



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามมติ
ของคณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘
คณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความในข้อ (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบ
อันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม
โดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่
๗ พฤษภาคม ๒๕๕๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

(๑) เหมากำหนดจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้
ให้แก่สถานพยาบาล และมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา ๖๒ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
ในอัตราหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก
อัตราตามวรรคหนึ่งในอัตราสี่ร้อยสี่สิบเจ็ดบาท สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยง
ตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศฉบับนี้

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากวรรคหนึ่งและวรรคสอง
ให้แก่สถานพยาบาลตามอัตราที่กำหนดต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ดังนี้

(ก) สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล
(Hospital Accreditation – HA) หรือที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน JCI (Joint Commission international)
อย่างหนึ่งอย่างใด ในอัตราแปดสิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน

(ข) สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลตามบันได
ขั้นที่ ๒ สู่ HA ในอัตราสี่สิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตาม (ก) และ (ข) ให้เป็นไป
ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก...

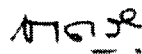
ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ข้อ ๕/๑ กรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดตามข้อ ๓ หรือสถานพยาบาลอื่นได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ ภายใตกรอบวงเงินที่คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนแต่ละปีในอัตราหรือร้อยละสิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศฉบับนี้

ข้อ ๔ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ ๕/๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖

ข้อ ๕/๒ กรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดตามข้อ ๓ ได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลเฉพาะค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินกว่าหนึ่งล้านบาทและเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการที่ได้ปรับให้เป็นไปตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่ได้ปรับตามอัตราดังกล่าวเมื่อนำมาหักด้วยค่าบริการทางการแพทย์ทุกประเภทที่สำนักงานจ่ายให้แก่สถานพยาบาลครบทุกรายการแล้ว ปรากฏว่ามีค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลต้องรับภาระเกินกว่าสองแสนห้าหมื่นบาทขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) โดยให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลในอัตราร้อยละแปดสิบของค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะส่วนที่เกินหนึ่งล้านบาท ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้มีอำนาจให้ความเห็นชอบในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS)

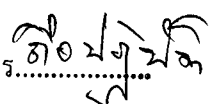
ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายชาติรี บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์

- | | |
|--|--|
| ☐ สาขาชุมแพ | ☐ ส่วนงานเงินสมทบ |
| ☐ สาขาบ้านไผ่ | ☐ ส่วนงานทะเบียน |
| ☐ กลุ่มงานการเงินและบัญชี | ☒ ส่วนงานสิทธิประโยชน์ |
| ☐ ฝ่ายบริหารทั่วไป | ☐ กองจัด |
| ☐ ทราบ | ☒ ดำเนินการ |
| ☐ แจ้งเวียน/ประชาสัมพันธ์ | |



หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามวรรคสอง ในข้อ (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระ
กรณีโรคที่มีการเสี่ยงของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ดังนี้

๑ ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอกกำหนดบัญชีรายการโรคเรื้อรัง ดังนี้

- (๑) โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)
- (๒) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
- (๓) โรคตับอักเสบเรื้อรังและโรคตับแข็ง (Chronic hepatitis, Cirrhosis of liver)
- (๔) โรคภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)
- (๕) โรคเส้นเลือดสมองแตก/อุดตัน (Cerebrovascular accident)
- (๖) โรคมะเร็ง (Malignancy)
- (๗) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS)
- (๘) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema)
- (๙) โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure)
- (๑๐) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease)
- (๑๑) โรคมายแอสทีเนีย เกรวิส (Myasthenia gravis)
- (๑๒) โรคเบาจิต (Diabetes insipidus)
- (๑๓) โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple sclerosis)
- (๑๔) โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)
- (๑๕) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis)
- (๑๖) โรคต้อหิน (Glaucoma)
- (๑๗) โรคไต เนฟโรติก (Nephrotic syndrome)
- (๑๘) โรคลูปัส (SLE)
- (๑๙) โรคเลือดอะพลาสติก (Aplastic anemia)
- (๒๐) โรคทาลัสซีเมีย (Thalassemia)
- (๒๑) โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)
- (๒๒) โรคเรื้อนกวาง (Psoriasis)
- (๒๓) โรคผิวหนังพุพองเรื้อรัง (Chronic vesiculobullous disease)
- (๒๔) โรคเลือดไอทีพี (ITP)
- (๒๕) โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis)
- (๒๖) โรคจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ ๑๐ (ICD ๑๐) รหัส F ๒๐ - F ๒๙

๒. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในจะคำนวณภาระการรักษาก่อนผู้ป่วยในทุกราย โดยคำนวณ
ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน
(Adjusted Relative Weight : AdjRW) น้อยกว่า ๒

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข ตามวรรคสาม ใน (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

๑. สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation - HA) หรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลตามบันไดขั้นที่ ๒ สู่ HA จะต้องได้รับการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) จะได้รับค่าบริการทางการแพทย์ในอัตราที่กำหนดในประกาศฉบับนี้ตามรายชื่อผู้ประกันตนที่มีชื่อในทะเบียนที่สำนักงานกำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาลตลอดระยะเวลาที่สถานพยาบาลดังกล่าวมีหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

๒. ในกรณีที่อายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล หรือการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน JCI สิ้นสุดลง สถานพยาบาลจะต้องมีเอกสารรับรองว่าเป็นสถานพยาบาลที่อยู่ระหว่างการต่ออายุการรับรอง

๓. สถานพยาบาลใดที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลหรือการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน JCI ในระหว่างปีที่สถานพยาบาลมีหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน หรืออายุได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาลใดสิ้นสุดลงตาม ๒. ให้ถือว่าสถานพยาบาลนั้นมีสิทธิได้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดไว้ใน ๑. ตั้งแต่เดือนถัดจากเดือนที่สำนักงานได้รับเอกสารการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล หรือเอกสารรับรองการต่ออายุแล้วแต่กรณี

๔. สถานพยาบาลที่ถูกยกเลิกหรือถูกเพิกถอนการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล หรือคุณภาพตามมาตรฐาน JCI หรืออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล หรือการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน JCI สิ้นสุดลง และไม่มีเอกสารรับรองการต่ออายุให้ถือว่าสิทธิการได้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์สิ้นสุดลงในวันสุดท้ายแห่งเดือนที่สถานพยาบาลถูกยกเลิก หรือถูกเพิกถอนหรืออายุการรับรองสิ้นสุด

**หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน**

๑. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษา โดยไม่จำกัดจำนวนเงินค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตนยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือสิทธิประกันสังคม

๒. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนด

๓. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือผู้ประกันตนโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ($\text{AdjRW} \geq ๒$) ในอัตราไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท ต่อ ๑ น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) โดยพิจารณาคำนวณตามข้อมูลที่หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดประมวลผลแล้ว

๔. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ แล้วสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ไม่สามารถให้การรักษายาบาลแก่ผู้ประกันตนได้ และ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ได้ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องกำหนดให้สถานพยาบาลที่ให้การรักษาส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาไม่ส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่สิ้นสุดการรักษาให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ เป็นผู้ส่งข้อมูลแทน และหากกรณีที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ($\text{Adjusted Relative weight : AdjRW} \geq ๒$) สำนักงานจะจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ตามอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ โดยสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

๕. กรณีผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ แล้วต่อมาผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ยังสถานพยาบาลอื่น หรือ กรณีสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่ผู้ประกันตนประสงค์ไปรับบริการในสถานพยาบาลอื่น ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๕.๑ ถ้า น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ($\text{Adjusted Relative weight : AdjRW} \geq ๒$) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน ($\text{Adjusted Relative weight : (AdjRW)}$ ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท และเมื่อสำนักงานพิจารณาแล้ว

(๑) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินเอง

(๒) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมหรือไม่ ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

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

(๑) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์เองทั้งหมด

(๒) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม หรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

๖. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นโดยไม่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๖.๑ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW $\geq$ ๒) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : (AdjRW) ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินเอง

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

๗. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW $\geq$ ๒) นอกจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดในข้อ ๓ แล้ว สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางตามข้อ (ข) ถึง (จ) ใน (๒) ข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๘. หากสำนักงานหรือผู้ที่สำนักงานมอบหมายได้ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลแล้วพบว่าข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ส่งให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดไม่ถูกต้อง ทำให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เกินกว่าข้อเท็จจริงที่ปรากฏ สำนักงานจะเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้จ่ายไปคืนหรือหักจากค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานจะจ่ายให้สถานพยาบาลในครั้งต่อไปคืน พร้อมทั้งดำเนินการตามกฎหมายและสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ต่อไป

**หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามข้อ ๕/๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน**

๑. สถานพยาบาลที่มีสิทธิรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) หมายถึงสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ของผู้ประกันตน

๒. สำนักงานประกันสังคมพิจารณาจ่ายเฉพาะผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายเกินกว่าหนึ่งล้านบาท และเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ราคาตามใบเสร็จของสถานพยาบาล แต่เป็นราคาค่าใช้จ่ายตามรายการที่ได้ปรับให้เป็นไปตามรายการและอัตราค่าบริการทางการแพทย์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด ในกรณีที่กรมบัญชีกลางระบุให้ใช้อัตราของสถานพยาบาลให้ใช้อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๐ ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่ได้ปรับตามอัตราดังกล่าวแล้วเมื่อนำมาหักด้วยค่าบริการทางการแพทย์ทุกประเภทที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้กับสถานพยาบาล (รายละเอียดตามข้อ ๕) ครบทุกรายการแล้ว ปรากฏว่ามีค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลต้องรับภาระเองเกินกว่า ๒๕๐,๐๐๐ บาท ขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นกรณีผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงเกินปกติ

๓. สถานพยาบาลที่จะเบิกค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) จะต้องรายงานข้อมูล ดังต่อไปนี้

๓.๑ ข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในตามรูปแบบและรายละเอียดตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๓.๒ ข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลสามารถเบิกเพิ่มเติมจากสำนักงานประกันสังคมสำหรับการรักษาผู้ประกันตนรายดังกล่าว รายละเอียดตามข้อ ๕

โดยข้อมูลทั้ง ๒ รายการนี้ สถานพยาบาลจะต้องส่งให้แก่หน่วยงานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเป็นผู้รับรองค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ประกันตนว่าเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดในข้อ ๒ โดยค่าใช้จ่ายในการรับรองดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาล ทั้งนี้ สถานพยาบาลต้องตรวจสอบข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์ที่รายงานให้ถูกต้องและครบถ้วน เมื่อทำการเบิกค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) แล้ว จะไม่สามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมข้อมูลได้อีก

หากสำนักงานประกันสังคมตรวจสอบพบความผิดพลาดของข้อมูลที่สถานพยาบาลรายงานมาในภายหลัง สำนักงานประกันสังคมขอสงวนสิทธิ์ในการยกเลิกหรือเพิกถอนการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลในรายการนั้นๆ และสามารถเรียกเงินคืนได้หากมีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) ไปแล้ว

๔. กำหนดอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลเฉพาะส่วนที่เกินหนึ่งล้านบาท ของค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒ ในอัตราร้อยละ ๘๐ ของค่าใช้จ่ายที่เกินหนึ่งล้านบาท

๕. ค่าบริการทางการแพทย์ทุกประเภทที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้กับสถานพยาบาล หมายถึง ค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากกรณีเหมาจ่ายและกรณีการเสี่ยง ที่สำนักงานประกันสังคมมีการจ่ายเพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิของผู้ประกันตน ซึ่งประกอบด้วย

๑) ค่าบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Adjusted Relative Weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒

๒) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

๓) ค่ายาบัญชี จ(๒)

๔) ค่ายาด้านไวรัสเอชไอวี

๕) ค่ารักษาโรคมะเร็งตามรายการการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง

๖) ค่ารักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์

กำหนด

๗) ค่าบำบัดทดแทนไตตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๗.๑) ค่าบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

๗.๒) ค่ารักษากรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน ๖๐ วัน เมื่อคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) น้อยกว่า ๒ ($AdjRW < 2$) ด้วยวิธีการฟอกโลหิต (Hemodialysis) และการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis)

๘) ค่าผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระดูกตา

๙) ค่าปลูกถ่ายอวัยวะ

๑๐) ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่มีในบัญชีตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม

๑๑) ค่ารักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธี Balloon Embolization

๑๒) ค่ารักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotactic Radiosurgery

๑๓) ค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal Meningitis

๑๔) ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA รวมกับการทำ CT Brain ก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ่มเลือด สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase หรือยาละลายลิ่มเลือด rt-PA หรือ TNK-tPA สำหรับการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial infarction)

๑๕) ค่าบริการอื่นๆตามที่ได้มีการประกาศกำหนดจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิของผู้ประกันตน