

แนวปฏิบัติการยื่นขอรับสิทธิกรณีปลูกถ่ายอวัยวะของผู้ประกันตน

ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533

เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย

หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 8 พฤษภาคม 2557

ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2557 เป็นต้นไป

1. กรณียื่นคำขอ

ผู้ประกันตนยื่นความประสงค์เพื่อขอรับสิทธิปลูกถ่ายอวัยวะ ต่อสำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่ / จังหวัด / สาขา ที่ประสงค์ใช้สิทธิ เพื่อให้ตรวจสอบสิทธิและมีหนังสือส่งตัวไปยังสถานพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายอวัยวะที่ผู้ประกันตนประสงค์จะเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะ หรือเข้ารับการดูแลรักษากรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ

2. เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

การขอรับสิทธิกรณีปลูกถ่ายอวัยวะใช้เอกสาร ดังนี้

- (1) แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไตกรณีปลูกถ่ายอวัยวะ หรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน สปส.2-18 พร้อมเอกสารตามที่ระบุทั้งหมด
- (2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- (3) ใบรับรองแพทย์กรณีปลูกถ่ายอวัยวะตามแบบสำนักงานประกันสังคมกำหนด

3. สำนักงานประกันสังคมแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ประกันตนทราบ และออกหนังสือแจ้งสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนประสงค์จะเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะ หรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน ตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนยื่นขอรับสิทธิพร้อมหมายเลขทะเบียนอนุมัติ เพื่อใช้อ้างอิงการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ทั้งนี้ สถานพยาบาลดังกล่าวต้องเป็นสถานพยาบาลในความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมกรณีปลูกถ่ายอวัยวะ



สำนักงานประกันสังคม

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด

สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมกรณีปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด

ข้อมูลประเภทการรับอวัยวะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาค

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก HN.....

ที่อยู่ติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร อีเมล

บุคคลอ้างอิง หมายเลขโทรศัพท์..... ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรับการผ่าตัดดังต่อไปนี้

การปลูกถ่ายหัวใจ

☐ มีข้อบ่งชี้ครบทุกหัวข้อได้แก่

1. อายุไม่เกิน 65 ปี
2. ผู้ป่วยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น
3. ไม่มีภาวะ active infection
4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
7. ไม่เป็นโรคเมเร็งหรือเป็นเมเร็งที่รักษาขาดนานกว่า 3 ปีขึ้นไป

การปลูกถ่ายปอด

☐ มีข้อบ่งชี้ครบทุกหัวข้อได้แก่

1. อายุไม่เกิน 65 ปี
2. ผู้ป่วยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น
3. ไม่มีภาวะ active infection
4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
7. ไม่เป็นโรคเมเร็งหรือเป็นเมเร็งที่รักษาขาดนานกว่า 3 ปีขึ้นไป

การปลูกถ่ายหัวใจและปอด

☐ มีข้อบ่งชี้ครบทุกหัวข้อสำหรับการปลูกถ่ายหัวใจและการปลูกถ่ายปอด

ส่วนที่ 3 ประเภทอวัยวะที่จะทำการปลูกถ่าย

☐ Heart Transplantation ☐ Heart- Lung Transplantation

☐ Lung Transplantation

..... Single Lung Transplantation

..... Double Lung Transplantation

ส่วนที่ 4 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (อายุรแพทย์โรคหัวใจ-ปอด/ ศัลยแพทย์ทรวงอก)

ลงชื่อ.....
(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....



สำนักงานประกันสังคม

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน

สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมกรณีปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน

ข้อมูลประเภทการรับอวัยวะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาค

ชื่อนามสกุลอายุ ปี

วัน/เดือน/ปีเกิดหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลักHN

ที่อยู่ติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์โทรสารอีเมล

บุคคลอ้างอิงหมายเลขโทรศัพท์ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรับการผ่าตัดดังต่อไปนี้

การปลูกถ่ายตับ

☐ มีข้อบ่งชี้ตามหัวข้อได้แก่

1. อายุไม่เกิน 65 ปี

2. ผู้ป่วยเป็นโรคตับจาก

☐ ผู้ป่วยเป็นภาวะตับวาย (Fulminant hepatic failure)

☐ ผู้ป่วยเป็นมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) ที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้

☐ ผู้ป่วยเป็นโรคตับเรื้อรังหรือตับแข็ง

☐ ผู้ป่วยเป็นโรคทางเมตาบอลิกที่สามารถรักษาหายด้วยวิธีปลูกถ่ายตับ เช่น Primary oxaluria, Familial amyloidosis, Alpha-1-antitrypsin deficiency, Wilson's disease, Urea cycle enzyme deficiencies, Glycogen storage disease และ Tyrosemia เป็นต้น

3. ไม่มีภาวะ active infection

4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS

5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด

6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder

7. ไม่มีภาวะ Active extrahepatic malignancy หรือ Hepatic malignancy with macrovascular or diffuse tumor invasion

8. ไม่เป็นภาวะเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด เช่น Severe cardiopulmonary conditions

การปลูกถ่ายตับอ่อน

☐ มีข้อบ่งชี้ตามหัวข้อได้แก่

1. อายุไม่ควรเกิน 65 ปี

2. ผู้ป่วยเป็นภาวะเบาหวานประเภทที่ 1 ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ด้วย insulin หรือมีภาวะ severe metabolic complication เช่น repeated episodes of diabetic ketoacidosis

3. ไม่มีภาวะ active infection

4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS

5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด

6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder

7. ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาขาดนานกว่า 3 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสำหรับผู้บริจาค (เฉพาะLiving Donor)

ชื่อนามสกุล อายุ ปี

วัน/เดือน/ปีเกิดหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก.....

ที่อยู่ติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์โทรสาร.....อีเมล์.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

สิทธิรักษาพยาบาล ☐ สวัสดิการราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ประกันสังคม

☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 4 ประเภทอวัยวะที่จะทำการปลูกถ่าย

☐ Liver Transplantation from deceased donor

☐ Liver Transplantation from living donor

☐ Pancreas Transplantation

ส่วนที่ 5 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน/ อายุรแพทย์โรคตับ-ทางเดินอาหาร)

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....



สำนักงานประกันสังคม

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจและไต ตับและไต ตับอ่อนและไต

สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมกรณีปลูกถ่ายหัวใจและไต ตับและไต ตับอ่อนและไต

ข้อมูลประเภทการรับอวัยวะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาค

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก HN.....

ที่อยู่ติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร อีเมล

บุคคลอ้างอิง หมายเลขโทรศัพท์ ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรับการผ่าตัดดังต่อไปนี้

การปลูกถ่ายหัวใจและไต

.....

การปลูกถ่ายตับและไต

.....

การปลูกถ่ายตับอ่อนและไต

.....

ส่วนที่ 3 ประเภทอวัยวะที่จะทำการปลูกถ่าย

- ☐ Heart - Kidney Transplantation
☐ Liver - Kidney Transplantation
☐ Pancreas - Kidney Transplantation

ส่วนที่ 4 ลงชื่อชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (อายุรแพทย์โรคหัวใจ หรืออายุรแพทย์โรคไตหรือศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ หรือ ศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายตับหรือตับอ่อน หรือ อายุรแพทย์โรคตับ-ทางเดินอาหาร)

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วย

ขอเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน
และรับยากดภูมิคุ้มกัน

สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... และ ☐ วุฒิบัตร/ อนุมัติบัตร สาขา

☐ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์โรคตับ-ทางเดินอาหาร

☐ อายุรศาสตร์โรคหัวใจ-ระบบทางเดินหายใจ ศัลยศาสตร์ทรวงอก

☐ อายุรแพทย์โรคหัวใจ หรืออายุรแพทย์โรคไตหรือศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ
หรือ ศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายตับหรือตับอ่อน

☐ อื่นๆ.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่า นาย,นาง,นางสาว..... อายุ..... ปี

ได้รับการวินิจฉัยว่าได้รับการผ่าตัด

☐ 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)

1. วันแรกที่ได้ตรวจรักษาผู้ป่วยรายนี้.....

2. Underlying disease ของผู้ป่วย

2.1

2.2

2.3

2.4

2.5

3. Other diseases ☐ DM ☐ HT ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

โปรดกรอกข้อมูลด้านหลัง ➡

4. ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน และรับยากดภูมิคุ้มกันที่โรงพยาบาล
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
(พร้อมแนบหลักฐานสำเนาใบรายงานการผ่าตัดปลูกถ่ายของสถานพยาบาลมาด้วย)
5. ปัจจุบันรับการดูแลรักษาหลังผ่าตัดปลูกถ่ายและรับยากดภูมิคุ้มกันที่โรงพยาบาล.....
6. Medical History
.....
.....
.....
7. Quality of Life.....
Compliance.....
.....
8. Physical Examination : BPmmHg, PR...../min, RR...../min
BW.....kgs.....
.....
.....
9. Current Medication (พร้อมแนบหลักฐานสำเนาคำสั่งการให้ยากดภูมิคุ้มกันของแพทย์มาด้วย)
.....
.....
.....
10. ปัจจุบันรับผิดชอบค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นเงินจำนวนเฉลี่ย.....บาทต่อเดือน

ลงชื่อ

(.....)

วันที่...../...../.....



สำนักงานประกันสังคม

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

สถานพยาบาล.....

ส่วนที่ 1

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก HN.....
ที่อยู่ติดต่อได้
หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร อีเมล
บุคคลอ้างอิง หมายเลขโทรศัพท์ ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 2

แพทย์ได้วินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรค.....ตั้งแต่วันที่.....

ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรค ตามประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2556 ดังนี้

☐ โรคแผลเป็นที่กระจกตา (Cornea scar)

☐ โรคกระจกตาเป็นแผล (Cornea ulcer)

☐ โรคกระจกตามีความโค้งผิดปกติ (Keratoconus)

☐ โรคกระจกตาขุ่น เป็นฝ้าขาว บวม (Cornea decompensation or Bullcus keratopathy) เช่น
เป็นแผลเป็นหรือกระจกตาบวมจากอุบัติเหตุสารเคมี การติดเชื้อ โรคกระจกตาที่เป็นแต่กำเนิด เป็นต้น

☐ กรณีฉุกเฉิน เช่น โรคติดเชื้อรุนแรง ไม่สามารถควบคุมด้วยการใช้ยารักษาได้หรือรายที่กระจกตากำลังจะทะลุ
หรือทะลุแล้ว สาเหตุใดก็ตามต้องรีบตัดกระจกตาส่วนที่ติดเชื้อ แล้วใส่กระจกตาผู้บริจาคแทนที่ เพื่อรักษา
ดวงตาไว้ก่อน

☐ หรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 3 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....



สำนักงานประกันสังคม

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก

สถานพยาบาล.....

ส่วนที่ 1

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ.....ได้ตรวจรักษาผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....

อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

และได้วินิจฉัยผู้ป่วยเป็น.....ตั้งแต่วันที่.....

ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก

ส่วนที่ 2 ผล CBC

โรงพยาบาล	วันที่	Hb (gm/dl)	Hct (%)	WBC (/mm ³)	Blast (%)	Pro (%)	Myelo (%)	Mata (%)	Mono (%)	Lymp (%)	Baso (%)	PMN (%)	EOS (%)	Platelet (/mm ³)

ส่วนที่ 3 ผล Bone marrow aspiration เมื่อวันที่

.....

.....

ส่วนที่ 4 ผล Bone marrow biopsy เมื่อวันที่

.....

.....

ส่วนที่ 5 ผลการตรวจอื่นๆ อาทิเช่น ผล Chromosome study

1.เมื่อวันที่.....

.....

.....

2.เมื่อวันที่.....

.....

.....

ส่วนที่ 6 สรุปความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

☐ สำเนาเวชระเบียนพร้อมผล CBC ☐ สำเนาผล Bone marrow aspiration

☐ สำเนาผล Bone marrow biopsy ☐ สำเนาผลการตรวจอื่นๆ ได้แก่.....

ส่วนที่ 7 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีการผ่าตัด
เปลี่ยนอวัยวะตามมติคณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕(๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ คณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้เพิ่มความใน (๑๐) ข้อ ๘ หมวด ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ ดังนี้

- “ (ค) การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplantation)
(ง) การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด (Lung Transplantation)
(จ) การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation)
(ฉ) การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน (Pancreas Transplantation)
(ช) การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ได้แก่
- การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ และปอด (Heart-lung Transplantation)
 - การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ และไต (Heart-kidney Transplantation)
 - การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ และไต (Simultaneous liver kidney transplantation)
 - การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน และไต (Simultaneous pancreas kidney transplantation or SPK)

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ตาม (ค) (ง) (จ) (ฉ) และ (ช)
ตามแนบท้ายประกาศนี้ ”

ข้อ ๒ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

(ศาสตราจารย์เหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์