



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์คานพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานเพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน คณะกรรมการการแพทย์ จึงได้มีมติให้แก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕(๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ คณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้นำยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๓๕

(๒) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๔๐

(๓) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๓) ลงวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๔๐

(๔) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๔) ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๔๐

(๕) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๕) ลงวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๔๐

(๖) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๖) ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๔๑

(๗) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๗) ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๔๑

(๘) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๘) ลงวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๔๒

(๙) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๙) ลงวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๔๒

(๑๐) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๑๐) ลงวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๔๓

(๑๑) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๑๑) ลงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๔๔

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“ปี” หมายความว่า ปีปฏิทิน

หมวด ๑

การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล

ข้อ ๓ ในกรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ให้ผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดให้ผู้ประกันตนผู้นั้น มีสิทธิรับบริการทางการแพทย์

ข้อ ๔ ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามข้อ ๓ ดังนี้

- (๑) ให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและบำบัดทางการแพทย์จนสิ้นสุดการรักษา
- (๒) ให้ได้รับบริการการกินอยู่และการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลสำหรับคนไข้ใน
- (๓) ให้ได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐาน ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ
- (๔) ให้ได้รับการจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
- (๕) ให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยมีการให้สุขศึกษาและภูมิคุ้มกันโรค

ตามโครงการแห่งชาติ

ข้อ ๕ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลตามข้อ ๓ ที่มีหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในอัตราดังนี้

(๑) เหมายจ่ายตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาลและมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา ๖๒ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ในอัตราหนึ่งพันหนึ่งร้อยบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตราตามวรรคหนึ่ง ในอัตราหนึ่งร้อยห้าสิบบาท สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาวะเสี่ยงตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศฉบับนี้

เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายตามวรรคหนึ่งแล้ว สำนักงานจะจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาลในอัตราหนึ่งร้อยบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อหนึ่งปี ตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนตามหลักเกณฑ์และอัตราท้ายประกาศนี้

(๒) สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง ให้จ่ายตามอัตรา ดังนี้

(ก) กรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกินหกสิบวัน

๑) การฟอกโลหิต (hemodialysis) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละสามพันบาท

๒) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละห้าร้อยบาท

(ข) การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) และหรือรังสีรักษา (Radiotherapy) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินสามหมื่นบาทต่อรายต่อปี

(ค) การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินหนึ่งแสนบาทต่อราย

(ง) การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคภายในร่างกาย (Implantation of Prosthesis and Instrumentation) ให้เหมาจ่ายเป็นค่าวัสดุตามอัตราที่กำหนดไว้ในบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคแบบท้ายประกาศนี้

(จ) การผ่าตัดสมอง ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังนี้

๑) ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเนื้อสมองหรือสมองขกเว้นการเจาะรูกะโหลกศีรษะ (Burr Hole Operation) ไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อราย

๒) ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเนื้อสมองหรือสมองและมีโรคแทรกซ้อน เช่น มีการติดเชื้อในกะโหลกศีรษะซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ ปอดอักเสบ ไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น ไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย

๓) ได้รับการผ่าตัดดึงในเนื้อสมองและผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้หายานเกินสิบห้าวัน ไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย

๔) ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับหลอดเลือดในสมอง และต้องใช้อุปกรณ์พิเศษไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย

(ฉ) การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Bypass) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินหนึ่งแสนบาทต่อราย

(ช) การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Balloon Valvuloplasty) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินสองหมื่นบาทต่อราย

(ข) ค่ายาในการรักษาผู้ประกันคนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal Meningitis ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อราย

(ฅ) การรักษาผู้ประกันคนที่เจ็บป่วยโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

๑) กรณีการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่บอลูน (Balloon) อย่างเดียว ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละสามหมื่นบาท ให้มีสิทธิได้รับไม่เกินสองครั้ง

๒) กรณีการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หัวใจกรอ (PTCA) ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละสี่หมื่นบาท ให้มีสิทธิได้รับไม่เกินสองครั้ง และสำหรับกรณีที่ตั้งใจใส่อุปกรณ์ Stent ให้จ่ายในอัตราอันละสองหมื่นห้าพันบาท ให้มีสิทธิได้รับครั้งละไม่เกินสองอัน

(ฉ) การปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบน (ASD) ทางสายสวนหัวใจ โดยใช้ Amplatzer™ Septal Occluder ในสถานพยาบาลที่มีบริการพิเศษและโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ให้จ่ายค่ารักษาและค่าอุปกรณ์การรักษาเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินหนึ่งแสนบาท ต่อราย

(๓) สำหรับการทำหมัน ให้จ่ายบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังนี้

(ก) กรณีการทำหมันชาย ไม่เกินห้าร้อยบาทต่อราย

(ข) กรณีการทำหมันหญิง ไม่เกินหนึ่งพันบาทต่อราย

หมวด ๒

การจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

ให้แก่ผู้ประกันคนหรือสถานพยาบาล

ข้อ ๖ ให้สำนักงานจ่ายค่าอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นให้แก่ผู้ประกันคนหรือสถานพยาบาล ในกรณีที่ผู้ประกันคนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน และได้สูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วนแต่ไม่เข้าข่ายการเป็นผู้ทุพพลภาพตามบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วนแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๗ ผู้ประกันคนที่ได้อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมจากสถานพยาบาล ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน บริษัทที่ผลิตอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียม ร้านที่ทำหรือจำหน่ายอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียม ให้นำใบเสร็จรับเงินมาขอรับเงินคืนจากสำนักงาน

หมวด ๓

การประสาธันตรายหรือเจ็บป่วยซึ่งไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์

ข้อ ๘ ผู้ประกันตนซึ่งประสาธันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานด้วยเหตุหรือกลุ่มโรคและบริการดังต่อไปนี้ ไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ คือ

(๑) โรคจิต ยาวันกรณีเจ็บพลันซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและระยะเวลาในการรักษาไม่เกินสิบห้าวัน

(๒) โรคหรือการประสาธันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

(๓) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาคัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี

(๔) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ยกเว้น

(ก) กรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกินหกสิบวันให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๕(๒) (ก)

(ข) กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ความหนักเกณฑ์ เจ็อนไข และอัตราแนวท่ายประกาศนี้

(๕) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

(๖) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

(๗) การรักษาภาวะมีบุตรยาก

(๘) การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้นการตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายไขกระดูกของผู้ประกันตน ให้จ่ายค่าตรวจเนื้อเยื่อเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินเจ็ดพันบาท ๔ ๐๐๐ บาท ความหนักเกณฑ์และเจ็อนไข แนวท่ายประกาศนี้

(๙) การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น

(๑๐) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น

(ก) การปลูกถ่ายไขกระดูก ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายในอัตราเจ็ดแสนห้าหมื่นบาทต่อราย แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนถึงสุดกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยจะตั้งเป็นสถานพยาบาลที่คณะกรรมการการแพทย์รับรองและได้ทำความตกลงไว้

กับสำนักงานในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีการปลูกถ่ายไขกระดูก ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศนี้

(ข) กรณีผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระดูก โดยให้เหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลสงฆ์หมื่นบาทและให้ทุนอัตรากว้างตามอัตราค่ารักษาพยาบาล ตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศนี้

(๑๑) การเปลี่ยนเพศ

(๑๒) การผสมเทียม

(๑๓) การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

(๑๔) ทันสกรวม ชกเว้น การถอนฟัน การอุดฟัน และการซุคหินปูนให้ผู้ประกันตนผู้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินสองร้อยบาทต่อครั้ง และไม่เกินสี่ร้อยบาทต่อปี

(๑๕) แวนดา

ข้อ ๘ กำไรจ่ายสำหรับการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ และผู้ประกันตนซึ่งได้รับการผ่าตัดไตต่ออวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคมะเร็งในรังไข่หรือได้อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมกรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วน ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนเป็นค่าบริการทางการแพทย์ ค่าอวัยวะเทียมและค่าอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติมต่อไปจนครบคณณัติ

ข้อ ๑๐ ให้เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมรักษาการตามประกาศฉบับนี้

ข้อ ๑๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๑ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖



(นายแพทย์ฉันทภพณ์ ชูศักดิ์วงศ์)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาวะเสี่ยง

๑. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ในอัตราที่ร้อยละห้าสิบเจ็ด บาท สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

๒. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอกกำหนดบัญชีรายการโรคเรื้อรังดังนี้

- ๒.๑ โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)
- ๒.๒ โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
- ๒.๓ โรคตับอักเสบเรื้อรังและโรคตับแข็ง (Chronic hepatitis, Cirrhosis of liver)
- ๒.๔ โรคภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)
- ๒.๕ โรคเส้นเลือดสมองแตก / อุดตัน (Cerebrovascular accident)
- ๒.๖ โรคมะเร็ง (Malignancy)
- ๒.๗ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS)
- ๒.๘ โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema)
- ๒.๙ โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure)
- ๒.๑๐ โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease)
- ๒.๑๑ โรคมายแอสทีเนีย เกรวิส (Myasthenia gravis)
- ๒.๑๒ โรคเบาจืด (Diabetes insipidus)
- ๒.๑๓ โรคมัลติเพิล สเคลอโรสิส (Multiple sclerosis)
- ๒.๑๔ โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)
- ๒.๑๕ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis)
- ๒.๑๖ โรคต้อหิน (Glaucoma)
- ๒.๑๗ โรคไต เนฟโรติก (Nephrotic syndrome)
- ๒.๑๘ โรคลูปีส (SLE)
- ๒.๑๙ โรคเลือดอะพลาสติก (Aplastic anemia)
- ๒.๒๐ โรคทาลัสซีเมีย (Thalassemia)
- ๒.๒๑ โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)
- ๒.๒๒ โรคเรื้อนกวาง (Psoriasis)
- ๒.๒๓ โรคผิวหนังพุพองเรื้อรัง (Chronic vesiculobullous disease)
- ๒.๒๔ โรคเลือด ไอทีพี (ITP)
- ๒.๒๕ โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrototoxicosis)

๓. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในจะคำนวณภาระการรักษาผู้ป่วยในทุกราย โดยคำนวณผลรวมของคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ (DRG)

หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

ให้แก่สถานพยาบาลตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน

๑. อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในแต่ละเดือนคำนวณได้จากข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนของสถานพยาบาลในเดือนนั้นหารด้วยจำนวนผู้ประกันตนโดยเฉลี่ยของเดือนนั้น

๒. สำนักงานประกันสังคมจะนำอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่คำนวณได้ตามข้อ ๑ รวบรวมไว้เพื่อคำนวณหาอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนต่อปี

๓. สถานพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนให้กับสำนักงานประกันสังคมเพื่อใช้ในการคำนวณอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนตามข้อ ๑ ไม่น้อยกว่า ๗ เดือน ในรอบ ๑ ปีปฏิทิน หากสถานพยาบาลส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ไม่ครบ ๗ เดือน สำนักงานประกันสังคมสงวนสิทธิที่จะไม่นำข้อมูลดังกล่าวไปคำนวณอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนและจะไม่จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๔ ให้แก่สถานพยาบาล ทั้งนี้สถานพยาบาลไม่มีสิทธิที่จะเรียกร้องหรือขอรับค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มจากสำนักงานประกันสังคม

๔. สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ซึ่งมีอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่คำนวณได้ตามข้อ ๒ และอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้สถานพยาบาลมีสิทธิได้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่ม โดยจ่ายให้ปีละ ๑ ครั้ง ภายใน ๕๐ วัน นับถัดจากวันสิ้นปีปฏิทินดังนี้

๔.๑ กรณีที่มีอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไคล์ไม่เกิน ๓๐ จ่ายเพิ่มในอัตรา ๓๐ บาทต่อคนต่อปี

๔.๒ กรณีที่มีอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ ๓๑ - ๑๐๐ จ่ายเพิ่มให้อีกจากจำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายให้แล้วตาม ข้อ ๔.๑ ในอัตราดังนี้

เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ ๓๑ - ๔๐ จ่ายเพิ่มให้ในอัตรา ๑๐ บาทต่อคนต่อปี

เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ ๔๑ - ๕๐ จ่ายเพิ่มให้ในอัตรา ๒๐ บาทต่อคนต่อปี

เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ ๕๑ - ๖๐ จ่ายเพิ่มให้ในอัตรา ๓๐ บาทต่อคนต่อปี

เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ ๖๑ - ๗๐ จ่ายเพิ่มให้ในอัตรา ๔๐ บาทต่อคนต่อปี

เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ ๗๑ - ๘๐ จ่ายเพิ่มให้ในอัตรา ๕๐ บาทต่อคนต่อปี

เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ ๘๑ - ๙๐ จ่ายเพิ่มให้ในอัตรา ๖๐ บาทต่อคนต่อปี

เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ ๙๑ - ๑๐๐ จ่ายเพิ่มให้ในอัตรา ๗๐ บาทต่อคนต่อปี

๕. สถานพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในแต่ละเดือนให้กับสำนักงานประกันสังคมตามแบบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดภายในวันทำการสุดท้ายของเดือนถัดจากเดือนที่มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์และให้ส่งข้อมูลได้เดือนละ ๑ ครั้ง

กรณีที่ข้อมูลที่ได้ส่งแล้วความวรรคหนึ่ง ไม่ครบถ้วนถูกต้อง ให้สถานพยาบาลนำข้อมูลของเดือนนั้นไปรายงานในเดือนถัดไปได้ ทั้งนี้จะต้องไม่เกิน ๑ เดือน นับแต่เดือนที่สถานพยาบาลได้ส่งข้อมูลของเดือนนั้นตามระยะเวลาในวรรคหนึ่ง