ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๔) ในการประชุมครั้งที่ ๑๖/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๘

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความในข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"ข้อ ๕/๑ กรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดตามข้อ ๓ หรือสถานพยาบาลอื่นได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน หรือผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ทำการรักษาซึ่งได้ทำความตกลงกับสำนักงาน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราคงที่หนึ่งหมื่นสองพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้

ทั้งนี้ ให้สำนักงานติดตามตรวจสอบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ก่อนการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ (Pre-payment reviews) และรายงานต่อคณะกรรมการการแพทย์"

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

สุรเดช วลีอิทธิกุล

(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์และอัตราตามข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

---

๑. สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน ต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษา โดยไม่จำกัดจำนวนเงินค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน จะต้องไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน ยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือสิทธิประกันสังคม

๒. สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จะต้องส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนด

๓. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (AdjRW≥๒) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อ ๑ น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) โดยพิจารณาคำนวณตามข้อมูลที่หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดประมวลผลแล้ว

๔. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์แล้ว สถานพยาบาลดังกล่าวไม่สามารถให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนได้ และได้ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จะต้องกำหนดให้สถานพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลจัดส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาไม่ส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่สิ้นสุดการรักษาพยาบาล ให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เป็นผู้ส่งข้อมูลแทน และหากกรณีที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW≥๒) สำนักงานจะจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ โดยสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

๕. กรณีผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ แล้วต่อมาผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ยังสถานพยาบาลอื่นหรือกรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่ผู้ประกันตนประสงค์ไปรับบริการในสถานพยาบาลอื่น ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๕.๑ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW≥๒) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : (AdjRW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท และเมื่อสำนักงานพิจารณาแล้ว

(๑) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินเอง

(๒) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

๕.๒ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนน้อยกว่า ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW<๒) และเมื่อสำนักงานพิจารณาแล้ว

(๑) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์เองทั้งหมด

(๒) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

๖. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นโดยไม่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๖.๑ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW≥๒) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight: (AdjRW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินเอง

๖.๒ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนน้อยกว่า ๒ (Adjusted Relative weight: AdjRW<๒) ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์เองทั้งหมด

๗. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW≥๒) นอกจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดในข้อ ๓ แล้ว สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางตาม (ข) ถึง (ช) ใน ข้อ ๕ (๒) แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๘. หากสำนักงานหรือผู้ที่สำนักงานมอบหมายได้ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลแล้วพบว่าข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ส่งให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดไม่ถูกต้อง ทำให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เกินกว่าข้อเท็จจริงที่ปรากฏ สำนักงานจะเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้จ่ายไปคืนหรือหักจากค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานจะจ่ายให้สถานพยาบาลในครั้งต่อไปคืน พร้อมทั้งดำเนินการตามกฎหมายและสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ต่อไป

๙. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานประกันสังคม ทั้งกรณีที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาเองหรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้ดำเนินการ ดังนี้

๙.๑ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของการรักษา (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะที่ทำการรักษาหรือยังอยู่ในช่วงพักรักษาตัวในสถานพยาบาลด้วย โดยอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในแต่ละแผนการรักษามีอัตราค่าบริการเหมาจ่ายต่อครั้ง ดังนี้

๑) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram : CAG) เหมาจ่ายในอัตรา ๓๒,๐๐๐ บาท

๒) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram : CAG) และการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI)

๒.๑) แบบ Simple

เหมาจ่ายในอัตรา ๙๘,๐๐๐ บาท

๒.๒) แบบ Emergency ในรายที่มีภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วน และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย

เหมาจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

๒.๓) แบบ Complex ในรายที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงในการทำหัตถการและหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย

เหมาจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

๓) การศึกษาสรีระวิทยาไฟฟ้าหัวใจและการจี้ไฟฟ้าหัวใจ EPS with RFCA

เหมาจ่ายในอัตรา ๙๕,๐๐๐ บาท

๔) การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยเทคโนโลยีที่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ไฟฟ้าในการสร้างภาพ ๓ มิติ (EPS with Carto)

เหมาจ่ายในอัตรา ๙๕,๐๐๐ บาท

๕) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (Permanent Pace Maker)

เหมาจ่ายในอัตรา ๘๐,๐๐๐ บาท

๖) การใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD)

เหมาจ่ายในอัตรา ๓๙,๐๐๐ บาท

๗) การใส่เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน CRTP หรือ CRTD

เหมาจ่ายในอัตรา ๓๙,๐๐๐ บาท

๙.๒ การกำหนดอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในข้อ ๙.๑ ให้มีผลเป็นระยะเวลา ๑ ปี นับจากวันที่ประกาศมีผลใช้บังคับ ทั้งนี้ จะดำเนินการปรับอัตราตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม โดยสำนักงานจะแจ้งให้สถานพยาบาลทราบก่อนมีการเปลี่ยนแปลงทุกครั้ง หากสำนักงานยังไม่ดำเนินการปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ให้สถานพยาบาลใช้อัตราค่าบริการทางการแพทย์ ตามข้อ ๙.๑ ไปก่อน จนกว่าจะมีการปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ สำหรับอัตราค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์สามารถเบิกได้ตามบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคของสำนักงานประกันสังคม

๙.๓ ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานเป็นผู้ยื่นเบิกเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดจากสำนักงานประกันสังคม โดยให้สถานพยาบาลรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนดและไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน

๙.๔ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาตัวต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ หรือสถานพยาบาลอื่นให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนให้เรียบร้อยก่อนการจำหน่ายผู้ประกันตนออกจากสถานพยาบาล

๙.๕ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานประกันสังคม จะต้องมีการติดตามประเมินผลลัพธ์การให้บริการทางการแพทย์ และรายงานผลตามแนวทางที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ดังนี้

๑) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit Cost) ในแต่ละหัตถการ

๒) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

(๑) ข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละรายที่มาเข้ารับบริการ ทั้งนี้ให้รายงานเป็นข้อมูลรายบุคคล

(๒) อัตราการเสียชีวิตจากการทำหัตถการ (Mortality Rate) ในแต่ละหัตถการ

(๓) รายงานภาวะแทรกซ้อน (Complication Rate) ในแต่ละหัตถการ

(๔) ระยะเวลารอคอยการทำหัตถการ (Door to the Balloon time) ในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)

(๕) การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

๙.๖ สำนักงานสามารถยกเลิกการทำความตกลงกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ หากพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ได้ทำความตกลงกันไว้หรือคุณภาพการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม

๑๐. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์โดยการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็ก Minimally Invasive Surgery (MIS) สำหรับรายการการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ที่ผ่านการประเมินศักยภาพระบบบริการการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) กับสำนักงาน ให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์การขออนุมัติก่อนการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) (Pre-authorized : PA) ดังนี้

๑๐.๑ คุณสมบัติของผู้รับบริการ และข้อบ่งชี้ในการรักษา

(๑) ผู้รับบริการต้องมี อายุ ๑๘-๖๕ ปี

(๒) มีข้อบ่งชี้อย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังต่อไปนี้

(๒.๑) มีดัชนีมวลกาย (BMI) ๓๗.๕ กก/ตร.ม.ขึ้นไปที่ไม่มีโรคร่วม

(๒.๒) มีดัชนีมวลกาย (BMI) ๓๒.๕ กก/ตร.ม.ขึ้นไปที่มีโรคร่วม และเป็นผู้ป่วยโรคอ้วนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยอาจมีความดันโลหิตสูงหรือภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) ที่ควบคุมไม่ได้ ร่วมด้วย รวมทั้งมีอาการข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

๑) ภาวะไขมันในเลือดสูง

๒) ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (OSA)

๓) ภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ (Polycystic Ovary Syndrome : PCOs)

๔) Non-alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) /Non-alcoholic steatohepatitis

๕) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases)

๖) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)

๗) ภาวะหลอดเลือดดำบกพร่องเรื้อรัง (Chronic Venous Insufficiency - CVI)

๘) โรคหลอดเลือดสมอง (CVD)

๙) น้ำหนักผิดปกติจากผลของฮอร์โมน

๑๐) น้ำหนักผิดปกติที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

๑๑) ผู้ที่ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้และมีค่าดัชนีมวลกาย ๓๐.๐ กก./ตร.ม.ขึ้นไป

โดยทั้งสองกรณีตาม (๒.๑) และ (๒.๒) ผู้รับบริการได้พยายามควบคุมอย่างเต็มที่แล้วโดยทีมแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมต่อมไร้ท่อและนักโภชนาการบำบัดไม่น้อยกว่า ๖ เดือน แต่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย

๑๐.๒ คุณสมบัติสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity)

(๑) ผ่านการตรวจประเมินให้เป็นสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) โดยการรับรองจากราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องหรือคณะกรรมการการแพทย์ หรือคณะอนุกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์

(๒) สถานพยาบาลจะต้องมีการจัดตั้งศูนย์ลดความอ้วนในสถานพยาบาลอย่างครบวงจร

(๓) มีแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Care Map) ในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาวก่อนและหลังผ่าตัด โดยทีมแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านอายุรกรรม ด้านศัลยกรรม ด้านอายุรกรรมต่อมไร้ท่อ และนักโภชนาการบำบัด เป็นต้น โดยมีการกำกับติดตามและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

(๔) มีความพร้อมของห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด และหอผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถรองรับผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายสูงได้ภายหลังการผ่าตัด

(๕) มีความพร้อมของบุคลากร

(๕.๑) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด

(๕.๒) ผ่านการอบรมหลักสูตรการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน (Bariatric Surgery) ที่รับรองโดยสมาคมศัลยแพทย์โรคทั่วไปแห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย หรือมีประกาศนียบัตรรับรองจากต่างประเทศ

(๕.๓) สามารถให้บริการศัลยกรรมลดความอ้วนที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

(๕.๔) มีความสามารถในการบูรณาการการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

(๖) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย

(๖.๑) อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่ออย่างน้อยหนึ่งคน

(๖.๒) นักโภชนาการหรือนักโภชนาการบำบัดอย่างน้อยหนึ่งคน

๑๐.๓ แนวทางการกำกับคุณภาพการบริการ

(๑) สถานพยาบาลต้องมีหลักฐานการประเมิน โดยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การประเมินดังกล่าวต้องแสดงเจตจำนง และมีหลักฐานประกอบ ดังนี้

(๑.๑) ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักลง ๕ - ๑๐ % จากน้ำหนักเดิมก่อนได้รับการผ่าตัดภายใน ๓ เดือน

(๑.๒) ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหมายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย ๘๐% ก่อนการผ่าตัด ในระยะเวลา ๖ เดือน ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์ลดความอ้วนในสถานพยาบาลอย่างครบวงจร

(๑.๓) ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด วิธีการดูแลตัวเองหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

(๒) สถานพยาบาลมีระบบการจัดเก็บและรายงานสถิติผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โดยมีการกำกับติดตามผลการลดน้ำหนัก และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยให้เป็นตามเป้าหมายอย่างเคร่งครัดไม่น้อยกว่า ๒ ปี โดยกำหนดตัวชี้วัดสำคัญที่ให้สถานพยาบาลรายงานต่อสำนักงานประกันสังคม ดังนี้

(๒.๑) จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวนผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัด และจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการผ่าตัดได้

(๒.๒) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและติดตามครบ ๑ ปี และ ๒ ปี ตามเกณฑ์

(๒.๓) จำนวนผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการลดความอ้วนได้ตามเกณฑ์/ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

(๒.๔) จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ

(๒.๕) รายงานภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Complication Rate) ในระยะ ๑ เดือน ๓ เดือน ๖ เดือน ๑ ปี และ ๒ ปี

(๒.๖) การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้านว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

๑๐.๔ สถานพยาบาลที่ให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) จะต้องเป็นสถานพยาบาลหลักในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยตามระบบเหมาจ่าย เป็นเวลาอย่างน้อย ๒ ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid obesity) โดยต้องได้รับการดูแลรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพของศูนย์ลดความอ้วนครบวงจรของสถานพยาบาลตามที่สำนักงานประกันสังคมสังคมกำหนด และตั้งแต่ปีที่ ๓ ภายหลังการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) แล้ว ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหลักตามระบบเหมาจ่ายในการรักษาพยาบาลตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๑๐.๕ ขั้นตอนการขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) (Pre-authorized : PA) ดังนี้

(๑) ให้สถานพยาบาลดำเนินการตรวจประเมินสุขภาพผู้ประกันตน หากผู้ประกันตนมีคุณสมบัติ และข้อบ่งชี้ในการรักษา ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ให้ส่งเรื่องมาที่สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม เพื่อขออนุมัติก่อนการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรคหรือโรคอ้วนทุพพลภาพ (Morbid Obesity) (Pre-authorized : PA)

(๒) ให้สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ส่งหารือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางด้านการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน (Bariatric Surgery) ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้พิจารณาอนุมัติสิทธิให้แก่ผู้ประกันตนและนำผลการพิจารณาเสนอต่อคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเพื่อทราบ ในกรณีที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางด้านการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วน (Bariatric Surgery) ของสำนักงานประกันสังคมให้ความเห็นไม่สอดคล้องกัน ให้เสนอคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเพื่อพิจารณา

(๓) สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์จะแจ้งผลการพิจารณาอนุมัติสิทธิให้แก่สถานพยาบาลทราบ