



**ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
การเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม**

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยและมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม เป็นการลดระยะเวลาการรอคอย ลดภาวะแทรกซ้อนไม่ให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น อีกทั้งช่วยลดระยะเวลาในการพักฟื้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ประกันตนสามารถกลับไปทำงานได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ และครั้งที่ ๑๘/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๑๙/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยใน ด้วยการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ดังนี้

- (๑) การผ่าตัดมะเร็งเต้านม
- (๒) การผ่าตัดก้อนเนื้อที่มดลูก
- (๓) การผ่าตัดนิ่วในไตหรือถุงน้ำดี
- (๔) หัตถการโรคหลอดเลือดสมอง
- (๕) หัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด

การผ่าตัดหรือทำหัตถการตาม (๑) – (๔) จ่ายโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ในอัตราหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) กรณีเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้อง จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

การทำหัตถการ (๕) จ่ายตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของการรักษา (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ประกันตนขณะที่ทำการรักษาหรือยังอยู่ในช่วงพักฟื้นตัวในสถานพยาบาล

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้

ข้อ ๔ ในกรณีสถานพยาบาลที่ทำความตกลงได้รับค่าบริการทางการแพทย์จากการผ่าตัด และทำหัตถการตามประกาศฉบับนี้ สถานพยาบาลไม่สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์จากการผ่าตัด และทำหัตถการตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติมได้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)

ประธานกรรมการการแพทย์

**หลักเกณฑ์และอัตราท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม**

๑. กรณีสถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์ ด้วยการผ่าตัดและทำหัตถการ ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ การผ่าตัดมะเร็งเต้านม
- ๑.๒ การผ่าตัดก้อนเนื้อที่มดลูก
- ๑.๓ การผ่าตัดนิ่วในไตหรือถุงน้ำดี
- ๑.๔ หัตถการโรคหลอดเลือดสมอง

ทั้งกรณี que ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษารอง หรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาล ที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ดำเนินการ ดังนี้

ก. ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวินนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาท/AdjRW กรณีเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้อง จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม ในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง สำหรับอัตราค่าอวัยวะเทียมและค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคสามารถเบิกได้ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องให้การรักษารองที่ผู้ประกันตนที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค จากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือสถานพยาบาลอื่นและแพทย์ประเมินว่ามีความจำเป็นต้องทำการรักษา ด้วยการผ่าตัดหรือหัตถการที่กำหนด ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงชี้แจงหลักเกณฑ์และเงื่อนไขให้ผู้ประกันตนทราบ และลงลายมือชื่อรับทราบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขนั้นด้วย

ค. สถานพยาบาลที่ทำความตกลง ต้องให้การรักษารองเป็นไปตามมาตรฐานการรักษา แต่ละโรคตามที่ราชวิทยาลัยกำหนด โดยกำหนดเงื่อนไขระยะเวลาการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ดังนี้

- (๑) ผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้รับการผ่าตัดภายใน ๑๕ วัน
- (๒) ผ่าตัดก้อนเนื้อที่มดลูก ได้รับการผ่าตัดภายใน ๑๕ วัน
- (๓) ผ่าตัดนิ่วในไตหรือถุงน้ำดี ได้รับการผ่าตัดภายใน ๑๕ วัน
- (๔) หัตถการโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการทำหัตถการภายใน ๖ ชั่วโมง

การผ่าตัดหรือทำหัตถการตาม (๑) – (๓) นับตั้งแต่หลังการตรวจวินิจฉัยและแพทย์ ประเมินว่ามีความจำเป็นต้องทำการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือทำหัตถการ สำหรับการทำหัตถการตาม (๔) นับตั้งแต่ผู้ประกันตนมาถึงสถานพยาบาลที่ทำความตกลงจนได้รับการทำหัตถการ

ง. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องให้การดูแลรักษาครอบคลุมกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ประกันตนในระหว่างการผ่าตัดหรือทำหัตถการเป็นเวลา ๓๐ วัน หลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการ

จ. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องมีการติดตามผลหลังการรักษา (follow up) จากการผ่าตัด หรือทำหัตถการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม โดยกำหนดการติดตามผล ณ สถานพยาบาล ที่ทำความตกลงในระยะเวลา ๓๐ วัน ๓ เดือน ๖ เดือน และ ๑ ปี หลังวันที่ทำการผ่าตัดหรือทำหัตถการ

ฉ. ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงรายงานข้อมูลการให้บริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด และไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือผู้ประกันตน

ข. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น กระบวนการรักษาที่นอกเหนือจากการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ให้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ หากผู้ประกันตนปฏิเสธเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดหรือทำหัตถการทั้งหมด ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนไปรักษาที่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ หรือสถานพยาบาลอื่น

ค. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องมีการติดตามประเมินผลลัพธ์การให้บริการทางการแพทย์ และรายงานผลตามแนวทางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ดังนี้

- (๑) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit cost) ในแต่ละการผ่าตัดหรือหัตถการ
- (๒) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
 - (๒.๑) ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละราย ที่มาเข้ารับบริการ ทั้งนี้ ให้รายงานเป็นข้อมูลรายบุคคล
 - (๒.๒) อัตราการเสียชีวิตจากการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (Mortality Rate) ในแต่ละการผ่าตัดหรือหัตถการ
 - (๒.๓) รายงานภาวะแทรกซ้อนในแต่ละการผ่าตัดหรือหัตถการ (Complication Rate)
 - (๒.๔) ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดหรือทำหัตถการนับตั้งแต่วันที่ได้รับการวินิจฉัย (Diagnosis) จนถึงเวลาที่ได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (procedure)
 - (๒.๕) การติดตามผู้ประกันตนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

ทั้งนี้ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องจัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ประกันตนทุกรายที่เข้ารับบริการ

๒. กรณีสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการทางการแพทย์ ด้วยการทำหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งกรณี que ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษารอง หรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ดำเนินการดังนี้

ก. ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของการรักษา (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ประกันตนขณะที่ทำการรักษาหรือยังอยู่ในช่วงพักรักษาตัวในสถานพยาบาลด้วย 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 เหม่าจ่ายในอัตรา ๘๘,๐๐๐ บาท
- (๒.๒) แบบ Emergency ในรายที่มีภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วน และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย เหม่าจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท
- (๒.๓) แบบ Complex ในรายที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงในการทำหัตถการ และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย เหม่าจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท
- (๓) การศึกษาสรีระวิทยาไฟฟ้าหัวใจและการจี้ไฟฟ้าหัวใจ EPS with RFCA เหม่าจ่ายในอัตรา ๙๕,๐๐๐ บาท
- (๔) การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยเทคโนโลยีที่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ไฟฟ้าในการสร้างภาพ ๓ มิติ (EPS with Carto) เหม่าจ่ายในอัตรา ๙๕,๐๐๐ บาท
- (๕) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (Permanent Pace Maker) เหม่าจ่ายในอัตรา ๘๐,๐๐๐ บาท
- (๖) การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) เหม่าจ่ายในอัตรา ๓๙,๐๐๐ บาท
- (๗) การใส่เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน CRTD หรือ CRTD เหม่าจ่ายในอัตรา ๓๙,๐๐๐ บาท

ข. อัตราค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์สามารถเบิกได้ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ค. ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงาน เป็นผู้ยื่นเบิกเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนด จากสำนักงาน โดยให้สถานพยาบาลรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด และไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการ ทางทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน

ง. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงาน ต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาตัว ต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น กระบวนการรักษาที่นอกเหนือจากการทำหัตถการ ให้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ หากผู้ประกันตนปฏิเสธเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการทำหัตถการทั้งหมด ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนไปรักษาที่ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือสถานพยาบาลอื่น

จ. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงาน จะต้องมีการติดตามประเมินผลลัพธ์การให้บริการทางการแพทย์ และรายงานผลตามแนวทางที่คณะกรรมการ การแพทย์กำหนด ดังนี้

- (๑) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit Cost) ในแต่ละหัตถการ
- (๒) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
 - (๒.๑) ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละราย ที่มาเข้ารับบริการ ทั้งนี้ ให้รายงานเป็นข้อมูลรายบุคคล
 - (๒.๒) อัตราการเสียชีวิตจากการทำหัตถการ (Mortality Rate) ในแต่ละหัตถการ
 - (๒.๓) รายงานภาวะแทรกซ้อนในแต่ละหัตถการ (Complication rate)

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

(๒.๕) การติดตามผู้ประกันตนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

ทั้งนี้ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องจัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ประกันตนทุกรายที่เข้ารับบริการ

๓. ผู้ประกันตนต้องเข้ารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงในระหว่างที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ และสถานพยาบาลต้องทำการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา

๔. สำนักงานสามารถยกเลิกการทำความตกลงกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการด้วยการผ่าตัดหรือทำหัตถการ หากพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ได้ทำความตกลงกันไว้ หรือคุณภาพการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม