



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
การเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม

โดยที่เป็นการสมควรดำเนินการตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ คือ ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคสำคัญ ๕ โรค ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือทำหัตถการที่กำหนด เข้าถึงการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ประกันตนให้ดีขึ้น ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๖ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ และครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยใน ด้วยการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ดังนี้

- (๑) การผ่าตัดมะเร็งเต้านม
- (๒) การผ่าตัดก้อนเนื้อที่มดลูกและหรือรังไข่
- (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) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ประกันตนขณะที่ทำการรักษา หรือยังอยู่ในช่วงพักรักษาตัวในสถานพยาบาล

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้

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

ข้อ ๕ ในกรณีสถานพยาบาลที่ได้ทำความตกลงตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ และให้บริการ ทางแพทย์โดยการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ ตามประกาศฉบับนี้ เมื่อสถานพยาบาลนั้นได้ทำความตกลงกับสำนักงานตามประกาศฉบับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

พลตำรวจโท



(ธนา รุระเจน)

ประธานกรรมการการแพทย์

**หลักเกณฑ์และอัตราท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม**

๑. กรณีสถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์ ด้วยการผ่าตัดและทำหัตถการ ดังต่อไปนี้

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

ทั้งกรณีที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาเอง หรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาล ที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ดำเนินการ ดังนี้

ก. ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาท/AdjRW กรณีเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้อง จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม ในอัตรา ๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง สำหรับอัตราค่าอวัยวะเทียมและค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคสามารถเบิกได้ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องให้การรักษาผู้ประกันตนที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือสถานพยาบาลอื่นและแพทย์ประเมินว่ามีความจำเป็นต้องทำการรักษา ด้วยการผ่าตัดหรือหัตถการที่กำหนด ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงชี้แจงหลักเกณฑ์และเงื่อนไขให้ผู้ประกันตนทราบ และลงลายมือชื่อรับทราบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขนั้นด้วย

ค. สถานพยาบาลที่ทำความตกลง ต้องให้การรักษาเป็นไปตามมาตรฐานการรักษาแต่ละโรคตามที่ราชวิทยาลัยกำหนด โดยกำหนดเงื่อนไขระยะเวลาการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ดังนี้

- (๑) ผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้รับการผ่าตัดภายใน ๑๕ วัน
- (๒) ผ่าตัดก้อนเนื้อที่มดลูกและหรือรังไข่ 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) จากการผ่าตัดหรือทำหัตถการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม โดยกำหนดการติดตามผล ณ สถานพยาบาล ที่ทำความตกลงในระยะเวลา ๓๐ วัน ๓ เดือน ๖ เดือน และ ๑ ปี หลังวันที่ทำการผ่าตัดหรือทำหัตถการ

ฉ. ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงรายงานข้อมูลการให้บริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด และไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือผู้ประกันตน

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

ซ. 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) ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดหรือทำหัตถการนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับการวินิจฉัย (Diagnosis) จนถึงเวลาที่ได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการ (procedure)
 - (๒.๕) การติดตามผู้ประกันตนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

ทั้งนี้ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องจัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ประกันตนทุกรายที่เข้ารับบริการ

๒. กรณีสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการทางการแพทย์ ด้วยการทำหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งกรณีที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาเอง 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 ๙๘,๐๐๐ 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 ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- ค. ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานเป็นผู้ยื่นเบิกเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดจากสำนักงาน โดยให้สถานพยาบาลรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด และไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน
- ง. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาตัวต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น กระบวนการรักษาที่นอกเหนือจากการทำหัตถการให้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ หากผู้ประกันตนปฏิเสธเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการทำหัตถการทั้งหมด ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนไปรักษาที่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือสถานพยาบาลอื่น
- จ. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานจะต้องมีการติดตามประเมินผลลัพท์การให้บริการทางการแพทย์ และรายงานผลตามแนวทางที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ดังนี้
- (๑) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit Cost) ในแต่ละหัตถการ
- (๒) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
- (๒.๑) ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละรายที่มาเข้ารับบริการ 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. ผู้ประกันตนต้องเข้ารับการรักษาหรือทำหัตถการกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงในระหว่างที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ และสถานพยาบาลต้องทำการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา

๔. สำนักงานสามารถยกเลิกการทำความตกลงกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการด้วยการผ่าตัดหรือทำหัตถการ หากพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ได้ทำความตกลงกันไว้ หรือคุณภาพการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม