ.....  
โดยสถานพยาบาล ☐ ตอบรับแล้ว ☐ ยังไม่ได้ตอบรับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)  
วันที่...../...../.....

1. วันที่ได้รับตรวจรักษาผู้ป่วยรายนี้.....
2. Underlying disease ของผู้ป่วย (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
☐ Chronic Glomerulonephritis : Biopsy-proven (มีผล Kidney biopsy)  
☐ Focal segmental glomerulosclerosis ☐ Membranous nephropathy ☐ Membranoproliferative GN  
☐ IgA nephropathy ☐ Mesangial proliferative IgM nephropathy  
☐ Unknown ☐ อื่น ๆ ระบุ .....  
☐ Presumed glomerulonephritis (No biopsy)  
☐ Alport's syndrome ☐ Analgesic nephropathy ☐ Aplastic/dysplastic kidney disease  
☐ Chronic urate nephropathy ☐ Diabetic nephropathy ☐ Lupus nephritis ☐ Obstructive nephropathy  
☐ Polycystic kidney disease ☐ Unknown  
☐ Chronic allograft nephropathy ☐ Allograft failure  
☐ อื่น ๆ ระบุ .....  
3. Other disease ☐ DM ☐ HT ☐ อื่น ๆ ระบุ .....  
4. ตรวจพบเป็น ESKD เมื่อวันที่.....  
เนื่องจากอาการ/อาการแสดง.....  
.....  
.....  
ผลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ .....



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต กรณีการล้างช่องท้อง  
ด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis : APD)

สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

Ultrasound kidney size เมื่อวันที่.....

Right.....(ยาว) x .....(กว้าง) cm. Left.....(ยาว) x .....(กว้าง) cm.

Chest x-ray.....

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในช่วง 6 เดือน

วันที่.....BUN.....mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct.....%, GFR.....cc/min  
วันที่.....BUN.....mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct.....%, GFR.....cc/min  
วันที่.....BUN.....mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct.....%, GFR.....cc/min  
วันที่.....BUN.....mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct.....%, GFR.....cc/min  
วันที่.....BUN.....mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct.....%, GFR.....cc/min  
วันที่.....BUN.....mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct.....%, GFR.....cc/min  
วันที่.....BUN.....mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct.....%, GFR.....cc/min  
วันที่.....BUN.....mg/dl, Cr..... mg/dl, Hct.....%, GFR.....cc/min

5. การรักษา

- ☐ 5.1 ขออนุมัติล่วงหน้ากรณีการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ เมื่อเข้าเกณฑ์ของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย  
ตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม โดยจะแจ้งให้ทราบทันที เมื่อได้รับการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ
- ☐ 5.2 ได้รับการบำบัดทดแทนไตมาก่อน โดยวิธี ☐ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ☐ ล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร  
☐ ล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ  
ตั้งแต่วันที่.....
- ☐ 5.3 จำเป็นต้องล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ ทั้งๆ ที่ผลเลือดยังไม่ถึงเกณฑ์ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามประกาศ  
ของสำนักงานประกันสังคม ที่โรงพยาบาล.....ตั้งแต่วันที่.....  
โดยมีผลเลือด วันที่ .....พบค่า BUN.....mg/dl, Cr..... mg/dl  
เนื่องจาก.....  
.....



## ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต กรณีการล้างช่องท้อง ด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis : APD)

5.4 จำเป็นต้องล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ ตั้งแต่วันที่.....

โดยมีข้อบ่งชี้สำหรับการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

### 1. ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

- ☐ 1) มีเยื่อช่องท้องแบบแลกเปลี่ยนไว (Fast transporter : D/P cr > 0.81) ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมภาวะสมดุลน้ำ แม้ว่าจะควบคุมการรับประทานน้ำและอาหารแล้ว
- ☐ 2) ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะมีความดันในช่องท้องสูงหลังจากใส่น้ำยาล้างไตในช่องท้อง (Avoid intraperitoneal abdominal pressure) เช่น คนไข้ที่เคยมีประวัติไส้เลื่อน มีประวัติ ADPKD ตั้งครรภ์ ใช้เครื่องช่วยหายใจ CPAP/BiPAP
- ☐ 3) ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก หรือผู้ป่วยที่ต้องใส่น้ำยาล้างช่องท้องมากกว่า 10 ลิตร

### 2. ข้อบ่งชี้อื่นๆ

- ☐ 1) การรักษาด้วยวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาเล่าเรียนหรือการประกอบอาชีพ
- ☐ 2) ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลที่สามารถช่วยเปลี่ยนน้ำยาล้างช่องท้องได้

6. อื่นๆ.....

โดยไม่มีข้อห้ามตามที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด ดังนี้

- 1) มีรอยโรคบริเวณผิวหนังหน้าท้องที่ไม่สามารถวางสายได้ เช่น แผลหรือความผิดปกติของชั้นผิวหนังท้องที่เป็นอุปสรรคต่อการวางท่อสำหรับการล้างไตหรือการหายของแผล ไม่มีผิวหนังท้อง
- 2) มีทางเชื่อมระหว่างอวัยวะภายในช่องท้องออกสู่ผนังหน้าท้อง หรือระหว่างอวัยวะภายในช่องท้องเอง เช่น enterocutaneous fistula
- 3) มีทางเชื่อมระหว่างช่องท้องและช่องสารน้ำอื่นๆ เช่น pleuroperitoneal fistula

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

(.....)



ที่ ...../.....

สปส.จังหวัด/สาขา/กทม.พื้นที่.....

.....  
.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาขอรับสิทธิการบำบัดทดแทนไต

เรียน .....

ด้วยคณะอนุกรรมการโรคไตและการปลูกถ่ายอวัยวะ สำนักงานประกันสังคม มีมติที่ประชุม ครั้งที่..... ลงวันที่..... ให้ท่าน

☐ มีสิทธิกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ๑,๕๐๐ บาท/ครั้ง พร้อมการฉีดยาอิริโทรโปอีติน ตั้งแต่วันที่.....

☐ มีสิทธิกรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร พร้อมการฉีดยาอิริโทรโปอีติน ตั้งแต่วันที่.....

☐ มีสิทธิกรณีล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ พร้อมการฉีดยาอิริโทรโปอีติน ตั้งแต่วันที่.....

☐ มีสิทธิเบิกค่าผ่าตัดเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือกรณีผ่าตัดวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้อง ย้อนหลังไม่เกิน ๑๘๐ วัน

☐ มีสิทธิได้รับการปลูกถ่ายไต ตั้งแต่วันที่.....

ในการนี้ สำนักงานประกันสังคม.....ขอให้ท่านติดต่อสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรหรือการล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ทั้งนี้ กรณีการปลูกถ่ายไตหากประสงค์จะเริ่มใช้สิทธิ โดยแพทย์ที่รักษาเห็นว่าสภาพร่างกายมีความพร้อม เหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนต้องมาติดต่อเพื่อยื่นหนังสือแสดงความจำนงขอเริ่มใช้สิทธิ ตามแบบฟอร์มที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....

.....

กลุ่มงาน.....

โทร. ....

โทรสาร .....

“ตัวอย่าง แจ้งผู้ประกันตนกรณีไม่ได้รับอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไต”



ที่ ...../.....

สปส.จังหวัด/สาขา/กทม.พื้นที่.....

.....

.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาขอรับสิทธิการบำบัดทดแทนไต

เรียน .....

ด้วยคณะอนุกรรมการโรคไตและการปลูกถ่ายอวัยวะ สำนักงานประกันสังคม มีมติที่ประชุม ครั้งที่..... ลงวันที่..... ให้ท่าน

☐ ไม่มีสิทธิกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ๑,๕๐๐ บาท/ครั้ง พร้อมการฉีดยาอิริโทรโปอีติน เนื่องจาก ไม่เข้าตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

☐ ไม่มีสิทธิกรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร พร้อมการฉีดยาอิริโทรโปอีติน เนื่องจาก ไม่เข้าตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

☐ ไม่มีสิทธิกรณีล้างช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ พร้อมการฉีดยาอิริโทรโปอีติน เนื่องจาก ไม่เข้าตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

☐ ไม่มีสิทธิเบิกค่าผ่าตัดเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือกรณีผ่าตัดวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้อง เนื่องจาก ไม่เข้าตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

ทั้งนี้ ผู้ประกันตนสามารถยื่นขอสิทธิบำบัดทดแทนไต กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรได้ หากท่านไม่เห็นด้วยกับคำสั่งดังกล่าว ให้อุทธรณ์เป็นหนังสือ ต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....

.....

กลุ่มงาน.....

โทร. ....

โทรสาร .....

## กลุ่มบำบัดทดแทนไต

