



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ และอัตราเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ตามหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๐ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) เหมาจ่ายตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาล และมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา ๖๒ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ในอัตราหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตราตามวรรคหนึ่งในอัตราสี่ร้อยสี่สิบเจ็ดบาท สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาวะเสี่ยงตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศฉบับนี้

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากวรรคหนึ่งและวรรคสองให้แก่สถานพยาบาล ตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลลัพธ์การให้บริการที่ดี ตามตัวชี้วัดเรื่องร้องเรียนและตัวชี้วัดสถานภาพการจำหน่ายและประเภทการจำหน่ายผู้ประกันตนออกจากสถานพยาบาล ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ดังนี้

(ก) สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลลัพธ์คุณภาพการให้บริการที่ดีตามตัวชี้วัด เรื่อง ร้อยเรียน ในอัตราไม่เกิน ๖๐ บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

(ข) สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลลัพธ์คุณภาพการให้บริการที่ดีตามตัวชี้วัด สถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) และประเภทการจำหน่าย (Discharge type) ผู้ประกันตน ออกจากสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกิน ๖๐ บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตาม (ก) และ (ข) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์แนบท้ายประกาศนี้”

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



(นายชาติรี บานชิน)

ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามวรรคสอง ในข้อ (๑) ของข้อ ๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระ
กรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 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) โรคเบาจืด (Diabetes insipidus)
- (๑๓) โรคปลอกประสาทแข็ง (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 F๒๐ – F๒๙

๒. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในจะคำนวณภาระการรักษาผู้ป่วยในทุกราย
โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์
ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight : AdjRW) น้อยกว่า ๒

หลักเกณฑ์ตามวรรคท้าย (๑) ของข้อ ๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

๑. กำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีตัวชี้วัดเรื่องร้องเรียน ดังนี้

๑.๑ ข้อมูลเรื่องร้องเรียนที่นำมาประกอบการพิจารณา

๑.๑.๑ ข้อมูลเรื่องร้องเรียนบริการทางการแพทย์ที่ได้รับการรายงานจากทุกช่องทางและ
พิสูจน์แล้วว่าเป็นการร้องเรียนจากผู้ประกันตนของสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทาง
การแพทย์รวบรวมโดยศูนย์สารสนเทศ สำนักงานประกันสังคม

๑.๑.๒ เรื่องร้องเรียนที่ใช้คำนวณหาอัตราค่าบริการทางการแพทย์ประกอบด้วย ๕ ประเภท
ดังนี้

(๑) การตรวจรักษาของแพทย์

(๒) พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่

(๓) การจ่ายยา

(๔) เก็บค่าใช้จ่ายเพิ่ม

(๕) ปฏิเสธการรักษา

๑.๑.๓ ใช้ข้อมูลเรื่องร้องเรียนเฉลี่ยสะสมนับจากปีที่กำหนดจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

๑.๒ อัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามตัวชี้วัดเรื่องร้องเรียน (ปีแรก)

ช่วงชั้น	ช่วงอัตราคะแนน	อัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามตัวชี้วัดเต็มปี (บาท/คน)
๑	ไม่มีข้อร้องเรียน	๖๐
๒	$>0 - <๑$	๕๒
๓	$\geq ๑ - <๓.๑$	๔๔
๔	$\geq ๓.๑ - <๕.๒$	๓๖
๕	$\geq ๕.๒ - <๗.๔$	๒๘
๖	$\geq ๗.๔ - <๙.๕$	๒๐
๗	$\geq ๙.๕ - <๑๑.๖$	๑๒
๘	≥ ๑๑.๖	๔

หมายเหตุ : ช่วงอัตราคะแนนอาจมีการปรับเปลี่ยนตามจำนวนข้อร้องเรียนในแต่ละปี

๑.๓ อัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามตัวชี้วัดเรื่องร้องเรียนในปีถัดไป จะมีการคำนวณอัตรา
การจ่ายใหม่ตามข้อร้องเรียนสะสมของสถานพยาบาลทุกแห่ง ไม่เกิน 3 ปีล่าสุด

๒. กำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีตัวชี้วัดสถานภาพการจำหน่ายและประเภท
การจำหน่ายผู้ประกันตนออกจากสถานพยาบาล

๒.๑ ใช้ข้อมูลบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยในที่สถานพยาบาลรายงานมายังสำนักงานประกันสังคม
โดยนำข้อมูลสถานภาพการจำหน่ายและประเภทการจำหน่ายผู้ประกันตนออกจากสถานพยาบาลสะสม ๓ ปี
ย้อนหลัง

๒.๒ กำหนดคะแนนตามสถานภาพการจำหน่ายและประเภทการจำหน่าย ๑๑ ประเภท ตั้งแต่คะแนน (๑) - (๑๑) ดังนี้

สถานภาพการจำหน่าย Discharge Status	ประเภทการจำหน่าย Discharge Type	คะแนน
(๑) Complete recovery (รักษาหาย)	By transfer (ส่งต่อ)	คะแนน ๑
(๒) Complete recovery (รักษาหาย)	Against advice (ไม่สมัครใจอยู่)	คะแนน ๒
(๓) Improved (อาการดีขึ้น)	By transfer (ส่งต่อ)	คะแนน ๓
(๔) Improved (อาการดีขึ้น)	Against advice (ไม่สมัครใจอยู่)	คะแนน ๔
(๕) Improved (อาการดีขึ้น)	Escape (หนีออกจากโรงพยาบาล)	คะแนน ๕
(๖) Not Improved (อาการไม่ดีขึ้น)	By transfer (ส่งต่อ)	คะแนน ๖
(๗) Not Improved (อาการไม่ดีขึ้น)	With approval (แพทย์อนุญาตและยินยอม)	คะแนน ๗
(๘) Not Improved (อาการไม่ดีขึ้น)	Against advice (ไม่สมัครใจอยู่)	คะแนน ๘
(๙) Not Improved (อาการไม่ดีขึ้น)	Escape (หนีออกจากโรงพยาบาล)	คะแนน ๙
(๑๐) Dead (เสียชีวิต)	Dead autopsy (เสียชีวิตมีการพิสูจน์ศพ)	คะแนน ๑๐
(๑๑) Dead (เสียชีวิต)	Dead no autopsy (เสียชีวิตไม่มีการพิสูจน์ศพ)	คะแนน ๑๑

หมายเหตุ กรณีที่มีสถานภาพการจำหน่ายเป็น Complete recovery และมีประเภทการจำหน่ายเป็น With approval จะมีคะแนนเป็น ๐

๒.๓ อัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามตัวชี้วัดสถานภาพการจำหน่ายและประเภทการจำหน่าย ผู้ประกันตนออกจากสถานพยาบาล

ช่วงชั้น	ช่วงเปอร์เซ็นต์	อัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตาม ตัวชี้วัดเต็มปี (บาท/คน)
๑	≥ ๘๐	๖๐
๒	≥ ๗๐ - < ๘๐	๕๓
๓	≥ ๖๐ - < ๗๐	๔๖
๔	≥ ๕๐ - < ๖๐	๓๙
๕	≥ ๔๐ - < ๕๐	๓๒
๖	≥ ๓๐ - < ๔๐	๒๕
๗	≥ ๒๐ - < ๓๐	๑๘
๘	≥ ๑๐ - < ๒๐	๑๑
๙	< ๑๐	๔

๓. กรณีสถานพยาบาลมีข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณไม่ถึง ๓ ปี ให้ใช้ข้อมูลในส่วนที่มีอยู่ในการคำนวณอัตราค่าบริการทางการแพทย์ สำหรับกรณีสถานพยาบาลสมัครใหม่ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลในอัตราเท่ากับช่วงอัตราคะแนนเฉลี่ยของภาพรวมทั้งหมด