ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา ตามมติของคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความใน (ข) ของข้อ ๘ (๑๐) ของหมวด ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"(ข) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตาให้เหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลในอัตราสามหมื่นห้าพันบาท กรณีที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตาร่วมกับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์เทียมให้เหมาจ่ายค่าเลนส์เทียมให้กับสถานพยาบาลตามอัตราที่ปรากฏในบัญชีรายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคแนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน และจ่ายค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตาแก่สภากาชาดไทยในอัตราดวงตาละหนึ่งหมื่นห้าพันบาทตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศนี้"

ข้อ ๒ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายชาตรี บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

---

๑. นิยาม

"การเปลี่ยนกระจกตา" หมายความถึง การเปลี่ยนกระจกตาหรือเนื้อเยื่ออื่นเพื่อทดแทนกระจกตา ซึ่งมีหลายวิธี คือ

๑) การเปลี่ยนกระจกตาทุกชั้นของกระจกตา (Penetrating keratoplasty)

๒) การเปลี่ยนกระจกตาเฉพาะชั้นบนของกระจกตา (Anterior lamella keratoplasty)

๓) การเปลี่ยนกระจกตาเฉพาะชั้นล่างของกระจกตา (Endothelial keratoplasty)

๔) การเปลี่ยนกระจกตาด้วยกระจกตาเทียม (Keratoprosthesis)

๒. ผู้มีสิทธิขอรับบริการทางการแพทย์โดยการเปลี่ยนกระจกตามีข้อบ่งชี้ ดังนี้

๑) กระจกตาขุ่นขาวจากสาเหตุใดๆก็ตามที่ทำให้การมองเห็นลดลง และไม่สามารถรักษาให้หายได้โดยการใช้ยา สาเหตุที่ทำให้กระจกตาขุ่นขาว ได้แก่

ก. โรคแผลเป็นที่กระจกตา (Corneal scar)

ข. โรคกระจกตาเป็นแผล (Corneal ulcer)

ค. โรคกระจกตาขุ่นเป็นฝ้าขาว บวม (Corneal decompensation or Bullous keratopathy) เช่น เป็นแผลหรือกระจกตาบวมจากอุบัติเหตุสารเคมี กระจกตาบวมหลังการผ่าตัด เป็นต้น

ง. กระจกตาเสื่อมตามอายุ

จ. กระจกตาผิดปกติแต่กำเนิดหรือผิดปกติทางพันธุกรรม (Corneal dystrophy), การติดเชื้อแต่กำเนิด

ฉ. กระจกตาขุ่นจากโรคทางภูมิร่างกายผิดปกติ เช่น โรคจากการแพ้ยาชนิด Steven Johnson syndrome, Ocular mucous membrane pemphigoid

๒) โรคกระจกตามีความโค้งผิดรูป (Keratoconus) กระจกตาบาง (corneal stromal thinning, descemetocele)

๓. กรณีมีความจำเป็นเร่งด่วน เช่น โรคติดเชื้อที่กระจกตารุนแรงไม่สามารถควบคุมด้วยการใช้ยารักษาได้ หรือรายที่กระจกตากำลังจะทะลุหรือทะลุแล้ว หรือกรณีที่ได้กระจกตาจากสภากาชาดแล้วแต่ยังไม่ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานประกันสังคม ในกรณีมีความจำเป็นเร่งด่วนให้จักษุแพทย์ผู้รักษาเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา และผู้ประกันตนมาดำเนินการยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนในภายหลังภายใน ๙๐ วัน นับจากวันเปลี่ยนกระจกตา

๔. ผู้ประกันตนที่มีความประสงค์จะใช้สิทธิการเปลี่ยนกระจกตาจะต้องยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา พร้อมเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑) ประวัติการรักษาเกี่ยวกับโรคตา

๒) ความเห็นแพทย์ผู้รักษาให้เปลี่ยนกระจกตา

โดยเลขาธิการสำนักงานประกันสังคมหรือผู้ที่เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมมอบหมายเป็นผู้อนุมัติสิทธิการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาให้แก่ผู้ประกันตนตามหลักเกณฑ์ข้อ ๒

๕. สำนักงานประกันสังคมจะส่งตัวผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติให้ได้รับสิทธิการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาไปยังสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมที่จะให้การรักษากรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

๖. การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ผู้ประกันตนจะต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมที่จะให้การรักษากรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา โดยให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานประกันสังคม และสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าจัดเก็บและรักษาดวงตาให้ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

๗. กรณีนอกเหนือจากหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่กำหนดให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

แนวปฏิบัติกรณีผู้ประกันตนขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

1. **แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาล**

เมื่อแพทย์ผู้ทำการตรวจวินิจฉัยพบว่า ผู้ประกันตนได้เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2560 ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 8 พฤศจิกายน 2559 เป็นต้นไป มีความเห็นว่าผู้ประกันตนมีสภาพร่างกาย และความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา ให้ปฏิบัติดังนี้

1) แพทย์ผู้ทำรักษา และผู้ทำการวินิจฉัยเป็นผู้ให้รายละเอียดประวัติการเจ็บป่วยของผู้ประกันตนตามแบบฟอร์ม 1.1 พร้อมสำเนาเวชระเบียน และผลการตรวจที่เกี่ยวข้อง

2) ขอให้สถานพยาบาลจัดเตรียมเอกสารตามข้อ 1.1 มอบให้กับผู้ประกันตน และแนะนำให้ผู้ประกันตนติดต่อกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือเขตพื้นที่ที่สะดวก

3) ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานประกันสังคมมีสิทธิได้รับการเปลี่ยนอวัยวะกระจกตาในสถานพยาบาลที่ทำความตกลง โดยไม่ต้องเปลี่ยนบัตรรับรองสิทธิฯ

2. **แนวปฏิบัติสำหรับสำนักงานประกันสังคม**

สำนักงานประกันสังคมที่รับเรื่อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

2.1 ตรวจสอบเอกสารจากสถานพยาบาลตามข้อ 1) และประสานงานกับสถานพยาบาลกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วน

2.2 ตรวจสอบสถานภาพการเป็นผู้ประกันตน พร้อมทั้งรับรองสิทธิตามแบบฟอร์ม 1.2

2.3 ส่งเรื่องให้สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ดำเนินการเสนอเข้าคณะอนุกรรมการตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์ โดยจัดทำสรุปข้อมูลในรูปแบบของระเบียบวาระการประชุม

2.4 กรณีผู้ประกันตนได้รับการอนุมัติ สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ดำเนินการทำหนังสือขออนุมัติเลขาธิการหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมาย เพื่อส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา พร้อมทั้งหนังสือแจ้งสำนักงานประกันสังคมจังหวัด เขตพื้นที่ที่ยื่นเรื่องเพื่อแจ้งผู้ประกันตนทราบ

3. **เอกสารประกอบการส่งหารือกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา**

(1) ใบรับรองแพทย์ (ตามแบบ)

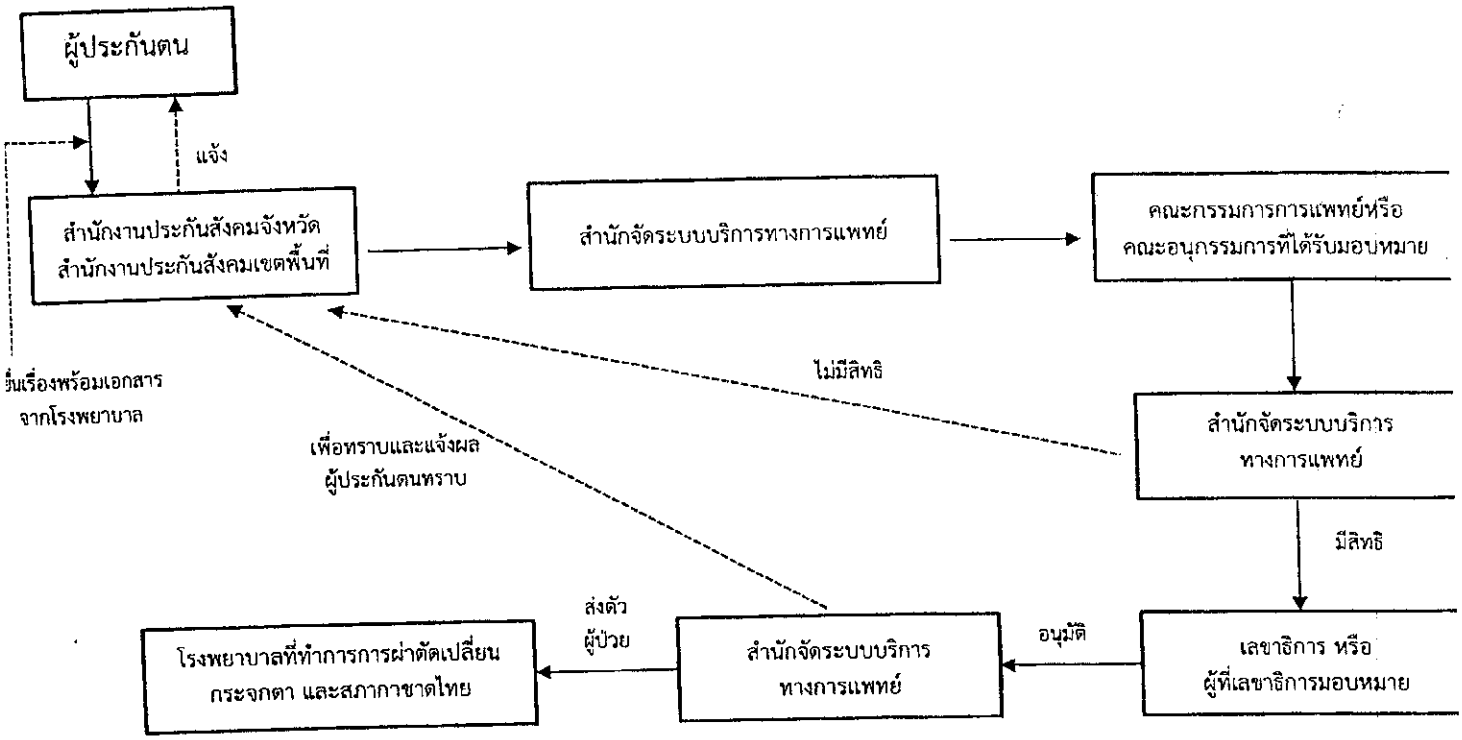
(2) สำเนาเวชระเบียน

(3) บันทึกถ้อยคำผู้ประกันตน/แบบคำขอ สปส.2-18

(4) ใบรับรองสิทธิการเป็นผู้ประกันตน (ตามแบบ)

(5) สรุปเรื่อง/ระเบียบวาระ

แผนภูมิแนวปฏิบัติประโยชน์ทดแทนกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา



แบบฟอร์ม 1.1

สำนักงานประกันสังคม

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

สถานพยาบาล.....

ส่วนที่ 1
ชื่อ .....นามสกุล .....อายุ ..... ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด .....หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก .....HN.....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....
หมายเลขโทรศัพท์ .....โทรสาร .....อีเมล์.....
บุคคลอ้างอิง .....หมายเลขโทรศัพท์.....ความสัมพันธ์.....

ส่วนที่ 2
แพทย์ได้วินิจฉัยป่วยเป็นโรค.....ตั้งแต่วันที่.....
ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรค ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน มีผลบังใช้ตั้งแต่วันที่ 8 พฤศจิกายน 2559 เป็นต้นไป ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2560 ดังนี้

☐ โรคแผลเป็นที่กระจกตา (Corneal scar)
☐ โรคกระจกตาเป็นแผล (Corneal ulcer)
☐ โรคกระจกตาขุ่นเป็นฝ้าขาว บวม (Corneal decompensation or Bullous keratopathy) เช่น เป็นแผลหรือกระจกตาบวมจากอุบัติเหตุสารเคมี กระจกตาบวมหลังการผ่าตัด เป็นต้น
☐ กระจกตาเสื่อมตามอายุ
☐ กระจกตาผิดปกติแต่กำเนิดหรือผิดปกติทางพันธุกรรม (Corneal dystrophy), การติดเชื้อแต่กำเนิด
☐ กระจกตาขุ่นจากโรคทางภูมิร่างกายผิดปกติ เช่น โรคจากการแพ้ยาชนิด Steven Johnson syndrome, Ocular mucous membrane pemphigoid
☐ โรคกระจกตามีความโค้งผิดรูป (Keratoconus) กระจกตาบาง (corneal stromal thinning, descemetocele)
☐ กรณีมีความจำเป็นเร่งด่วน เช่น โรคติดเชื้อที่กระจกตารุนแรงไม่สามารถควบคุมด้วยการใช้ยารักษาได้ หรือรายที่กระจกตากำลังจะทะลุหรือทะลุแล้ว หรือกรณีที่ได้กระจกตาจากสภากาชาดแล้วแต่ยังไม่ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานประกันสังคม ในกรณีมีความจำเป็นเร่งด่วนให้จักษุแพทย์ผู้รักษาเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา และผู้ประกันตนมาดำเนินการยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนในภายหลังภายใน 90 วัน นับจากวันเปลี่ยนกระจกตา
☐ หรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ โปรดระบุ .....

ส่วนที่ 3 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (.....)
.....
ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่...../...../.....

(แบบฟอร์ม 1.2)

สำนักงานประกันสังคม

ใบรับรองสิทธิผู้ประกันตนกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/จังหวัด.....

วันที่ .....

เรียน เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

เนื่องจาก นาย , นาง , นางสาว.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่ .....อายุ.....ปี
ได้ยื่นคำร้องขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา เมื่อวันที่.....
โดยแนบใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่านาย , นาง , นางสาว.....
เป็นผู้ประกันตนจริง โดยเป็นลูกจ้างของบริษัท/ห้างร้าน.....เข้าทำงาน
ตั้งแต่วันที่ ..... อายุงาน.....ปี.....เดือน อัตราเงินเดือน.....บาท
ปัจจุบันเป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา ❑ มาตรา 33 ❑ มาตรา 38 ❑ มาตรา 39

จึงเรียนเพื่อโปรดทราบ

.....
(.....)
ตำแหน่ง ประกันสังคม.....

สำนักงานประกันสังคม

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.....อีเมลล์.....
2. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
เลขที่บัญชี .....ลำดับที่สาขา .....
3. ขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธี
☐ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ ☐ การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร
พร้อมด้วยการฉีดยาอิริโธรปัวอิติน (Erythropoietin)
4. ขอรับประโยชน์ทดแทน ☐ การปลูกถ่ายอวัยวะ ☐ การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน
☐ ปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ☐ ปลูกถ่ายไขกระดูก ☐ ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา
☐ 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...../...../.....

คำเตือน ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้งและโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามหรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกงต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำหรับเจ้าหน้าที่

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

☐ ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต และปลูกถ่ายอวัยวะ

☐ รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ หนังสือรับรองการสมัครเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะหรือดูแลหลังผ่าตัดอวัยวะ และรับยากดภูมิคุ้มกัน

ข้อแนะนำ

1. สามารถยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร การปลูกถ่ายไต การฉีดยา Erythropoietin ได้ในคราวเดียวกัน

2. กรณีการปลูกถ่ายไต หากยื่นขอรับสิทธิจากสำนักงานประกันสังคมไว้ล่วงหน้าแล้ว เมื่อแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าผู้ประกันตนพร้อมที่จะตรวจเพื่อการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ขอให้ผู้ประกันตนติดต่อสำนักงานประกันสังคมจังหวัด / เขตพื้นที่ ซึ่งยื่นขอรับสิทธิไว้เพื่อออกหนังสือถึงสถานพยาบาลที่ประสงค์จะใช้สิทธิปลูกถ่ายไต

3. กรณีปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้เสียชีวิตหรือกรณีผู้ประกันตนมีความจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิต ขอให้ส่งเรื่องหารือคณะอนุกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไต เพื่อพิจารณาเป็นกรณีเร่งด่วน