

มติการประชุมคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนประกันสังคม (ชุดที่ 17)
ครั้งที่ 1/2569
วันจันทร์ที่ 12 มกราคม 2569

คณะกรรมการการแพทย์ มีวาระสืบเนื่อง จำนวน 1 เรื่อง

การปรับปรุงสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน

มติที่ประชุม

1. เห็นชอบเพิ่มเติมมติคณะกรรมการการแพทย์ ครั้งที่ 4/2568 เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2568 ตามมติของคณะกรรมการเฉพาะกิจพัฒนาสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมของผู้ประกันตน ในการประชุมครั้งที่ 1/2569 เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2569 ดังนี้

1.1 กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการยังสถานพยาบาลของรัฐบาล

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงาน หรือจ่ายให้แก่ผู้ประกันตนกรณีเข้ารับบริการยังสถานพยาบาลของรัฐที่ไม่ได้ทำความตกลงกับสำนักงาน โดยจ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความ จำเป็นไม่เกินประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อวางแผนการรักษา โดยสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานห้ามเรียกเก็บค่าบริการเพิ่มเติมจากผู้ประกันตน ยกเว้นบริการในคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (special medical clinic) /คลินิกพิเศษในเวลาราชการ (premium clinic) หากมีค่าธรรมเนียมแพทย์ (doctor fee) ผู้ประกันตนต้องชำระเอง ดังนี้ ...

2. รูปแบบและเงื่อนไขการทำบันทึกข้อตกลงกับสถานพยาบาลที่ให้บริการกรณีทันตกรรม

1) ให้สถานพยาบาลเอกชนสามารถทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมได้ตามศักยภาพและความพร้อมในการให้บริการ

สำหรับบริการกรณีอุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน และผ่าตัดฟันคุด ให้พิจารณาศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม เป็น 2 รูปแบบ แบ่งเป็น บันทึกข้อตกลงในการให้บริการกรณีอุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน และบันทึกข้อตกลงในการให้บริการกรณีผ่าตัดฟันคุด เพื่อเสนอคณะกรรมการการแพทย์พิจารณารูปแบบการทำบันทึกข้อตกลง

2) สถานพยาบาลเอกชนที่ทำความตกลงกับสำนักงานซึ่งประสงค์จะให้บริการตามสิทธิประกันสังคมต้องแสดงให้เห็นให้ผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการทราบว่าสามารถให้บริการเฉพาะรายการที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมเท่านั้น

ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการพิจารณาปรับปรุง ขอให้ทันตแพทย์สภาสำรวจความเห็นคลินิก/สถานพยาบาล ว่าจะมีจำนวนเข้าร่วมมากน้อยเพียงใด และข้อมูลสถิติจำนวนผู้เข้ารับบริการกรณีผ่าตัดฟันคุด แบ่งเป็น กรณีแบบง่าย กรณีแบบยาก และกรณีแบบยากมาก เท่าใด รวมทั้งข้อเสนอในอัตราการผ่าตัดฟันคุดกรณียากมากเป็นอัตราเท่าใด

3. ให้สำนักงานนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะไปพิจารณาดำเนินการ

คณะกรรมการการแพทย์ มีวาระเพื่อพิจารณา จำนวน 14 เรื่อง

เรื่องที่ 1 การรักษาพยาบาลของทหารกองประจำการที่เข้ารับรักษาในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยใช้สิทธิรักษาพยาบาลของสำนักงานประกันสังคม

มติที่ประชุม ให้สำนักงานประกันสังคมนำข้อเสนอแนะของคณะกรรมการการแพทย์ไปพิจารณา ดังนี้
1. พิจารณาศึกษาแนวทางการดำเนินการเพื่อผ่อนปรนระเบียบการย้ายสิทธิสถานพยาบาล โดยพิจารณาให้ทหารกองประจำการสามารถโอนย้ายสิทธิการรักษามายังโรงพยาบาลเหล่าทัพได้ทันที ในกรณีที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล รวมถึงผู้ประกันตนกลุ่มอื่นที่มีความจำเป็นต้องย้ายสิทธิสถานพยาบาล
2. ให้ทำความเข้าใจกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ ให้เข้าใจถึงสิทธิการดูแลผู้ประกันตนกรณีเจ็บป่วยเกิน 72 ชั่วโมง รวมทั้งสถานพยาบาลตามสิทธิในการดูแลรับส่งต่อผู้ประกันตน รวมทั้งกรณีผู้ประกันตนซึ่งเป็นทหารกองประจำการ

เรื่องที่ 2 การกำหนดหลักเกณฑ์การจัดบริการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่เชิงรุก

มติที่ประชุม เห็นชอบแนวทางการดำเนินงานการจัดบริการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่เชิงรุกสำหรับสถานพยาบาล ตามมติของคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบประกันสังคม ในการประชุมครั้งที่ 1/2569 เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2569 ทั้งนี้ ให้มีการประชาสัมพันธ์รณรงค์ เน้นการฉีดวัคซีน ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม - 31 สิงหาคม ของทุกปี

เรื่องที่ 3 พิจารณาปรับเปลี่ยนสูตรยา BPaLM/BPaL (6-BPaL containing regimen) เป็นสูตรยาหลักในการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน หรือดื้อยา rifampicin (MDR/RR-TB)

มติที่ประชุม เห็นชอบให้ปรับเปลี่ยนสูตรยาหลักในการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน หรือดื้อยา rifampicin (MDR/RR-TB) ตามรายการและอัตรา ดังนี้
1.สูตรยา BPaLM เป็นสูตรยาหลักสำหรับรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน หรือดื้อยา rifampicin (MDR/RR-TB) ที่ไม่ดื้อยาในกลุ่ม Fluoroquinolone

สูตรยา BPaLM : Bdq-Pa-Lzd-Mfx ระยะเวลาในการรักษารวม 26 สัปดาห์			
ชนิดและขนาดยา	จำนวนเม็ด/ต่อคอร์ส	ราคา/เม็ด (บาท)	ราคา/คอร์ส(บาท)
Bedaquiline 100 mg /เม็ด	200	28.45	5,690.00
Pretomanid 200 mg/เม็ด	182	62.06	11,294.92
Linezolid 600 mg/เม็ด	182	200	36,400.00
Moxifloxacin 400mg/เม็ด	182	49.22	8,958.04
			62,342.96

2. สูตรยา BPaL เป็นสูตรยาหลักสำหรับรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน หรือดื้อยา rifampicin (MDR/RR-TB) ที่ดื้อยาในกลุ่ม Fluoroquinolone

สูตรยา BPaL : Bdq-Pa-Lzd ระยะเวลาในการรักษารวม 26 สัปดาห์			
ชนิดและขนาดยา	จำนวนเม็ด/ต่อคอร์ส	ราคา/เม็ด (บาท)	ราคา/คอร์ส(บาท)
Bedaquiline 100 mg /เม็ด	200	28.45	5,690.00
Pretomanid 200 mg/เม็ด	182	62.06	11,294.92
Linezolid 600 mg/เม็ด	182	200	36,400.00
			53,384.92

หมายเหตุ : ราคา ณ เดือนตุลาคม 2567 (อ้างอิงจากราคาการจัดหายาของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

1. Bdq ขวดละ 5,347.86 บาท
2. Pa ขวดละ 1,613.56 บาท
3. Lzd กล่องละ 2,000.00 บาท
4. Mfx กล่องละ 246.10 บาท

เรื่องที่ 4

กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)

มติที่ประชุม

1. เห็นชอบการกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) จากจำนวน 24 กลุ่มโรค เป็น 62 กลุ่มโรค ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ (ชุดที่ 16) ในการประชุมครั้งที่ 8/2567 เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2567 โดยให้ปรับปรุงประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One day Surgery (ODS) และการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก Minimally Invasive Surgery (MIS) ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ดังนี้

1.1) ปรับปรุง นิยามคำว่า

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่เป็นสถานพยาบาลในความตกลงกรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery (ODS) และการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก Minimally Invasive Surgery (MIS) กับสำนักงานประกันสังคม โดยสถานพยาบาลจะต้องผ่านการประเมินศักยภาพระบบบริการ One Day Surgery (ODS) และการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก Minimally Invasive Surgery (MIS) ตามแนวทางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

1.2) เพิ่มเติมคุณสมบัติของสถานพยาบาลที่จะให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ตามข้อ 3 ของประกาศ โดยข้อ (1)-(9) คงเดิม และเพิ่มเติม ดังนี้

(ข้อ 10) มีการกำหนดตัวชี้วัดสำหรับการติดตาม และประเมินผลประสิทธิภาพการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ที่เหมาะสม ได้แก่ เรื่องระยะเวลารอคอย กรณีการผ่าตัดโรคมะเร็ง จะต้องดำเนินการภายในระยะเวลา 28 วัน หลังจากที่แพทย์วินิจฉัยว่าต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด เรื่องอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เรื่องอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ในสถานพยาบาล หรืออื่นๆ

(ข้อ 11) มีการรายงานข้อมูลขึ้นทะเบียนผ่านโปรแกรม ODS และ MIS ของกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ สถานพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการกรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) กับสำนักงานประกันสังคมต้องมีความพร้อมสำหรับการตรวจประเมินตามรูปแบบที่สำนักงานกำหนด

1.3) ปรับปรุงรายการกลุ่มโรคเป็น 62 โรค โดยแก้ไขในข้อ 4 ของประกาศดังนี้

“ข้อ 4 รายการกลุ่มโรค รหัสหัตถการ และเงื่อนไขเพิ่มเติมกรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ที่เบิกจ่ายได้ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้ จำนวน 62 กลุ่มโรค” โดยปรับปรุงรายการกลุ่มโรค 62 โรค แนบท้ายประกาศ

1.4) ปรับปรุงหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามข้อ 5 ของประกาศ โดยข้อ (1)- (2)- (3) คงเดิม ปรับปรุง (4) และเพิ่มเติม (5) – (7) ดังนี้

(4) อัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แต่ละรายใช้การคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ Relative weight 0 Day (RWOD) ในระบบ DRGs โดยใช้อัตรา 1 AdjRW = 9,600 บาท ครอบคลุมตั้งแต่ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัย ค่าหัตถการ ค่ารักษาพยาบาล ค่ายาและเวชภัณฑ์ตลอดจนค่าบริการพักผ่อน และครอบคลุมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จนถึงสิ้นสุดการรักษา

(5) ให้สถานพยาบาลที่ทำการรักษาสามารถเบิกรายการอุปกรณ์เพิ่มเติมได้ตามประกาศรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมสำหรับการบำบัดรักษาโรค ของสำนักงานประกันสังคม กรณีที่ไม่มีรายการอุปกรณ์ที่ต้องใช้ระบุเพิ่มเติมในประกาศ ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของค่าบริการทางการแพทย์ ที่คำนวณจ่ายตามระบบ DRGs

(6) กำหนดเงื่อนไขการเข้ารับบริการและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลในความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมเพิ่มเติม ดังนี้

(6.1) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนให้อยู่ในความรับผิดชอบอัตราค่าบริการแบบเหมาจ่าย

(6.2) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการรักษาในสถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนกำหนดแนวทางการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

(6.2.1) กรณีสถานพยาบาลตามสิทธิส่งตัวผู้ประกันตนไปรักษา ยังโรงพยาบาล ODS ให้จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์

(6.2.2) กรณีผู้ประกันตนไปรักษาเองที่สถานพยาบาลในความตกลง ODS มี 3 รูปแบบ ดังนี้

1) ผู้ประกันตนได้รับการตรวจประเมินและรักษาแบบ ODS จ่ายตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์

2) กรณีผู้ประกันตนได้รับการตรวจประเมินและไม่สามารถรักษาแบบ ODS ได้ สถานพยาบาลนั้นควรส่งตัวกลับไปยังสถานพยาบาลตามสิทธิ หรือ

3) เมื่อผู้ประกันตนได้รับการประเมินเบื้องต้นสามารถที่จะทำการรักษาด้วยระบบ ODS แต่ระหว่างการรักษามีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นจะต้องปรับรูปแบบการรักษาที่ไม่สามารถดำเนินการแบบ ODS ต่อไปได้ สถานพยาบาลที่ทำการรักษาสามารถยื่นเบิกและได้รับค่าบริการตามประกาศฯ ODS ในอัตราของ 9,600 บาท/AdjRW และครอบคลุมการรักษาแบบภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดต้องน้อยกว่า 1%

(7) หากเกิดความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องรักษาตัวต่อเนื่องไม่สามารถจำหน่ายให้กลับบ้านได้หลังจากพักฟื้น ตามเงื่อนไขของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ สถานพยาบาลจะต้องรับผู้ป่วยเข้ารักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน และให้เบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

2. ให้สำนักงานประกันสังคมนำข้อเสนอแนะของคณะกรรมการการแพทย์ไปพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรื่อง 5 การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพผู้ประกันตนผ่านระบบ Health Link เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลและการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลคู่สัญญา

มติที่ประชุม

รับทราบแนวทางการดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพผู้ประกันตนผ่านระบบ Health Link เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลและการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลคู่สัญญา เพื่อให้มีฐานข้อมูลสุขภาพของผู้ประกันตนในรูปแบบมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศไทย ทั้งนี้ ขอให้นำเสนอแนะของคณะกรรมการการแพทย์ไปพิจารณาดำเนินการตามขั้นตอนของกฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้องต่อไป

เรื่อง 6 คณะกรรมการอุทธรณ์ขอหารือการจ่ายค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคของผู้ประกันตน

มติที่ประชุม

เห็นชอบให้ผู้ประกันตนผู้อุทธรณ์มีสิทธิได้รับค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในการบำบัดรักษาโรค รหัส 2006 เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพับได้ (Foldable intraocular lens) อันละ 2,800 บาท ตามข้อเสนอของคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์และพิจารณาประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน ในการประชุมครั้งที่ 14/2568 เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2568

เรื่องที่ 7 ขอหารือค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยตามข้อ 9 ของผู้ทุพพลภาพ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ของโรงพยาบาล บางปะกอก - รังสิต 2 สำหรับผู้ป่วยนอก

มติที่ประชุม

เห็นชอบให้การเจ็บป่วยของผู้ทุพพลภาพมีสิทธิได้รับเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ สถานพยาบาลเอกชน กรณีเข้ารับการรักษาที่ครบระยะเวลา 72 ชั่วโมงแล้ว ไม่สามารถส่งตัวผู้ทุพพลภาพไปรักษาต่อในสถานพยาบาลของรัฐได้ โดยเห็นชอบให้โรงพยาบาลที่ทำการรักษาได้รับค่าบริการทางการแพทย์ เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 73,054.30 บาท (เจ็ดหมื่นสามพันห้าสิบลี

บาทสามสิบสตางค์) ตามข้อเสนอของคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์และพิจารณา
ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน ในการประชุมครั้งที่ 14/2568 เมื่อวันที่
15 ธันวาคม 2568

เรื่อง 8 -14

พิจารณาการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตน จำนวน 7 ราย

มติที่ประชุม

เห็นชอบการพิจารณาคำร้องของผู้ประกันตน จำนวน 7 ราย

คณะกรรมการการแพทย์ มีวาระอื่น ๆ จำนวน 1 เรื่อง

เรื่องที่

การให้ยา Progesterone เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของผู้ประกันตนหญิง

มติที่ประชุม

1. เห็นชอบการเพิ่มสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับหญิง
ตั้งครรภ์ กรณีการให้ยา Progesterone เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ตามมติของ
คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรคในระบบประกันสังคม ในการประชุมครั้งที่ 1/2569 เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2569
โดยมีหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

1) กำหนดให้ยา Progesterone 200 มิลลิกรัม สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติ
คลอดก่อนกำหนด และ/หรือพบมีภาวะปากมดลูกสั้น

2) กำหนดให้ยา Progesterone 200 มิลลิกรัม สำหรับหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุ
ครรภ์ 16 สัปดาห์และไม่เกิน 36 สัปดาห์

3) กำหนดค่าบริการเหมาจ่าย ในอัตรา 2,800 บาทต่อครรภ์ โดยจ่ายให้กับ
สถานพยาบาลตามสิทธิการรักษา

2. ให้นำข้อเสนอแนะของคณะกรรมการการแพทย์ ไปพิจารณาดำเนินการ
