

มติการประชุมคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนประกันสังคม (ชุดที่ 17)

ครั้งที่ 2/2569

วันจันทร์ที่ 9 กุมภาพันธ์ 2569

คณะกรรมการการแพทย์ มีวาระสืบเนื่อง จำนวน 5 เรื่อง

เรื่องที่ 1

ปรับปรุงหลักเกณฑ์กรณีการบำบัดทดแทนไต

มติที่ประชุม

1. เห็นชอบปรับปรุงหลักเกณฑ์กรณีการบำบัดทดแทนไต แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ดังนี้

1) การลงทะเบียนการฟอกเลือด/ ล้างไตทางช่องท้อง ให้สามารถยื่นเอกสารเพื่อขออนุมัติสิทธิได้ตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนมีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 มล./นาที/1.73 ตร.ม.

2) กรณีนอกเหนือหลักเกณฑ์การอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตนตามที่กำหนด ให้ส่งหารือคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย โดยการพิจารณาจะประกอบด้วย

1. อนุมัติสิทธิฟอกเลือด/ ล้างไตทางช่องท้อง
2. อนุมัติสิทธิฟอกเลือด/ ล้างไตทางช่องท้องเมื่อถึงเกณฑ์
3. ให้เบิกในภาวะไตวายเฉียบพลัน
4. ขอข้อมูลเพิ่มเติม
5. ยังไม่อนุมัติ

3) เพิ่มเติมหลักเกณฑ์ให้ผู้ประกันตนสามารถมีสิทธิเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้โดยไม่ต้องลงทะเบียนการฟอกเลือด หรือล้างไตทางช่องท้อง

4) ปรับปรุงการอนุมัติค่าเตรียมสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้ง Double lumen catheter insertion for hemodialysis และ Tunnel cuff catheter (Perm catheter) insertion for hemodialysis ตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนมีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 มล./นาที/1.73 ตร.ม. และมีข้อบ่งชี้ที่จะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือกรณีที่ eGFR มีค่ามากกว่า 6 มล./นาที/1.73 ตร.ม. แต่มีข้อบ่งชี้ต้องทำการฟอกเลือด

5) ตัดข้อความออกเพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้เร็วขึ้น ตามข้อความที่ปรากฏ ดังนี้

ทั้งนี้ หากไม่เข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ตามข้อ (ก) — (ค) ไม่สามารถจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ได้ ยกเว้นได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรกภายใน 180 วัน นับแต่

วันที่เข้ารับบริการ—เตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรณีการวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ วันเริ่มมีสิทธิต้องไม่ก่อนวันที่ ล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรครั้งแรกเกินกว่า 180 วัน หรือให้มีสิทธิการวางท่อรับส่งน้ำยาสำหรับล้างช่องท้อง ตั้งแต่วันที่ผลการตรวจระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่า หรือเท่ากับ 10 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.

6) เพิ่มหลักเกณฑ์การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีฟอกเลือดน้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ในกรณีเพิ่งเริ่มได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโปรแกรม Incremental Hemodialysis และกรณีภัยพิบัติตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ ลงวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2568

7) เพิ่มเติมเกณฑ์การลงทะเบียนปลูกถ่ายไต

ผู้ประกันตนที่ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่ยังไม่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยา สามารถลงทะเบียนขอรับสิทธิการปลูกถ่ายไตจากสำนักงานประกันสังคมได้ โดยต้องมีข้อบ่งชี้ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

(1) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. โดยต้องมีรายชื่อของผู้บริจาคไตเพื่อขออนุมัติสิทธิเมื่อผู้ประกันตนลงทะเบียน

(2) เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายแล้ว ผู้ประกันตนและผู้บริจาคที่มีชีวิต มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามที่กำหนดไว้ใน 7 (4) (จ)

(3) ผู้ประกันตนที่ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่ลงทะเบียนขอรับสิทธิการปลูกถ่ายไตจากสำนักงานประกันสังคมแล้ว มีสิทธิได้รับการปลูกถ่ายไต ตั้งแต่วันที่ระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.

2. ให้สำนักงานประกันสังคมทำความเข้าใจกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการให้สิทธิประโยชน์กรณีบำบัดทดแทนไต

3. ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาแนวทางให้สิทธิประโยชน์กรณีบำบัดทดแทนไต โดยสามารถดำเนินการยื่นขอสิทธิผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้ผู้ประกันตนได้สิทธิเร็วขึ้น และลดขั้นตอนการยื่นผ่านเอกสาร

เรื่องที่ 2

การกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขของคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมที่เลือกรับสิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2568

มติที่ประชุม

1. มอบสำนักงานประกันสังคมหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อขอข้อมูลหลักฐานการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมที่เลือกรับสิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2568 โดยหลักฐานการเรียกเก็บเงินต้องเป็นไปตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขที่จ่ายให้สำหรับคนพิการที่เลือกรับสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560 ลงวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2560 และบันทึกข้อตกลงการจ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขของคนพิการสิทธิประกันสังคม ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานประกันสังคม ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายตามรายการการติดตามการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีคนพิการสิทธิประกันสังคมฯ ตามหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช. 6.70/3030 ลงวันที่ 21 มกราคม 2569 ขอให้หารือกับฝ่ายกฎหมายเพื่อพิจารณาว่าเป็นรายการที่สามารถจ่ายได้ตามประกาศฯ และตามข้อตกลงฯ ดังกล่าวหรือไม่

2. กรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่สามารถชี้แจงรายละเอียดได้ให้สำนักงานประกันสังคมหารือฝ่ายกฎหมายว่าสามารถจ่ายค่าบริการสาธารณสุขของคนพิการ ซึ่งเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมที่เลือกรับสิทธิรับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2568 ในอัตราเช่นเดียวกับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปก่อนได้หรือไม่

3. ให้สำนักงานประกันสังคมนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการแพทย์ไปพิจารณาดำเนินการ

เรื่องที่ 3

หารือแนวทางการเบิกจ่ายกรณียุติการตั้งครรภ์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มติที่ประชุม

1. การใช้สิทธิกรณียุติการตั้งครรภ์ถือเป็นสิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลตามสิทธิ โดยผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ได้ที่สถานพยาบาลตามสิทธิ ภายใต้หลักเกณฑ์ตามข้อบังคับแพทยสภา โดยให้ทำความเข้าใจกับสถานพยาบาลและผู้ประกันตน ในแนวทางการดูแลผู้ประกันตนที่มีความจำเป็นต้องได้รับการยุติการตั้งครรภ์ของสำนักงานประกันสังคม ดังนี้

1) ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามสิทธิได้หากสถานพยาบาลตามสิทธิไม่สามารถให้การรักษาได้ ให้ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยให้ค่าใช้จ่ายอยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลตามสิทธิ

หากผู้ประกันตนต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยมีค่า AdjRW น้อยกว่า 2 ให้สถานพยาบาลตามสิทธิรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (ค่าใช้จ่ายอยู่ในค่าบริการเหมาจ่ายที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้แล้ว) กรณีค่า AdjRW มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ให้สถานพยาบาลตามสิทธิรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้กับสถานพยาบาลที่ทำการรักษา โดยสำนักงานจะจ่ายเพิ่มเติมให้สถานพยาบาลตามสิทธิ ทั้งนี้ ให้เพิ่มเติมแนวทางกรณีผู้ประกันตนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ที่ประสงค์จะทำการยุติการตั้งครรภ์ หากเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามสิทธิ และต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในให้ถือเป็นกรณีฉุกเฉิน

2) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ให้แจ้งสถานพยาบาลตามสิทธิทราบด้วย

3) ให้คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์และพิจารณาประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน สามารถพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามสิทธิ และถูกเรียกเก็บเงินได้เป็นรายกรณีตามความจำเป็น

ให้สำนักงานประกันสังคมหารือร่วมกับ สปสช. ในการเปิดรับให้สถานพยาบาลในระบบประกันสังคมขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ในการเป็นหน่วยบริการเฉพาะบริการยุติการตั้งครรภ์กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. สำหรับข้อเสนอในการจ่ายชดเชยค่าบริการให้แก่ สปสช. ขอให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาข้อมูลเพิ่มเติม โดยพิจารณาตัวเลขจำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามสิทธิด้วยการยุติการตั้งครรภ์ และมีอายุเกิน 12 สัปดาห์ โดยต้องรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน เพื่อประกอบการพิจารณาต่อไป

เรื่องที่ 4

ขยายระยะเวลาการดำเนินการของคณะกรรมการเฉพาะกิจกำหนดแนวทางการจัดบริการกรณีการรักษาโรคมะเร็งให้แก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม

มติที่ประชุม

เห็นชอบขยายระยะเวลาการดำเนินงานของคณะกรรมการเฉพาะกิจกำหนดแนวทางการจัดบริการกรณีการรักษาโรคมะเร็งให้แก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ออกไปอีก 90 วัน นับตั้งแต่วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

เรื่องที่ 5

รูปแบบและเงื่อนไขการทำบันทึกข้อตกลงกับสถานพยาบาลที่ให้บริการกรณีทันตกรรม

มติที่ประชุม

1. เห็นชอบรูปแบบและเงื่อนไขการทำบันทึกข้อตกลงกับสถานพยาบาลที่ให้บริการกรณีทันตกรรม โดยให้สถานพยาบาลเอกชนสามารถทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมได้ตามศักยภาพและความพร้อมในการให้บริการ สำหรับบริการกรณีอุดฟัน ชูดหินปูน ถอนฟัน และผ่าตัดฟันคุด ให้สามารถเลือกทำบันทึกข้อตกลงได้ 2 รูปแบบ แบ่งเป็น

1) บันทึกข้อตกลงในการให้บริการกรณีอุดฟัน ชูดหินปูน ถอนฟัน ในอัตรา 900 บาท

2) บันทึกข้อตกลงในการให้บริการกรณีผ่าตัดฟันคุด แบบง่ายในอัตรา 1,500 บาท และแบบยากในอัตรา 2,500 บาท และห้ามเรียกเก็บเงินเพิ่มจากผู้ประกันตน

2. ให้สำนักงานประกันสังคมนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการแพทย์ไปพิจารณาดำเนินการ

คณะกรรมการการแพทย์ มีวาระเพื่อพิจารณา จำนวน 5 เรื่อง

เรื่องที่ 1-5

พิจารณาการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตน จำนวน 5 ราย

มติที่ประชุม

เห็นชอบการพิจารณาคำร้องของผู้ประกันตน จำนวน 5 ราย

คณะกรรมการการแพทย์ มีวาระเพื่อทราบ จำนวน 1 เรื่อง

เรื่องที่

อนุกรรมการในคณะอนุกรรมการการแพทย์ (ชุดที่ 17) แจ้งขอลาออกจากการเป็น

มติที่ประชุม

รับทราบ

คณะกรรมการการแพทย์ มีวาระเรื่องอื่น ๆ จำนวน 2 เรื่อง

เรื่องที่ 1

รายงานผลการดำเนินงานขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) Pre-Authorized : PA

มติที่ประชุม

1. รับทราบรายงานผลการดำเนินงานขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) Pre-Authorized : PA
2. ให้สำนักงานประกันสังคมเร่งดำเนินการตรวจสอบรายชื่อผู้ประกันตนที่ขอ PA ตามหลักเกณฑ์ที่คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิกรณีการผ่าตัดหรือการทำหัตถการทางการแพทย์ที่ทันสมัยเสนอ ในการประชุมครั้งที่ 1/2569 เมื่อวันที่ 21 มกราคม 2569 เพื่อแจ้งสถานพยาบาลทราบ
3. ให้สำนักงานประกันสังคมขอรายชื่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากราชวิทยาลัยเพิ่มเติม

เรื่องที่ 2

ขยายระยะเวลาการดำเนินการของคณะอนุกรรมการศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดบริการทางการแพทย์รูปแบบใหม่โดยการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน

มติที่ประชุม

เห็นชอบให้ขยายระยะเวลาการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดบริการทางการแพทย์รูปแบบใหม่โดยการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ออกไปอีก 90 วัน นับตั้งแต่วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2569