

สัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

ประจำปี ๒๕๖๖

สัญญาเลขที่..... / ๒๕๖๕.....

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ สำนักงานประกันสังคม เลขที่ ๘๘/๒๘ หมู่ที่ ๔ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ระหว่าง สำนักงานประกันสังคม โดย.....นายบุญสงค์ ทัพชัยยุทธ์..... เลขานุการสำนักงานประกันสังคม ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “สำนักงาน” ฝ่ายหนึ่ง กับ..... โดย.....

มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล ปรากฏตามหนังสือรับรองของสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท

ลงวันที่.....

และหนังสือมอบอำนาจลงวันที่.....แนบท้ายสัญญานี้

ซึ่งเป็นผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลชื่อ.....

ตั้งอยู่เลขที่.....

ถนน.....

แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “สถานพยาบาล” อีกฝ่ายหนึ่ง

คู่สัญญาได้ตกลงกันมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ บทนิยาม

ในสัญญานี้

“บริการทางการแพทย์” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุไว้ในเอกสารผนวก ๒ แนบท้ายสัญญานี้ และข้อ ๔ ที่สำนักงานประกาศ ตามข้อ ๔.๗ ของสัญญานี้

“ผู้ประกันตน” หมายความว่า ผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ บุคคลตามมาตรา ๓๘ วรรคสอง ผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๙ และบุคคลตามมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ มาตรา ๖๒ และให้หมายความรวมถึงผู้ประกันตนที่มีชื่อตามข้อ ๓.๓ วรรคสอง

“สิ้นสุดการรักษา” หมายความว่า สิ้นสุดความจำเป็นที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ของแพทย์และพยาบาลตามหลักวิชาการทางการแพทย์

“สถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า” หมายความว่า สถานพยาบาลที่สถานพยาบาล ตามสัญญานี้ส่งต่อ หรือสถานพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะโรค เพื่อให้การบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ที่เกินขีดความสามารถที่สถานพยาบาลตามสัญญานี้จะให้การบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนได้

“สถานพยาบาลในระดับรอง” หมายความว่า สถานพยาบาลที่ได้ตกลงกับสถานพยาบาล ตามสัญญานี้ เพื่อรับช่วงการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

“คณะกรรมการการแพทย์” หมายความว่า คณะกรรมการการแพทย์ตามมาตรา ๑๔ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

ข้อ ๒ เอกสารอันเป็นส่วนหนึ่งของสัญญา

เอกสารแนบท้ายสัญญาดังต่อไปนี้ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญานี้

๒.๑ ผนวก ๑ ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง การกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาล
ที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน พ.ศ. ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ จำนวน ๑๕ หน้า

๒.๒ ผนวก ๒

๒.๒.๑ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๔
ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๔ ลงวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๗
ลงวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๙
ลงวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๙
ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
ลงวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๐
ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๑
ลงวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑
ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๒
ลงวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๓
ลงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๔
ลงวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๔
ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔
ลงวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕
ลงวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๕ และลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๕
จำนวน ๕๐๑ หน้า

๒.๒.๒ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ทุพพลภาพ ลงวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๗ จำนวน ๒ หน้า
ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๒
จำนวน ๑ หน้า

๒.๒.๓ ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง ราคายา Erythropoietin ลงวันที่
๑๐ พฤษภาคม ๒๕๕๙ จำนวน ๓ หน้า

๒.๒.๔ ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ
ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๐ จำนวน ๒ หน้า

๒.๒.๕ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง กำหนดอัตราและระยะเวลาการได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๕๙
จำนวน ๒ หน้า

๒.๓ ผนวก ๓ ซีแจ้งมติคณะกรรมการการแพทย์ แนวปฏิบัติในการให้บริการทางการแพทย์
แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาล ในการขอเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ และการบริหารยาบัญชี จ (๒) และแนวปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์

ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี ผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (๒) หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๒๓/๔๖๕๐ ฉบับลงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๓๘ จำนวน ๖๒ หน้า

๒.๔ ผนวก ๔ เอกสารใบสมัครหนังสือตอบรับการเข้าร่วมทำสัญญาจ้างฯ หนังสือแจ้ง จำนวนศักยภาพในการรับผู้ประกันตน ประจำปี ๒๕๖๕ เอกสารแจ้งรายชื่อสถานพยาบาลเครือข่ายและ สถานพยาบาลระดับสูง สถานที่ตั้ง จำนวนเตียงในการรับผู้ป่วย เวลาทำการ เอกสารสัญญาหรือสำเนาสัญญา และเอกสารสำคัญต่าง ๆ ของสถานพยาบาล จำนวน หน้า

๒.๕ ผนวก ๕ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์ ลงวันที่ ๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติมลงวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙ ประกาศคณะกรรมการ การแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(๒) ลงวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙ จำนวน ๘ หน้า

๒.๖ ผนวก ๖ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ จำนวน ๗ หน้า

ข้อความใดในเอกสารแนบท้ายสัญญาที่ขัดแย้งกับข้อความในสัญญานี้ให้ใช้ข้อความ ในสัญญานี้บังคับ และในกรณีที่เอกสารแนบท้ายสัญญาขัดแย้งกันเอง สถานพยาบาลจะต้องปฏิบัติตาม คำวินิจฉัย ของสำนักงาน

ข้อ ๓ ข้อตกลงว่าจ้าง

๓.๑ สำนักงานตกลงจ้างและสถานพยาบาลตกลงรับจ้างทำการให้บริการทางการแพทย์ แก่ผู้ประกันตน โดยสถานพยาบาลจะต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเต็มกำลังความสามารถของแพทย์ และต้องจัดหา ยา เวชภัณฑ์ วัสดุภัณฑ์ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เพื่อให้บริการทางการแพทย์ แก่ผู้ประกันตนตามสัญญานี้อย่างเพียงพอจนสิ้นสุดการรักษา

๓.๒ การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามข้อ ๓.๑ สถานพยาบาลจะต้อง ให้บริการแก่ผู้ประกันตนทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และทำการรักษาพยาบาลตามข้อกำหนด และมาตรฐานที่คณะกรรมการการแพทย์ได้กำหนดขึ้น

๓.๓ จำนวนผู้ประกันตนที่สถานพยาบาลจะให้บริการทางการแพทย์ตามสัญญานี้ มีจำนวนประมาณ คน (.....)

จำนวนผู้ประกันตนตามวรรคหนึ่งเป็นจำนวนโดยประมาณเท่านั้น จำนวนผู้ประกันตน ที่สถานพยาบาลจะต้องให้บริการทางการแพทย์อาจจะมากกว่าหรือน้อยกว่าจำนวนที่กำหนดไว้ ในวรรคหนึ่งก็ได้ โดยจำนวนผู้ประกันตนที่ถูกต้องจะต้องเป็นผู้มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดให้กับสถานพยาบาล และเป็นผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ มาตรา ๖๒

ข้อ ๔ หน้าที่ของสถานพยาบาล

๔.๑ สถานพยาบาลต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนไม่ต่ำกว่าการให้บริการ แก่คนไข้อื่นในการดำเนินการปกติของสถานพยาบาล

๔.๒ สถานพยาบาลต้องทำการรักษาผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษาโดยไม่จำกัด จำนวนเงินค่าใช้จ่าย และจำนวนครั้งที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยสถานพยาบาลจะไม่เรียกเก็บเงิน

ค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๖.๒ รวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ จากผู้ประกันตนอีก ยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่น ๆ ซึ่งมีค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๑ ที่สถานพยาบาลได้จัดเพิ่มเติมขึ้นจากที่ได้แจ้งไว้กับสำนักงานในการสมัครเข้ารับเป็นสถานพยาบาลตามสัญญา และจะต้องกำหนดไว้ชัดเจนในสถานพยาบาลพร้อมกับแจ้งให้ผู้ประกันตนทราบแต่เบื้องต้นก่อนให้บริการทางการแพทย์ในส่วนที่เป็นบริการอื่น ๆ ดังกล่าว จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นโดยละเอียด ทั้งนี้ ต้องได้รับความยินยอมโดยชัดแจ้งจากผู้ประกันตนด้วย

๔.๓ สถานพยาบาลต้องจัดให้มีบริการตรวจรักษาโรคทุกโรคยกเว้นโรคตามที่คณะกรรมการทางการแพทย์ได้กำหนดไว้ในเอกสารผนวก ๒ แนบท้ายสัญญา และต้องจัดให้มีการบริการในภาวะฉุกเฉินตลอด ๒๔ (ยี่สิบสี่) ชั่วโมง และจะต้องจัดทำให้ได้ไม่น้อยกว่ารายละเอียดการบริการทางการแพทย์ตามที่กำหนดไว้ในเอกสารผนวก ๑ แนบท้ายสัญญา ยกเว้นสถานพยาบาลในระดับรอง

๔.๔ สำนักงานมีสิทธิที่จะทำการแก้ไขหรือเพิ่มเติมหรือลดจำนวนผู้ประกันตน ซึ่งสำนักงานได้แจ้งต่อสถานพยาบาลตามข้อ ๓.๓ ได้โดยไม่ต้องบอกเลิกสัญญา ในกรณีเช่นนี้สถานพยาบาลมีหน้าที่ปฏิบัติตามสัญญาต่อไป และจะนำมาเป็นเหตุอ้างเพื่อยกเลิกหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงสัญญาไม่ได้

๔.๕ สถานพยาบาลจะต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในกรณีโรคหรืออาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ประกันตนที่มีผล Anti-HIV Positive และให้บริการทางการแพทย์ตามเอกสารผนวก ๓ และผนวก ๕ แนบท้ายสัญญา

๔.๖ สถานพยาบาลต้องส่งเวชระเบียน เอกสาร หลักฐาน สถิติและรายงานเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน รวมถึงการให้ถ้อยคำและดำเนินการอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน

เมื่อสำนักงานแจ้งความประสงค์ขอตรวจสอบข้อมูลสถิติและรายงานงบแสดงฐานะทางการเงินและรายงานผลการดำเนินงานรวมทั้งข้อมูลรายได้และค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล สถานพยาบาลต้องส่งเอกสาร หลักฐาน สถิติและรายงานเกี่ยวข้องตามรูปแบบที่สำนักงานกำหนดให้แก่สำนักงาน

๔.๗ สถานพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ มติคณะรัฐมนตรี คำสั่งหรือแนวทางปฏิบัติใด ๆ ของทางราชการที่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ทั้งที่มีผลบังคับใช้ในขณะที่ยังมีผลในสัญญาและที่จะมีผลประกาศใช้บังคับในอนาคตอย่างเคร่งครัด

๔.๘ สถานพยาบาลที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียภาษีตามประมวลรัษฎากรจะต้องส่งหลักฐานการได้รับยกเว้นภาษีของหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการพิจารณา และแจ้งยืนยันเป็นหนังสือให้ชัดเจน ถึงระยะเวลาที่ได้รับการยกเว้นภาษีให้แก่สำนักงานทราบก่อนหรือในวันทำสัญญา

๔.๙ สถานพยาบาลจะต้องทำการถ่ายโอนข้อมูลรายชื่อผู้ประกันตนผ่านทาง INTERNET ทุกวันที่ ๑ และ วันที่ ๑๖ ของทุกเดือน

ในกรณีที่สถานพยาบาลมีคู่สัญญาเป็นสถานพยาบาลในระดับรองตามข้อ ๑๐.๒ สถานพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลรายชื่อผู้ประกันตนตามวรรคหนึ่งให้แก่สถานพยาบาลระดับรองทุกครั้งที่ทำกรถ่ายโอนข้อมูล

ข้อ ๕ หลักประกันการปฏิบัติตามสัญญา

๕.๑ ในขณะที่ทำสัญญานี้สถานพยาบาลได้นำหลักประกันเป็นหนังสือค้ำประกันของ

เป็นจำนวนเงิน๑๐๐,๐๐๐.๐๐.....บาท (.....หนึ่งแสนบาทถ้วน.....)

มามอบให้สำนักงานเพื่อเป็นหลักประกันว่าสถานพยาบาลจะเข้ารับเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ และจะไม่ขอลงตัวออกก่อนที่จะถึงกำหนดเวลาปฏิบัติตามสัญญา

ในข้อ ๗.๑ สำนักงานจะคืนหลักประกันดังกล่าวให้เมื่อสถานพยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อ ๕.๒ และเริ่มปฏิบัติหน้าที่ตามสัญญาแล้ว

๕.๒ ภายใน ๓๐ (สามสิบ) วันก่อนวันที่สถานพยาบาลเริ่มปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์ตามข้อ ๗.๑ สถานพยาบาลจะต้องนำหลักประกันเป็นหนังสือค้ำประกันของ

.....
.....
.....
.....
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ซึ่งไม่น้อยกว่าร้อยละห้า (๕%) ของค่าจ้างที่คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนที่สถานพยาบาลจะต้องให้บริการทางการแพทย์ตามข้อ ๓.๓ พรรคหนึ่ง คุณด้วยอัตราค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายตามข้อ ๖.๑ มามอบให้แก่สำนักงานเพื่อเป็นหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญา ทั้งนี้ หลักประกันการปฏิบัติตามสัญญาดังกล่าว จะต้องมิผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่สถานพยาบาลมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ตามข้อ ๗.๑

ในกรณีที่สำนักงานใช้สิทธิหักค่าปรับ ค่าเสียหายจากหลักประกันหรือเรียกร้องจากธนาคารผู้ออกหนังสือค้ำประกันตามสัญญานี้ สถานพยาบาลจะต้องหาหลักประกันมาใหม่ หรือหามาเพิ่มให้ครบถ้วนตามจำนวนหลักประกันดังกล่าว ภายใน ๑๕ (สิบห้า) วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสำนักงาน

หลักประกันดังกล่าวสำนักงานจะคืนให้แก่สถานพยาบาลโดยไม่มีดอกเบี้ยเมื่อสถานพยาบาลพ้นข้อผูกพันตามสัญญานี้แล้ว เว้นแต่กรณีสถานพยาบาลได้ทำสัญญาในปีถัดไปและได้วางหลักประกันทดแทนตามหลักเกณฑ์และจำนวนที่สำนักงานกำหนด

กรณีที่ได้มีการคืนหลักประกันนั้นไม่ตัดสิทธิสำนักงานในการเรียกค่าเสียหายเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลกรณีที่เกิดความเสียหายภายหลังที่ได้มีการคืนหลักประกันดังกล่าว

๕.๓ ในกรณีที่สถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในข้อ ๕.๒ พรรคหนึ่งแล้วแต่กรณี ให้ถือว่าสถานพยาบาลไม่ประสงค์จะเข้ารับเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ สำนักงานมีสิทธิริบหลักประกันหรือเรียกร้องจากธนาคารผู้ออกหนังสือค้ำประกัน ตามข้อ ๕.๑ เป็นจำนวนเงินทั้งหมดหรือแต่บางส่วนก็ได้แล้วแต่สำนักงานจะเห็นสมควรและเรียกค่าเสียหายอื่น ๆ อันจะพึงมีจากสถานพยาบาลได้อีกด้วย

ข้อ ๖ ค่าจ้างและการจ่ายเงิน

๖.๑ สำนักงานตกลงจ่ายค่าจ้างให้แก่สถานพยาบาลเป็นค่าตอบแทนค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนแทนผู้ประกันตนโดยวิธีการเหมาจ่ายในอัตราหนึ่งพันหกร้อยสี่สิบบาท ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามจำนวนผู้ประกันตนที่สำนักงานได้แจ้งแก่สถานพยาบาล

นอกจากค่าจ้างตามวรรคหนึ่งแล้ว สำนักงานจะจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยง หรือตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ที่ออกตามพระราชบัญญัติประกันสังคมกำหนด

ในกรณีที่กำหนดระยะเวลาการให้บริการทางการแพทย์ไม่ครบหนึ่งปีตามวรรคหนึ่ง สำนักงานจะจ่ายค่าจ้างให้แก่สถานพยาบาลโดยลดค่าจ้างลงตามส่วน

๖.๒ ค่าจ้างซึ่งสำนักงานจ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามข้อ ๖.๑ นั้น เป็นการจ่ายเพื่อรับบริการทางการแพทย์ ตามมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ดังนี้

- (๑) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- (๒) ค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- (๓) ค่าบำบัดทางการแพทย์และค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ
- (๔) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
- (๕) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์
- (๖) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- (๗) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

๖.๓ เพื่อให้การจ่ายค่าจ้างตามข้อ ๖.๑ วรรคหนึ่งถูกต้องและใกล้เคียงกับจำนวนผู้ประกันตน สำนักงานจะจ่ายค่าจ้างในเบื้องต้นแก่สถานพยาบาล โดยแบ่งจ่ายเป็นรายเดือน ๆ ละไม่น้อยกว่าจำนวนเงินที่คำนวณได้จากร้อยละสิบห้า (๑๕%) ของจำนวนผู้ประกันตนดังกล่าวในวันทำการสุดท้ายของเดือนก่อนเดือนที่จะทำการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ โดยสำนักงานจะจ่ายให้ภายในวันที่ ๑๕ ของทุกเดือน

ภายหลังจากที่สำนักงานได้จ่ายเงินค่าจ้างให้แก่สถานพยาบาลในแต่ละเดือนตามวรรคหนึ่งแล้ว สำนักงานและสถานพยาบาลจะทำการคิดคำนวณค่าจ้างซึ่งสถานพยาบาลพึงจะได้รับจริงตามจำนวนผู้ประกันตนของเดือนที่มีการจ่ายค่าจ้างโดยใช้จำนวนผู้ประกันตนโดยเฉลี่ย ซึ่งคำนวณได้จากจำนวนผู้ประกันตนในวันต้นเดือนรวมกับจำนวนผู้ประกันตนในวันสิ้นเดือนหารด้วยสองเป็นเกณฑ์คำนวณ โดยสำนักงานจะต้องจ่ายเงินค่าจ้างที่เพิ่มขึ้นให้กับสถานพยาบาลให้ครบถ้วน และหากสำนักงานได้จ่ายเงินค่าจ้างให้กับสถานพยาบาลไปเกินกว่าจำนวนเงินค่าจ้างซึ่งสถานพยาบาลจะได้รับอย่างแท้จริงภายหลังจากการคิดคำนวณดังกล่าวแล้วสถานพยาบาลจะต้องคืนเงินส่วนเกินให้แก่สำนักงาน

ในการจ่ายเงินเพิ่มและการคืนเงินส่วนเกินดังกล่าว คู่สัญญาจะต้องดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในสามเดือนนับแต่เดือนที่มีการจ่ายค่าจ้าง

สถานพยาบาลจะต้องไม่โอนสิทธิประโยชน์หรือสิทธิเรียกร้องใด ๆ ตามสัญญานี้ให้แก่บุคคลอื่น

ข้อ ๗ กำหนดระยะเวลาการให้บริการทางการแพทย์

๗.๑ สถานพยาบาลจะต้องเริ่มให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ตั้งแต่วันที่ ๑ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๓๑ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

สถานพยาบาลจะบอกเลิกสัญญาก่อนครบกำหนดระยะเวลาปฏิบัติตามสัญญาดังกล่าวในวรรคหนึ่งไม่ได้ เว้นแต่จะได้รับความยินยอมและเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนด

๗.๒ ในกรณีผู้ประกันตนได้เข้าทำการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลภายในระยะเวลาที่สัญญานี้ยังมีผลบังคับใช้ แต่เมื่อครบอายุสัญญาตามข้อ ๗.๑ วรรคหนึ่งแล้วการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนยังไม่สิ้นสุดการรักษา สถานพยาบาลยังคงต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนต่อไปจนสิ้นสุดการรักษา การวินิจฉัยว่าการรักษาพยาบาลผู้ประกันตนได้สิ้นสุดแล้วหรือไม่ แพทย์ผู้ให้การรักษายาบาลของสถานพยาบาลจะต้องใช้ความรู้และวิจารณญาณตามหลักวิชาการทางการแพทย์ในการวินิจฉัยอย่างเต็มความสามารถ เช่นเดียวกันกับที่สถานพยาบาลได้ให้บริการทางการแพทย์แก่คนไข้ หรือผู้ได้รับการตรวจวินิจฉัยอื่นซึ่งได้เข้าทำการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลนั้น

การที่สถานพยาบาลยังคงให้บริการทางการแพทย์ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษาดังกล่าวไม่เป็นเหตุให้สถานพยาบาลจะอ้างสิทธิใด ๆ ในการต่ออายุสัญญานี้ หรือเพื่อให้สำนักงานเข้าทำสัญญาเพื่อให้ผู้ประกันตนเข้าทำการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลต่อไปแต่ประการใด

ข้อ ๘ ความรับผิดชอบในความบกพร่อง

๘.๑ หากสถานพยาบาลมิได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนภายในกำหนดเวลาตามข้อ ๗.๑ หรือมีเหตุทำให้สำนักงานเชื่อได้ว่าสถานพยาบาลไม่สามารถให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามสัญญานี้ได้หรือถ้าทำแล้วอาจทำไม่ได้ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดไว้ในเอกสารผนวก ๑ แนบท้ายสัญญานี้หรือมิได้ทำการรักษาพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักวิชาการทางการแพทย์ หรือเกิดความเสียหายใด ๆ อันเนื่องมาจากความบกพร่องของสถานพยาบาล จากการใช้สิ่งของหรือเวชภัณฑ์หรือครุภัณฑ์ไม่ได้มาตรฐาน หรือแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ด้วยความประมาทเลินเล่อหรือเกิดขึ้นเพราะเหตุสุดวิสัย อันมิใช่ความผิดของสำนักงาน ให้ถือว่าสถานพยาบาลผิดสัญญา ทั้งนี้สถานพยาบาลจะต้องรับผิดชอบในบรรดาความเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเองทั้งหมด โดยจะไม่เรียกร้องค่าใช้จ่ายหรือค่าทดแทนใด ๆ ทั้งสิ้นจากสำนักงาน

ความเสียหายใด ๆ อันเนื่องมาจากความบกพร่องของสถานพยาบาลตามวรรคหนึ่ง ให้หมายความรวมถึงเงินที่สำนักงานได้จ่ายเพื่อเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน ในกรณีที่ผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ตามมาตรา ๖๓ (๗) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ อีกด้วย

ในกรณีที่มีข้อโต้แย้งระหว่างคู่สัญญาเกี่ยวกับความเสียหายที่เกิดขึ้น เนื่องมาจากการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล สถานพยาบาลตกลงยินยอมให้สำนักงานส่งข้อโต้แย้งดังกล่าวให้คณะกรรมการการแพทย์พิจารณา และเมื่อคณะกรรมการการแพทย์มีมติเช่นใดแล้วให้ถือเป็นเด็ดขาด และถึงที่สุดผูกพันคู่สัญญา

ในการส่งข้อโต้แย้งตามวรรคสามให้คณะกรรมการการแพทย์พิจารณา สถานพยาบาลจะต้องนำส่งเอกสารหลักฐานการรักษาพยาบาลผู้ประกันตนตามที่ระบุไว้ในข้อ ๔.๖ แก่สำนักงานภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนดเพื่อให้คณะกรรมการการแพทย์ไว้ใช้ประกอบการพิจารณาด้วย

๘.๒ สำนักงานไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายใด ๆ อันเกิดขึ้นกับคนงาน หรือพนักงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ตามสัญญานี้ทุกประการ

๘.๓ ในกรณีที่สำนักงานพบว่า สถานพยาบาลไม่มีครุภัณฑ์ทางการแพทย์หรือมีแต่ไม่ได้มาตรฐานตามเอกสารผนวก ๑ เมื่อสำนักงานแจ้งให้สถานพยาบาลทราบ สถานพยาบาลต้องจัดให้มีครุภัณฑ์ทางการแพทย์ตามที่กำหนดในเอกสารผนวก ๑ ภายในกำหนดเวลาที่สำนักงานแจ้งให้ทราบ

๘.๔ ในกรณีที่สถานพยาบาลมิได้ดำเนินการถ่ายโอนข้อมูลรายชื่อผู้ประกันตนตามข้อ ๔.๙ เป็นเหตุให้สถานพยาบาลไม่มีรายชื่อผู้ประกันตน สถานพยาบาลจะต้องรับผิดชอบในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานกำหนดให้กับสถานพยาบาล และเป็นผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ มาตรา ๖๒ และหากปรากฏว่าผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ สถานพยาบาลอื่น สถานพยาบาลจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ประกันตนได้สำรองจ่าย รวมทั้งชดใช้ค่าเสียหายอันพึงมีให้แก่ผู้ประกันตน อีกทั้งให้สำนักงานมีสิทธิระงับการจ่ายค่าจ้าง และ/หรือค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๖ จนกว่าสถานพยาบาลจะได้มีการดำเนินการตามข้อ ๔.๙ หรือจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนหรือชดใช้ค่าเสียหายให้

ข้อ ๙ การตรวจงานจ้าง

๙.๑ ถ้าสำนักงานได้แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบ หรือมอบหมายเจ้าหน้าที่ของสำนักงาน เพื่อดำเนินการตรวจสอบสถานพยาบาลหรือบริการต่าง ๆ ที่สถานพยาบาลได้จัดให้แก่ผู้ประกันตนในระหว่าง ที่สัญญานี้มีผลใช้บังคับให้คณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ดังกล่าวมีสิทธิที่จะเข้าไปตรวจการปฏิบัติงาน ยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ หรือเอกสารในสถานพยาบาลได้ตลอดเวลา โดยสถานพยาบาลจะต้องอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือ ในการนั้นตามสมควร

คณะกรรมการตรวจสอบหรือเจ้าหน้าที่ของสำนักงานตามวรรคหนึ่งมีสิทธิที่จะสั่งให้ สถานพยาบาลแก้ไขเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมหรือปฏิบัติให้ถูกต้องตามสัญญานี้ได้ภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนด การที่มีกรรมการตรวจสอบหรือเจ้าหน้าที่ของสำนักงานดังกล่าวหาทำให้สถานพยาบาล พ้นความรับผิดชอบตามสัญญาข้อหนึ่งข้อใดไม่

๙.๒ สำนักงานจะตรวจสอบข้อมูลการขอรับค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๔.๖ วรรคหนึ่ง โดยตรวจสอบจากเวชระเบียนทั้งหมดหรือด้วยวิธีสุ่มก็ได้

ในกรณีการตรวจสอบข้อมูลตามวรรคหนึ่งโดยวิธีสุ่ม สำนักงานจะตรวจสอบไม่น้อยกว่า ร้อยละสิบ (๑๐%) ของจำนวนข้อมูลที่มีอยู่ในขณะนั้น แต่ต้องไม่น้อยกว่า ๓๐ (สามสิบ) ฉบับของจำนวนเวชระเบียน ที่มีอยู่ และให้ถือว่าข้อมูลการตรวจสอบดังกล่าวเป็นข้อมูลขอรับค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดในขณะนั้น

ข้อ ๑๐ การรับช่วงการให้บริการทางการแพทย์

๑๐.๑ สถานพยาบาลจะต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนด้วยตนเอง หากสถานพยาบาลมีความจำเป็นต้องให้สถานพยาบาลอื่นรับช่วงการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ทั้งหมดหรือส่วนหนึ่งส่วนใด สถานพยาบาลจะต้องได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากสำนักงานก่อน แต่ทั้งนี้การรับช่วง การให้บริการดังกล่าวก็ต้องเพื่อให้ประโยชน์ต่อผู้ประกันตน และเพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับบริการและการรักษาพยาบาล ที่ดียิ่งขึ้น ยกเว้นกรณีฉุกเฉินและอุบัติเหตุ

ในกรณีตามวรรคหนึ่ง สถานพยาบาลยังคงต้องรับผิดชอบในการให้บริการทางการแพทย์ แก่ผู้ประกันตนต่อไป

หากสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามวรรคหนึ่ง สำนักงานมีสิทธิบอกเลิกสัญญาตามข้อ ๑๓ หรือระงับการจ่ายเงินตามข้อ ๖.๓ ไว้ก่อน และ/หรือปรับตามข้อ ๑๔.๑ จนกว่าสถานพยาบาลจะได้ปฏิบัติให้ถูกต้อง ตามสัญญา

๑๐.๒ กรณีสถานพยาบาลมีคู่สัญญาเป็นสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า (Supra Contractor) หรือสถานพยาบาลในระดับรอง (Sub Contractor) สถานพยาบาลต้องแจ้งชื่อสถานที่ตั้ง จำนวนเตียงผู้ป่วย (ถ้ามี) เวลาทำการและจัดส่งสำเนาสัญญาหรือข้อตกลงของสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่าและสถานพยาบาล ในระดับรองทุกแห่ง ให้แก่สำนักงานเพื่อขอความเห็นชอบจากสำนักงาน

ตราบที่ยังไม่ได้รับความเห็นชอบเป็นหนังสือจากสำนักงานในการเป็นสถานพยาบาล ในระดับสูงกว่าและสถานพยาบาลในระดับรอง ห้ามมิให้สถานพยาบาลประชาสัมพันธ์ชื่อหรือเงื่อนไขการให้บริการ ทางทางการแพทย์ของสถานพยาบาลดังกล่าวให้แก่ผู้ประกันตนหรือนายจ้างทราบ ไม่ว่าจะระหว่างอายุสัญญา นี้หรือภายหลังจากที่สัญญานี้สิ้นสุดลงแล้ว

สถานพยาบาลในระดับรองควรมีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ในการตรวจสอบข้อมูลรายชื่อ ผู้ประกันตนตามข้อ ๔.๙ และจะต้องแสดงเครื่องหมายการเป็นสถานพยาบาลในระดับรองของสถานพยาบาล ตามสัญญานี้ในที่ซึ่งเห็นได้ชัดเจน

๑๐.๓ การที่สถานพยาบาลมีสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่าและสถานพยาบาลในระดับรอง เพื่อประโยชน์และเป็นการอำนวยความสะดวกในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน สถานพยาบาล จึงต้องควบคุมและดำเนินการให้สถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า และ/หรือสถานพยาบาลในระดับรอง ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ตามเงื่อนไขที่กำหนดในสัญญานี้อย่างเคร่งครัด และสถานพยาบาล จะยกเลิกหรือเพิ่มจำนวนสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า และ/หรือสถานพยาบาลระดับรองที่แจ้งไว้ตามข้อ ๑๐.๒ โดยไม่ได้รับความเห็นชอบเป็นหนังสือจากสำนักงานก่อนมิได้

กรณีที่สถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่าและ/หรือสถานพยาบาลในระดับรองฝ่าฝืนหรือไม่ ปฏิบัติตามสัญญาหรือก่อให้เกิดความเสียหายอย่างใด ๆ ขึ้นแก่ผู้ประกันตนหรือสำนักงาน ไม่ว่าจะป็นด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม หรือเป็นเพราะความประมาทเลินเล่อหรือมิได้ทำการรักษาพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักวิชาทางการแพทย์ ของแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลดังกล่าว หรือครุภัณฑ์ทางการแพทย์ไม่เป็นไปตาม มาตรฐาน หรือสถานพยาบาลดังกล่าวปิด หรือหยุดกิจการ หรือไม่ยอมให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ฯลฯ อันมิใช่ความผิดของผู้ประกันตนหรือสำนักงาน ให้สถานพยาบาลรับผิดชอบในบรรดาการกระทำหรือความเสียหาย ที่เกิดขึ้นจากการกระทำดังกล่าวนี้เสมือนเป็นการกระทำของสถานพยาบาลเอง นอกเหนือจากที่สถานพยาบาล จะต้องรับผิดชอบตามสัญญานี้แล้ว ยังถือว่าสถานพยาบาลเป็นผู้ผิดสัญญาและสำนักงานมีสิทธิปรับตามข้อ ๑๔ อีกด้วย

ข้อ ๑๑ การจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่รับช่วงการให้บริการทางการแพทย์

สถานพยาบาลจะต้องจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่าและสถานพยาบาล ในระดับรอง ที่รับช่วงการให้บริการทางการแพทย์ตามข้อ ๑๐ ตามอัตราและกำหนดเวลาที่สถานพยาบาลได้ตกลง หรือทำสัญญากำหนดไว้กับสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่าและสถานพยาบาลในระดับรองดังกล่าว

ถ้าสถานพยาบาลไม่จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า และ/หรือสถานพยาบาลในระดับรองตามวรรคแรก สำนักงานมีสิทธิที่จะระงับการจ่ายเงินในงวดต่อไปตามจำนวนเงิน ที่สถานพยาบาลค้างชำระดังกล่าวไว้ก่อนจนกว่าสถานพยาบาลจะดำเนินการแก้ไขปัญหาให้เป็นที่ยุติหรือจ่ายเงิน ค่าบริการทางการแพทย์ที่ค้างชำระให้แก่สถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่าและ/หรือสถานพยาบาลในระดับรอง ครบถ้วนถูกต้องแล้ว

ข้อ ๑๒ สิทธิในการนำเงินค่าจ้างหรือค่าบริการทางการแพทย์จ่ายให้กับผู้อื่นที่มีใช้สถานพยาบาล

ในกรณีที่คณะกรรมการการแพทย์มีมติให้สถานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบความเสียหาย ตามข้อ ๘:๑ วรรคแรก หรือค่าเสียหายเบื้องต้นที่สำนักงานได้ติดตามทวงถามแล้วตามข้อ ๘:๑ วรรคสอง และสถานพยาบาลเพิกเฉย หรือไม่ดำเนินการจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือค่าเสียหายให้แก่ผู้ประกันตนตามข้อ ๘:๔ หรือสถานพยาบาลไม่จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามข้อ ๑๑ ให้สำนักงานมีสิทธิ ที่จะนำเงินค่าจ้าง และ/หรือค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๖ ที่สถานพยาบาลมีสิทธิได้รับตามสัญญานี้ไปจ่าย ให้แก่บุคคลผู้ได้รับความเสียหาย หรือผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาลที่รับช่วงการให้บริการทางการแพทย์ หรือคืนให้แก่สำนักงานแล้วแต่กรณีก็ได้ และให้ถือว่าเงินจำนวนดังกล่าวเป็นค่าจ้างหรือค่าบริการทางการแพทย์ ที่สำนักงานได้จ่ายให้แก่สถานพยาบาลในการปฏิบัติตามสัญญานี้ด้วย โดยการดำเนินการดังกล่าวสถานพยาบาล ไม่มีสิทธิจะเรียกร้องใด ๆ กับสำนักงาน

ข้อ ๑๓ การบอกเลิกสัญญาและสิทธิภายหลังการบอกเลิกสัญญา

๑๓.๑ หากสถานพยาบาลผิดสัญญาข้อหนึ่งข้อใด หรือละทิ้งงาน หรือถูกสั่งปิดสถานพยาบาล หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาตให้ตั้งหรือดำเนินกิจการสถานพยาบาล หรือตกเป็นผู้ล้มละลาย หรือความปรากฏแก่สำนักงานว่าข้อมูลที่สถานพยาบาลได้จัดส่งตามข้อ ๔.๖ ให้แก่สำนักงานดังกล่าวนั้นเป็นเท็จ หรือเพิกเฉยไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการตรวจสอบตามข้อ ๙ ไม่ว่าจะด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม ให้สำนักงานมีสิทธิบอกเลิกสัญญา

ในกรณีที่สำนักงานได้ใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาตามวรรคหนึ่งอันเนื่องมาจากข้อมูลที่สถานพยาบาลที่ได้จัดส่งตามข้อ ๔.๖ ให้แก่สำนักงานนั้นเป็นเท็จ สำนักงานจะไม่พิจารณารับสถานพยาบาลเข้าเป็นสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมสำหรับการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ในปีถัดจากปีที่สถานพยาบาลมีหน้าที่จะต้องให้บริการทางการแพทย์ตามข้อ ๗.๑ เป็นระยะเวลา ๑ (หนึ่ง) ปี

ในระหว่างที่สำนักงานยังไม่ได้บอกเลิกสัญญานั้น หากสำนักงานเห็นว่าสถานพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติตามสัญญาต่อไปได้ สำนักงานมีสิทธิบอกเลิกสัญญาและใช้สิทธิตามข้อ ๑๓.๒ ก็ได้

การที่สำนักงานไม่ใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาดังกล่าวข้างต้น ไม่เป็นเหตุให้สถานพยาบาลพ้นจากความรับผิดชอบตามสัญญา

๑๓.๒ ในกรณีที่สำนักงานใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาตามข้อ ๑๓.๑ สำนักงานมีสิทธิ ดังนี้

(๑) ริบหลักประกันหรือเรียกร่องเอาจากธนาคารผู้ออกหนังสือค้ำประกันตามข้อ ๕.๒ เป็นจำนวนเงินทั้งหมดหรือแต่บางส่วนก็ได้แล้วแต่สำนักงานจะเห็นสมควร

(๒) เรียกเอาเงินค้ำจ้างจากสถานพยาบาลคืนได้ และมีสิทธิระงับการจ่ายค่าจ้างในงวดต่อไปได้

(๓) เรียกค่าปรับเป็นเงินเดือนละเท่ากับร้อยละเจ็ดสิบห้า (๗๕%) ของค่าจ้างที่สำนักงานจะต้องจ่ายให้ในแต่ละเดือนตามข้อ ๖.๓ หรือปรับเป็นจำนวนเงินน้อยกว่านั้นตามที่สำนักงานจะเห็นสมควร ทั้งนี้สำนักงานมีสิทธิหักเอาจากค่าจ้างที่สำนักงานยังมีหน้าที่จ่ายให้สถานพยาบาล และ/หรือจะเรียกร่องเอาจากธนาคารผู้ออกหนังสือค้ำประกันตามข้อ ๕.๒ ก็ได้

(๔) เรียกร่องค่าเสียหายอันพึงมีจากสถานพยาบาล โดยมีสิทธิหักเอาจากค่าจ้างและ/หรือค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๖

ข้อ ๑๔ ค่าปรับ

ในกรณีที่สำนักงานยังไม่ได้ใช้สิทธิบอกเลิกสัญญาตามข้อ ๑๓.๑ สำนักงานมีสิทธิเรียกร่องเอาค่าปรับเป็นเงิน ดังนี้

๑๔.๑ กรณีสถานพยาบาลผิดสัญญาหรือไม่สามารถทำการตามสัญญาข้อหนึ่งข้อใด สำนักงานมีสิทธิเรียกร่องเอาค่าปรับเป็นเงิน เดือนละเท่ากับร้อยละเจ็ดสิบห้า (๗๕%) ของค่าจ้างที่สำนักงานจะต้องจ่ายให้ในแต่ละเดือนตามข้อ ๖.๓ หรือปรับเป็นจำนวนเงินน้อยกว่านั้นตามที่สำนักงานจะเห็นสมควร จนกว่าสถานพยาบาลจะได้ปฏิบัติให้ถูกต้องตามสัญญาหรือตามคำสั่งตรวจการจ้างตามข้อ ๙ โดยสำนักงานมีพักต้องบอกสงวนสิทธิในการเรียกค่าปรับดังกล่าวในเวลารับชำระหนี้ตามสัญญานี้ก็ได้

๑๔.๒ กรณีสำนักงานตรวจสอบข้อมูลตามข้อ ๔.๖ วรรคหนึ่งหรือเวาระยะปีตามข้อ ๙.๒ พบว่าการขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดเป็นเหตุให้สถานพยาบาลได้รับเงินค่าจ้างเกินกว่าร้อยละสิบห้า (๑๕%) ของจำนวนเงินที่พึงจะได้รับจริง สำนักงานมีสิทธิเรียกค่าปรับจากสถานพยาบาลตามร้อยละที่ตรวจพบว่าไม่ถูกต้องจากจำนวนเงินที่ขอรับค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดในครั้งนั้น

ทั้งนี้หากการตรวจสอบดังกล่าวพบว่าเกิดจากความตั้งใจของสถานพยาบาล เมื่อสำนักงานได้ดำเนินคดีทางอาญาและศาลมีคำพิพากษาเป็นที่สุด สำนักงานมีสิทธิเรียกค่าปรับอีกไม่เกินสิบเท่าของจำนวนเงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บเกินจริงในการบริการครั้งนั้นอีกด้วย

ค่าปรับตามข้อ ๑๔.๑ และ ๑๔.๒ สำนักงานมีสิทธิหักเอาค่าจ้างที่สำนักงานจะต้องจ่ายให้สถานพยาบาลในแต่ละเดือนตามข้อ ๖ และ/หรือจะเรียกร้องเอาจากธนาकारผู้ออกหนังสือค้ำประกันตามข้อ ๕.๒ ก็ได้

ข้อ ๑๕ เงื่อนไขอื่น ๆ

๑๕.๑ ในกรณีที่ผู้ประกันตนได้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยและมีสิทธิได้รับการทางการแพทย์จากทางอื่นนอกเหนือจากสัญญาฯ โดยมีบุคคลหนึ่งบุคคลใดเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรับบริการทางการแพทย์แทนผู้ประกันตนไม่ว่าสิทธิที่จะได้รับนั้นจะเกิดจากสัญญาการระมัด หรือเพราะเหตุอื่นใดก็ตาม ผู้ประกันตนจะเลือกใช้สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ในทางใดก็ได้ ถ้าผู้ประกันตนขอใช้สิทธิจากทางอื่นนอกเหนือจากที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ สถานพยาบาลจะต้องให้ผู้ประกันตนแสดงความจำนงไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และจะเรียกเก็บเงินค่าใช้จ่ายใด ๆ จากผู้ประกันตนมิได้และหากผู้ประกันตนเลือกใช้สิทธิในฐานะเป็นผู้ประกันตน สถานพยาบาลต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามสัญญาฯ โดยจะกำหนดเงื่อนไขใด ๆ แก่ผู้ประกันตนมิได้

กรณีที่ผู้ประกันตนประสบภัยจากรถและมีสิทธิที่จะได้รับค่าเสียหายอันได้แก่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในฐานะ “ผู้ประสบภัย” ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บเงินค่าเสียหายดังกล่าวเท่าที่จ่ายจริงแทนผู้ประกันตนในฐานะผู้ประสบภัยเมื่อได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้ประกันตนหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกันตนตามจำนวนที่ผู้ประกันตนมีสิทธิจะได้รับหรือจากเจ้าของรถหรือบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย แล้วแต่กรณี ตามหลักเกณฑ์วิธีการและอัตราที่กำหนดในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ รวมทั้งกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง จะเรียกเก็บจากผู้ประกันตนมิได้และสถานพยาบาลยังคงมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ตามข้อ ๓.๑ ต่อไป แม้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเกินกว่าสิทธิที่ผู้ประกันตนจะได้รับตามพระราชบัญญัติดังกล่าวก็ตาม

๑๕.๒ ในกรณีที่ผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินหรือกรณีอุบัติเหตุจากสถานพยาบาลอื่น นอกเหนือจากสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนมีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ และมีความจำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องตามความเห็นของแพทย์ของสถานพยาบาลอื่นนั้น เมื่อสถานพยาบาลได้รับแจ้งเป็นหลักฐาน ไม่ว่าจะด้วยวิธีใดจากผู้ประกันตน นายจ้างของผู้ประกันตน สำนักงาน สำนักงานประกันสังคมจังหวัด เจ้าหน้าที่ของสำนักงาน หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา หรือบุคคลผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกันตน ให้ถือว่าบรรดาค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในสัญญาฯที่จะเกิดขึ้นนับแต่วันที่สถานพยาบาลได้รับแจ้งครั้งแรก รวมทั้งค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ประกันตนไปยังสถานพยาบาลนั้น ๆ เป็นค่าใช้จ่ายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาล ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในเอกสารผนวก ๖ ข้อ ๖.๑

นอกจากค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลจะต้องรับผิดชอบตามวรรคหนึ่งแล้วสถานพยาบาลต้องรับผิดชอบจ่ายค่าให้บริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์หรือจ่ายให้แก่ผู้ประกันตนในกรณีที่ผู้ประกันตนได้สำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ไปก่อน ภายในกำหนด ๓๐ (สามสิบ) วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากสถานพยาบาลดังกล่าวหรือจากผู้ประกันตน แล้วแต่กรณี โดยสถานพยาบาลจะต้องไม่บังคับหรือกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อให้ผู้ประกันตนลงลายมือชื่อในเอกสารใด ๆ ที่เป็นการสละสิทธิการรับประโยชน์ทดแทนในฐานะผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

๑๕.๓ ในกรณีที่สถานพยาบาลมีหนี้ค้างชำระแก่เจ้าหนี้ตามข้อ ๑๐ ข้อ ๑๑ หรือผู้ประกันตนอันเนื่องมาจากการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนอยู่ก่อนหรือในวันที่สัญญานี้มีผลใช้บังคับ ให้สำนักงานมีสิทธิที่จะระงับการจ่ายเงินค่าจ้างไว้ก่อน หรือนำเงินค่าจ้างและ/หรือค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๖ ไปจ่ายให้แก่เจ้าหนี้ หรือผู้ประกันตนได้ และให้ถือว่าเงินจำนวนดังกล่าวเป็นเงินค่าจ้างที่สำนักงานได้จ่ายให้แก่สถานพยาบาลในการปฏิบัติตามสัญญานี้ด้วย หรือเรียกร้องจากธนาคารผู้ออกหนังสือค้ำประกันเป็นจำนวนเงินทั้งหมดหรือแต่บางส่วนก็ได้ แล้วแต่สำนักงานจะเห็นสมควรจนกว่าสถานพยาบาลจะดำเนินการชำระหนี้ที่ค้างชำระนั้นจนเสร็จสิ้น

สัญญานี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน คู่สัญญาได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และคู่สัญญาต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ สำนักงาน
(นายบุญสงค์ ทัพชัยยุทธ์)

ลงชื่อ สถานพยาบาล
()

ลงชื่อ พยาน
()

ลงชื่อ พยาน
()

ผนวก	ประกาศ	ลงวันที่	หน้า
	๒๑.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานและแนวปฏิบัติกรณีผู้ประกันตนขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระดูกตา พร้อมทั้งแบบขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระดูกตา	๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐	๖
	๒๒.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๐	๑
	๒๓.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๑๒ กันยายน ๒๕๖๐	๘
	๒๔.ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ	๒ ตุลาคม ๒๕๖๐	๒
	๒๕.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๐	๒
	๒๖.ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการเลือกรับประโยชน์ทดแทนหรือเลือกรับสิทธิบริการสาธารณสุขของคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน	๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๐	๒
	๒๗.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๐	๓
	๒๘.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๐	๓๓
	๒๙.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๔ มกราคม ๒๕๖๑	๒
	๓๐.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์	๑๗ มกราคม ๒๕๖๑	๕
	๓๑.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๙ เมษายน ๒๕๖๑	๑
	๓๒.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการให้ยาแฟคเตอร์ (Coagulation factors) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)	๑๐ เมษายน ๒๕๖๑	๔
	๓๓.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ	๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๑	๑
	๓๔.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๑	๑
	๓๕.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑	๕
	๓๖.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลรัฐที่มีการบริหารจัดการพิเศษ	๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑	๒
	๓๗.ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๒)	๑ มีนาคม ๒๕๖๒	๑๘
	๓๘. ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ (ฉบับที่ ๒)	๘ มีนาคม ๒๕๖๒	๑
	๓๙. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๑๙ เมษายน ๒๕๖๒	๒
	๔๐. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๒	๑๕
	๔๑. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒	๙๖
	๔๒. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๒๑ มกราคม ๒๕๖๓	๗

ผนวก	ประกาศ	ลงวันที่	หน้า
	๔๓. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓	๗
	๔๔. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน พ.ศ. ๒๕๖๓	๘ กันยายน ๒๕๖๓	๑
	๔๕. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)) เชิงรุกในสถานประกอบการ	๓๐ เมษายน ๒๕๖๔	๓
	๔๖. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)) เชิงรุกในสถานประกอบการ	๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔	๓
	๔๗. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙))	๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔	๕
	๔๘. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)) สำหรับการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation)	๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๔	๙
	๔๙. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙))	๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๔	๔
	๕๐. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙))	๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔	๒
	๕๑. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)) ตามแนวทางโครงการ Factory sandbox	๘ กันยายน ๒๕๖๔	๒
	๕๒. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๘ กันยายน ๒๕๖๔	๑
	๕๓. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔	๘ กันยายน ๒๕๖๔	๑
	๕๔. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๑๐ กันยายน ๒๕๖๔	๑
	๕๕. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)) (ฉบับที่ ๒)	๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔	๗
	๕๖. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔	๑
	๕๗. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙))	๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔	๒

ผนวก	ประกาศ	ลงวันที่	หน้า
	๕๘. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)) ตามแนวทางโครงการ Factory sandbox	๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔	๓
	๕๙. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕	๑๙
	๖๐. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕	๑
	๖๑. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙))	๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕	๗
	๖๒. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙))	๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๕	๒
	๖๓. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ	๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๕	๘
	๖๔. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์	๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕	๑
	๖๕. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการกรณีบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙))	๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕	๒
	๖๖. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙))	๒๙ กันยายน ๒๕๖๕	๕
	๖๗. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน	๒๙ กันยายน ๒๕๖๕	๑
	๖๘. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโรคโควิด ๑๙ (coronavirus Disease ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)) (ฉบับที่ ๒)	๒๙ กันยายน ๒๕๖๕	๑
ผนวก ๓	๑.ชี้แจงแนวปฏิบัติ		
	ชี้แจงมติคณะกรรมการการแพทย์ ข้อ ๕ “กรณีฉุกเฉินผู้ประกันตนไม่ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่กำหนด ฯ”	๖ สิงหาคม ๒๕๓๕	๒
	ชี้แจงแนวปฏิบัติกรณีผู้ประกันตนเปลี่ยนสถานพยาบาล	๒๘ ธันวาคม ๒๕๓๗	๑
	แนวปฏิบัติกรณีทำแท้งชนิดผิดกฎหมายของผู้ประกันตน	๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๓๘	๑
	แจ้งแนวปฏิบัติกรณีผ่าตัดใส่กะโหลกศีรษะเทียม	๑๗ ตุลาคม ๒๕๓๙	๑
	แจ้งแนวปฏิบัติให้การบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน กรณีไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ และการแจ้งสิทธิหลังจากได้รับการบริการทางการแพทย์	๒๔ ตุลาคม ๒๕๔๐	๒
	แนวปฏิบัติในการให้บริการทางการแพทย์	๑๖ ธันวาคม ๒๕๔๐	๒
	แจ้งมติคณะกรรมการการแพทย์ กรณีเจ็บท้องหลอก	๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๑	๑
	การโฆษณาชวนเชื่อของโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม	๒๔ เมษายน ๒๕๔๓	๑
	แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลในการผ่าตัดเอาเหล็กตามกระดูกออกจากร่างกาย	๕ กันยายน ๒๕๔๔	๒
	แนวปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการให้บริการทางการแพทย์กรณีข้อร้องเรียน	๑๗ มิถุนายน ๒๕๔๕	๑
	แนวปฏิบัติให้การบริการทางการแพทย์กรณีเกี่ยวกับทันตกรรม	๙ มกราคม ๒๕๔๖	๒
	แนวปฏิบัติให้การบริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนมีปัญหาทางผิวหนัง	๒๔ พฤษภาคม ๒๕๔๗	๓

ผนวก	ประกาศ	ลงวันที่	หน้า
	แนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนมีก้อนที่เต้านม	๒ พฤศจิกายน ๒๕๔๗	๓
	แนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์ผู้ประกันตนมีปัญหาการรักษาแผลเป็น	๕ เมษายน ๒๕๔๘	๑
	แนวปฏิบัติกรณีสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ส่งผู้ประกันตนไปรักษาต่อ	๑๓ กันยายน ๒๕๔๘	๑
	แนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์ กรณีวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า	๒๓ สิงหาคม ๒๕๔๒	๑
	แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลในการขอเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ประกันตนประสบอันตราย หรือ เจ็บป่วยฉุกเฉิน	๓ กรกฎาคม ๒๕๕๑	๒
	แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางรักษาโรคมะเร็ง	๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๔	๑
	แนวปฏิบัติกรณีผู้ประกันตนขอรับประโยชน์ทดแทนในการปลูกถ่ายไขกระดูก		๑
	แนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์ เรื่องเรียกเก็บค่ายาจากผู้ประกันตน	๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๐	๒
	แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง	๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑	๓
	การเก็บเงินค่ารักษากรณีโรคมะเร็ง	๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๓๘	๑
	การให้บริการทางการแพทย์ กรณีการดูแลผู้ประกันตนตามบัตรรับรองสิทธิ	๙ กรกฎาคม ๒๕๕๐	๑
	คำนิยามเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา	๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๓๗	๑
	การบริหารยาบัญชี จ (๒) และแนวปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่องหลักเกณฑ์และเงื่อนไขสำหรับผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (๒)		๔
	แนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์กรณียุติการตั้งครรภ์	๑๓ กันยายน ๒๕๕๕	๓
	สถานพยาบาลเครือข่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๙ พฤศจิกายน ๒๕๓๘	๒
	๒.ตอบข้อหารือ		
	ตอบข้อหารือของสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไป (ประเทศไทย) กรณีก้อนที่เต้านม	๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๖	๑
	ตอบข้อหารือของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ กรณีก้อนที่เต้านม	๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๔๖	๑
	ตอบข้อหารือของสำนักงานประกันสังคม		๑
	๓.แผนภูมิ		
	แผนภูมิแนวปฏิบัติการให้ประโยชน์ทดแทน กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก		๑
	๔.แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน และใบรับรองแพทย์		
	แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต		๒
	ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก		๒
	ใบรับรองสิทธิผู้ประกันตนกรณีปลูกถ่ายไขกระดูก		๑
	ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะจกตา		๑
	ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด		๑
	ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน		๒
	ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจและไต ตับและไต ตับอ่อนและไต		๑
	ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ		๒
ผนวก ๕	ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา สำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์	๘ ธันวาคม ๒๕๔๙	๒
	ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙	๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙	๔
	ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(๒)	๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙	๒
ผนวก ๖	ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมเรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงิน ทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน	๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐	๗

ผนวก 1



ประกาศสำนักงานประกันสังคม
เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน พ.ศ. ๒๕๖๓

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงมาตรฐานของสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ตามมาตรา ๕๔ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ คณะกรรมการประกันสังคมและที่ปรึกษา (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๑๕/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๒ เห็นชอบให้สำนักงานประกันสังคม ปรับปรุงมาตรฐานของสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ตามที่คณะกรรมการการแพทย์ เสนอความเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานในการให้บริการทางการแพทย์ตามมาตรา ๑๕ (๑) แห่งพระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๔ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

- ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป
- ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน พ.ศ. ๒๕๕๑
- ข้อ ๓ ในประกาศนี้
“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
“สิ้นสุดการรักษา” หมายความว่า ความจำเป็นที่จะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลของแพทย์และพยาบาล สิ้นสุดลงตามหลักวิชาการทางการแพทย์
- ข้อ ๔ สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามมาตรา ๕๔ แห่งพระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ต้องมีมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้
 - (๑) เป็นสถานพยาบาลที่มีขนาดไม่น้อยกว่าหนึ่งร้อยเตียง และมีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ประกันตน ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์
 - (๒) เป็นสถานพยาบาลที่มีบริการส่งตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา
 - (๓) เป็นสถานพยาบาลที่จัดให้มีบริการทางการแพทย์สิบสองสาขาขึ้นไป ดังนี้
 ๑. อายุรกรรมทั่วไป
 ๒. ศัลยกรรมทั่วไป
 ๓. สูตินรีเวชกรรม
 ๔. ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
 ๕. เวชศาสตร์ป้องกัน
 ๖. จักษุวิทยา
 ๗. วิสัญญีวิทยา
 ๘. โสต นาสิก ลาริงซ์
 ๙. รังสีวิทยา
 ๑๐. เวชกรรมฟื้นฟู
 ๑๑. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และหรือประสาทศัลยศาสตร์
 ๑๒. กุมารเวชกรรม


การจัดให้มีบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๔ (๓) สาขาที่ ๑ - ๔ สถานพยาบาลต้องจัดให้มีบริการทางการแพทย์ สาขาที่ ๑ - ๓ ต้องมีแพทย์เฉพาะทางประจำทำงานเต็มเวลา สาขาที่ ๔ ให้มีแพทย์เฉพาะทางทำงานเป็นเวลาอย่างน้อย ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สาขาที่ ๕ - ๑๒ ควรจัดให้มีแพทย์ให้บริการตามความเหมาะสม โดยให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์

(๔) เป็นสถานพยาบาลที่จัดให้มีมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามหลักเกณฑ์ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ สถานพยาบาลที่ไม่มีมาตรฐานตามข้อ ๔ (๑) แต่มีมาตรฐานตามข้อ ๔ (๒) (๓) และ (๔) สำนักงานประกันสังคมโดยคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ อาจพิจารณาให้สถานพยาบาลดังกล่าวเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามมาตรา ๕๔

ข้อ ๖ ให้สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ตามมาตรา ๕๔ ก่อนประกาศนี้ใช้บังคับเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ต่อไป ทั้งนี้ ต้องจัดให้มีมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามประกาศนี้ ภายในระยะเวลาสองปีนับแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒



(นายทศพล กฤตวงศ์วิมาน)
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

หลักเกณฑ์กำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลแบบท่ายประกาศ

มาตรฐานทั่วไป

- ๑) มีอาคารสถานที่อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการบริการทางการแพทย์ และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมแก่ชุมชน
 - (๑) มีสถานที่ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับการบริการทางการแพทย์
 - (๑.๑) มีสถานที่อำนวยความสะดวกและส่งเสริมความปลอดภัยในการบริการผู้ป่วย เช่น ที่จอดรถ ทางลำเลียงผู้ป่วยไปสู่จุดบริการและห้องพัก ช่องทางหนีไฟสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น
 - (๑.๒) มีเครื่องมือเครื่องใช้ทั่วไปในแต่ละหน่วยบริการ เช่น โต๊ะ ตู้ เตียง เก้าอี้ อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ ภาชนะบรรจุมูลฝอยทั่วไป และภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ
 - (๑.๓) มีเครื่องมือเครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ ที่ต้องจัดให้มีในแต่ละหน่วยบริการต้องเหมาะสมกับลักษณะการให้บริการ
 - (๑.๔) มีความสะอาดของสถานที่ มีน้ำสะอาดสำหรับบริโภคอุปโภคอย่างเพียงพอ และมีระบบน้ำสำรอง
 - (๑.๕) มีระบบไฟฟ้าสำรองฉุกเฉิน
 - (๑.๖) มีเครื่องดับเพลิงที่ใช้การได้
 - (๒) มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม
 - (๒.๑) มีระบบหรือวิธีการกำจัดขยะ (ทั้งประเภทติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ)
 - (๒.๒) มีระบบควบคุมการติดเชื้อ
 - (๒.๓) มีระบบบำบัดน้ำเสีย
- ๒) สถานพยาบาลจะต้องสามารถส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ทางอิเล็กทรอนิกส์ตามที่สำนักงานกำหนดได้
- ๓) สถานพยาบาลจะต้องมีการรายงานงบแสดงฐานะทางการเงินและรายงานผลการดำเนินงาน รวมทั้งข้อมูลรายได้ และค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล
- ๔) มีเจ้าหน้าที่เพียงพอทั้งในด้านจำนวนและคุณภาพ
 - (๑) แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
 - (๒) ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ต้องเป็นสมาชิกของชมรม หรือสมาคมวิชาชีพนั้นๆ หรือราชวิทยาลัยที่ได้รับ การรับรองจากองค์กรที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ
 - (๓) มีจำนวนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่น้อยกว่าที่กำหนดในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล
 - (๔) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประจำทำงานเต็มเวลาอย่างน้อยในสาขาอายุรกรรมทั่วไป ศัลยกรรมทั่วไป และสูตินรีเวชกรรม
 - (๕) ให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ทำงานเป็นเวลาอย่างน้อย ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์

มาตรฐานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

๑) มีความพร้อมของอาคารสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์ รวมทั้งยานพาหนะสำหรับส่งผู้ป่วย

(๑) สถานที่มีความเหมาะสมและเห็นได้ง่าย

(๑.๑) อย่างน้อยรับผู้ป่วยได้ไม่น้อยกว่า ๒ เตียง

(๑.๒) มองเห็นได้ง่ายทั้งจากภายนอกและภายในอาคาร โดยมีเครื่องหมายแสดงอย่างชัดเจน

(๑.๓) รถพยาบาลเข้าถึงได้สะดวกทั้งรับและส่งต่อผู้ป่วย ประตูอาคารกว้างมากพอสำหรับรถเข็นผู้ป่วย

(๑.๔) มีการรักษาความสะอาดและระบบถ่ายเทอากาศที่ถูกลักษณะ

(๒) มีความพร้อมในด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการ และมีความพร้อมที่จะได้ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(๒.๑) สำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่จำเป็น เพื่อช่วยผู้ป่วยในกรณีต่างๆ เช่น CARDIAC ARREST, IMPAIRED AIRWAY, BURN, ACCIDENT, POISONING, SHOCK, HEMORRHAGE, CARDIAC ARRHYTHMIA, CONVULSIVE DISORDER, OTHER EMERGENCY MEDICAL CASES ซึ่งมีครุภัณฑ์ที่จำเป็น ได้แก่

(๒.๑.๑) ชุดตรวจโรคทั่วไป

(๒.๑.๒) ชุดอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ

(๒.๑.๓) เครื่องให้ออกซิเจน

(๒.๑.๔) เครื่องดูดเสมหะ (SUCTION)

(๒.๑.๕) ชุดใส่ท่อหายใจและช่วยหายใจ

(๒.๑.๖) เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

(๒.๑.๗) เครื่องกระตุ้นหัวใจ (DEFIBRILLATOR)

(๒.๑.๘) โคมไฟฟ้าตัด และเตียงผ่าตัดฉุกเฉิน

(๒.๑.๙) อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ

(๒.๒) มีชุดเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับทำการปฏิบัติการทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ได้แก่ ชุด SUTURE, DIAGNOSTIC LAVAGE, VENESECTON, TRACHEOSTOMY, CHEST DRAIN

(๒.๓) ชุดอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาล เช่น การล้างสารพิษ การตามร่องกระดูก ชุดห้ามเลือด ชุดล้างท้อง

(๒.๔) มีรถเข็นฟื้นชีพผู้ป่วย (EMERGENCY CART) ซึ่งบรรจุเครื่องมืออุปกรณ์และยาที่สามารถใช้ปฏิบัติงานได้ทันที

(๒.๕) มีชุดเครื่องมือสำหรับป้องกันการติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่ เช่น MASK หมวก แวนตา ถุงมือพลาสติกกันเปื้อน พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

(๒.๖) มีระบบไฟฟ้าและแสงสว่างสำรอง

(๓) มีรถพยาบาลที่พร้อมจะรับ-ส่ง ผู้ป่วยหนัก

(๓.๑) รอดอยู่ในสภาพดีพร้อมใช้งานอย่างน้อย ๑ คัน พร้อมคนขับ

(๓.๒) มีอุปกรณ์ครบถ้วนและพร้อมที่ปฏิบัติงานที่จำเป็น ได้แก่ SUCTION, AMBU BAG, ENDOTRACHEAL TUBE, OXYGEN, LARYNGOSCOPE, MOUTH GAG

(๓.๓) มีเจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพพร้อมที่จะปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาทำการ

๒) มีกำลังคนด้านการแพทย์ที่จะพร้อมจะปฏิบัติงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

(๑) มีแพทย์ประจำตลอด ๒๔ ชั่วโมง ๑ คน

(๒) มีพยาบาลอย่างน้อย ๒ คน ในแต่ละเวรตลอด ๒๔ ชั่วโมง และอย่างน้อย ๑ คน ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ

(๓) เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพ และได้รับการฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ

มาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก

๑) มีอาคารสถานที่ที่เหมาะสมและสะดวกสำหรับผู้รับบริการ

(๑) ห้องตรวจ

(๑.๑) จำนวนห้องตรวจเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย

(๑.๒) พื้นที่ห้องตรวจเพียงพอที่จะตรวจผู้ป่วยได้โดยสะดวก มีเตียงตรวจหรือเตียงตรวจพิเศษ มีพื้นที่เพียงพอสำหรับนำเปลนอนเข้าได้ และมีที่วางเครื่องมือตรวจพิเศษตามความจำเป็นของแต่ละสาขา

(๑.๓) ทวางเข้าตรวจกว้างพอสำหรับรถนั่งหรือรถเข็นหรือเปลนอนผู้ป่วยผ่านได้สะดวก

(๒) เครื่องหมาย

(๒.๑) มีป้ายบอกชื่อหน่วยบริการชัดเจน และมีขนาดที่มองเห็นได้จากระยะที่เหมาะสม

(๒.๒) มีเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่

(๓) จัดให้มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีความพร้อมไม่การใช้งาน

(๓.๑) ชุดตรวจโรคทั่วไปและชุดตรวจโรคเฉพาะทาง

(๓.๒) ชุดอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ

(๓.๓) เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน และอุปกรณ์ช่วยหายใจ

(๓.๔) เครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูงของร่างกาย

๒) มีระบบบริหารและบริการที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยระยะเวลาที่ใช้สำหรับการรอคอย การพบแพทย์ และอื่นๆ ต้องไม่บานเกินควร

(๑) เวลาที่ต้องใช้ในการลงทะเบียน และทำบัตรผู้ป่วยไม่เกิน ๓๐ นาที

(๒) ระยะเวลาการตรวจโรคไม่เกิน ๑ ชั่วโมง

(๓) ระยะเวลาการอธิบายและชำระเงินไม่เกิน ๓๐ นาที

(๔) เวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยพบแพทย์ในการตรวจไม่ต่ำกว่าคนละ ๕ นาที

(๕) ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการทั้งหมดไม่เกิน ๓ ชั่วโมง ในกรณีการตรวจทั่วไป

(๖) มีระบบการบันทึกเวลาที่ผู้ป่วยทุกรายเข้ารับบริการในแต่ละช่วงตั้งแต่ข้อ(๑) - (๕) และต้องมีระบบการรายงานข้อมูลมาที่สำนักงานประกันสังคม

(๗) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประจำทำงานเต็มเวลาอย่างน้อยในสาขาอายุรกรรมทั่วไป ศัลยกรรมทั่วไป และสูตินรีเวชกรรม

(๘) ให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ทำงานเป็นเวลาอย่างน้อย ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์

มาตรฐานเวชระเบียน

- ๑) มีอาคารสถานที่อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการบริการ
 - (๑) สถานที่เก็บเวชระเบียนเป็นสัดส่วนไม่เสี่ยงต่ออันตรายจากสัตว์ หรือปัจจัยทางกายภาพต้องจัดให้มีตู้หรือชั้น หรืออุปกรณ์เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัย และต้องจัดให้เป็นระเบียบสามารถค้นหาได้ง่าย และถ้าเป็นระบบคอมพิวเตอร์ต้องจัดให้มีระบบข้อมูลสำรองเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย
 - (๒) มีพื้นที่เพียงพอที่จะเก็บเวชระเบียนอย่างน้อยได้ ๕ ปี
- ๒) มีเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพในจำนวนที่เหมาะสม มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะในการจัดเก็บเวชระเบียน และต้องมีการบันทึกรหัสโรค รหัสข้อมูลสุขภาพ
- ๓) มีระบบเวชระเบียนที่เหมาะสม และสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - (๑) มีความสมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วย ได้แก่
 - (๑.๑) ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย
 - (๑.๒) มีระบบการบันทึกเวลาที่ผู้ป่วยทุกรายเข้ารับบริการในแต่ละกิจกรรม และต้องมีระบบการรายงานข้อมูลมาให้สำนักงานประกันสังคม (Waiting Time และ Waiting list)
 - (๑.๓) บันทึกการตรวจร่างกาย
 - (๑.๔) การวินิจฉัยโรคและการสั่งการรักษา
 - (๑.๕) รายงานสิ่งตรวจพบ
 - (๑.๕.๑) รายงานสิ่งตรวจพบจากกรณีตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษา จะต้องได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียน
 - (๑.๕.๒) รายงานการผ่าตัดต้องประกอบด้วย สิ่งที่พบ เทคนิคการผ่าตัดชิ้นเนื้อที่ถูกตัดออกมา และการวินิจฉัยโรคหลังการผ่าตัด
 - (๑.๖) รายงานสรุป
 - (๑.๖.๑) มีการสรุปรายงานภายในระยะเวลาที่เหมาะสม
 - (๑.๖.๒) การวินิจฉัยโรคแรกรับและ วินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย
 - (๑.๖.๓) เหตุการณ์ที่สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างอยู่ที่โรงพยาบาล
 - (๑.๖.๔) แผนการรักษาผู้ป่วยหลังจากการจำหน่าย
 - (๒) ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนมีเพียงพอที่จะอธิบายเหตุผลในสั่งการรักษาของแพทย์ทราบความเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วยและแพทย์ผู้อื่นสามารถให้การรักษาต่อได้
 - (๒.๑) คำสั่งการรักษาเหมาะสม
 - (๒.๒) มีการบันทึกเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ
 - (๒.๓) มีการบันทึกวินิจฉัยโรคที่ปรับปรุงตลอดเวลาเมื่อมีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม
 - (๒.๔) แพทย์ผู้อื่นสามารถให้การรักษาต่อได้
 - (๒.๕) แพทย์ที่ได้รับการปรึกษาจะต้องบันทึกคำให้การปรึกษาเป็นลายลักษณ์อักษร
 - (๓) มีระบบการจัดเก็บและการค้นหาเวชระเบียนที่เหมาะสม และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการให้บริการ
 - (๓.๑) ระบบการจัดเก็บและการค้นหาเวชระเบียน
 - (๓.๑.๑) มีการทำระบบดัชนีเพื่อค้นหาเวชระเบียนที่ต้องการได้
 - (๓.๑.๒) สามารถค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยใช้ชื่อหรือเลขประจำตัวผู้ป่วยได้ภายใน ๑๕ นาที
 - (๓.๑.๓) สามารถค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยใช้ชื่อหรือเลขประจำตัวผู้ป่วยได้ภายใน ๓๐ นาที
 - (๓.๑.๔) สามารถค้นพบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในได้ครบถ้วน

(๓.๒) การบันทึกสรุปและวิเคราะห์ข้อมูล

(๓.๒.๑) มีการบันทึกสรุปผู้ป่วยใน

(๓.๒.๒) มีการจัดทำเวชระเบียนผู้ป่วยเสียชีวิตพร้อมวินิจฉัยโรค

(๓.๒.๓) มีการจัดทำรายงานต่อไปนี้

(๑) รายงานระยะเวลารอคอยในการเข้ารับบริการตั้งแต่ผู้ป่วยทุกรายมาขึ้นบันตรจนถึงรับยากลับบ้าน (Waiting Time) และระยะเวลาการรอคิวผ่าตัดและหรือตรวจพิเศษอื่นๆ (Waiting list) ของผู้ป่วยทุกราย

(๒) จำนวนผู้ป่วยรับใหม่และจำหน่ายของแต่ละงานคลินิกบริการ

(๓) จำนวนผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคหรือกลุ่มโรค

(๔) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประเภทต่างๆ

(๕) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลตามการวินิจฉัยโรค

(๓.๒.๔) มีการอภิบาลส่งตัวเมื่อผู้ป่วยต้องไปรักษาที่อื่น โดยมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการรักษาต่อ

มาตรฐานผู้ป่วยใน

- ๑) มีอาคารหอผู้ป่วยและอุปกรณ์ประจำตึกพร้อมที่จะให้บริการผู้ป่วยในได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - (๑) มีพื้นที่เพียงพอในการเข้าไปปฏิบัติการทางการแพทย์ได้สะดวก และได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง
 - (๒) ห้องน้ำห้องส้วมได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง (อย่างน้อยห้องส้วม ๑ ห้อง ต่อเตียงผู้ป่วย ๖ เตียง)
 - (๓) มีอ่างล้างมือที่สะดวกในการใช้
 - (๔) มีโครงสร้างความปลอดภัยสำหรับตึกสูงตั้งแต่ ๓ ชั้นขึ้นไป ตัวอาคารจะต้องมีบันไดหนีไฟ ลิฟท์หรือทางลาด
 - (๕) มี OXYGEN SUPPLY และเครื่อง SUCTION สำหรับให้กรณีจำเป็น
 - (๖) มีอุปกรณ์สำหรับขอความช่วยเหลือจากพยาบาลทุกเตียง เช่น กริ่งกดเรียกและควรมีสัญญาณทั้งระบบเสียงและแสงตรงหน้าที่ทำการพยาบาล
 - (๗) มีม่านกันเป็นสัดส่วนระหว่างเตียง
 - (๘) จำนวนเตียงไม่มากกว่า ๓๕ เตียง สำหรับห้องรวมทั่วไป
 - (๙) มีระบบรักษาความปลอดภัย ระบบถ่ายเทอากาศ ระบบแสงสว่าง และมีเครื่องมือดับเพลิง
 - (๑๐) มีห้องรักษาพยาบาล (TREATMENT ROOM) และอุปกรณ์ประจำหน่วยบริการ ได้แก่ ชุดอุปกรณ์ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ชุดทำแผลฉีดยา ชุดให้ยาผู้ป่วย ตู้เก็บเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม และชุดตรวจร่างกายเบื้องต้น
 - (๑๑) มีห้อง NURSE STATION
 - (๑๒) มีรถพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินประจำหอผู้ป่วย (EMERGENCY CART)
- ๒) มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในจำนวนที่เหมาะสมไว้บริการผู้ป่วยใน
 - (๑) แพทย์เวรในอย่างน้อย ๑ คน
 - (๒) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในบริการผู้ป่วยใน พยาบาล และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ต่อเตียง = ๑:๘ สำหรับแต่ละเวร และแต่ละเวรจะต้องมีพยาบาลวิชาชีพ ๑ คน (ตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล)

มาตรฐานบริการผู้ป่วยหนัก

- ๑) มีความพร้อมของอาคารสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์
 - (๑) เป็นสถานที่ที่แยกจากหน่วยงานอื่น มีระบบป้องกันการติดเชื้อ
 - (๒) จำนวนเตียง ICU ได้สัดส่วนกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาลอย่างน้อย ๑ ต่อ ๕๐ และไม่น้อยกว่า ๔ เตียง
 - (๓) มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่พร้อมและเหมาะสม
 - (๓.๑) RESPIRATOR ๑ เครื่องต่อเตียง ICU ๒ เตียง และอย่างน้อยไม่น้อยกว่า ๒ เครื่อง
 - (๓.๒) EKG MONITOR พร้อม CPR CART อย่างน้อย ๑ ชุด
 - (๓.๓) ARTERIAL BLOOD GAS (ส่งตรวจได้)
 - (๓.๔) PIPELINE SYSTEM ช่างเตียงทุกเตียง หรือมีระบบการจ่าย MEDICAL GAS
 - (๓.๕) DEFIBRILLATOR
 - (๓.๖) มีเครื่อง SUCTION และ OXYGEN SUPPLY ครบทุกเตียง
 - (๓.๗) ชุดอุปกรณ์ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อยหนึ่งชุดและเพิ่มขึ้น ๑ ชุด ทุกๆ ๕ เตียง
 - (๔) มีระบบเรียกพยาบาลประจำเตียงผู้ป่วย
- ๒) มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในจำนวนที่เหมาะสม
 - (๑) แพทย์รับผิดชอบอย่างน้อย ๑ คน
 - (๒) พยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์อย่างน้อย ๑ คนต่อเวรพยาบาลและพนักงานผู้ช่วย : เตียง = ๑ : ๒ สำหรับแต่ละเวร

มาตรฐานบริการศัลยกรรมทั่วไป

มีสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์เพียงพอสำหรับให้บริการศัลยกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

- ๑) สถานที่ที่กว้างพอและสัดส่วนเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย
 - (๑) ห้องผ่าตัดมีพื้นที่ที่ปฏิบัติการได้
 - (๒) จำนวนห้องผ่าตัดมีอย่างน้อย ๑ ห้อง : ๕๐ เตียง และไม่น้อยกว่า ๒ ห้อง ไม่นับรวมห้องคลอด
 - (๓) มีที่พักรอผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
 - (๔) มีที่เก็บเครื่องมือ ยา วัสดุทางการแพทย์ และวัสดุอื่นๆ
 - (๕) มีสถานที่ที่รวบรวมวัสดุและเครื่องมือที่ใช้แล้ว
 - (๖) มีห้องพักและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่
- ๒) ระบบอุปกรณ์ในห้องผ่าตัดมีเพียงพอและเหมาะสม
 - (๑) มีระบบแก๊สทางการแพทย์ และเครื่องดูดที่ได้มาตรฐาน
 - (๒) มีระบบแสงที่ได้มาตรฐาน
 - (๓) มีระบบไฟฟ้าสำรองสำหรับกรณีฉุกเฉิน
- ๓) เครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัดประจำห้องแต่ละห้อง
 - (๑) เตียงและโคมไฟผ่าตัดแบบมาตรฐานใช้ในการผ่าตัดทุกห้องที่ใช้งานผ่าตัด
 - (๒) เครื่องดมยาสลบที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ และระบบแก๊สทางการแพทย์ซึ่งมีสัญญาณเตือนอันตรายทุกห้องที่ขออนุญาตใช้งาน
 - (๓) มีเครื่องมือผ่าตัดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์และเพียงพอสำหรับการผ่าตัดตามสาขาโรค
 - (๔) มีเครื่องมือสำหรับช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา
 - (๕) อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ

มาตรฐานบริการวิสัญญี

มีอาคารสถานที่ที่เหมาะสมและมีเครื่องมือที่พอเพียงสำหรับให้บริการวิสัญญีวิทยาและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

๑) มีห้องพักฟื้น มีเตียงพักฟื้น ๑ เตียงต่อห้องผ่าตัด ๑ ห้อง

๒) เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับให้บริการ ได้แก่

(๑) เครื่องดมยาสลบที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ ๑ เครื่องต่อ ๑ ห้องผ่าตัด และระบบแก๊สทางการแพทย์ ซึ่งมีสัญญาณเตือนอันตรายทุกห้องที่ขออนุญาตใช้งาน

(๒) เครื่องดูด (SUCTION)

(๓) อุปกรณ์สำหรับ MONITOR ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ ECG MONITOR

(๔) อุปกรณ์สำหรับช่วยชีวิตที่พร้อมจะใช้งานได้ตลอดเวลา

๓) มีแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความพร้อมในการให้บริการ

(๑) ควรจะมีวิสัญญีแพทย์ในขณะที่ปฏิบัติงานผ่าตัด

(๒) ต้องมีวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล ๑ คนต่อ ๑ ห้องผ่าตัด ขณะปฏิบัติงานผ่าตัด

(๓) วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานทุกคนต้องผ่านการอบรมความหลักรัฐวิสัญญีพยาบาล

หมายเหตุ : การปฏิบัติงานผ่าตัดในที่นี้ไม่รวมถึงการผ่าตัดเล็กซึ่งไม่จำเป็นต้องมีวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลร่วมดูแล

มาตรฐานบริการรังสีวิทยา

- ๑) สถานที่ที่มีความพร้อมและเหมาะสมในการให้บริการ
 - (๑) มีการตรวจสอบวัดระดับรังสีที่ตัวบุคคลอย่างสม่ำเสมอ
 - (๒) มีระบบการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า กลไก และรังสีที่เหมาะสม
 - (๓) ต้องได้รับการตรวจสอบจากหน่วยงานป้องกันอันตรายจากรังสี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และได้รับอนุญาตจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ
 - (๔) มีป้ายคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายของรังสี
 - (๕) มีระบบไฟสัญญาณเตือนขณะเครื่องเอกซเรย์ทำงาน
- ๒) เครื่องมือที่พร้อมจะให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - (๑) มีเครื่องมือที่สามารถใช้การได้ดี ได้แก่
 - (๑.๑) PORTABLE X-RAY ๑ เครื่อง
 - (๑.๒) X RAY ๓๐๐ MA WITH FLUOROSCOPY ๑ เครื่อง
 - (๑.๓) FLUOROSCOPY ๑ เครื่อง
 - (๑.๔) ULTRASOUND ๑ เครื่อง
 - (๑.๕) เครื่องล้างฟิล์ม
 - (๒) มีเครื่องมือป้องกันอันตรายจากรังสีที่จำเป็น ได้แก่ เสื้อ ถุงมือ ฉากป้องกันรังสี
 - (๓) มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตและยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่แพ้สารทึบรังสี (EMERGENCY CART, ADRENALINE, AMBU BAG, เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยหายใจ)
 - (๔) มีผลการตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องทางรังสีเป็นระยะ พร้อมทั้งมีบันทึก ผลการตรวจสอบ และบำรุงรักษาทุกครั้ง
- ๓) มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถและจำนวนเพียงพอ
 - (๑) มีรังสีแพทย์ประจำเต็มเวลาหรือประจำบางเวลาในปริมาณที่เหมาะสม
 - (๒) มีเจ้าหน้าที่นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติงานตลอดเวลา ๒๔ ชั่วโมง

มาตรฐานพยาบาลวิทย์ฯและชั้นสูตร

- ๑) มีอาคารสถานที่สะอาดและปลอดภัย รวมทั้งอุปกรณ์และเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างสอดคล้อง เหมาะสม และถูกต้อง
 - (๑) สถานที่สะอาดปลอดภัย
 - (๒) มีระบบระบายอากาศเพียงพอที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์และระบายควันและไอที่เกิดขึ้น
 - (๓) มีแสงสว่างเพียงพอ
- ๒) เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างเหมาะสม ดังนี้
 - (๑) MICROSCOPE
 - (๒) BLOOD CHEMISTRY ANALYSER
 - (๓) CENTRIFUGE
 - (๔) INCUBATOR
 - (๕) AUTOCLAVE
 - (๖) ELECTROLYTE ANALYSER
 - (๗) BLOOD GAS ANALYSER
- ๓) มีระบบป้องกันอันตราย ได้แก่ มีการต่อสาย GROUND สำหรับเครื่องมือที่ใช้ไฟฟ้า
- ๔) ระบบบริการโลหิตตามมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
 - (๑) การจัดหาโลหิต
 - (๑.๑) โรงพยาบาลสามารถจัดหาเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดที่จำเป็นต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ โดยการรับบริจาคเองหรือการจัดหาลงโลหิตอื่น ทั้งนี้ โดยมีการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตอย่างเหมาะสมด้วย
 - (๑.๒) โลหิตทุกหน่วยได้รับการตรวจว่าปลอดภัยจากการติดเชื้อที่ถ่ายทอดได้ โดยการให้โลหิตตามมาตรฐานบริการโลหิตสภากาชาดไทย
 - (๒) การเก็บเลือด ได้แก่
 - มี BLOOD BANK REFRIGERATOR และมีเลือดสำรองไว้อย่างเพียงพอ
- ๕) มีเจ้าหน้าที่นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติงานตลอด ๒๔ ชั่วโมง
- ๖) มีจำนวนเจ้าหน้าที่นักเทคนิคการแพทย์เหมาะสมกับขนาดโรงพยาบาล

มาตรฐานบริการเภสัชกรรม

- ๑) สถานพยาบาลมีอุปกรณ์และสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการเก็บรักษาและการเตรียมยา
 - (๑) มีระบบการเก็บรักษายาในคลังยาที่เหมาะสม
 - (๑.๑) มีการแยกเก็บยาอย่างเป็นสัดส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยามาเชื้อ ยาอันตรายต่างๆ และยาใช้สำหรับภายนอกต้องเก็บแยกจากยากินและยาฉีด
 - (๑.๒) มีการเก็บยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิอย่างเหมาะสม ตู้เย็นที่เก็บสามารถรักษาอุณหภูมิที่ต้องการได้
 - (๑.๓) มีระบบการเก็บรักษา และการเบิกจ่ายยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างรัดกุม
 - (๑.๔) มีระบบการตรวจสอบยาหมดอายุ และยาใกล้หมดอายุในคลังยาอย่างสม่ำเสมอ และแยกยาหมดอายุออกมาเก็บต่างหาก
 - (๒) มีระบบการเก็บรักษายาในหอผู้ป่วยและหน่วยบริการอื่นๆ อย่างเหมาะสม
 - (๒.๑) มีการตรวจสอบความเหมาะสมของการเก็บยาที่หอผู้ป่วยโดยเภสัชกรอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน
 - (๒.๒) มีการแยกเก็บยาเป็นสัดส่วน แยกยามาเชื้อ สารอันตราย และยาใช้สำหรับภายนอกออกจากยากินและยาฉีด
 - (๒.๓) มีการเก็บยาหมดอายุไว้ต่างหาก
 - (๒.๔) มีการเก็บยาถูกเงินไว้พอเพียงและเหมาะสม
 - (๒.๕) มีบัญชียาสำรองของหน่วยงานเองใช้ในกรณีเร่งด่วน และมียาสำรองตามจำนวนที่กำหนดไว้
- ๒) มีเภสัชกรปริญญามีความรู้ความสามารถเหมาะสมเป็นหัวหน้าควบคุมดูแล งานบริการเภสัชกรรม และมีเจ้าหน้าที่พอเหมาะกับขนาดของโรงพยาบาล
- ๓) มีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอด ๒๔ ชั่วโมง
- ๔) มีระบบบริการและระบบบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - (๑) มีรายการยาที่จำเป็นพอเพียงแก่การให้บริการ ซึ่งเป็นยาที่มีคุณภาพโดยผลิตจากโรงงานที่ได้มาตรฐาน GMP
 - (๒) มียาฉุกเฉิน และ ANTIDOTE พอเพียงในคลังยา
 - (๓) มีการกำหนดบัญชียาของโรงพยาบาล
 - (๔) มีการกำหนดระดับยาที่ต้องการสั่งซื้อและตรวจเช็คระดับยาคงคลังสม่ำเสมอ
 - (๕) มีระบบควบคุมยาที่ใกล้หมดอายุ
 - (๖) ในการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยจะต้องมีการเขียนฉลากยาที่สมบูรณ์ (ชื่อยา ชื่อผู้ป่วย วิธีการ และขนาดการใช้ยาวันที่จ่ายยา)

มาตรฐานบริการเวชกรรมป้องกัน

- ๑) กำหนดให้สถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนมีมาตรฐานบริการเวชกรรมป้องกัน ดังนี้
 - (๑) สถานพยาบาลต้องจัดให้มีการบริหารจัดการด้านเวชกรรมป้องกัน โดยกำหนดนโยบาย มาตรการ และแผนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้ประกันตนที่เป็นรูปธรรม
 - (๒) สถานพยาบาลต้องทำการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้ประกันตนเพื่อวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ผู้ประกันตน
 - (๓) สถานพยาบาลต้องจัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้ประกันตนทุกกลุ่ม (กลุ่มปกติ (มีสุขภาพดี) กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มผู้พิการหรือทุพพลภาพ)***
 - (๔) สถานพยาบาลต้องมีภาระงานผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
 - (๕) จัดให้มีบุคลากรในการให้บริการ ดังนี้
 - (๕.๑) แพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ป้องกัน หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ป้องกัน ที่สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันเห็นชอบ
 - (๕.๒) พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ป้องกัน หรือเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หรือด้านสาธารณสุขศาสตร์
- หมายเหตุ *** หมายถึง
 - ๑) จัดให้มีบริการซักประวัติ ประเมินภาวะเสี่ยง ตรวจคัดกรองสุขภาพ ตรวจสุขภาพ บริการให้สุขศึกษา ให้คำปรึกษา แนะนำ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้ประกันตนและครอบครัว รวมถึงมีระบบการควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - ๒) สถานพยาบาลต้องจัดให้มีบริการเชิงรุกให้แก่ผู้ประกันตนเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - ๓) จัดให้มีเครื่องมืออุปกรณ์ สื่อ ที่เหมาะสมสำหรับการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งบริการในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล
- ๒) การกำหนดมาตรฐานบริการเวชกรรมป้องกันมีเจตนารมณ์เพื่อต้องการให้สถานพยาบาลจัดบริการด้านเวชศาสตร์ป้องกัน สถานพยาบาลใดไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสามารถสมัครเข้าเป็นคู่สัญญากับสำนักงานประกันสังคมได้ และให้ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมในหลักสูตรที่กำหนดไว้ในมาตรฐานบริการเวชกรรมป้องกัน

ผนวก 2



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานเพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน คณะกรรมการการแพทย์ จึงได้มีมติให้แก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕(๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๑ คณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิก

- (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 ๒๕๕๐
- (๔) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๔) ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๐

- (๕) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๔) ลงวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๔๑
- (๖) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๖) ลงวันที่ ๒๖ 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 ๑๑ มกราคม ๒๕๔๔

ข้อ ๒ ในประกาศนี้
"สถานพยาบาล" หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
"สำนักงาน" หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม
"ปี" หมายความว่า ปีปฏิทิน

หมวด ๑

การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล

ข้อ ๓ ในกรณีที่ผู้ประกันคนประสมอภิมหาราชหรือเงินบำนาญอื่นมิใช่เนื่องจากการทำงาน ให้ผู้ประกันคน ไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดให้ผู้ประกันคนผู้นั้น มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์

ดังนี้

ข้อ ๔ ให้ผู้ประกันคนมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามข้อ ๓

- (๑) ให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและนำบัตรทางการแพทย์จนสิ้นสุดการรักษา
- (๒) ให้ได้รับบริการการกินอยู่และการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลสำหรับคนไข้ใน
- (๓) ให้ได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐาน ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ
- (๔) ให้ได้รับการจัดส่งศพเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
- (๕) ให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีการให้สุขศึกษาและภูมิคุ้มกัน โรคตามโครงการแห่งชาติ

ข้อ ๕ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลตามข้อ ๓ ที่มีหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันคนในอัตราดังนี้

- (๑) เหมายจ่ายตามจำนวนผู้ประกันคนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาลและมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา ๖๒ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ในอัตราหนึ่งร้อยบาทต่อผู้ประกันคนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี
- สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตราตามวรรคหนึ่ง ในอัตราหนึ่งร้อยห้าสิบบาท สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาวะเสี่ยงความอัตรการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันคน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศฉบับนี้
- เงินค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายตามวรรคหนึ่งแล้ว สำนักงานจะจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาลในอัตราหนึ่งร้อยบาทต่อผู้ประกันคนหนึ่งคนต่อหนึ่งปี ตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันคนตามหลักเกณฑ์และอัตราท้ายประกาศนี้

- (๒) สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ให้จ่ายตามอัตรา ดังนี้
- (ก) กรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกินหกสัปดาห์
 - ๑) การฟอกโลหิต (hemodialysis) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครึ่งละสามพันบาท
 - 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) ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเนื้อหุ้มสมองหรือสมอง ยกเว้นการเจาะรูกะโหลกศีรษะ (Burr Hole Operation) ไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อราย
 - ๒) ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเนื้อหุ้มสมองหรือสมอง และมีโรคแทรกซ้อน เช่น มีการติดเชื้อในกะโหลกศีรษะซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ ปกติอีกสาม ใตววยเฉียบพลันเป็นต้น ไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย
 - ๓) ได้รับการผ่าตัดดึงเนื้อสมองและผู้ป่วยไม่รู้สึกความเกินสิบห้าวัน ไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย
 - ๔) ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับหลอดเลือดในสมอง และต้องใช้อุปกรณ์พิเศษไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย
 - (ข) การผ่าตัดหัวใจไมโรคเลือดหัวใจคิม (Coronary Bypass) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินหนึ่งแสนบาทต่อราย
 - (ข) การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Balloon Valvuloplasty) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินสองหมื่นบาทต่อราย

- (๗) ภาวะในการรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal Meningitis ให้จ่าย
เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อราย
- (๘) การรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
- ๑) กรณีการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่บอลลูน (Balloon) อย่างเดียว ให้จ่าย
เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละสองหมื่นบาท ให้มีสิทธิได้รับไม่เกินสองครั้ง
 - ๒) กรณีการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หัวใจ (PTCA) ให้จ่ายเท่าที่จ่าย
จริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละสี่หมื่นบาท ให้มีสิทธิได้รับไม่เกินสองครั้ง และสำหรับกรณีที่ต้องใส่
อุปกรณ์ Stent ให้จ่ายในอัตราอันละสองหมื่นห้าพันบาท ให้มีสิทธิได้รับครั้งละไม่เกินสองอัน
- (๙) การปิดรูรั่วผนังหัวใจห้องบน (ASD) ทางสายสวนหัวใจ โดยใช้ AmplatzerTM
Septal Occluder ในสถานพยาบาลที่มีบริการพิเศษและโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ให้จ่ายค่ารักษาและ
ค่าอุปกรณ์การรักษาเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินหนึ่งแสนบาท ต่อราย
- (๑) สำหรับการห้ามมัน ให้จ่ายบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังนี้
 - (ก) กรณีการทำหมันชาย ไม่เกินห้าร้อยบาทต่อราย
 - (ข) กรณีการทำหมันหญิง ไม่เกินหนึ่งพันบาทต่อราย

หมวด ๒

การจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
ให้แก่ผู้ป่วยที่พิการหรือชานาพยาบาล

ข้อ ๖ ให้สำนักงานจ่ายค่าอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นให้แก่
ผู้พิการหรือชานาพยาบาล ในกรณีที่ผู้พิการหรือชานาพยาบาลหรือเจ้านายผู้มีใจเนื่องจาก
ทำงาน และได้สูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วนแต่ไม่เข้าข่ายการเป็นผู้พิการตามบัญชี
ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือ
อวัยวะบางส่วนแบบหัตถ์ประกาศนี้

ข้อ ๗ ผู้พิการคนใดที่ได้อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมจากสถานพยาบาล ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ
คนงาน บริษัทที่ผลิตอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียม ร้านที่ทำหรือจำหน่ายอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมให้นำใบเสร็จ
รับเงินมาขอรับเงินคืนจากสำนักงาน

หมวด ๓

การประกันอันตรายหรือเจ็บป่วยซึ่งไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์

ข้อ ๘ ผู้ประกันคนซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานด้วยเหตุหรือกลุ่มโรคและบริการดังกล่าวไปนี้ ไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ คือ

(๑) โรคจิต ขาเว้นกรณีเฉียบพลันซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและระยะเวลาในการรักษาไม่เกินสิบห้าวัน

(๒) โรคหรือการประสบอันตรายอื่นเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

(๓) โรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาไว้ในโรงพยาบาลประเภทกบ ใช้ไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี

(๔) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ยกเว้น

(ก) กรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกินหกสิบวันให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๘(๒) (ก)

(ข) กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ตามหลักเกณฑ์ เจ็อนไข และอัตราแนวทำยประกาศนี้

(๕) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

(๖) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

(๗) การรักษากาวยะมิบุตรยาก

(๘) การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้นการตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายไขกระดูกของผู้ประกันตน ให้จ่ายค่าตรวจเนื้อเยื่อเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินเจ็ดพันบาทต่อราย ความหลักเกณฑ์และเงื่อนไข แนวทำยประกาศนี้

(๙) การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น

(๑๐) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น

(ก) การปลูกถ่ายไขกระดูก ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายในอัตราเงินแสนห้าหมื่นบาทต่อราย แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูกโดยจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่คณะกรรมการการแพทย์รับรองและได้ทำความตกลงไว้

กับสำนักงานในกรณีที่มีการทบทวนข้อบัญญัติประชาชนการปลูกถ่ายไขกระดูก ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแบบที่ ๗ ประการนี้

(ข) การคัดค้านเปลี่ยนอวัยวะระกวด โดยให้หมายำต่ำนการทางกรรมทบทวนข้อบัญญัติประชาชนและให้ศูนย์ดวงตาการศัลยกรรมตาแห่งประเทศไทย ตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขแบบที่ ๗ ประการนี้

(๑๑) การเปลี่ยนเพศ

(๑๒) การผสมเทียม

(๑๓) การบริจาทระหว่างนักศึกษาวัฒนธรรมศึกษา

(๑๔) ทั้งหมดรวม ยกเว้น การถอนฟัน การอุดฟัน และการบูรณะฟันปลอมให้ผู้ป่วยตามมีสิทธิ

ได้รับทำบริการทางการแพทย์ที่จำต้องมีความจำเป็นแต่ไม่เกินสองร้อยบาทต่อครั้ง และไม่เกินสี่ร้อยบาทต่อปี

(๑๕) แขนขา

ข้อ ๕ ถ้าใช้จำต่อสำหรับบริการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ และผู้ประกันตนซึ่งได้รับการคัดค้านโดยอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคภายในร่างกายหรือใช้อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมกรณีสูญเสียอวัยวะของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วน ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนเป็นค่าบริการทางการแพทย์ ถ้าอวัยวะเทียมและทำอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงบประมาณประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติมต่อไป

ข้อ ๑๑ ให้เขตบริการสำนักงานประกันสังคมวิชาการตามประกาศฉบับนี้

ข้อ ๑๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๑ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖



(นายแพทย์ฉัตรนันทน์ สุทธิคำวง)
ประธานคณะกรรมการแพทย์

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง

๑. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ในอัตราที่ร้อยละห้าสิบเจ็ด บาท สำหรับสถานพยาบาลที่รองรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
๒. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอกกำหนดบัญชีรายการ โรคเรื้อรังดังนี้
 - 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 โรคมาชแอตทีเนีย 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 โรคเรื้อนควาง (Psoriasis)
 - ๒.๒๓ โรคผิวหนังพุพองเรื้อรัง (Chronic vesiculobullous disease)
 - ๒.๒๔ โรคเตี๊ยะ ไอทีที (ITP)
 - ๒.๒๕ โรคค่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrototoxicosis)
๓. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในจะคำนวณภาระการรักษาส่งผู้ป่วยในทุกราย โดยคำนวณผลรวมของคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ (DRG)

หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
ให้กับสถานพยาบาลความอัตรการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน

๑. อัตราการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในแต่ละเดือนคำนวณได้จากข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนของสถานพยาบาลในเดือนนั้นหารด้วยจำนวนผู้ประกันตนโดยเฉลี่ยของเดือนนั้น

๒. สำนักงานประกันสังคมจะนำอัตราค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่คำนวณได้ตามข้อ ๑ รวบรวมไว้เพื่อคำนวณหาอัตราค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนต่อปี

๓. สถานพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนให้กับสำนักงานประกันสังคมเพื่อใช้ในการคำนวณอัตราค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนตามข้อ ๑ ไม่น้อยกว่า ๑ เดือน ในรอบ ๑ ปีปฏิทิน หากสถานพยาบาลส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ไม่ครบ ๑ เดือน สำนักงานประกันสังคมสงวนสิทธิที่จะไม่นำข้อมูลดังกล่าวไปคำนวณอัตราค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนและจะไม่จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๔ ให้แก่สถานพยาบาล ทั้งนี้สถานพยาบาลไม่มีสิทธิที่จะเรียกร้องหรือขอรับค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มจากสำนักงานประกันสังคม

๔. สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ซึ่งมีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่คำนวณได้ตามข้อ ๒ และอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ใดก็ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้สถานพยาบาลมีสิทธิได้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่ม โดยจ่ายให้ปีละ ๑ ครั้ง ภายใน ๕๐ วัน นับถัดจากวันสิ้นปีปฏิทินดังนี้

๔.๑. กรณีที่มีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ใดก็ตามไม่เกิน ๓๐ จ่ายเพิ่มในอัตรา ๓๐ บาทต่อคนต่อปี

๔.๒. กรณีที่มีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ใดก็ตามที่ ๓๑ - ๑๐๐ จ่ายเพิ่มให้อีกจากจำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายให้แล้วตาม ข้อ ๔.๑ ในอัตราดังนี้

เปอร์เซ็นต์ใดก็ตามที่ ๓๑ - ๔๐	จ่ายเพิ่มให้ในอัตรา ๑๐	บาทต่อคนต่อปี
เปอร์เซ็นต์ใดก็ตามที่ ๔๑ - ๕๐	จ่ายเพิ่มให้ในอัตรา ๒๐	บาทต่อคนต่อปี
เปอร์เซ็นต์ใดก็ตามที่ ๕๑ - ๖๐	จ่ายเพิ่มให้ในอัตรา ๓๐	บาทต่อคนต่อปี
เปอร์เซ็นต์ใดก็ตามที่ ๖๑ - ๗๐	จ่ายเพิ่มให้ในอัตรา ๔๐	บาทต่อคนต่อปี
เปอร์เซ็นต์ใดก็ตามที่ ๗๑ - ๘๐	จ่ายเพิ่มให้ในอัตรา ๕๐	บาทต่อคนต่อปี
เปอร์เซ็นต์ใดก็ตามที่ ๘๑ - ๙๐	จ่ายเพิ่มให้ในอัตรา ๖๐	บาทต่อคนต่อปี
เปอร์เซ็นต์ใดก็ตามที่ ๙๑ - ๑๐๐	จ่ายเพิ่มให้ในอัตรา ๗๐	บาทต่อคนต่อปี

๕. สถานพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในแต่ละเดือนให้กับสำนักงานประกันสังคมตามแบบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดภายในวันทำการสุดท้ายของเดือนถัดจากเดือนที่มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์และให้ส่งข้อมูล ได้เดือนละ ๑ ครั้ง

กรณีที่มีข้อมูลที่จัดส่งแล้วความวรรคหนึ่งไม่ครบถ้วนถูกต้อง ให้สถานพยาบาลนำข้อมูลของเดือนนั้นไปรายงานในเดือนถัดไปได้ ทั้งนี้จะต้องไม่เกิน ๑ เดือน นับแต่เดือนที่สถานพยาบาลได้ส่งข้อมูลของเดือนนั้นความระยะเวลาในวรรคหนึ่ง



ประกาศคณะกรรมการการแพทยคามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๑
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานเพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันคนซึ่งประสบ
อันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานคณะกรรมการการแพทยจึงได้มีมติให้แก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์
และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๑ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๑ คณะกรรมการการแพทยจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความใน (๒) -ของข้อ ๕ หมวด ๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย
คามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“(๒) สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง ให้จ่ายตามอัตรา ดังนี้

(ก) กรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกินหกสิบวัน

๑) การฟอกโลหิต (Hemodialysis) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง
ตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละสามพันบาท

๒) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาล
เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละห้าร้อยบาท

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

(ค) การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคภายในร่างกาย (Implantation of Prosthesis and Instrumentation) ให้เหมาะสมเป็นค่าวัสดุตามอัตราที่กำหนดไว้ในบัญชีประเภทและอัตรากำหนดอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคแบบท้ายประกาศนี้

(ง) การผ่าตัดสมอง ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังนี้

๑) ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อการรักษาโรคเกี่ยวกับเยื่อหุ้มสมองหรือสมอง ยกเว้นการเจาะรูกะโหลกศีรษะ (Burr Hole Operation) ไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อราย

๒) ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเยื่อหุ้มสมองหรือสมอง และมีโรคแทรกซ้อน เช่น มีการติดเชื้อในกะโหลกศีรษะซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ โรคอัมพาต ไส้ติ่งเฉียบพลัน เป็นต้น ไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย

๓) ได้รับการผ่าตัดดึงไขสันหลังและหุ้มไขสันหลัง ไม่รู้สึกความเกินสิบห้าวัน ไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย

๔) ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับหลอดเลือดในสมอง และต้องใส่อุปกรณ์พิเศษ ไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย

๕) ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธี Balloon Embolization ไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย สำหรับการรักษากายได้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

๕.๑) จะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๕.๑.๑) ชุมหลอดเลือดเพื่อรักษาพยาธิสภาพของหลอดเลือด เช่น Intracranial Aneurysm หรือ Arteriovenous Malformation

๕.๑.๒) ใช้ห้ามเลือดที่ออกในอวัยวะภายใน (Internal organ bleeding) หรือในหลอดเลือดที่ผิดปกติ

๕.๑.๓) ใช้อุดกั้นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งหรือเนื้องอก

๕.๒) การพิจารณาให้การรักษานี้ขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของสำนักงานประกันสังคม

๖) ได้รับการรักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotactic Radiosurgery ไม่เกินห้าหมื่นบาทต่อราย สำหรับการรักษากายได้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

๖.๑) จะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๖.๑.๑) Arteriovenous Malformation

๖.๑.๒) เนื้องอกสมองส่วนลึก (Deep Seated Brain Tumor)

๖.๑.๓) มะเร็งแพร่กระจายสู่สมอง (Metastatic Brain Tumor) ที่สามารถควบคุม Local disease

๖.๒) การพิจารณาให้การรักษาร่วมกับคุณพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ของสำนักงานประกันสังคม

(๖) ค่ายาในการรักษาผู้ป่วยคนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal Meningitis
ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อราย

(๗) การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาล
เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินหนึ่งแสนบาทต่อราย

(๘) การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Bypass) ให้จ่าย
ค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินหนึ่งแสนบาทต่อราย

(๙) การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous
Balloon Valvuloplasty) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินสองหมื่นบาทต่อราย

(๑๐) การรักษาผู้ป่วยคนที่เจ็บป่วยโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

๑) กรณีการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่บอลลูนอย่างเดี่ยว ให้จ่าย
เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละสามหมื่นบาท ให้มีสิทธิได้รับไม่เกินสองครั้ง

๒) กรณีการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่หัวใจเทียม ให้จ่ายเท่าที่จ่าย
จริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละสี่หมื่นบาท ให้มีสิทธิได้รับไม่เกินสองครั้ง

สำหรับการใส่เครื่องใส่อุปกรณ์ Stent ให้จ่ายในอัตราอันละสองหมื่นห้า
พันบาท ให้มีสิทธิได้รับครั้งละไม่เกินสองอัน

(๑๑) การปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องบน (ASD) ทางสายสวนหัวใจ โดยใช้
Amplatzer™ Septal Occluder ในสถานพยาบาลที่มีบริการพิเศษและโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
ให้จ่ายค่ารักษาและค่าอุปกรณ์การรักษาเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละหนึ่งแสนบาทต่อราย

(๑๒) การใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุ้นหัวใจหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ให้จ่ายค่า
อุปกรณ์เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ตามจริงไม่เกินรายละสองแสนบาท และสายไม่เกินรายละ
หนึ่งแสนบาท สำหรับการผ่าตัดภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

๑) จะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑.๑) ผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) จาก Ventricular
Fibrillation หรือ Ventricular Tachycardia ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะที่แก้ไขได้

๑.๒) Ventricular Tachycardia ที่เกิดขึ้นเองอยู่เรื่อยๆ ที่สัมพันธ์กับ
โรคหัวใจ

๑.๓) การหมดสติที่ไม่สามารถหาสาเหตุ ร่วมกับการกระตุ้นให้เกิด
Ventricular Tachycardia , Ventricular Fibrillation ที่มีผลคือภาวะโคม่าหรือเวียนจาก โปรแกรมไฟฟ้าหัวใจและ
การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล

๑.๔) การเกิด Ventricular Tachycardia ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงสามารถกระตุ้นให้เกิด Ventricular Tachycardia, Ventricular Fibrillation จากโปรแกรมไฟฟ้าหัวใจและการรักษาด้วยยา กลุ่ม 1 ไม่ได้ผล

๑.๕) การเกิด Ventricular Tachycardia ขึ้นเองอยู่มาๆ ในผู้ป่วยที่ไม่พบโรคหัวใจและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น

๒) การผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ให้เป็นดุลพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของสำนักงานประกันสังคมและต้องทำผ่าตัดใส่อุปกรณ์ดังกล่าวในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค กรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วนแนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และให้ใช้บัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วนแนบท้ายประกาศนี้แทน

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการปลูกถ่ายไขกระดูก แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการปลูกถ่ายไขกระดูก

๑) ผู้ประกันตนจะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งดังต่อไปนี้

๑.๑) มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chronic myeloid leukemia) ในระยะเรื้อรัง (chronic phase) หรือระยะที่มีการดำเนินโรคเร็ว (accelerated phase)

๑.๒) มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเฉียบพลัน (Acute myeloid leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งแรก (first complete remission) หรือระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งที่สอง (second complete remission)

๑.๓) มะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสติคเฉียบพลัน (Acute lymphoblastic leukemia) ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งแรก (first complete remission) หรือ ระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งที่สอง (second complete remission)

๑.๕) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (malignant lymphoma) ที่กลับเป็นอีก (relapse) หรือ ไม่ตอบสนอง (refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (first line chemotherapy) หรือ ในรายที่มีความเสี่ยงสูง (high risk, high-intermediate risk โดย International prognostic index, IPI) กว ทำในระยะเวลาที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งแรก (first complete remission) หรือ ระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (first partial remission)

๑.๕) ไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (severe aplastic anemia)

๑.๖) มะเร็งเต้านมที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองเกิน 10 ต่อมนแล้ว

๑.๗) ไขกระดูกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Myelodysplastic syndrome)

ชนิดโตหีดจากแบบคือคือการรักษามันมีลาค์มาก (refractory anemia with excess blast) หรือ โลหีดจากแบบคือคือการรักษามันมีลาค์มากและเขคคอยู่ในระยะการเปลี่ยนมาโลง (refractory anemia with excess blast in transformation) หรือ ไมอีโต โมโมไซคลิกลิคมีซชนิดเรื้อรัง (chronic myelomonocytic leukemia)

๑.๘) มะเร็งไขกระดูกชนิดมัลติโพลมา (multiple myeloma)

๒) ผู้ประกันคนจะต้องไม่เป็นโรค ๑.๑) ๑.๒) ๑.๓) ๑.๔) ๑.๕) ๑.๖) ๑.๗) หรือ ๑.๘) มาก่อนที่จะเป็นผู้ประกันคน

๓) ผู้ประกันคนที่เจ็บป่วยด้วยโรคในลำดับที่ ๑.๑) ๑.๒) ๑.๓) ๑.๔) ๑.๕) ๑.๖) ๑.๗) จะต้องมีอายุไม่เกิน ๕๕ ปี และผู้ประกันคนที่เจ็บป่วยด้วยโรคในลำดับที่ ๑.๘) จะต้องมีอายุไม่เกิน ๖๐ ปี

๔) กรณีที่ผู้ประกันคนได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกแล้วกลับเป็น โรคเดิมทำให้ผู้ประกันคน มีสิทธิยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาอนุมัติการปลูกถ่ายไขกระดูกใหม่

๕) ให้คณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำแก่สำนักงานในการพิจารณาอนุมัติให้ผู้ประกันคนเข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูก

๖) ให้ผู้ประกันคนที่ได้รับการอนุมัติให้ปลูกถ่ายไขกระดูก ไปเข้ารับบริการทางการแพทย์ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยเหตุหรือโรคอื่นๆ จากสถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ กรณีปลูกถ่ายไขกระดูกในช่วงระยะเวลาของกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูก"

ข้อ ๔ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๐



(นายอรุณ แก้วสวัสดิ์)

ประธานกรรมการการแพทย์

บัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

รหัส	ชื่ออวัยวะเทียม/อุปกรณ์	ชนิด	ราคา (บาท)
๑๐๐๑	๑.๐.๑ กระโหลกศีรษะเทียม	ชุดละ	๔,๐๐๐
๑๐๐๓	๑.๐.๓ เยื่อหุ้มสมองเทียม	แผ่นละ	๕,๐๐๐
๑๑๐๐	๑.๑.๑ ชุดข้อคอของสมอง	ชุดละ	๔,๖๐๐
๑๑๐๒	๑.๑.๒ อุปกรณ์ช่วยระบายน้ำในช่องสมอง	ชุดละ	๘,๑๐๐
๑๑๐๔	๑.๑.๔ คีมหนีบท่อนหลอดเลือดโป่งพองในช่องกะโหลกศีรษะ	อันละ	๖,๗๐๐
๒๐๐๑	๒.๐.๑ ลูกศรเทียมทำด้วยพลาสติก	ข้างละ	๑,๐๐๐
๒๐๐๒	๒.๐.๒ วัสดุใส่หูสำหรับลูกศรเทียมชนิดไม่มีรูพรุน	อันละ	๒๐๐
๒๐๐๕	๒.๐.๕ กระดูกคางเทียม	อันละ	๑๕,๐๐๐
๒๐๐๖	๒.๐.๖ เลนส์แก้วเทียม ชนิดหับได้	อันละ	๔,๐๐๐
๒๐๐๗	๒.๐.๗ เลนส์แก้วเทียม ชนิดแข็งหับไม่ได้	อันละ	๔,๐๐๐
๒๔๐๑	๒.๔.๑ กระดูกหูเทียม ชนิดแยกชิ้น	ชิ้นละ	๒,๗๐๐
๔๐๐๑	๔.๐.๑ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดลูกบอล	อันละ	๒๕,๐๐๐
๔๐๐๒	๔.๐.๒ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดงานแบน ๑ แผ่น ปิด-เปิด	อันละ	๓๔,๐๐๐
๔๐๐๓	๔.๐.๓ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดงานแบน ๒ แผ่น ปิด-เปิด	อันละ	๓๓,๐๐๐
๔๐๐๔	๔.๐.๔ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเยื่อข้อเท้าจากหมู (ชนิดมีโครง)	อันละ	๔๘,๐๐๐
๔๐๐๗	๔.๐.๗ ลิ้นหัวใจเทียมและหลอดเลือดเทียม	อันละ	๕๗,๐๐๐
๔๐๑๒	๔.๐.๑๒ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ แบบเส้นตรง	เส้นละ	๑๒,๐๐๐
๔๐๑๓	๔.๐.๑๓ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ แบบเส้นแยก	เส้นละ	๑๕,๐๐๐
๔๐๑๔	๔.๐.๑๔ หลอดเลือดเทียมแบบ Aortic	เส้นละ	๑๗,๐๐๐
๔๑๐๑	๔.๑.๑ ปอดเทียม	ชุดละ	๕,๕๐๐
๔๔๒๔	๔.๔.๒๔ สายสวนหลอดเลือดแดงเออร์ค้ำใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ	ชุดละ	๒๘,๐๐๐
๔๕๐๑	๔.๕.๑ เครื่องช่วยการเดินของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียว	ชุดละ	๖๐,๐๐๐
๔๕๐๒	๔.๕.๒ เครื่องช่วยการเดินของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียวปรับอัตราการเดินอัตโนมัติ	ชุดละ	๖๐,๐๐๐
๔๕๐๓	๔.๕.๓ เครื่องช่วยการเดินของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องค่อเนื่องกัน	ชุดละ	๖๐,๐๐๐

รหัส	ประเภท	หน่วย	ราคา
			(บาท)
๔๕๐๔	๔.๕.๔ เครื่องช่วยการเดินของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องพร้อมกัน ปรับอัตราการเดินอัตโนมัติ	ชุดละ	๖๐,๐๐๐
๔๕๐๕	๔.๕.๕ เครื่องช่วยการเดินของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน	ชุดละ	๖๐,๐๐๐
๗๐๐๑	๗.๐.๑ ข้อนิว	ข้อละ	๑๑,๐๐๐
๗๐๐๒	๗.๐.๒ ข้อศอก	ข้อละ	๕๐,๐๐๐
๗๐๐๓	๗.๐.๓ ข้อไหล่	ข้อละ	๖๕,๐๐๐
๗๐๐๔	๗.๐.๔ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้	ข้อละ	๗๕,๐๐๐
๗๐๐๕	๗.๐.๕ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้	ข้อละ	๕๐,๐๐๐
๗๐๐๖	๗.๐.๖ ข้อตะโพกมีเบ้า	ข้อละ	๖๕,๐๐๐
๗๐๐๗	๗.๐.๗ ข้อตะโพกไม่มีเบ้า	ข้อละ	๗๒,๐๐๐
๗๐๐๘	๗.๐.๘ วัสดุรองเบ้าข้อสะโพก (Supporting ring)	ข้อละ	๑๒,๐๐๐
๗๑๐๑	๗.๑.๑ หัวกระดูกเรเคิลส์เทียม	ชิ้นละ	๘,๐๐๐
๗๑๐๓	๗.๑.๓ เส้นเอ็นเทียมใช้บริเวณมือ	เส้นละ	๕,๕๐๐
๗๒๐๑	๗.๒.๑ โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดไม่มีรูล็อก (K-nail)	ชิ้นละ	๒,๐๐๐
๗๒๐๒	๗.๒.๒ โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดมีรูล็อก (รวมค่าสลกรู)	ชุดละ	๑๑,๐๐๐
๗๒๐๓	๗.๒.๓ โลหะคานกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดไม่มีเกลียว (Nail plate) รวมสลกรู	ชุดละ	๕,๐๐๐
๗๒๐๔	๗.๒.๔ โลหะคานกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกข้อตะโพก ชนิดมีเกลียว (เช่น ชุด-Dynamic hip screw)	ชุดละ	๑๑,๐๐๐
๗๒๐๕	๗.๒.๕ โลหะคานกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกที่เข่า ชนิดมีเกลียว (เช่น ชุด Dynamic condylar screw)	ชุดละ	๑๑,๐๐๐
๗๒๐๖	๗.๒.๖ โลหะคานกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดแยกชิ้น (เช่น Gamma nail) รวมสลกรู *	ชุดละ	๒๔,๐๐๐
๗๒๐๗	๗.๒.๗ โลหะคานกระดูกสันหลัง ส่วนคอ (Cervical locking plate)		
	- กรณีระคับแรก	ระคับละ	๒๔,๐๐๐
	- กรณีระคับถัดไป	ระคับละ	๑๒,๐๐๐

	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๗๒๐๘	๗.๒.๘ โลหะคานกระดูกสันหลัง ส่วนอก เอว (PDS)		
	- กรงระดับแรก	ระดับละ	๒๕,๐๐๐
	- กรงระดับถัดไป	ระดับละ	๑๒,๕๐๐
๗๒๐๙	๗.๒.๙ แผ่นโลหะคานกระดูก ชนิดกว้าง (Broad plate)	ชิ้นละ	๕,๒๐๐
๗๒๑๐	๗.๒.๑๐ แผ่นโลหะคานกระดูก ชนิดแคบ (Narrow plate)	ชิ้นละ	๕,๐๐๐
๗๒๑๑	๗.๒.๑๑ แผ่นโลหะคานกระดูก ชนิดมีแผ่นพุง (Bustress plate)	ชิ้นละ	๔,๐๐๐
๗๒๑๒	๗.๒.๑๒ แผ่นโลหะคานกระดูก ชนิดเล็ก (Small fragment plate, mini plate)	ชิ้นละ	๑,๕๐๐
๗๒๑๓	๗.๒.๑๓ แผ่นโลหะคานกระดูก ชนิดคัสตี้ (Reconstruction plate)	ชิ้นละ	๓,๐๐๐
๗๓๐๒	๗.๓.๒ สกรูยึดแผ่นโลหะคานกระดูก	ตัวละ	๓๐๐
๗๓๐๔	๗.๓.๔ สกรูยึดกระดูกที่นิ้วมือ ชนิดเล็ก	ตัวละ	๕๐๐
๗๓๐๕	๗.๓.๕ สกรูยึดเอ็นข้อเข่า	ตัวละ	๕,๗๐๐
๗๓๑๑	๗.๓.๑๑ ตะขอค้ำกระดูก (Staple)	ชิ้นละ	๑,๕๐๐
๗๓๑๓	๗.๓.๑๓ K-wire	ชิ้นละ	๓๐๐
๗๔๐๑	๗.๔.๑ สารยึดกระดูก (Bone cement) ชนิดธรรมดา	ชุดละ	๒,๐๐๐

หมายเหตุ

รหัส ๗๐๐๕ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารเคลื่อนไหวได้ หากโรงพยาบาลเบิกเป็นชนิดข้อเข่าเทียมชนิดครึ่งข้อ (Unicompartment Arthroplasty) ให้สามารถเบิกได้ตามรายการและอัตราในรหัสนี้

บัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในกรณีบำบัดรักษาโรค

กรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วน

รหัส	ประเภท	หน่วย	อัตรา
๒๕๐๒	๒.๕.๒ เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับผู้ใหญ่	ข้างละ	๑๓,๕๐๐
๒๖๐๒	๒.๖.๒ เครื่องช่วยพูด	เครื่องละ	๓๖,๐๐๐
๕๖๐๑	๕.๖.๑ ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ ชนิดใช้ระยะยาวมีเข็มขัด	ถุงละ	๕๐๐
๕๖๐๒	๕.๖.๒ ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (Colostomy bag) ชนิดใช้ระยะยาว ใช้ร่วมกับเป็นปีครอบลำไส้	ถุงละ	๕๐
๕๖๐๓	๕.๖.๓ แผ่นปีครอบลำไส้ (Colostomy flange)	อันละ	๑๕๐
๕๖๐๔	๕.๖.๔ แผ่นปีครอบแผลถลอก	ชิ้นละ	๕๖๐
๘๑๐๑	๘.๑.๑ แขนเทียมค้ำขากระดูกสันหลังส่วนปลายชนิดหัวนิ้วมีระบบการใช้งาน	ข้างละ	๒๕,๐๐๐
๘๑๐๓	๘.๑.๓ แขนเทียมค้ำขากระดูกสันหลังส่วนปลายชนิดค้ำของ โลหะ	ข้างละ	๒๗,๐๐๐
๘๑๐๔	๘.๑.๔ แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดหัวนิ้วข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	๑๖,๕๐๐
๘๑๐๕	๘.๑.๕ แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดค้ำของ โลหะข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	๑๖,๕๐๐
๘๑๐๖	๘.๑.๖ แขนเทียมเหล็กไหลหรือแขนไหล ส่วนปลายชนิดหัวนิ้วข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ	ข้างละ	๑๐,๐๐๐
๘๒๐๑	๘.๒.๑ ขาเทียมระดับข้อเท้า (Symes)	ข้างละ	๕,๐๐๐
๘๒๐๒	๘.๒.๒ ขาเทียมระดับข้อเท้า แขนนอก	ข้างละ	๖,๕๐๐
๘๒๐๓	๘.๒.๓ ขาเทียมระดับข้อเท้า แขนใน	ข้างละ	๓๐,๐๐๐
๘๒๐๔	๘.๒.๔ ขาเทียมระดับข้อเท้า	ข้างละ	๖๗,๐๐๐
๘๒๐๕	๘.๒.๕ ขาเทียมระดับเหนือเข่าแขนนอก	ข้างละ	๑๘,๐๐๐
๘๒๐๖	๘.๒.๖ ขาเทียมระดับเหนือเข่าแขนใน	ข้างละ	๓๐,๐๐๐
๘๒๐๗	๘.๒.๗ ขาเทียมระดับสะโพกแขนนอก	ข้างละ	๓๐,๐๐๐
๘๒๐๘	๘.๒.๘ ขาเทียมระดับสะโพกแขนใน	ข้างละ	๕๐,๐๐๐
๘๒๐๙	๘.๒.๙ เท้าเทียมที่คล้องใช้ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ	ข้างละ	๔,๐๐๐
๘๓๐๖	๘.๓.๖ โลหะหรือ พลาสติกตามหลังคค	ชุดละ	๘,๐๐๐
๘๖๐๑	๘.๖.๑ เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา	อันละ	๗๐๐
๘๖๐๓	๘.๖.๓ ไม้เท้า ๑ คู่	อันละ	๑๕๐
๘๖๐๔	๘.๖.๔ ไม้เท้าชนิด ๓ หรือ ๔ คู่	อันละ	๖๐๐

	ปริมาณ	หน่วย	ราคา (บาท)
๘๘๐๕	๘.๘.๕ ไม้ค้ำยัน		
๘๘๐๖	๘.๘.๑ รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก	อันละ	๒๕๐
๘๘๐๗	๘.๘.๒ รองเท้าคนพิการขนาดกลาง	คู่ละ	๖๐๐
๘๘๐๘	๘.๘.๓ รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่	คู่ละ	๘๐๐
	(๔) รองเท้าเสริมฝ่าเท้าและสันเท้า	คู่ละ	๑,๐๐๐
๘๘๐๙	๘.๘.๔ วัสดุเปลี่ยนรองเท้าคนพิการ	ข้างละ	๓๕๐
	(๖) รองเท้าเสริมส่วนหน้า	ข้างละ	๔๐๐
๘๘๑๐	๘.๘.๑ รองนั่งคนพิการชนิดทับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้	คู่ละ	๒,๐๐๐
๘๘๑๑	๘.๘.๒ รองนั่งคนพิการชนิดทับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับไม่ได้	คันละ	๖,๐๐๐
๘๘๑๒		คันละ	๔,๐๐๐



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานเพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน

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

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความใน (๑๔) ของข้อ ๔ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๓ และให้ใช้ข้อความดังต่อไปนี้แทน

"(๑๔) ทัศนกรรม ยกเว้น

(ก) การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุด ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับ
ค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินสามร้อยบาทต่อครั้ง และไม่เกินหกร้อยบาทต่อปี

(ข) กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์
และค่าฟันเทียมเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาท ภายในระยะเวลาห้าปีนับแต่วันที่ใส่ฟันเทียมนั้น
ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

๑) ๑ - ๕ ซี่ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกินหนึ่งพันสามร้อยบาท

๒) มากกว่า ๕ ซี่ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาท

(ค) กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์
และค่าฟันเทียมเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกินสี่พันห้าร้อยบาทภายในระยะเวลาห้าปี นับแต่วันที่ใส่ฟันเทียมนั้น
ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

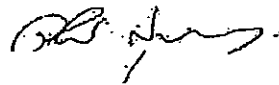
๑) ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงิน
ไม่เกินสองพันสี่ร้อยบาท

๒) ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงิน
ไม่เกินสี่พันสี่ร้อยบาท"

ข้อ ๒ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๕๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ อยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้
มีผลใช้บังคับอยู่หรือไม่ ให้ผู้นั้นมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์นั้นต่อไปจนครบตามสิทธิ

ข้อ ๓ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๔



(ศาสตราจารย์จรัส สุวรรณเวลา)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์คามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อให้สิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องรักษาพยาบาล
ประเภทคนไข้ในะกัณหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี ตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบ
ของคณะกรรมการประกันสังคม

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

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความใน (๗) ของข้อ ๘ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์คามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๔๖ และให้ใช้ความดังต่อไปนี้แทน

"(๗) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาคิวในสถานพยาบาลประเภทคนไข้ใน
เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี ยกเว้น กรณีการบริการทางการแพทย์คามหลักเกณฑ์ เจ็บไข และอัตรา
แบบท้ายประกาศนี้"

ข้อ ๒ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

(ศาสตราจารย์จรัส สุวรรณเวลา)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการบริการทางการแพทย์โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาดัว
ในสถานพยาบาลประเภทคนไข้มะเร็งหรือแปดสิบวันในหนึ่งปี

ข้อ ๑ บทนิยาม

“โรคเดียวกันที่ใช้ระยะเวลารักษาดัวในสถานพยาบาลเกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี”
หมายถึง การประสบอันตรายหนึ่งครั้งหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันเป็นเหตุให้ผู้ประกันตนต้องเข้ารับการรักษาตัว
ประเภทคนไข้มะเร็ง โดยไม่จำกัดปีต้องคิดคำนวณเกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี และการดูแลรักษาพยาบาลส่วนที่เกิน
หนึ่งร้อยแปดสิบวันต้องเป็นไปตามความจำเป็นของโรค (Specific treatment) ไม่รวมถึงการรักษาตามอาการ
หรือการรักษาระบบสนับสนุน (Symptomatic supportive therapy) หรือการรักษาระบบฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

“สถานพยาบาลความคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาล” หมายถึง สถานพยาบาล
ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตนผู้มีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์

“สถานพยาบาลอื่น” หมายถึง สถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลความคุ้มครองสิทธิ
การรักษาพยาบาลและอยู่ในระบบประกันสังคม

“สำนักงาน” หมายถึง สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด
หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาแล้วแต่กรณี

“ปี” หมายถึง ปีปฏิทิน

ข้อ ๒ ในกรณีที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาตัวประเภทคนไข้มะเร็งเนื่องจากประสบอันตรายหนึ่งครั้ง
หรือเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันเกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี ในสถานพยาบาลความคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาล
หรือสถานพยาบาลอื่น โดยได้รับความยินยอมจากสถานพยาบาลความคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาล
ให้สำนักงานจ่ายเงินเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลความคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลคือปี
ตามอัตรา ดังนี้

- (๑) ค่ารักษาพยาบาลกรณีไม่ได้รับการรักษาในห้อง ICU ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง
แต่ไม่เกินวันละสองพันบาท
- (๒) ค่าห้องและค่าอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละเจ็ดร้อยบาท
- (๓) ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาล กรณีที่รักษาในห้อง ICU เท่าที่จ่ายจริง
แต่ไม่เกินวันละสี่พันห้าร้อยบาท
- (๔) กรณีที่มีควาสุ่มเป็นก้อนมะเร็ง ถ้าพบก้อนมะเร็งระยะเวลาก่อนผ่าตัด ดังนี้
(๔.๑) ค่าผ่าตัดไม่เกินหนึ่งชั่วโมง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละแปดพันบาท
(๔.๒) ค่าผ่าตัดเกินหนึ่งชั่วโมงแต่ไม่เกินสองชั่วโมง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน
ครั้งละหนึ่งหมื่นสองพันบาท
(๔.๓) ค่าผ่าตัดเกินสองชั่วโมงขึ้นไป เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละหนึ่งหมื่นหกพันบาท
- (๕) ค่าฟื้นคืนชีพ (Cardio Pulmonary Resuscitation, CPR) รวมค่ายา
และอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินสี่พันบาทต่อราย
- (๖) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการระยะ/หรือเอกซเรย์ ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง
แต่ไม่เกินหนึ่งพันบาทต่อราย

- (๗) กำหนดวินิจฉัยพิเศษจ่ายตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้
 - (๗.๑) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG , ECG) ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินสามร้อยบาทต่อราย
 - (๗.๒) ตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อราย
 - (๗.๓) ตรวจคลื่นสมอง (Electro-encephalography , EEG) ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินสามร้อยห้าสิบบาทต่อราย
 - (๗.๔) ตรวจ Ultrasound ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งพันบาทต่อราย
 - (๗.๕) คำสวนเส้นเลือดหัวใจและเอ็กซ์เรย์ (Coronary Angiography , CAG) ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อราย
 - (๗.๖) คำส่องกล้อง (Endoscopy) ยกเว้น Proctoscopy ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อราย
 - (๗.๗) คำตรวจ Intravenous Pyelography , IVP ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อราย
 - (๗.๘) CT-Scan ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินสี่พันบาท หรือ MRI ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินแปดพันบาทต่อราย
- (๘) ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ให้ขึ้นกับดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์

ข้อ ๓ ให้สถานพยาบาลตามบัญชีรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลยื่นเอกสารขอรับค่าบริการทางการแพทย์ กรณีโรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาไว้ในสถานพยาบาลตามบัญชีรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น ประเภทหนึ่งหรือแปดสิบวันในปี ค่ำสามพันหรือสามพันเจ็ดร้อยปีกรทางการแพทย์ไม่น้อยกว่าสามสิบวัน และไม่มากกว่าสี่สิบห้าวันก่อนการรักษาคิวของผู้ประกันตนในสถานพยาบาลตามบัญชีรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล หรือสถานพยาบาลอื่นประเภทคนไข้ในครบหนึ่งร้อยแปดสิบวัน โดยยื่นเอกสารขอรับค่าบริการทางการแพทย์ พร้อมหลักฐานประกอบดังนี้

(๑) แบบรายงานการเจ็บป่วย แผนการรักษา ประมาณการค่าใช้จ่ายตามแบบที่สำนักงานกำหนดโดยให้ผู้ประกันตนลงนามขอรับการรักษาตัวในสถานพยาบาลต่อไปแบบดังกล่าว

(๒) สำเนาเวชระเบียน

กรณีที่สถานพยาบาลตามบัญชีรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลไม่สามารถยื่นเอกสารภายในระยะเวลาดังกล่าวได้ให้เป็นดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ข้อ ๔ ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบแก่สถานพยาบาลตามบัญชีรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลสิทธิรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาไว้ในสถานพยาบาลตามบัญชีรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลและให้เลขที่การหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมายเป็นผู้อนุมัติ

ข้อ ๕ ให้สถานพยาบาลตามบัญชีรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นที่ได้รับอนุมัติตามข้อ ๔ ทำการรักษาพยาบาลแผนการรักษาให้สอดคล้องกับแผนตามแบบรายงานการรักษาสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนด และให้ส่งใบแจ้งค่าบริการพยาบาลหรือแบบรายงานผลการดำเนินงานการรักษาพยาบาลทุกสัปดาห์ นับจากวันที่ผู้ประกันตนได้รับการรักษาตัวในสถานพยาบาลประเภทคนไข้ในครบหนึ่งร้อยแปดสิบวัน



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรในกรณีที่ต้นหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานเพื่อปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น
คณะกรรมการการแพทย์จึงได้มีมติให้แก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๕ (๖) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ คณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความใน (๒) ของข้อ ๕ หมวด ๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือ
เจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการ
การแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๔๔ และให้
ใช้ความต่อไปนี้แทน

(๒) สำหรับการรักษายาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง

(ก) กรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกินหกสัปดาห์ เมื่อคำนวณ
ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน
(Adjusted Relative weight : AdjRW) น้อยกว่า ๒ ($AdjRW < 2$) ให้จ่ายตามอัตรา ดังนี้

๑) การฟอกโลหิต (Hemodialysis) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง
ตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละสามพันบาท

๒) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาล
เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละห้าร้อยบาท

(ข) การรักษาโรคมะเร็งให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังนี้

๑) กรณีการรักษาโรคมะเร็ง ๗ ชนิด ตามแนวทางที่กำหนด (Protocol)
ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามอัตราที่กำหนดไว้ในแนวทางการรักษาโรคมะเร็งและอัตราการรักษาพยาบาล
แบบท้ายประกาศนี้ ดังนี้

๑.๑) โรคมะเร็งเต้านม จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน
หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นเจ็ดพันเก้าร้อยบาทต่อรายต่อปี

๑.๒) โรคมะเร็งปากมดลูก จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน
เจ็ดหมื่นห้าพันบาทต่อรายต่อปี

๑.๓) โรคมะเร็งรังไข่ จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน
สองแสนเจ็ดหมื่นสองพันหนึ่งร้อยบาทต่อรายต่อปี

๑.๔) โรคมะเร็งโพรงจมูก จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน
สามหมื่นห้าพันหนึ่งร้อยบาทต่อรายต่อปี

๑.๕) โรคมะเร็งปอด จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน
สองแสนสี่หมื่นหกพันบาทต่อรายต่อปี

๑.๖) โรคมะเร็งหลอดอาหาร จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง
แต่ไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อรายต่อปี

๑.๗) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย จ่ายค่ารักษาพยาบาล
เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินเก้าหมื่นหกพันสี่ร้อยบาทต่อรายต่อปี

๒) กรณีการรักษาโรคมะเร็ง ๗ ชนิด ตาม ๑.๑), ๑.๒), ๑.๓), ๑.๔),
๑.๕), ๑.๖) และ ๑.๗) ด้วยยาและหรือเคมีบำบัด และหรือรังสีรักษา นอกเหนือจากแนวทางที่กำหนด
(Protocol) ไว้ในแนวทางการรักษาโรคมะเร็งและอัตราการรักษาพยาบาลแบบท้ายประกาศนี้ หรือการรักษา
โรคมะเร็งชนิดอื่นที่ต้องให้เคมีบำบัด และหรือรังสีรักษา และหรือยารักษาโรคมะเร็งให้จ่ายค่ารักษาพยาบาล
เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินห้าหมื่นบาทต่อรายต่อปี

(ค) การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เหมาจ่าย
เป็นค่าวัสดุตามอัตราที่กำหนดไว้ในบัญชีแนบท้ายประกาศนี้

(ง) กรณีการรักษาโรคมองด้วยวิธี Stereotactic Radiosurgery ไม่เกินห้าหมื่นบาท
ต่อราย สำหรับการรักษามายได้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

๑) จะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๑.๑) Arteriovenous Malformation

๑.๒) เนื้องอกสมองส่วนลึก (Deep Seated Brain Tumor)

๑.๓) มะเร็งแพร่กระจายสู่สมอง (Metastatic Brain Tumor) ที่

สามารถควบคุม Local disease

สำนักงานประกันสังคม

๒) การพิจารณาให้การรักษาขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของ

(จ) ค่ายาในการรักษาผู้ประกันคนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal Meningitis
ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อราย

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๑๕) ของข้อ ๘ หมวด ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

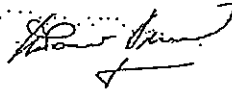
"(๑๕) แวนดา ยกเว้นกรณีจ่ายตามที่กำหนดในบัญชีและอัตราแบบท้ายประกาศที่
ออกโดยอาศัยความในข้อ ๕ (๒) (ค)"

ข้อ ๓. ให้ยกเลิกความใน ๗ ของหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามความใน ข้อ ๔/๓ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

๗ นอกจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดในข้อ ๓ แล้ว สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง เฉพาะกรณีผู้ป่วยในที่มีค่า น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (AdjRW \geq ๒) ให้แก่สถานพยาบาลอื่น หรือผู้ประกันตนตามที่กำหนดไว้ตั้งแต่ (ข) ถึง (จ) ใน (๒) ข้อ ๔ แห่งประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖ และที่แก้ไข เพิ่มเติม "

ข้อ ๔ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๗ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๖



(ศาสตราจารย์เหลือทร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๑ -

รหัส	ตัวบ่งชี้	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		หมวด ๑ ระบบประสาท		
๑๐๐๐	๑.๑	กะโหลกศีรษะเทียม เยื่อหุ้มสมองเทียมและวัสดุยึดกะโหลก		
๑๐๐๑		๑.๐.๑ กะโหลกศีรษะเทียม (Cranioplastic Implant)	ชุดละ	๔,๐๐๐
		ลักษณะ แต่ละชุดประกอบด้วยผง Methylmethacrylate ๑ ซอง และ solution ๑ ขวด		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีส่วนของกระดูกกะโหลกขาดหายไป		
๑๐๐๓		๑.๐.๓ เยื่อหุ้มสมองเทียม (Dural substitute)	แผ่นละ	๙,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นแผ่นบาง ๆ ทำจากสารสังเคราะห์หรือเนื้อเยื่อ		
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนส่วนที่หายไปหรือปกคลุมสมองหรือไขสันหลัง ในส่วนที่บวมจนไม่สามารถเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองได้		
๑๑๐๐	๑.๑	ท่อ/สายต่อจากช่องกะโหลก และวัสดุใช้ในช่องกะโหลก		
๑๑๐๑		๑.๑.๑ ชุดท่อต่อช่องสมอง (External ventricular drainage system)	ชุดละ	๔,๖๐๐
		ลักษณะ เป็นชุดเพื่อใช้ระบายน้ำคั่งสมองและไขสันหลังออกสู่ภายนอกร่างกาย ประกอบด้วยท่อต่อเชื่อมสมองและไขสันหลัง (Ventricular catheter) อุปกรณ์กักเก็บน้ำและท่อต่อเชื่อม		
		ข้อบ่งชี้ น้ำคั่งสมองและไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus) หรือมีเลือดออกในช่องสมอง		
๑๑๐๒		๑.๑.๒ อุปกรณ์ช่วยระบายน้ำในช่องสมอง (Ventriculoperitoneal shunt)	ชุดละ	๘,๑๐๐
		ลักษณะ เป็นชุดประกอบด้วยสายต่อช่องสมอง กระเปาะสำหรับกักตุน และสายต่อภายในช่องท้องหรือช่องหัวใจ รวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ต่อสาย (connector)		
		ข้อบ่งชี้ น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus)		
๑๑๐๔		๑.๑.๔ คีมหนีบทลอคเลือดโป่งพองในช่องกะโหลกศีรษะ (Aneurysm clip for Intracranial aneurysm)	อันละ	๖,๗๐๐
		ลักษณะ เป็นคีมหนีบทลอคเลือดแดงที่โป่งพองผิดปกติ โดยใส่ไว้ในร่างกายตลอดไป		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๒ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		ข้อบังชี้ เพื่อป้องกันเลือดออกในสมองจากหลอดเลือดแดงโป่งพอง		
		หมวด ๒. ศา หู คอ จมูก		
๒๐๐๐	๒	ถูกตา กระจกตา และเลนส์แก้วตาเทียม		
๒๐๐๑		๒.๐.๑ ลูกตาเทียมทำด้วยพลาสติก (Eye prosthesis)	ข้างละ	๑,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นตาปลอม โดยมีลักษณะเป็นแผ่นสารสังเคราะห์ระบายสี โดยทำจากวัสดุได้หลายชนิด เช่น พลาสติก อคริลิก		
		ข้อบังชี้ ใช้ใส่ในผู้ป่วยที่ไม่มีลูกตาหรือตาฝ่อ		
๒๐๐๒		๒.๐.๒ วัสดุใส่แทนรับลูกตาเทียมชนิดไม่มีรูพรุน	อันละ	๒๐๐
		ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายพลาสติกแข็ง ๆ รูปร่างกลมเรียบ ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก		
		ข้อบังชี้ ใช้แทนรับลูกตาเทียมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดเอาลูกตาออก		
๒๐๐๓		๒.๐.๓ วัสดุใส่แทนรับลูกตาเทียมชนิดมีรูพรุน (Integrated orbital implant)	อันละ	๑๓,๕๐๐
		ลักษณะ รูปร่างกลม มีรูพรุน ทำด้วยวัสดุหลายชนิด เช่น Hydroxyapatite ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก		
		ข้อบังชี้ ใช้แทนรับลูกตาเทียมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเอาลูกตาออก		
๒๐๐๔		๒.๐.๔ วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตา (Orbital implant for orbit)	อันละ	๒,๑๐๐
		ลักษณะ เป็นแผ่นรองกระดูกเบ้าตาที่แตก สามารถทำได้จากวัสดุหลายชนิด		
		ข้อบังชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่กระดูกเบ้าตาแตก เพื่อแทนที่กระดูกที่หัก		
๒๐๐๕		๒.๐.๕ กระจกตาเทียม (Corneal prosthesis)	อันละ	๑๕,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์ มีความใส		
		ข้อบังชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่กระจกตา (Cornea) ชุ่ม		
๒๐๐๖		๒.๐.๖ เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ (Foldable intraocular lens)	อันละ	๔,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์ใสแทนเลนส์แก้วตาเพื่อช่วยในการมองเห็น สามารถพับได้		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา		
๒๐๐๗		๒.๐.๗ เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดแข็งพับไม่ได้ (Unfoldable intraocular lens) ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์ใสแทนเลนส์แก้วตาเพื่อช่วยในการ มองเห็นมีเนื้อแข็งไม่สามารถพับได้	อันละ	๔,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา		
๒๑๐๐	๒.๑	วัสดุ/เครื่องมือพิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดตา		
๒๑๐๑		๒.๑.๑ วัสดุที่ใช้หนีบในลูกตาในการผ่าตัดซ่อมจอประสาทตา (Buckle) ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายฟองน้ำหรือแผ่นซิลิโคน	อันละ	๒,๗๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้หนีบคั้นให้ผนังลูกตาสัมผัสจอประสาทตาในกรณีที่ เป็นโรคจอประสาทตาลอก หรืออาจใช้ในการผ่าตัดอื่น เช่น โรคหนังตา ตก		
๒๑๐๒		๒.๑.๒ ของเหลวสำหรับกจจอประสาทตา (Perfluorocarbon liquid) ลักษณะ เป็นของเหลวที่มีความหนาแน่นสูง	หลอดละ	๖,๕๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาท ตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา		
๒๑๐๓		๒.๑.๓ น้ำมันซิลิโคนสำหรับกจจอประสาทตา (Silicone oil) ลักษณะ มีลักษณะเป็นน้ำมันใส	หลอดละ	๕,๕๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาท ตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา		
๒๑๐๔		๒.๑.๔ ก๊าซสำหรับฉีดกจจอประสาทตา (Intraocular gas) ลักษณะ เป็นก๊าซที่ขยายตัวได้และอยู่ในลูกตาได้นาน	ครึ่งละ	๕๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาท ตาและการผ่าตัดน้ำวุ้นตา		
๒๑๑๓		๒.๑.๑๓ ชุดผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา (Vitreotomy set) ลักษณะ เป็นชุดอุปกรณ์ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือตัดน้ำวุ้นลูก ตาและอุปกรณ์ช่วยหลายชนิด	ชุดละ	๔,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๔ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการผ่าตัดน้ำขุ่นลูกตา		
๒๑๑๕		๒.๑.๑๕ ใบมีดตัดกระจกตา (Corneal trephine) ลักษณะ เป็นใบมีดผ่าตัดรูปร่างทรงกระบอกใช้ตัดกระจกตา	ชุดละ	๕,๕๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา		
๒๒๐๐	๒.๒	แว่นตา เลนส์สัมผัส ที่ใช้ใส่หลังจากการผ่าตัดเอาแก้วตาออกเพื่อ รักษาต้อกระจก (กรณีใส่เลนส์แก้วตาเทียม)		
		ข้อบ่งชี้ รายการ ๒.๒.๑ - ๒.๒.๕ ใช้ใส่หลังการผ่าตัดเอาเลนส์ แก้วตาออก และใส่เลนส์แก้วตาเทียม		
๒๒๐๓		๒.๒.๑ แว่นตาสำหรับมองไกล ๑ อัน (Distance eyeglasses)	อันละ	๑,๘๐๐
๒๒๐๒		๒.๒.๒ แว่นตาสำหรับมองใกล้ ๑ อัน (Near eyeglasses). (สำหรับการผ่าตัด ครั้งที่ ๒ ในตาข้างเดิมให้เปลี่ยนได้เฉพาะเลนส์)	อันละ	๑,๘๐๐
			ข้างละ	๙๐๐
๒๒๐๓		๒.๒.๓ เลนส์สัมผัส ชนิดแข็ง (Hard contact lens)	ข้างละ	๓,๓๐๐
๒๒๐๔		๒.๒.๔ เลนส์สัมผัส ชนิดครึ่งนุ่มครึ่งแข็ง (Rigid gas permeable lens)	ข้างละ	๑,๘๐๐
๒๒๐๕		๒.๒.๕ เลนส์สัมผัส ชนิดนุ่ม (Soft contact lens)	ข้างละ	๑,๘๐๐
๒๔๐๐	๒.๔	อวัยวะเทียมเกี่ยวกับหู		
๒๔๐๑		๒.๔.๑ กระดุกหูเทียม ชนิดแยกชิ้น ลักษณะ เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลี เอทิลีนทำหน้าที่เชื่อมการนำเสียง	ชิ้นละ	๒,๗๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนกระดูกโกลน (Stapes)		
๒๔๐๒		๒.๔.๒ กระดุกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูทั้งหมด (Total ossicle reconstruction prosthesis) ลักษณะ เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลีเอทิลีนลักษณะคล้ายร่ม	ชิ้นละ	๔,๕๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหู หรือเชื่อมกับหูชั้นใน		
๒๔๐๓		๒.๔.๓ กระดุกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูบางส่วน (Partial ossicle reconstruction prosthesis)	ชิ้นละ	๕,๕๐๐
		ลักษณะ เป็นท่อนเล็ก ๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่นโพลีเอทิลีน		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๕ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		ข้อป่งซี ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหูหรือเชื่อมกับหูชั้นใน		
๒๕๐๔		๒.๕.๔ ไบพูเทียม ลักษณะ ทำจาก Silicone คิดโดยใช้การ ข้อป่งซี สำหรับผู้ที่หูชาดไม่สามารถตกแตงกลับมาได้	ข้างละ	๓๐,๕๐๐
๒๖๐๐	๒.๖.	อุปกรณ์เกี่ยวกับจมูก		
๒๖๐๑		๒.๖.๑ จมูกเทียมชนิดคัตตา ลักษณะ เป็นสารสังเคราะห์ที่มีรูปร่างภายนอกของจมูก ข้อป่งซี ใส่หลังผ่าตัดจมูกออกซึ่งมักเป็นรายที่เป็นมะเร็ง ช่วย ปกปิดอวัยวะภายในช่องจมูก และแก้ไขความพิการ ผิดรูป	ชิ้นละ	๔,๐๐๐
๒๗๐๐	๒.๗	อุปกรณ์ช่วยการพูด และอุปกรณ์อื่น เกี่ยวกับคอ		
๒๗๐๑		๒.๗.๑ ฝาครอบช่วยพูด (Speaking valve) ลักษณะ เป็นที่อ่อกวางทำจากซิลิโคนภายในมีลิ้นให้ลมเข้าออก ได้ทางเดียว ข้อป่งซี ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอากล่องเสียงออก เพื่อให้สามารถมี เสียงพูด	อันละ	๒๕๐๐
๒๗๐๔		๔.๗.๔ เพดานเทียม (Obturator) หมวด ๓ ระบบทางเดินหายใจ	ชิ้นละ	๕๐๐
๓๐๐๐	๓	ท่อ/หลอดคอ/อุปกรณ์ช่วยการหายใจ		
๓๐๐๓		๓.๐.๓ หลอดคอช่วยการหายใจ (Tracheostomy tube) ชนิดทำด้วย พลาสติก ลักษณะ เป็นท่อพลาสติกกลวง โค้งงอเล็กน้อยมีปีกสองข้าง สำหรับคล้องเชือก ข้อป่งซี ใส่หลอดลมคอ เพื่อช่วยในการหายใจ หมวด ๔ หัวใจและหลอดเลือด	อันละ	๑,๕๐๐
๔๐๐๐	๔	ลิ้นหัวใจเทียม หมันหัวใจเทียม และหลอดเลือดเทียม		
		ข้อป่งซีหลัก รายการ ๔.๐.๑ - ๔.๐.๑๐ เป็นอวัยวะเทียมชนิด ต่างๆ สำหรับใส่ไปในตัวผู้ป่วย ในการผ่าตัดหัวใจเพื่อแก้ไขความ ผิดปกติของลิ้นหัวใจหรือหมันกับหัวใจ และหัวใจพิการแต่กำเนิดโดย เลือกใช้ตามความเหมาะสม		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๖ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		รายการ ๔.๐.๑๒ - ๔.๐.๑๔ สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอด เลือดแดงใหญ่โป่งพอง		
		รายการ ๔.๐.๑๖ สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดส่วน ปลายตีบหรืออุดตัน		
๔๐๐๑		๔.๐.๑ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดลูกบอลลิ้น	อันละ	๒๙,๐๐๐
๔๐๐๒		๔.๐.๒ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบบ ๑ แผ่น ปิด - เปิด	อันละ	๓๔,๐๐๐
๔๐๐๓		๔.๐.๓ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบบ ๒ แผ่น ปิด - เปิด	อันละ	๓๓,๐๐๐
๔๐๐๔		๔.๐.๔ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากหมู (ชนิดมีโครง)	อันละ	๔๘,๐๐๐
๔๐๐๕		๔.๐.๕ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากหมู (ชนิดไม่มีโครง)	อันละ	๕๕,๐๐๐
๔๐๐๖		๔.๐.๖ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากเยื่อหัวใจวัว	อันละ	๖๕,๐๐๐
๔๐๐๗		๔.๐.๗ ลิ้นหัวใจเทียมและหลอดเลือดเทียม	อันละ	๕๗,๐๐๐
๔๐๐๘		๔.๐.๘ ขอบลิ้นหัวใจเทียม (Valve ring)	อันละ	๑๘,๐๐๐
๔๐๐๙		๔.๐.๙ ผืนหัวใจเทียม (PTFE patch) ชนิดแผ่นสังเคราะห์	แผ่นละ	๓,๔๐๐
๔๐๑๐		๔.๐.๑๐ ผืนหัวใจเทียม (Dacron patch)	แผ่นละ	๓,๐๐๐
๔๐๑๑		๔.๐.๑๑ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นตรง	เส้นละ	๑๒,๐๐๐
๔๐๑๒		๔.๐.๑๒ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นแยก	เส้นละ	๑๕,๐๐๐
๔๐๑๓		๔.๐.๑๓ หลอดเลือดเทียมแบบ Aortic	เส้นละ	๑๗,๐๐๐
๔๐๑๔		๔.๐.๑๔ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิด มีวงแหวน PTFE ring vascular graft (ตามความยาวที่ใช้)	ซม.ละ	๖๐๐
๔๐๑๕		๔.๐.๑๕ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดทำจากเนื้อเยื่อ (Homograft)	ชิ้นละ	๒๕,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้-๑: ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของลิ้นหัวใจ (Infective endocarditis)		
		๒. ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ลิ้นหัวใจมีขนาดเล็ก ไม่สามารถ ใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดอื่นได้		
		๓. ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีการแตกกำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้น หัวใจปัลโมนิก (Pulmonic valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก		
		๔. ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีการแตกกำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจ เอออร์ติก (aortic valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่เป็นการบำบัดรักษาโรค

- ๗ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		๕. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ค้องการสร้างเสริมเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ (Aortic reconstruction, Pulmonary artery reconstruction)		
๕๑๐๐	๕.๑	วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม		
		ข้อบ่งชี้หลัก: รายการ ๕.๑๑ - ๕.๑๕ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด		
๕๑๐๑		๕.๑.๑. ปลอกเทียม (Membrane oxygenator)	ชุดละ	๙,๕๐๐
๕๑๐๒		๕.๑.๒ ชุดสายยางประกอบกรรไกรเชื่อมแยกข้าง (Extracorporeal complete set)	ชุดละ	๓,๕๐๐
๕๑๐๓		๕.๑.๓ อุปกรณ์กักกรองเลือด (Reservoir)	อันละ	๓,๐๐๐
๕๑๐๔		๕.๑.๔ อุปกรณ์กักกรองอากาศทางเดินเลือด (Bubble trap)	อันละ	๑,๐๐๐
๕๑๐๗		๕.๑.๗ ชุดสายยางประกอบการให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardioplegia set)	ชุดละ	๓,๕๐๐
๕๑๐๘		๕.๑.๘ อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจฉีดทางตรง (Antegrade cardioplegia set)	อันละ	๑,๑๐๐
๕๑๐๙		๕.๑.๙ อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจฉีดย้อนทาง (Retrograde cardioplegia set)	อันละ	๓,๕๐๐
๕๓๐๐	๕.๓	อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีตีบ (Coronary Intervention)		
		ข้อบ่งชี้หลัก: รายการ ๕.๓.๑ - ๕.๓.๑๕, ๕.๓.๑๖ สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดโคโรนารีตีบ และมีความจำเป็นต้องขยาย (Coronary Intervention) โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสมและข้อบ่งชี้เพิ่มเติม ที่อาจมีในรายการนั้นๆ รายการ ๕.๓.๑๓ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบได้ด้วย		
๕๓๐๑		๕.๓.๑ สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary guiding catheter)	ชุดละ	๕,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายใช้สำหรับนำทางสายสวนที่ขยายหลอดเลือดชนิดต่างๆ เข้าไปในหลอดเลือดโคโรนารี		

รายการและอัตราค่าวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยในกึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจ

- ๕ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๓๐๒		๔.๓.๒ สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (PTCA guide wire)	ชุดละ	๔,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นลวดใช้สำหรับใส่สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีชนิดต่าง ๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือดโคโรนารี		
๔๓๐๓		๔.๓.๓ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูน (Coronary balloon dilatation catheter หรือ PTCA balloon) ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี	ชุดละ	๑๐,๐๐๐
๔๓๐๔		๔.๓.๔ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวด (Coronary stent)	ชุดละ	๑๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี		
๔๓๐๕		๔.๓.๕ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug - eluting stent)	ชุดละ	๔๕,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี		
๔๓๐๖		๔.๓.๖ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดหุ้มกราฟท์ (Coronary stent graft)	ชุดละ	๘๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟท์ที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี		
๔๓๐๗		๔.๓.๗ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยหัวกรอกากเพชร (Rotational atherectomy burr catheter)	ชุดละ	๓๐,๐๐๐
		ลักษณะ สายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี		
๔๓๐๘		๔.๓.๘ เครื่องกรอความถี่สูงเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยหัวกรอกากเพชร (Rotational atherectomy advancer)	ชุดละ	๓๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นอุปกรณ์สำหรับกรอด้วยความถี่สูงและขับเคลื่อนสายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี		

รายการและอัตราค่าข่วยเหี้ยมและอุปกรณ์ในการนำบัตรรักษาโรค

-- ๕ --

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๓๐๙		๔.๓.๙ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนชนิดคัต ไบนิด (Cutting balloon catheter)	ชุดละ	๓๐,๐๐๐
		ลักษณะ สายสวนที่มีบอลลูนชนิดคัตไบนิดที่ปลายสาย ใช้เพื่อ การขยายหลอดเลือดโคโรนารี		
๔๓๑๐		๔.๓.๑๐ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยการดูดลิ่ม เลือด (Thrombectomy device/catheter)	ชุดละ	๕๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีอุปกรณ์สำหรับกำจัดลิ่มเลือดที่ปลาย สาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี		
๔๓๑๑		๔.๓.๑๑ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยลำแสงเลเซอร์ (Laser angioplasty catheter)	ชุดละ	๖๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนลำแสงเลเซอร์ใช้เพื่อการขยายหลอด เลือดโคโรนารี		
๔๓๑๒		๔.๓.๑๒ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด ส่วนปลาย (Distal protection device)	ชุดละ	๖๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับป้องกันลิ่มเลือดที่ บริเวณรอยคืบเคลื่อน ไปอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย เพื่อความ ปลอดภัยในการขยายหลอดเลือดโคโรนารีและหลอดเลือดแดงส่วน ปลายในกรณีที่มีลิ่มเลือดมีปริมาณมาก		
๔๓๑๓		๔.๓.๑๓ สายสวนเพื่อตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดด้วยการ ถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน (Intravascular or Intracardiac ultrasound)	ชุดละ	๔๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับตรวจภายในหัวใจหรือหลอด เลือดโคโรนารีและหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยการถ่ายภาพคลื่น เสียงสะท้อน		
๔๓๑๔		๔.๓.๑๔ สายสวนเพื่อวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary pressure wire)	ชุดละ	๓๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับวัดความดันภายในหลอดเลือด โคโรนารี		

รายการและจัดราคาหัวใจและหลอดเลือดและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๑๐ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๓๑๖		๔.๓.๑๖ สายสวนหลอดเลือดคอกเนกประสงค์ (Multipurpose หรือ Transit catheter)	ชุดละ	๒๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดคอกเนกประสงค์ สำหรับใช้ในการขยายหลอดเลือดโคโรนารี		
๔๔๐๐	๔.๔	อุปกรณ์หรือสายสวนหัวใจสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาโรคหัวใจ อื่นๆ		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๔.๑ - ๔.๔.๗ ใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางกายวิภาคหรือการทำงานของ ลิ้นหัวใจ ผนังหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ หรือหลอดเลือดโคโรนารี ที่มีความจำเป็นต้องรับการตรวจโดยการสวนหัวใจ รายการ ๔.๔.๑ และ ๔.๔.๖ เพิ่มข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาผู้ป่วยระยะเร่งด่วน		
๔๔๐๑		๔.๔.๑ สายสวนหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic catheter)	ชุดละ	๔,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับวัดความดัน หรือจัดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์ เช่น NIH, Pigtail catheter		
๔๔๐๒		๔.๔.๒ สายสวนหลอดเลือดสำหรับการเจาะผนังระหว่างห้องหัวใจ (Mullins transeptal catheter)	ชุดละ	๔,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำเข็ม สายสวน หรืออุปกรณ์อื่นๆ ผ่านผนังห้องหัวใจ		
๔๔๐๓		๔.๔.๓ เข็มสำหรับเจาะผนังห้องหัวใจบร็อกเคนโบร (Brocken brough needle)	ชุดละ	๔,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นเข็มใช้สำหรับการเจาะผนังห้องหัวใจเพื่อนำอุปกรณ์หรือสายสวนต่าง ๆ ผ่านผนังกับห้องหัวใจ		
๔๔๐๔		๔.๔.๔ สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอดชนิดวัดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Swan-Ganz catheter)	ชุดละ	๔,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดที่มีบอลูนที่ปลายสายและมีช่องสำหรับวัดความดันมากกว่า ๑ ช่อง		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๑๑ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๔๐๕		๔.๔.๕ สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอดชนิดมีบอลูน (Balloon-tip catheter)	ชุดละ	๔,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดชนิดที่มีบอลูนที่ปลายสายใช้สำหรับวัดความดันเลือดในปอด เช่น Berman Angiography catheter และ Balloon wedge catheter		
๔๔๐๖		๔.๔.๖ สายลวดสำหรับนำสายสวนหลอดเลือด (Diagnostic guide wire)	ชุดละ	๕๐๐
		ลักษณะ เป็นสายลวดใช้ใส่ในสายสวนหัวใจอื่นๆ เข้าในหลอดเลือด หรือใช้ในการสลับเปลี่ยนสายสวนหัวใจ (exchange) มีหลายขนาดความยาว		
๔๔๐๗		๔.๔.๗ สายสวนหลอดเลือดสำหรับฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารี (Diagnostic coronary angiography catheter)	ชุดละ	๓,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับการฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์หลอดเลือดโคโรนารี		
๔๔๐๘		๔.๔.๘ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลูนธรรมดา (Valvuloplasty balloon)	ชุดละ	๒๕,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ เช่น Mansfield balloon		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ		
๔๔๐๙		๔.๔.๙ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลูนอินฟูเอ้ (Inoue balloon)	ชุดละ	๘๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลูนอินฟูเอ้ที่ปลายสายและชุดอุปกรณ์เสริม ใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ		
๔๔๑๑		๔.๔.๑๑ ขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว (Coil)	ชุดละ	๕,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นขดลวด ใช้สำหรับปิดรูรั่ว (Coil embolization)		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตัวแห่่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA หรือผู้ป่วยมะเร็งตับ		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๓๒ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๔๑๒		๔๔.๑๒ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปลดได้ (Detachable coil delivery system)	ชุดละ	๔,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวดชนิดปลดได้		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA		
๔๔๑๓		๔๔.๑๓ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่วชนิดปากกิม (Biotope for controlled release of coil)	ชุดละ	๒๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวดชนิดปากกิม		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือ ผู้ป่วย PDA		
๔๔๑๔		๔๔.๑๔ วัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเทรียมชนิดแอมพลาสเซอร์ (Amplatzer atrial septal occluder)	ชุดละ	๔๕,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเทรียม ชนิดแอมพลาสเซอร์		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD หรือมีตำแหน่ง หลอดเลือดเกิน		
๔๔๑๖		๔๔.๑๖ สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเทรียม (Delivery system for atrial septal occluder)	ชุดละ	๑๕,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวาง และปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเทรียมชนิด แอมพลาสเซอร์		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD หรือมีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน		
๔๔๑๗		๔๔.๑๗ วัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด ชนิดแอมพลาสเซอร์ (Amplatzer duct occluder)	ชุดละ	๓๕,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือดและสามารถใช้ปิดตำแหน่งหลอดเลือดเกิน และรูรั่วชนิดอื่นได้		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

๑๓

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๔๑๘		๔.๔๑๘ สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด ชนิดแอมพลาสเซอร์ (Delivery system for Amplatzer duct occluder)	ชุดละ	๑๙,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด ชนิดแอมพลาสเซอร์		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA		
๔๔๑๙		๔.๔๑๙ ตะแกรงกกรองล้มเลือดหลอดเลือดดำใหญ่ (IVC Interruption device)	ชุดละ	๕๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นอุปกรณ์ใช้สำหรับดักล้มเลือดในหลอดเลือดดำใหญ่		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดในปอด และ/หรือหลอดเลือดดำส่วนปลาย		
๔๔๒๐		๔.๔๒๐ สายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกันห้องหัวใจเอเทรียม (Balloon atrial septostomy catheter)	ชุดละ	๖,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกันห้องหัวใจเอเทรียม		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยเพื่อเปิดทางเดินระหว่างผนังกันห้องหัวใจ		
๔๔๒๑		๔.๔๒๑ สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยว (Snare catheter)	ชุดละ	๒๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับคล้องเกี่ยววัสดุอุปกรณ์อื่นในการสวนหัวใจในกรณีมีการหลุด เคลื่อนที่ หรือหักชำรุด เพื่อนำวัสดุอุปกรณ์นั้น ๆ ออกจากร่างกาย		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ และมีชิ้นส่วนของอุปกรณ์ค้างอยู่ในหลอดเลือด		
๔๔๒๒		๔.๔๒๒ สายสวนสำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจ (Endomyocardial biopsy)	ชุดละ	๒๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจเพื่อการวินิจฉัยโรค		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคของกล้ามเนื้อหัวใจ และเยื่อหุ้มภายในห้องหัวใจ		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๑๔ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๔๒๓		๔๔.๒๓ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardiocentesis)	ชุดละ	๕,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา		
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ		
๔๔๒๔		๔๔.๒๔ สายสวนหลอดเลือดแดงเอออร์ตาใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ (Intra aortic balloon catheter)	ชุดละ	๒๘,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา ประกอบด้วยบอลูนซึ่งต่อเชื่อมกับเครื่องปั๊มก๊าซฮีเลียมใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว รักษาด้วยยาไม่ได้ผล		
๔๕๐๐	๔.๕	เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร (Permanent pacemaker generator) และเครื่องกระตุ้นหัวใจหัวใจ		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๕๑ - ๔.๕๔ สำหรับผู้ป่วยที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดช้า (Bradycardia) ที่มีอาการเป็นลมหมดสติหรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า ๔๐ ครั้ง/นาทีโดยเฉลี่ย หรือมีอาการอื่นที่บ่งถึงการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ หรือร่วมกับการขยายภาวะโรคที่ตรวจพบในระหว่างการในผู้ป่วยแต่ละราย		
๔๕๐๑		๔.๕.๑ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียว (Single chamber pacemaker)	ชุดละ	๖๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจให้เพียงพอฝังไว้ใต้วงอกอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียว ห้องเดียว		
๔๕๐๒		๔.๕.๒ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียว ปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ(Rate responsive pacemaker)	ชุดละ	๖๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจให้เพียงพอฝังไว้ใต้วงอกอย่างถาวร ชนิดกระตุ้นห้องเดียวสามารถปรับอัตราการเต้นขึ้นลงได้ตามความต้องการของร่างกายโดยอัตโนมัติ		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ การใส่ Fixed rate pacemaker ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ เช่น อายุน้อยมีกิจกรรมการทำงานมาก		

✓

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทางการแพทย์บำบัดรักษาโรค

- ๑๕ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๕๐๓		๔.๕.๓ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้อง ต่อเนื่องกัน (Dual chamber pacemaker)	ชุดละ	๕๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่าง ทยต่อเนื่องกันเหมือนในธรรมชาติ		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ ต้องการ AV synchrony เช่นหัวใจ ห้องล่างบีบตัวอ่อน หรือ hypertrophic cardiomyopathy		
๔๕๐๔		๔.๕.๔ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้อง ต่อเนื่องกันปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ(Dual chamber rate responsive pacemaker)	ชุดละ	๕๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่าง ต่อเนื่องกันและสามารถปรับอัตราการเต้นได้โดยอัตโนมัติ		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามข้อ ๔.๕.๒ ร่วมกับ ๔.๕.๓		
๔๕๐๕		๔.๕.๕ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้อง พร้อมกัน (Resynchronization pacemaker)	ชุดละ	๒๐๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยเพิ่มกำลังการบีบตัวของหัวใจโดย กระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน		
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการรุนแรง (NYHA class III/IV คือต้องการรักษาด้วยยาอยู่ในกลุ่มโรค Dilated cardiomyopathy หรือ Ischemic cardiomyopathy)		
๔๕๐๖		๔.๕.๖ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter-defibrillator)	ชุดละ	๒๐๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติฝังไว้ในร่างกาย ผู้ป่วย		
		ข้อบ่งชี้ ๑. ผู้ป่วยต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้		
		๑.๑) ผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) จาก Ventricular Fibrillation หรือ Ventricular Tachycardia ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะที่แก้ไขได้		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๑๖ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		<p>๑.๒) Ventricular Tachycardia ที่เกิดขึ้นเอง อยู่บ่อยๆ ที่สัมพันธ์กับโรคหัวใจ</p> <p>๑.๓) การหมดสติที่ไม่สามารถหาสาเหตุ ร่วมกับ การกระตุ้นให้เกิด Ventricular Tachycardia , Ventricular Fibrillation ที่มีผลต่อภาวะไหลเวียนจากโปรแกรมไฟฟ้าหัวใจและ การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล</p> <p>๑.๔) การเกิด Ventricular Tachycardia ใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงสามารถกระตุ้นให้เกิด Ventricular Tachycardia , Ventricular Fibrillation จากโปรแกรมไฟฟ้าหัวใจ และการรักษาด้วยยา กลุ่ม ๑ ไม่ได้ผล</p> <p>๑.๕) การเกิด Ventricular Tachycardia ขึ้น เองอยู่บ่อยๆ ในผู้ป่วยที่ไม่พบโรคหัวใจและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น</p> <p>๒. การผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ให้เป็นดุลพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของสำนักเวช ประกันสังคมและต้องทำผ่าตัดใส่อุปกรณ์ดังกล่าวในสถานพยาบาลที่ สำนักงานประกันสังคมกำหนด</p>		
๔๕๐๗		๔.๕.๗ สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร	ชุดละ	๑๕,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายนำไฟฟ้าจากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร เข้าสู่หัวใจ		
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๑		
๔๕๐๘		๔.๕.๘ สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราว	ชุดละ	๕,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายนำไฟฟ้าจากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจเข้า สู่กล้ามเนื้อหัวใจชนิดใส่ไว้ชั่วคราว		
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๑ แต่ใช้ในผู้ป่วยซึ่งมีทางเดิน ไฟฟ้าติดขัดชั่วคราวหรือใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อรอการตัดสินใจที่จะใส่ ชนิดถาวรต่อไป		
๔๕๐๙		๔.๕.๙ สายกระตุ้นหัวใจห้องล่างซ้ายพร้อมอุปกรณ์การใส่ (Coronary sinus pacing lead)		๗๐,๐๐๐
		ลักษณะ ใช้กับเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจ ห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization pacemaker)		
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๕		

รายการและอัตราค่าร้อยละเพิ่มเติมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๑๗ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๕๑๐		๔.๕.๑๐ สายเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter - defibrillator lead)	ชุดละ	๑๐๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายต่อจากเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติเข้าไปภายในห้องหัวใจ		
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๖		
๔๕๑๑		๔.๕.๑๑ แผ่นปิดหน้าอกเพื่อรับหรือปล่อยไฟฟ้าในการกระตุ้นหัวใจ (Multipolar electrode catheter)	ชุดละ	๓,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นแผ่นเจลาตินขนาดใหญ่ใช้ปิดที่หน้าอกผู้ป่วย ๒ แผ่นเพื่อรับไฟฟ้าจากผู้ป่วย หรือปล่อยไฟฟ้ากระตุ้นหรือกระตุ้นหัวใจจากภายนอกร่างกาย		
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac electrophysiologic study) หรือใช้กระตุ้นหัวใจชั่วคราวโดยต่อกับเครื่องกระตุ้นหัวใจภายนอกในร่างกายในกรณีฉุกเฉิน		
๔๖๐๐	๔.๖	สายสวนหัวใจชนิดชั่วคราวหะรับสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๖.๒ - ๔.๖.๔ สำหรับผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็ว (Tachyarrhythmia) หรือเต้นสะดุด (Ectopic beats) ที่มีอาการ หรืออาจเป็นอันตรายคือชีวิต		
๔๖๐๑		๔.๖.๑ สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ (Multipolar electrode catheter)	ชุดละ	๑๖,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒-๑๐ ขั้วใช้ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac Electrophysiologic study)		
		ข้อบ่งชี้ ๑. Syncope or near syncope of unknown etiology ๒. Arrhythmia induction		
๔๖๐๒		๔.๖.๒ สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดธรรมดา (Defectable ablation catheter)	ชุดละ	๒๘๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒-๑๐ ขั้วในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วให้หายขาดด้วยคลื่นวิทยุ (Radiofrequency ablation)		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๑๔ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๖๐๓		๔.๖.๓ สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยการสร้าง ภาพสามมิติในสนามแม่เหล็ก(CARTO catheter)	ชุดละ	๑๐๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒ - ๑๐ ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วที่รักษายากเป็น พิเศษ โดยใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์สร้างภาพสามมิติ (CARTO)		
๔๖๐๔		๔.๖.๔ สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจรูป บ่วงบาศก์. (LASSD catheter)	ชุดละ	๖๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒-๑๐ ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation		
๔๖๐๕		๔.๖.๕ สายต่อสายสวนหัวใจเพื่อรับคลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ (Connecting cable for multi-electrode catheter)	ชุดละ	๕,๐๐๐
		ลักษณะ ใช้ต่อสายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะเพื่อนำ สัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจเข้ากับเครื่องแสดงผลบนจอภาพ		
		ข้อบ่งชี้ ๑. Syncope or near syncope of unknown etiology		
		๒. Arrhythmia induction		
๔๗๐๐	๔.๗	อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับนำเข้าและซ่อมปิดหลอดเลือด และท่อ นำสายสวน		
๔๗๐๑		๔.๗.๑ สายสวนนำเข้าหลอดเลือด (Introducer sheath)	ชุดละ	๑,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับใส่เข้าทางหลอดเลือดเพื่อไว้ เป็นช่องทางสำหรับนำสายสวนอื่น ๆ เข้า - ออกจากร่างกาย		
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือผู้ป่วย มะเร็งตับ		
๔๗๐๒		๔.๗.๒ อุปกรณ์ซ่อมปิดหลอดเลือด (Vascular closure device)	ชุดละ	๕,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นชุดอุปกรณ์สำหรับปิดรูที่ฉีกหลอดเลือดหลังทำ การสวนหัวใจ		
		ข้อบ่งชี้ ใช้เย็บปิดหลอดเลือดแดงหลังการทำหัตถการทุกชนิด (ที่ทำผ่านหลอดเลือดแดง) ในห้องตรวจสวนหัวใจ ในกรณีที่มีผู้ป่วยไม่ สามารถที่จะนอนนิ่งๆ นานหลายชั่วโมงได้หลังการกดห้ามเลือดแบบ ธรรมดา		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

๓๔

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๗๐๔		๔๗.๔ สายสวนหลอดเลือดนำทางสำหรับการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral guiding catheter)	ชุดละ	๗,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ เข้าในหลอดเลือด		
		ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน		
๔๗๐๕		๔๗.๕ สายสวนนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral angioplasty guide wire)	ชุดละ	๔,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือด		
		ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน		
๔๘๐๐	๔.๘	อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดแดงที่อยู่นอกหัวใจ ตีบหรือตัน		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๘.๑-๔.๘.๔ สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลาย ตีบหรืออุดตัน เฉพาะรายการ ๔.๘.๑ และ ๔.๘.๒ เริ่มข้อบ่งชี้ให้ใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยระยะเรื้อรัง		
๔๘๐๑		๔.๘.๑ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยบอลลูน (Peripheral balloon dilatation catheter หรือ PTA balloon)	ชุดละ	๒๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย		
๔๘๐๒		๔.๘.๒ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยขดลวด (Peripheral stent)	ชุดละ	๕๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย		
๔๘๐๓		๔.๘.๓ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Peripheral stent graft)	ชุดละ	๑๐๐,๐๐๐
		ลักษณะ สายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสายใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๒๐ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๕๘๐๔		๕.๘.๔ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาด้วย ขดลวดหุ้มกราฟต์ (Aortic stent-graft)	ชุดละ	๒๘๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสายใช้เพื่อ การขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา		
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับขยายหลอดเลือดแดงใหญ่ ในผู้ป่วยหลอด เลือดแดงตีบหรือตัน หรือใช้ค้ำยันหลอดเลือดแดงใหญ่ เพื่อเพิ่ม ความแข็งแรงของหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโป่งพอง		
		หมวด ๕ ทางเดินอาหาร		
๕๑๐๐	๕.๑	ท่อ/สาย/ถุงให้อาหาร		
๕๑๐๑		๕.๑.๑ สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่กระเพาะอาหาร (Nasogastric tube) ระยะยาว	เส้นละ	๓๐๐
		ลักษณะ เป็นท่อซิลิโคนที่มีความอ่อนนุ่ม มีการระบายเคืองต่อ จมูกน้อย		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่กินอาหารทางปากไม่ได้ มีความ จำเป็นต้องคาสายไว้ยาวนานเกิน ๑ เดือน		
๕๑๐๓		๕.๑.๓ ชุดสายสวนกระเพาะอาหารแบบใส่ผ่านกล้อง(Percutaneous endoscopic gastrostomy:PEG set)	อันละ	๕,๕๐๐
		ลักษณะ ประกอบด้วยสายสวนกระเพาะอาหาร และอุปกรณ์ สำหรับช่วยในการใส่สายสวนนี้จากผนังท้องเข้าสู่กระเพาะอาหาร โดยตรง ร่วมกับการส่องกล้อง โดยไม่ต้องผ่าตัด		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารเข้าทางกระเพาะ อาหารโดยตรง จำเป็นต้องคาสายไว้ยาวนาน ๔ เดือนขึ้นไป		
๕๑๐๔		๕.๑.๔ สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็ก(Nasojejunosotomy, NJ tube)	เส้นละ	๒,๗๐๐
		ลักษณะ เป็นท่อซิลิโคน มีความยาวพอสำหรับใส่ผ่านรูจมูก สู่ลำไส้เล็กมีการระบายเคืองต่อจมูกน้อย		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่กระเพาะอาหารไม่ทำงาน ต้องให้ อาหารผ่านทางสายเป็นเวลานานเกิน ๑ เดือน		

รายการและอัตราค่าวินิจฉัยเทียบและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๒๗ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๕๒๐๐	๕.๒	วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้ใส่ภายในทางเดินอาหารเพื่อห้ามเลือด		
๕๒๐๓		๕.๒.๑ ชุดยางรัดเส้นเลือดคอในหลอดอาหาร (Esophageal variceal band ligator)	ชุดละ	๔,๕๐๐
		ลักษณะ ประกอบด้วยยางรัดไม่มียูกว่า ๔ เส้น และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการนำไปรัดเส้นเลือดคอร่วมกับการใช้กล้องส่อง		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยมีเส้นเลือดคอในหลอดอาหาร หรือ กระเพาะอาหารที่อยู่ในภาวะเลือดออกเฉียบพลัน และที่ต้องได้รับการทำความสะอาดหลอดเลือดเพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ		
๕๓๐๐	๕.๓	วัสดุ/อุปกรณ์ใช้ต่างขยายท่อน้ำดี		
๕๓๐๑		๕.๓.๑ อุปกรณ์ขยายท่อน้ำดี (Biliary dilator)	เส้นละ	๔,๕๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้ขยายท่อน้ำดีที่อุดตันก่อนการใส่ท่อระบาย		
๕๓๐๒		๕.๓.๒ ท่อระบายน้ำดี ชนิดพลาสติก (Biliary and pancreatic duct stent: Plastic type)	อันละ	๑,๓๐๐
		ลักษณะ เป็นท่อใส่ในท่อน้ำดีเพื่อกันไม่ให้ตีบตัน ใส่ผ่านกล้องส่องทางเดินอาหาร		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีท่อน้ำดีและตับอ่อนอุดตัน		
๕๓๐๓		๕.๓.๓ ท่อระบายน้ำดี ชนิดโลหะ (Biliary stent: Self expandable metal stent)	อันละ	๒๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นอุปกรณ์โลหะใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อกำยั้นไม่ให้ตีบตัน ใส่โดยผ่านกล้องส่อง เมื่อใส่เข้าไปแล้วจะขยายขึ้นเป็นรูปร่างแบบท่อ		
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยท่อน้ำดีอุดตันจากเนื้องอกที่ไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้		
๕๓๐๔		๕.๓.๔ ท่อระบายน้ำดีชนิดมีปลายเปิดทางจมูก (Naso biliary tube)	อันละ	๒,๒๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้รักษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอีกเสบรี		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๒๒ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
	๕.๕	เครื่องมือช่วยการผ่าตัดอวัยวะแบบอัตโนมัติ		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๕.๕.๑-๕.๕.๓ ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดตัดต่ออวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ที่ไม่สามารถผ่าตัดต่อด้วยวิธีปกติ โดยเลือกใช้ตามลักษณะของการผ่าตัดต่ออวัยวะ		
๕๕๐๑		๕.๕.๑ เครื่องมือตัดต่ออวัยวะอัตโนมัติแบบวงกลม	อันละ	๑๓,๕๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับตัดต่อหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ตรง (Rectum)		
๕๕๐๒		๕.๕.๒ เครื่องมือเย็บอวัยวะแบบอัตโนมัติ	อันละ	๗,๕๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ตรง (rectum)		
๕๕๐๓		๕.๕.๓ เครื่องมือเย็บอวัยวะอัตโนมัติแบบปรับหัวได้	อันละ	๑๒,๑๐๕
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ตรง (rectum)		
		หมวด ๗ กระดูก ข้อต่อ-กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น		
๗๐๐๐	๗.๐	ข้อเทียม		
๗๐๐๑		๗.๐.๑ ข้อนิ้ว	ข้อละ	๑๑,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นข้อเทียมสำหรับ metacarpophalangeal joint		
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่ง ๑) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์ (Conservative treatment) ที่ให้เต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีคุณภาพชีวิตต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลบ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ		
		๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๒๓ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๗๐๐๒		๗.๐.๒ ข้อศอก	ข้อละ	๕๐,๐๐๐
		ข้อบังชี เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑		
๗๐๐๓		๗.๐.๓ ข้อไหล่	ข้อละ	๖๕,๐๐๐
		ข้อบังชี เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑		
๗๐๐๔		๗.๐.๔ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้	ข้อละ	๗๕,๐๐๐
		ข้อบังชี ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยซึ่ง ๑) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย วิธีทางอนุรักษ์นิยมที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่น่าเชื่อว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทาง ชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยม มาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ รักษาทางยา		
๗๐๐๕		๗.๐.๕ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้	ข้อละ	๕๐,๐๐๐
		ข้อบังชี เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑		
๗๐๐๖		๗.๐.๖ ข้อตะโพกมีเข่า (Total hip prosthesis) รวมทั้งอุปกรณ์เสริมไม่ รวมชิ้นกระดูก	ข้อละ	๖๕,๐๐๐
		ข้อบังชี เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑		
๗๐๐๗		๗.๐.๗ ข้อตะโพกไม่มีเข่า (Austin-Moore prosthesis)	ข้อละ	๑๒,๐๐๐
		ข้อบังชี เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑		
๗๐๐๘		๗.๐.๘ ข้อตะโพกแบบมีเข่าชนิดพิเศษเฉพาะบุคคล (Elementlon)	ข้อละ	๑๒๐,๐๐๐
		ข้อบังชี ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเทียมมาแล้ว หรือข้อถูกทำลายจากเนื้องอกหรือการติดเชื้อ ซึ่ง ๑) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยวิธีทางอนุรักษ์นิยมที่ ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๒๔ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทาง ชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยม มาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลาหรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก การรักษาทางยา		
๗๐๐๔		๗.๐.๔ วัสดุรองรับเข้าข้อต่อไทเทเนียม (Supporting ring)	ข้อละ	๑๒,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ เสริมเข้าข้อต่อไทเทเนียมที่เสื่อมสภาพที่มีพยาธิสภาพมากไม่ สามารถใส่ข้อเทียมชนิดที่ใช้กับหัวได้ พิจารณาได้จากภาพถ่ายรังสี และลักษณะข้อที่ดูหลายที่ตรวจพบขณะผ่าตัด		
๗๐๑๐		๗.๐.๑๐ ข้อต่อไทเทเนียมไม่มีขาชนิด ๒ ชั้น (ไบโพลาร์)	ข้อละ	๓๔,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพ ในผู้ป่วยที่อายุไม่เกิน ๖๕ ปี ซึ่ง ๑) ข้อเสื่อมสภาพ ชนิดที่เกิดการทำลายเฉพาะหัว กระดูกต้นขา หรือ ๒) กระดูกบริเวณข้อต่อไทเทเนียม ชนิดที่ไม่สามารถ ดึงกระดูกให้เข้าที่และความกระดูกลดลงด้วยโลหะได้		
๗๐๑๑		๗.๐.๑๑ ข้อต่อไทเทเนียมมีขา (ชนิดไม่ใช้ซีเมนต์)		๖๐,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง ๑) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธี ทางอนุรักษ์ (conservative treatment) ที่ให้เต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทาง ชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้ว อย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทาง ยา ๕) เป็นการรักษาสำหรับผู้ที่อายุต่ำกว่า ๖๐ ปี หรือ พิจารณาว่าวินิจฉัยการรักษามาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ		

รายการและอัตราค่ารักษาพยาบาลและอุปกรณ์ในการนำขั้วรักษาโรค

- ๒๕ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๗๑๐๐	๗.๑	กระดูกเทียม และเส้นเอ็นเทียม		
๗๑๐๑		๗.๑.๑ หัวกระดูกเรเดียสเทียม	ชิ้นละ	๔,๐๐๐
		ข้อป้งซี่ ทดแทนส่วนกระดูกเรเดียสที่ชำรุด เสียหายจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษนิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การดึงกระดูกให้เข้าที่และตามด้วยโลหะได้		
๗๑๐๒		๗.๑.๒ สารทดแทนกระดูกเพื่อการสร้างกระดูก	ชุดละ	๔,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสารจำพวกเซรามิก เช่น Hydroxyapatite Calcium phosphate, Tricalcium phosphate และ CaI		
		ข้อป้งซี่ ทดแทนกระดูกที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกหรือกระดูกของผู้ป่วยมีปริมาณไม่เพียงพอ โดยไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษนิยมและการผ่าตัดบางวิธี เช่น การตรึงกระดูกให้เข้าที่การเชื่อมกระดูกให้ติดกันและการตามด้วยโลหะตามกระดูก		
๗๑๐๓		๗.๑.๓ เส้นเอ็นเทียมใช้บริเวณมือ	เส้นละ	๙,๕๐๐
		ข้อป้งซี่ ทดแทนเส้นเอ็นบริเวณมือและแขนส่วนล่างที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของเอ็นที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษนิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การเย็บต่อเส้นเอ็นให้เข้าที่หรือใช้การปลูกเส้นเอ็นจากส่วนอื่นของร่างกายได้		
๗๒๐๐	๗.๒	โลหะค้ำยึดกระดูก		
๗๒๐๑		๗.๒.๑ โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดไม่มีรูล๊อค (K-nail)	ชิ้นละ	๒,๐๐๐
		ข้อป้งซี่ ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณระยางค์ โดยเป็นการหักชนิดที่ ไม่รุนแรงและรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน		
๗๒๐๒		๗.๒.๒ โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดมีรูล๊อค(รวมค้ำสกรู)	ชุดละ	๑๑,๐๐๐
		ข้อป้งซี่ ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณระยางค์ โดยเป็นการหักชนิดที่รุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อนไม่สามารถใช้โลหะใส่ในโพรงกระดูกชนิดธรรมดาได้		
๗๒๐๓		๗.๒.๓ โลหะค้ำกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดไม่มีเกลียว (Nail plate) รวมสกรู	ชุดละ	๔,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๒๖ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อ ตะโพกและข้อเข่าจากการบาดเจ็บ หรือโรคโดยเป็นการหักชนิดที่ยังคง มีความมั่นคง เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักไม่ ซับซ้อน		
๗๒๐๔		๗.๒.๔ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกข้อตะโพก ชนิดมีเกลียว (เช่น ชุด Dynamic hip screw)	ชุดละ	๑๑,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อ ตะโพก จากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการหลุดตัว หรือ เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรง และ รูปแบบการหักที่ซับซ้อน		
๗๒๐๕		๗.๒.๕ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกที่เข่า ชนิดมีเกลียว (เช่น ชุด Dynamic condylar screw)	ชุดละ	๑๑,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อ เข่าจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคงกระดูกอาจ เกิดการหลุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการ หักที่ซับซ้อน		
๗๒๐๖		๗.๒.๖ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดแยกชิ้น (เช่น Gamma nail) รวมสลัก	ชุดละ	๒๕,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อตะโพกจากการบาดเจ็บ หรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการหลุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน		
๗๒๐๗		๗.๒.๗ โลหะตามกระดูกสันหลัง ส่วนคอ (Cervical locking plate) - ระดับแรก ไม่เกิน - ระดับถัดไป ไม่เกิน	ระดับละ ระดับละ	๒๕,๐๐๐ ๑๒,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอที่หัก หรือข้อถูกทำลาย จากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถ ยึดตรึงด้วยการปลุกกระดูกได้		
		ลักษณะ มีแผ่นโลหะ ๑ ชิ้นและสลักอย่างน้อย ๔ ตัว (ขึ้นกับ จำนวนระดับที่ผ่าตัด)		
๗๒๐๘		๗.๒.๘ โลหะตามกระดูกสันหลัง ส่วนอก,เอว (PDS) - ระดับแรก ไม่เกิน - ระดับถัดไป ไม่เกิน	ระดับละ ระดับละ	๒๕,๐๐๐ ๑๒,๕๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๒๗ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนอก หรือเอว ที่หัก หรือข้อ ถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และ ไม่สามารถยึดตรึงด้วยวิธีการปลูกกระดูกได้		
		ลักษณะ มีแผ่นโลหะ ๒ ชิ้น และสกรูอย่างน้อย ๔ ตัว (ขึ้นกับ จำนวนระดับที่ผ่าตัด)		
๗๒๐๙		๗.๒.๙ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดกว้าง (Broad plate)	ชิ้นละ	๕,๖๐๐
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกกระบังค้ำขนาดใหญ่ที่หักและไม่สามารถ ให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษนิยมได้		
๗๒๑๐		๗.๒.๑๐ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดแคบ (Narrow plate)	ชิ้นละ	๕,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๒.๙		
๗๒๑๑		๗.๒.๑๑ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดมีแผ่นพยาง (Buttress plate)	ชิ้นละ	๔,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกกระบังค้ำขนาดใหญ่ที่หักบริเวณข้อและ ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษนิยมได้		
๗๒๑๒		๗.๒.๑๒ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดเล็ก (Small fragment plate, mini plate)	ชิ้นละ	๓,๕๐๐
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกกระบังค้ำขนาดเล็กที่หักและไม่สามารถ ให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษนิยมได้ หรือการยึดตรึงกระดูกใบหน้าและ กะโหลกศีรษะ ในกรณีกระดูกหัก หรือมีการตัดกระดูกเพื่อการรักษา โรค		
๗๒๑๓		๗.๒.๑๓ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดดัดได้ (Reconstruction plate)	ชิ้นละ	๓,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะการหักซับซ้อนและ ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษนิยมได้		
๗๒๑๔		๗.๒.๑๔ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดมีหัวสกรูพยาง (Lock plate)	ชิ้นละ	๒๐,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักที่ซับซ้อนและเนื้อกระดูกผิดปกติ จากโรคทางเมตาบอลิซึม โรคเลือด หรือ เนื้อออกบริเวณข้อไหล่ ข้อเข่า และข้อเท้า		
๗๒๑๕		๗.๒.๑๕ แผ่นโลหะตามกระดูกยึดกระดูกที่นิ้วมือ ชนิดเล็ก	ชิ้นละ	๓,๕๐๐

รายการและอัตราค่าวัสดุที่ใช้และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๒๘ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		ข้อป่งซี่ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณมือและนิ้ว		
๗๒๑๖		๗.๒.๑๖ โลหะตามกระดูกภายนอก	ชุดละ	๑๐,๐๐๐
		ลักษณะ ๑ ชุด มีแท่งโลหะ ตามกระดูก ๒ แท่ง โลหะยึดกระดูก ๔-๖ แท่ง และคีมยึด ๔-๖ ตัว		
		ข้อป่งซี่ ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีการบาดเจ็บรุนแรง การติดเชื้อและการผ่าตัดที่มีลักษณะจำเพาะ ได้แก่ กวียึด เลื่อนและหดกระดูก		
๗๓๐๐	๗.๓	โลหะยึดกระดูก/เอ็น		
๗๓๐๑		๗.๓.๑ สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw)	ตัวละ	๒,๔๐๐
		ข้อป่งซี่ ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหาไม่สามารถใช้สกรูธรรมดา และใช้ร่วมกับแผ่นโลหะตามกระดูกชนิดหัวล็อก		
๗๓๐๒		๗.๓.๒ สกรูยึดแผ่นโลหะตามกระดูก	ตัวละ	๓๐๐
		ข้อป่งซี่ เช่นเดียวกับ ๗.๓.๑		
๗๓๐๓		๗.๓.๓ แท่งโลหะตามกระดูกขนาดต่างๆ (Schanz screw)	อันละ	๔๐๐
		ข้อป่งซี่ ยึดตรึงกระดูกที่หักทั่วไป		
๗๓๐๔		๗.๓.๔ สกรูยึดกระดูกที่นิ้วมือ ชนิดเล็ก	ตัวละ	๘๐๐
		ลักษณะ ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นตามกระดูกหรือใช้ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้		
		ข้อป่งซี่ ยึดตรึงกระดูกมือและนิ้วที่หักชนิดไม่มีมันคง		
๗๓๐๕		๗.๓.๕ สกรูยึดเอ็นข้อเข่า	ตัวละ	๕,๗๐๐
		ลักษณะ เป็นสกรูหัวจมนกเหลี่ยมมีเกลียวหยาบที่สามารถยึดส่วนกระดูกของเอ็นที่นำไปปลูกกับโหวงในกระดูกข้อเข่า		
		ข้อป่งซี่ ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อเข่า		
๗๓๐๖		๗.๓.๖ หมุดสมอยึดติดกับกระดูกชนิดมีวัสดุยึดเส้นเอ็น	ตัวละ	๔,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นหมุดที่สามารถใช้ยึดเอ็นกับกระดูกได้โดยตรง และมีส่วนต่อกับวัสดุที่ใช้เย็บเอ็น		
		ข้อป่งซี่ ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อไหล่และมือ		
๗๓๐๗		๗.๓.๗ สมอยึดกระดูกเข้ากับเนื้อเยื่อ (Suture anchor)	อันละ	๖,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๒๔ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับการเย็บซ่อมเอ็นบริเวณข้อต่างๆ ที่เอ็นถูก กระชากหลุดออกจากกระดูก		
๗๓๐๘		๗.๓.๘ ชุดสมอสำหรับเย็บซ่อมหมอนรองกระดูกเข่า (Arthroscopic meniscus repair system)	ชุดละ	๕,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นชุดประกอบด้วยเข็ม ๑ อันและด้ายสำหรับเย็บ		
		ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับเย็บซ่อมหมอนรองกระดูกอ่อนในข้อเข่า		
๗๓๑๑		๗.๓.๑๑ ตะขอคล้องกระดูก (Staple)	ชิ้นละ	๑,๕๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะจำเพาะและการติด คือกระดูก		
๗๓๑๓		๗.๓.๑๓ K-wire	ชิ้นละ	๓๐๐
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกส่วนปลายและกระดูกที่หักมี ขนาด เล็ก รวมทั้งใช้เพื่อการตรึงรักษากระดูกหัก		
๗๓๑๔		๗.๓.๑๔ สกรูชนิดพิเศษสำหรับใส่ข้อมือ	ชิ้นละ	๓,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกข้อมือ		
๗๔๐๐	๗.๔	วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้ยึดกระดูกอื่นๆ		
๗๔๐๑		๗.๔.๑ สารยึดกระดูก (Bone cement) ชนิดธรรมดา	ชุดละ	๒,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสารเมทิลเมตาโคลเลต มีสองส่วนคือส่วนที่เป็น ของเหลวและส่วนที่เป็นผง ใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลิเมอไรเซชัน และเป็นวัสดุปราศจากเชื้อ		
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกและใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกของ กระดูก		
๗๔๐๒		๗.๔.๒ สารยึดกระดูก (Bone cement) ชนิดมียาปฏิชีวนะผสม	ชิ้นละ	๔,๓๐๐

รายการและอัตราค่าวินิจฉัยและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

๓๐

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		ลักษณะ เป็นสารมดทิลเมตาโคลเลต มีสองส่วนคือส่วนที่เป็นของเหลวและส่วนที่เป็นผงใช้ผสมกัน เพื่อให้เกิดการโพลีเมอร์เซชัน และเป็นวัสดุปราศจากเชื้อและมียาปฏิชีวนะผสม เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ และใช้ในรายที่เป็นการทำตัดแก้ไขข้อเทียมที่เคยติดเชื้อ		
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกในผู้ป่วยที่มีหรืออาจมีการติดเชื้อ และใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกของกระดูก		
๗๕๐๐	๗.๕	กระดูกชีวภาพ		
๗๕๐๑		๗.๕.๑ กระดูกแช่แข็งขนาดเล็ก	ชิ้นละ	๕,๐๐๐
		ลักษณะ เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมมาชนิดโดยระบบสุญญากาศ		
		ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บ หรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดเล็ก		
๗๕๐๓		๗.๕.๓ กระดูกแช่แข็งขนาดกลาง	ชิ้นละ	๑๕,๐๐๐
		ลักษณะ เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมมาชนิดโดยระบบสุญญากาศ		
		ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่		
๗๕๐๔		๗.๕.๔ กระดูกแช่แข็งขนาดใหญ่	ชิ้นละ	๒๕,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		ลักษณะ เครื่องจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อผ่านการทำความสะอาดและการแช่แข็งที่เท่ากับหรือดีกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยรังสีแกมมาผ่านโดยระบบสุญญากาศ		
		ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการบาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่และบริเวณข้อและใช้ร่วมกับข้อเทียม		
๗๕๐๖		๗.๕.๖ แคลเซียมไฮดรอกซี เอพาไคต์ขนาด ๑ ลูกบาศก์เซนติเมตร	ชิ้นละ	๒,๕๐๐
		ลักษณะ เป็นสว่านไฮดรอกซีเอพาไคต์ที่สังเคราะห์ขึ้นหรือกึ่งสังเคราะห์หรือผลิตจากวิธีทางธรรมชาติผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อและหมักด้วยวิธีที่ใช้ในการเก็บวัสดุทางการแพทย์		
		ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกกระดูกบริเวณใบหน้า กราม และกระดูกคอส่วนบนเท่านั้น		
๗๖๐๐	๗.๖	อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดกระดูกและข้อ		
๗๖๐๑		๗.๖.๑ ใบมีดตัดเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ (Blade for arthroscopic shaver)	อันละ	๔,๕๐๐
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาของเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ		

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งและหลักการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

Protocol 1								
เลข ที่ ยารักษา มะเร็งเต้านม ระยะแรก								
เลข ที่ ยารักษา มะเร็งเต้านม ระยะแรก	1	Cyclophosphamide / Methotrexate / 5-Fluorouracil x 6 cycles (CMF, preferably oral regimen)	Cyclophosphamide	100 mg/m ² /day PO day 1-14	6	q 28 days	1,700	
			Methotrexate	40 mg/m ² IV day1 and day8	6			
			5-Fluorouracil	600 mg/m ² IV day1 and day8	6			
	2	Doxorubicin / Cyclophosphamide x 4 cycles (AC)	Doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	4	q 21 days	1,750	
			Cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	4			
	3	Cyclophosphamide / Doxorubicin / 5-Fluorouracil x 6 cycles (CAF)	Doxorubicin	50 mg/m ² IV day1	6	q 21 days	2,000	
			Cyclophosphamide	500 mg/m ² IV day1	6			
			5-Fluorouracil	500 mg/m ² IV day1	6			
	4	Doxorubicin / Cyclophosphamide x 4 cycles (AC) followed by paclitaxel x 4 cycles	Doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	4	q 21 days	21,400	
			Cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	4			
			then Paclitaxel	175 mg/m ² IV day1	4			
	5	Doxorubicin / Cyclophosphamide x 4 Cycles (AC) followed by paclitaxel x 4 cycles	Doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	4	q 21 days	1,750	
			Cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	4			
			Paclitaxel	80 mg/m ² IV day1	12			
	6	Doxorubicin / Cyclophosphamide x 4 Cycles (AC) followed by paclitaxel x 4 cycles	Doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	4	q 21 days	1,750	
			Cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	4			
			Docetaxel	100 mg/m ² IV day1	4			
	Protocol 2							
	เลข ที่ ยารักษา มะเร็งเต้านม ระยะแรก	1	CMF regimen:	Cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	6	q 4 weeks	1,700
				Methotrexate	40 mg/m ² IV d1,8	6		
				5-Fluorouracil	600 mg/m ² IV d1,8	6		
		2	FAC regimen:	5-Fluorouracil	500 mg/m ² IV	6	q 3 weeks	2,000
				Doxorubicin	50 mg/m ² IV	6		
Cyclophosphamide				500 mg/m ² IV	6			
3		AC regimen:	Doxorubicin	60 mg/m ² IV	6	q 3 weeks	1,750	
			Cyclophosphamide	600 mg/m ² IV	6			
4		Paclitaxel	Paclitaxel	175 mg/m ² IV over 3 hours	6	q 3 weeks	19,650	
5		Docetaxel	Docetaxel	75-100 mg/m ² IV over 1 hours	6	q 3 weeks	-	
6		Capecitabine	Capecitabine PO	1250 mg/m ² PO bid pc d1-14	6	q 3 weeks	14,200	

Protocol 1	1	Cisplatin	Cisplatin	40mg/m ² IV day 1	6	q 7 days	800
Concurrent chemoradiation	2	Cisplatin	Cisplatin	70-75 mg/m ² IV day 1	2-3	q 21-28 days	1,250
	3	Cisplatin/5-FU	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	3	q 21 days	2,800
	5-fluorouracil		1000 mg/m ² IV day 1,2,3,4	3			
Protocol 2	1	Cisplatin	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	1-2	q 21 days	1,200
Neoadjuvant chemotherapy							
Protocol 3	1	Cisplatin	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	6	q 21 days	1,200
First-line chemotherapy for Advanced / Recurrent cervical cancer	2	Cisplatin/5-FU	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	3	q 21 days	2,700
			5-fluorouracil	1000 mg/m ² IV day 1,2,3,4	3		
Protocol 4	1	Mitomycin C	Mitomycin C	10 mg/m ² IV day 1	6		1,900
Second-line chemotherapy	2	Ifosfamide/Mesna	Ifosfamide	4 gm/m ² IV in 24 hrs day 1	6		12,500
			Mesna	4 gm/m ² IV in 24 hrs day 1,2	6		
Protocol 1.	1	Carbo / Cx	Carboplatin	AUC 5-6, IV(300-700)	3-6	q 21-28 days	4,200
			Cyclophosphamide	600 mg/m ² , IV	3-6		
Chemotherapy in Epithelial Ovarian Cancer (EOC) & EOC of low malignant potential (LMP) : First-line: Adjuvant chemotherapy; Neoadjuvant chemotherapy (3-6 cycles)	2	Carbo / Paci	Carboplatin	AUC 5-6, IV(300-700)	3-6	q 21-28 days	23,250
			Paclitaxel	175 mg/m ² , IV	3-6		
	3	CDDP/Cx	Cisplatin	75-100 mg/m ² , IV	3-6	q 21-28 days	2,000
			Cyclophosphamide	600 mg/m ² IV	3-6		
4	CDDP / Paci	Cisplatin	75-100 mg/m ² , IV	3-6	q 21-28 days	21,050	
		Paclitaxel	175 mg/m ² , IV	3-6			
5	Carbo	Carboplatin	AUC 6, IV	3-6	q 28 days	4,300	
Protocol 2	1	Carbo	Carboplatin	AUC 6, IV	6	q 28 days	4,300
Chemotherapy in Epithelial Ovarian Cancer (EOC) : Second-line chemotherapy:	2	Paci	Paclitaxel	175 - 200 mg/m ² , IV	6	q 21-28 days	22,300
	3	Gemza	Gemcitabine	800-1250 mg/m ² , IV	6	q 21 days	45,350
	4	VP-16	Etoposide PO	50mg/m ² , oral	6	q 21 days	

Chemotherapy in Malignant Ovarian Germ-Cell Tumor & Specialized Stromal Tumor : First-line: Adjuvant chemotherapy	1	BEP(1)	Bleomycin	12-15 U/d, IV	3-6	q 28 days	13,500	
			Etoposide	100 mg/m ² , IV	3-6			
			Cisplatin	75-100 mg/m ² , IV	3-6			
	2	BEP(2)	Bleomycin	10-20 U/d, IV	12	q 7 days	3,900	
			Etoposide	100 mg/m ² , IV	3-6	q 28 days	6,800	
			Cisplatin	20 mg/m ² , IV	3-6			
	3	VBP	Bleomycin	20 units/d, IV	12	q 7 days	3,900	
			Vinorelbine	12 mg/m ² , IV	3-6	q 21 days	4,000	
			Cisplatin	20 mg/m ² , IV	3-6			
	4	VAC	Vincristine	1 mg/m ² , IV	3-6	q 28 days	4,100	
			Dactinomycin	300 mcg/m ² , IV	3-6			
			Cyclophosphamide	150 mg/m ² , IV	3-6			
Chemotherapy in Malignant Ovarian Germ-Cell Tumor & Specialized Stromal Tumor : Second-line chemotherapy	1	RE	Cisplatin*	20 mg/m ² IV	6	q 28 days	6,800	
			Etoposide	75-100 mg/m ² IV	6			
		หยาโน	Carboplatin (แทน Cisplatin*)	AUC 5-6, IV(300-700)	6	q 28 days	8,000	
			Etoposide	75-100 mg/m ² IV	6			
	2	VIP	Etoposide	75-100 mg/m ² IV	6	q 28 days	19,300	
			Ifosfamide	4 gm/m ² IV in 24 hrs	5			
			mesna	4 gm/m ² IV in 24 hrs	6			
			Cisplatin*	20 gm/m ² IV	6			
		หยาโน	Etoposide	75-100 mg/m ² IV	6	q 28 days	20,500	
			Ifosfamide	4 gm/m ² IV in 24 hrs	6			
			mesna	4 gm/m ² IV in 24 hrs	6			
			Carboplatin (แทน Cisplatin*)	AUC 5-6, IV(300-700)	6			
	3	Paci.	Paclitaxel	175-200 mg/m ² IV	6	q 21-28 days	22,300	
	Protocol-1	1	Cisplatin	Cisplatin*	100 mg/m ² day 1, 22, 43	3	-	4,200
	Protocol 1.1		หยาโน	Carboplatin (แทน Cisplatin*)	AUC 5-6 day 1	3	-	4,300
เคมีบำบัดร่วมกับ การบำบัดรังสีระยะที่ II-IV	2	Weekly Cisplatin	Cisplatin*	40 mg/m ² weekly และ การบำบัดรังสีระยะที่ II-IV ประมาณ 8 สัปดาห์	8	q 7 days	800	
		หยาโน	Carboplatin (แทน Cisplatin*)	AUC 2 IV weekly และ การบำบัดรังสีระยะที่ II-IV ประมาณ 8 สัปดาห์	8		1,900	

✓

Protocol 1						
เคมีบำบัดก่อนผ่าตัด เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็ง ก่อนผ่าตัดร่วมกับ การฉายรังสี ระยะที่ II-IV	1	PF	Cisplatin*	80 mg/m ² /day day 1 (every 4 weeks for 3 cycles)*	3	q 28 days 2,800
			5-Fluorouracil	1,000 mg/m ² /day day 1-4 (every 4 weeks for 3 cycles)	3	
		หรือ	Carboplatin (แทน Cisplatin*)	AUC 5-6 day 1	3	q 28 days 5,650
			5-Fluorouracil	1,000 mg/m ² /day day 1-4 (every 4 weeks for 3 cycles)	3	
Protocol 2						
เคมีบำบัดก่อนการ ฉายรังสี ระยะที่ II- IV	1	PF	Cisplatin*	80 mg/m ² /day day 1 (every 4 weeks for 2-3 cycles)	3	q 28 days 2,800
			5-Fluorouracil	1,000 mg/m ² /day day 1-4 (every 4 weeks for 2-3 cycles)	3	
		หรือ	Carboplatin (แทน Cisplatin*)	AUC 5-6 mg / ml / min day 1	3	q 28 days 5,850
			5-Fluorouracil	1000 mg/m ² /day day 1-4 (every 4 weeks for 2-3 cycles)	3	
Protocol 3						
เคมีบำบัดระยะ แพร่กระจายหรือ กลับมาเป็นซ้ำ	1	Cisplatin single agent	Cisplatin*	80 mg/m ² day	6	q 21 days 1,300
		หรือ	Carboplatin (แทน Cisplatin*)	AUC 5-6 mg / ml / min day 1	3	
	2	PF	Cisplatin*	80 mg/m ² day	6	q 28 days 3,000
			5-Fluorouracil	1000 mg/m ² /day day 1-4	6	
		หรือ	Carboplatin (แทน Cisplatin*)	AUC 5-6 mg / ml / min day 1	3	q 28 days 5,850
			5-Fluorouracil	1000 mg/m ² /day day 1-4	6	
Non-small cell Lung Cancer						
Protocol 1						
การรักษาเสริม ภายหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy)	1	PE	Cisplatin*	75-80mg./m ² IV day 1	4	q 21 days 3,600
			etoposide	100 mg./m ² IV day 1,2,3	4	
		หรือ	Carboplatin (แทน Cisplatin*)	AUC 5-6 mg / ml / min ใน day 1	4	q 21 days 6,800
			etoposide	100 mg./m ² IV day 1,2,3	4	
	2	Cisplatin / Vinblastine	Cisplatin*	80 mg/m ² day 1	4	q 21 days 3,600
			Vinblastine	4 mg/m ² day 1, 8, 15	4	
	หรือ	Carboplatin (แทน Cisplatin*)	AUC 5-6 mg / ml / min ใน day 1	4	q 21 days 6,600	
		Vinblastine	4 mg/m ² day 1, 8, 15	4		

Protocol 2				Cisplatin*	50mg./m ² IV day 1,8,29,36	4		
เคมีบำบัดครั้งแรก การ ลดระดับของฮอร์โมน เพศชาย III	1	PE	Cisplatin*	50mg./m ² IV day 1,8,29,36	4	q 21 days	3,400	
			etoposide	50 mg./m ² IV day 1-5, 29-33 และลดระดับฮอร์โมนเพศชายในวันที่ 6-7 สัปดาห์	2			
		หัตถการ	Carboplatin (แทน Cisplatin*)	AUC 5-6 mg / ml / min ใน day 1,29	2	q 21 days	6,800	
			etoposide	50 mg./m ² IV day 1-5, 29-33 และลดระดับฮอร์โมนเพศชายในวันที่ 6-7 สัปดาห์	2			
	2	Cisplatin / Vinblastine	Cisplatin*	100 mg/m ² day 1,29	2	q 7 days	2,200	
			Vinblastine	5 mg/m ²	5			
			หัตถการ	Carboplatin (แทน Cisplatin*)	AUC 5-6 mg / ml / min ใน day 1,29	2	q 7 days	5,100
				Vinblastine	5 mg/m ²	5		
3	CbPac		carboplatin	AUC 2 day 1(300-500)	5-6	q 7 days	9,250	
			Paclitaxel	45-50 mg./m ² IV ,5-6 wks. หลังลดระดับฮอร์โมน	5-6			
Protocol 3				Cisplatin*	75-80mg./m ² IV day 1	6	q 21 days for 4-6 cycles	3,800
เคมีบำบัดครั้งแรก ลดระดับ ฮอร์โมนเพศชาย III และ IV (First-line drugs)	1	PE	etoposide	100 mg./m ² IV day 1,2,3	6	q 21 days for 4-6 cycles	6,800	
			Carboplatin (แทน Cisplatin*)	AUC 5-6 mg / ml / min ใน day 1,29	2			
	2	CG	Cisplatin*	80 mg./m ² IV day 1	6	q 21 days for 4-6 cycles	38,450	
			Gemcitabine	1000 mg/m ² IV day 1,8	6			
		หัตถการ	Carboplatin (แทน Cisplatin*)	AUC 5 mg / ml / min ใน day 1	6	q 21 days for 4-6 cycles	41,000	
			gemcitabine	1000mg/m ² IV day 1,8	6			
3	CbPac		carboplatin	AUC 6 day 1 (300-900)	6	q 21 days for 4-6 cycles	26,550	
			Paclitaxel	200 mg./m ² IV day 1	6			
Protocol 4-				Docetaxel	75 mg./m ² IV day 1	6	q 21 days for 4-6 cycles	
เคมีบำบัดครั้งที่สอง ลดระดับ ฮอร์โมนเพศชาย III และ IV (Second-line drugs)	1	Docetaxel						
Small cell Lung Cancer	1	CAV	Cyclophosphamide	800-1,000 mg/ m ² IV day 1		q 21 days	2,700	
Protocol 1			Doxorubicin	40-50 mg./m ² IV day 1	4-6			
เคมีบำบัดครั้งที่สอง Small cell Lung Cancer			vincristine	1.4 mg./m ² IV (maximum total dose ,2mg per injection) day 1	4-6			

K

Small cell Lung Cancer	2	PE 1	etoposide	100 mg/m ² IV day 1-3	4-6	q 21 days	4,100
			Cisplatin	80 mg/m ² IV day 1	4-6		
	3	PE 2	etoposide	100 mg/m ² IV day 1-3	4-6	q 21 days	3,800
			Cisplatin	60 mg/m ² IV day 1	4-6		
	4	PE 3	etoposide	120 mg/m ² IV day 1-3	4-6	q 21 days	3,400
			Cisplatin	75 mg/m ² /d IV day 1,29 of RT	2		
Protocol 1							
Preoperative concurrent chemoradiation	1	Cisplatin / 5-fluorouracil x 2 cycles	Cisplatin	75 mg/m ² /d IV day 1,29 of RT	2	q 21-28 days	2,500
			5-fluorouracil	750-1000 mg/m ² /d IV day, 1-4,29-32 of RT	2		
Protocol 2							
Definitive Concurrent chemoradiation	1	Cisplatin / 5-fluorouracil x 4 cycles	Cisplatin	C1-2: 75 mg/m ² /d IV day 1,29 of RT	2	q 21-28 days	5,200
				C3-4: 75-80 mg/m ² /d IV day 1 x 2 cycles	2		
			5-fluorouracil	C1-2: 1000 mg/m ² /d IV day 1-4,29-32 of RT	2		
				C3-4: 750-1000 mg/m ² /d IV day 1-4 x 2 cycles	2		
Protocol 3							
Adjuvant chemotherapy (any T, any N, M1) with RT	1	Cisplatin / 5-fluorouracil	Cisplatin	75-80 mg/m ² /d IV day 1	6	q 28 days	2,500
			5-fluorouracil	750-1000 mg/m ² /d IV days 1-4	6		
Protocol 3							
Adjuvant Chemotherapy with or without RT	1	Mayo regimen	5-fluorouracil	425 mg/m ² /d IV day 1-5	6	q 28 days	3,750
			Leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	6		
	2	Capecitabine x 8 cycles	Capecitabine PO	2500 mg/m ² /d PO day 1-14	8	q 21 days	12,050

✓

Protocol 2											
Adjuvant Chemotherapy มาตรฐานในไทย สำหรับผู้ป่วยระยะแรก หรือการผ่าตัด ร่วมกับรังสีรักษา	1	5-fluorouracil/ Leucovorin x 6 cycles	5-fluorouracil	C1-2: 425 mg/m ² /d IV day 1-5,29-33	2		8,200				
				C3-4: 400 mg/m ² /d IV day 1-4,29-32 of RT	2						
				C5-6: 380-400 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	2						
			Leucovorin	C1,2,5,6: 20 mg/m ² /d IV day 1-5 q 4 weeks	4						
				C3-4: 20 mg/m ² /d IV day 1-4,29-32 of RT	2						
Protocol 3	1	5-fluorouracil/ Leucovorin (1) x 6 cycles	5-fluorouracil	C1-2: 350 mg/m ² /d IV day 1-5,29-33 of RT	2	q 28 days	7,100				
C3-6: 380-400 mg/m ² /d IV day 1-5				4							
Leucovorin			C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-5,29-33 of RT	2							
			C3-6: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	4							
Protocol 3			2	5-fluorouracil/ Leucovorin (2) x 6 cycles	5-fluorouracil			C1-2: 400 mg/m ² /d IV day 1-4,29-32 of RT	2	q 28 days	6,400
								C3-6: 380-400 mg/m ² /d IV day 1-5	4		
Leucovorin	C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-4,29-32 of RT	2									
	C3-6: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	4									
Protocol 3	3	5-fluorouracil x 6 cycles	5-fluorouracil	C1-2: 1000 mg/m ² /d CIV day 1-5,29-33 of RT	2	q 28 days	3,400				
Protocol 4	1	5-fluorouracil/ Leucovorin	5-fluorouracil	425 mg/m ² /d IV day 1-5	6	q 28 days	3,550				
Palliative Chemotherapy (First & Second line drug) มาตรฐาน ในไทย ระยะ IV			Leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	6						
		2	Capecitabine	Capecitabine:PO	2500 mg/m ² /d PO day 1-14	6	q 21 days	12,050			



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานเพื่อปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น คณะกรรมการการแพทย์จึงได้มีมติให้แก้ไขร่างหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

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

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความใน (ข) (๒) ข้อ ๕ หมวด ๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๔๖ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

(ข) การรักษาโรคมะเร็งให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังนี้

๑) การรักษาโรคมะเร็ง ๑๐ ชนิด ดังต่อไปนี้ จะต้องให้การรักษาตามแนวทางที่กำหนด (Protocol) และให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามอัตราที่กำหนดไว้ในแนวทางการรักษาโรคมะเร็งและอัตราจ่ายค่ารักษาพยาบาลแนบท้ายประกาศนี้

- ๑.๑) โรคมะเร็งเต้านม
- ๑.๒) โรคมะเร็งปากมดลูก
- ๑.๓) โรคมะเร็งรังไข่
- ๑.๔) โรคมะเร็งโพรงจมูก
- ๑.๕) โรคมะเร็งปอด
- ๑.๖) โรคมะเร็งหลอดอาหาร
- ๑.๗) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย
- ๑.๘) โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
- ๑.๙) โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
- ๑.๑๐) โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

๒) กรณีการรักษาโรคมะเร็งชนิดอื่นนอกเหนือจากโรคมะเร็ง ๑๐ ชนิด ตามที่กำหนดใน ๑) ที่ต้องให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษา และหรือยารักษาโรคมะเร็งให้จ่ายคำปรึกษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินห้าหมื่นบาทต่อรายต่อปี

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกรายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค เฉพาะรายการตามข้อ ๔๕๖ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter - defibrillator) ที่แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๕๖ และให้ใช้รายการตามข้อ ๔๕๖ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter - defibrillator) ที่กำหนดไว้ในรายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคแนบท้ายประกาศฉบับนี้แทน

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตาม ข้อ ๕/๑ ที่แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๕๖ และให้ใช้หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตาม ข้อ ๕/๑ ที่แนบท้ายประกาศฉบับนี้แทน

ข้อ ๔ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับรวมถึงผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานอยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ซึ่งยังคงรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในอยู่ถึงวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ

ข้อ ๕ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๖ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๖



(ศาสตราจารย์เหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

๑. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษา โดยไม่จำกัดจำนวนเงินค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน ยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือสิทธิประกันสังคม
 ๒. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนด
 ๓. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือผู้ประกันตน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ($AdjRW \geq 2$) ในอัตราไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท ต่อ ๑ วันหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) โดยพิจารณาจำนวนตามข้อมูลที่หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดประมวลผลแล้ว ทั้งนี้ภายในวงเงินไม่เกิน ๔,๕๐๐ ล้านบาทต่อปี
 ๔. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ แล้ว สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ไม่สามารถให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนได้
 - (๑) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ได้ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า (Supra Contractor) หรือ
 - (๒) ผู้ประกันตนไม่ประสงค์ไปรับบริการทางการแพทย์ตาม (๑) ตามที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จัดให้ โดยมีบริการแจ้ง Call Center ของสำนักงานเพื่อจัดหาสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า (Supra Contractor) ให้ผู้ประกันตนแล้ว Call Center จะต้องแจ้งให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ด้วย หรือ
 - (๓) หากผู้ประกันตนไม่ประสงค์ไปรับบริการทางการแพทย์ตาม (๑) ตามที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จัดให้ แต่ไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า (Supra Contractor) ที่ได้ทำบันทึกข้อตกลงร่วมกับสำนักงานในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน สถานพยาบาลดังกล่าวจะต้องแจ้งให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ รับทราบด้วย
- กรณีการส่งต่อสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า (Supra Contractor) ตาม (๑) (๒) และ (๓) ให้สถานพยาบาลที่ให้การรักษจะต้องส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาไม่ส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ เป็นผู้ส่งข้อมูลให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนด และหากกรณีมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ($Adjusted Relative weight : AdjRW \geq 2$) สำนักงานจะจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือผู้ประกันตน ตามอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ โดยสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือจ่ายส่วนเกินอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ ให้แก่ผู้ประกันตน หากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนน้อยกว่า ๒ ($Adjusted Relative weight : AdjRW < 2$) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

๕. กรณีผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ แล้ว ต่อมา ผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ยังสถานพยาบาลอื่น ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๕.๑ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW \geq ๒) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ คำนี้น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : (AdjRW) ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท-และมีเมื่อสำนักงานพิจารณาแล้ว

(๑) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินเอง

(๒) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม หรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

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

(๑) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด

(๒) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม หรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

๖. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นโดยไม่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

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

๖.๒ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนน้อยกว่า ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW $<$ ๒) ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด

๗. นอกจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดในข้อ ๓ แล้ว สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง เฉพาะกรณีผู้ป่วยในที่มีน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : (AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (AdjRW \geq ๒) ให้แก่ผู้ประกันตนตามที่กำหนดไว้ตั้งแต่ (ข) ถึง (จ) ใน (๒) ข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๘. หากสำนักงานหรือผู้ที่สำนักงานมอบหมายได้ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลแล้วพบว่าข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ส่งให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดไม่ถูกต้อง ทำให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เกินกว่าข้อเท็จจริงที่ปรากฏ สำนักงานจะเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้จ่ายไปคืน หรือหักจากค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานจะจ่ายให้สถานพยาบาลในครั้งต่อไป

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๕๕๐๖		๕๕๖ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter - defibrillator)	ชุดละ	๒๐๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติฝังไว้ในร่างกายผู้ป่วย		
		<p>ข้อบ่งชี้ ๑. ผู้ป่วยต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <p>๑.๑) ผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) จาก Ventricular Fibrillation หรือ Ventricular Tachycardia ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะที่แก้ไขได้</p> <p>๑.๒) Ventricular Tachycardia ที่เกิดขึ้นเองอยู่มาเรื่อยๆ ที่สัมพันธ์กับโรคหัวใจ</p> <p>๑.๓) การหมดสติที่ไม่สามารถหาสาเหตุร่วมกับการกระตุ้นให้เกิด Ventricular Tachycardia, Ventricular Fibrillation ที่มีผลคือภาวะไหลเวียนจากโปรแกรมไฟฟ้าหัวใจและการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล</p> <p>๑.๔) การเกิด Ventricular Tachycardia ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงสามารถกระตุ้นให้เกิด Ventricular Tachycardia, Ventricular Fibrillation จากโปรแกรมไฟฟ้าหัวใจ และการรักษาด้วยยา กลุ่ม I ไม่ได้ผล</p> <p>๑.๕) การเกิด Ventricular Tachycardia ขึ้นเองอยู่เรื่อยๆ ในผู้ป่วยที่ไม่พบโรคหัวใจและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น</p> <p>๑.๖) ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจขาดเลือดหรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาแล้วอย่างน้อย 40 วัน ร่วมกับพบการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงอย่างรุนแรง (LVEF <35%) และมีอาการตาม New York Heart Association Functional Classification (NYHA FC) ระดับ II-III</p> <p>๑.๗) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่ไม่ทราบสาเหตุร่วมกับพบการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงอย่างรุนแรง (LVEF <35%) และมีอาการตาม New York Heart Association Functional Classification (NYHA FC) ระดับ II-III</p> <p>๑.๘) ผู้ป่วยโรค Long QT syndrome, Brugada syndrome, โรคกล้ามเนื้อหัวใจชนิดหนาตัวผิดปกติ และโรคกล้ามเนื้อหัวใจล่างขวาผิดปกติ arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy ที่มีตัวบ่งชี้ถึงความเสี่ยงสูงของการเสียชีวิตกะทันหัน</p> <p>๒. การผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ต้องทำการผ่าตัดใส่อุปกรณ์ดังกล่าวในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด</p>		

1. โคมะเร็งเต้านม (CA Breast)

แนวทางการรักษาโรคมะเร็ง และอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
Protocol 1 เคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะแรก	1	CMF (preferably oral regimen)	q 28 days	cyclophosphamide	100 mg/m ² /day EQ day 1-14	100	14	6	8,400
				methotrexate	40 mg/m ² IV day 1, 8	40	2	6	480
				5-fluorouracil	600 mg/m ² IV day 1, 8	600	2	6	7,200
	2	AC	q 21 days	doxorubicin	60 mg/m ² IV day 1	60	1	4	240
				cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day 1	600	1	4	2,400
	3	FAC (CAF)	q 21 days	cyclophosphamide	500 mg/m ² IV day 1	500	1	6	3,000
				doxorubicin	50 mg/m ² IV day 1	50	1	6	300
				5-fluorouracil	500 mg/m ² IV day 1	500	1	6	3,000
									310

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
Protocol 1 (ต่อ)	4.1	AC followed by paclitaxel as described	q 21 days	doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	60	1	4	240
				cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400
กรณีปรับการใช้รักษาผู้ป่วยระยะที่ 4 เท่านั้น ระบุแถว	4.2	AC followed by paclitaxel as described	q 21 days	doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	60	1	4	240
				cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400
	q 7 days		doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	60	1	4	240	
			cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400	
5	TC	q 21 days	doxorubicin	80 mg/m ² IV day1	80	1	12	960	
			doxorubicin	75 mg/m ² IV day1	75	1	4	300	
			cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400	

วันที่ 2 เดือน พฤษภาคม 2561

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนให้รวม (mg/m ²)
Protocol 2 เคมีบำบัดที่ใช้ รักษาผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม ระยะ แพร่กระจาย	1	CMF	q 28 days	cyclophosphamide	100 mg/m ² /day PO day 1-14	100	14	6	8,400
				methotrexate	40 mg/m ² IV day 1, 8	40	2	6	480
	2	FAC (CAF)	q 21 days	5-FU	600 mg/m ² IV day 1, 8	600	2	6	7,200
				5-FU	500 mg/m ² IV	500	1	6	3,000
	3	AC	q 21 days	doxorubicin	50 mg/m ² IV	50	1	6	300
				cyclophosphamide	500 mg/m ² IV	500	1	6	3,000
4	Pacitaxel	q 21 days	doxorubicin	60 mg/m ² IV	60	1	6	360	
			cyclophosphamide	600 mg/m ² IV	600	1	6	3,600	
5	Docetaxel	q 21 days	paclitaxel	175 mg/m ² IV over 3 hours	175	1	6	1,050	
			docetaxel (q2)*	75-100 mg/m ² IV over 1 hours	75-100	1	6	450-600	
6	Capecitabine	q 21 days	capecitabine	1,000-1,250 mg/m ² PO bid pc day 1-14	2,500	14	8	~210,000	
									6,015 ยา 2 ชนิด รวม VMI 1,550

Protocol	ลำดับที่	ชื่อ	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
Protocol 3	Antiestrogen:								
สตรีในวัยก่อนวัยมีประจำเดือน	1	Tamoxifen		Tamoxifen	20 mg/day BQ	20	1,825		36,500
									ขนาด 10 mg หนึ่งครั้ง 4 ครั้ง ให้ เติบโตใหม่ 720 เมล/ครั้ง/รอบเดือน
	Aromatase Inhibitors (AI)								
	2	Letrozole		Letrozole	2.5 mg/day BQ	2.50	1,825		0.2 เติบโตรวม VMI
Protocol 4	Antiestrogen:								
สตรีในวัยก่อนวัยมีประจำเดือน รอบเดือนปกติ	1	Tamoxifen		Tamoxifen	20 mg/day BQ Maximum <1,800 mg/visit (≤90 days/visit)	20			Maximum <1,800 mg/visit (<90 days/visit)
									ขนาด 10 mg หนึ่งครั้ง 4 ครั้ง ให้ เติบโตใหม่ 720 เมล/ครั้ง/รอบเดือน 90 วันคิด เป็นเงิน 720 บาท

Protocol	ลำดับ ที่	ชื่อ	ความถี่	ตัวบ	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนโพรม (mg/m ³)	หมายเหตุ
Selective aromatase Inhibitors:										
ข้อห้ามใช้ยา หรือผู้ที่มี ระบบแพ้ยา	2	Letrozole		Letrozole	2.5 mg/day PO Maximum < 225 mg/visit (≤90 days/visit)	2.5			Maximum <225 mg/visit (<90 days/visit)	0-2 เดือนรวม VMI 100 ไม่น่า จะ + ค่าโพรมเกิน 90 วัน
	Progestin:									
	1	Megestrol acetate		Megestrol acetate	160 mg/day PO Maximum < 14,400 mg/visit (≤90 days/visit)	160			Maximum <14,400 mg/visit (<90 days/visit)	ขนาด 160 mg ต่อวัน 73 วัน รวมโพรมไม่เกิน 90 วันรวม โพรม 6,570 mg

2. โพรทอกอลรักษาเนื้องอก (CA Cervix)

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนวัฏจักร (mg/m ²)	AUC
Protocol 1 Concurrent Chemoradiation	1	Cisplatin	q 7 days	Cisplatin	40 mg/m ² IV day 1	40	1	6	240	1,175
	2	Cisplatin	q 21-28 days	Cisplatin	70-75 mg/m ² IV day 1	70-75	1	3	210-225	1,760
	3	Cisplatin/5-FU	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	75	1	3	225	1,760
				5-fluorouracil	1,000 mg/m ² IV day 1,2,3,4	1,000	4	3	12,000	1,885
4	Carboplatin	q 7 days	Carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 2 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 300 mg	1	5-8	1,500-1,800	2,195	
Protocol 2	1	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	75	1	1-2	75-150	1,760
Neoadjuvant chemotherapy	2	Cisplatin/5-FU	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	75	1	3	225	1,760
				5-fluorouracil	1,000 mg/m ² IV day 1,2,3,4	1,000	4	3	12,000	1,885
Protocol 3 First-line chemotherapy for Advanced / Recurrent cervical cancer	1	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	75	1	6	450	1,760

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	รวม (mg/m ²)
Protocol 3 (ต่อ) First-line chemotherapy for Advanced / Recurrent cervical cancer	2	Cisplatin/5-FU	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	75	1	3	225	1,1760
						1,000	4	3	12,000	1,885
Protocol 4 Second-line chemotherapy for Advanced / Recurrent cervical cancer	3	Carboplatin	q 21-28 days	Carboplatin	AUC 4-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	4,500	5,070
						10	1	4	40	2,055

3. โภทษเรื้อรัง (CA Ovary)

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนไข้วงวน (mg/m ²)	จำนวน
Chemotherapy in Epithelial Ovarian Cancer (EOC) & EOC of low malignant potential (LMP) First-line: Adjuvant chemotherapy & Neoadjuvant chemotherapy	1	Carboplatin / Cyclophosphamide	q 21-28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/m ² /min, IV	Maximum total dose < 750 mg	1	3-6	2,250-4,500	5,070
	2	Carboplatin / Paclitaxel	q 21-28 days	Cyclophosphamide	600 mg/m ² , IV	600	1	3-6	1,800-3,600	715
				Carboplatin	AUC 5-6 mg/m ² /min, IV	Maximum total dose < 750 mg	1	3-8	2,250-6,000	5,070
	3	Cisplatin / Cyclophosphamide	q 21-28 days	Paclitaxel	175 mg/m ² , IV	175	1	3-8	525-1,400	6,015
				Cisplatin	75-100 mg/m ² , IV	75-100	1	3-6	225-600	2,295
4	Cisplatin / Paclitaxel	q 21-28 days	Cyclophosphamide	600 mg/m ² , IV	600	1	3-6	1,800-3,600	715	
			Cisplatin	75-100 mg/m ² , IV	75-100	1	3-6	225-600	2,295	
5	Carboplatin	q 28 days	Carboplatin	AUC 6 mg/m ² /min, IV	Maximum total dose < 750 mg	1	3-8	2,250-6,000	5,070	

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนครั้งรวม (mg/m ²)	รวม (mg/m ²)
Protocol 2	1	Carboplatin	q 28 days	Carboplatin	AUC 6 mg/mL/min, IV	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	4,500	5,070
	2.1	Paclitaxel	q 21-28 days	Paclitaxel	175-200 mg/m ² , IV	175-200	1	6	1,050-1,200	7,415
Chemotherapy in Epithelial Ovarian Cancer (EOC) & EOC of low malignant potential (LMP) Second-line chemotherapy:	2.2	Paclitaxel	q 28 days	Paclitaxel	80 mg/m ² , IV day 1,8,15	80	3	6	1,440	4,360
	3.1	Gemcitabine	q 21 days	Gemcitabine	800-1,250 mg/m ² , IV day 1,8	800-1250	2	6	9,600-15,000	12,920
	3.2	Gemcitabine	q 28 days	Gemcitabine	1,000 mg/m ² , IV day 1,8,15	1000	3	6	18,000	7,975
	4	Etoposide	q 28 days	Etoposide	50 mg/m ² , PO day 1-21	50	21	6	6,300	715
	5	Carboplatin / Paclitaxel	q 21-28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/mL/min, IV	Maximum total dose < 750 mg	1	3-6	2,250-4,500	5,070
					Paclitaxel	175 mg/m ² , IV	175	1	3-6	525-1,050
6	Cisplatin / Paclitaxel	q 21-28 days	Cisplatin	75-100 mg/m ² , IV	75-100	1	3-6	225-600	2,295	
				Paclitaxel	175 mg/m ² , IV	175	1	3-6	525-1,050	5,315

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวน/รอบ (mg/m ²)
Chemotherapy In Malignant Ovarian Germ Cell Tumors & Malignant Sex Cord- Stromal Tumors First-line: Adjuvant chemotherapy	1	BEP(1)	q 28 days	Bleomycin	12-15 U/d, IV day 1,2,3	12-15 U/d	3	3-6	108-270 U
				Etoposide	100 mg/m ² , IV day 1-5	100	5	3-6	1,500-3,000
				Cisplatin	75-100 mg/m ² , IV	75-100	1	3-6	225 - 600
	2	BEP(2)	q 28 days	Bleomycin	10-20 U/d, IV day1	10-20 U/d	1	12	120-240 U
				Etoposide	100 mg/m ² , IV day 1-5	100	5	3-6	1,500-3,000
				Cisplatin	20 mg/m ² , IV day 1-5	20	5	3-6	300-600
	3	VBP	q 21 days	Bleomycin	20 units/d, IV day1	20 U/d	1	12	120-240 U
				Vinblastine	12 mg/m ² , IV	12	1	3-6	36-72
				Cisplatin	20 mg/m ² , IV day 1-5	20	5	3-6	300-600
	4	VAC	q 28 days	Vincristine	1 mg/m ² , IV	1	1	3-6	475
				Dactinomycin	300 microgram/m ² , IV day 1-5	300 microgram	5	3-6	4,500-9,000 microgram
				Cyclophosphamide	150 mg/m ² , IV day 1-5	150	5	3-6	2,250-4,500

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ยาที่ใช้	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวน/ครั้ง (mg/m ²)	
Protocol 4 Chemotherapy In Malignant Ovarian Germ Cell Tumors & Malignant Sex Cord-Stromal Tumors	1.1	PE	q 28 days	Cisplatin	20 mg/m ² IV day 1-5	20	5	6	600	685
				Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5	6	2,250 -3,000	865
Second-line chemotherapy:	2.1	VIP	q 28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose < 750 mg	1	6	4,500	5,220
				Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5	6	2,250 -3,000	865
				Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5	6	2,250 -3,000	865
				Ifosfamide	4 g/m ² IV in 24 hrs	4,000	1	6	24,000	10,565
		Mesna		4 g/m ² IV in 24 hrs day 1,2	4,000	2	6	48,000	2,330	
		Cisplatin		20 mg/m ² IV day 1-5	20	5	6	600	685	

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	
Protocol 4 (ต่อ) Chemotherapy In Malignant Ovarian Germ Cell Tumors & Malignant Sex Cord-Stromal Tumors	2.2	VIP	q 28 days	Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5	6	2,250 - 3,000	
				ifosfamide	4 gm/m ² IV in 24 hrs	4,000	1	6	24,000	
				Mesna	4 gm/m ² IV in 24 hrs day 1,2	4,000	2	6	48,000	
				Carboplatin	AUC 5-6 mg/m ² /min, IV	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	4,460	
Second-line chemotherapy:	3	Paclitaxel	q 21-28 days	Paclitaxel	175 - 200 mg/m ² IV	175-200	1	6	1,050 - 1,200	7,415

4. โคมะเร็งโพรงหลังจมูก (CA Nasopharynx)

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
Protocol 1.1	1A	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin	100 mg/m ² day 1, 22, 43	100	1	3	900
การให้ยาเคมีบำบัด ร่วมกับการฉายรังสี ในสำหรับโรคมะเร็ง โพรงหลังจมูกระยะ ที่ II-IV	1B	Carboplatin (แทน Cisplatin)	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min, IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	3	5,070
	2A	Weekly Cisplatin	q 7 days	Cisplatin	40 mg/m ² weekly ยก การฉายรังสีระยะกลาง ประมาณ 8 สัปดาห์	40	1	8	320
	2B	Carboplatin (แทน Cisplatin)	q 7 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 2 mg/ml/min, IV weekly ของการฉายรังสี ระยะกลางประมาณ 8 สัปดาห์	Maximum total dose ≤ 300 mg	1	8	2,400
	1	PF 1	q 28 days	Cisplatin	80 mg/m ² /day day 1	80	1	3	240
Protocol 1.2 การให้ยาเคมี บำบัดรักษาเสริม ภายหลังการให้ยาเคมี บำบัดร่วมกับการฉาย รังสี ในสำหรับ โรคมะเร็งโพรงหลัง จมูกระยะที่ II-IV				5-fluorouracil	1000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	3	12,000
				Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min, IV day 1	Maximum total dose < 750 mg	1	3	2,250
				5-fluorouracil	1000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	3	12,000

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
Protocol 2 การให้ยาเคมีบำบัด ก่อนการฉายรังสีใน สำหรับโรคมะเร็ง โพรงหลังจมูกระยะที่ II-IV	1	PF 1	q 28 days	Cisplatin	80 mg/m ² /day day 1	80	1	3	240
				5-fluorouracil	1000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	3	12,000
Protocol 3 การให้ยาเคมีบำบัด ในการรักษาผู้ป่วย มะเร็งโพรงหลังจมูก ระยะแพร่กระจาย หรือกลับเป็นซ้ำ	1A	Cisplatin	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min, IV day 1	Maximum total dose < 750 mg	1	3	2,250
				5-fluorouracil	1000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	3	12,000
	1B	Carboplatin (แทน Cisplatin)	q 21 days	Cisplatin	80 mg/m ² /day day 1	30	1	6	480
				Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min, IV day 1	Maximum total dose < 750 mg	1	3	2,250
2A	PF 1	q 28 days	Cisplatin	80 mg/m ² /day day 1	80	1	6	480	
			5-fluorouracil	1000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	6	24,000	
2B	PF 2	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min, IV day 1	Maximum total dose < 750 mg	1	3	2,250	
			5-fluorouracil	1000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	6	24,000	

5. โรคมะเร็งปอด (CA Lung)

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนไข้ววม (mg/m ³)	
Non-small cell Lung Cancer	1A	PE	q 21 days	cisplatin	75-80mg/m ² IV day 1	75-80	1	4	300-320	1,920
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4	1,200	865
Protocol 1	1B	Carboplatin /etoposide	q 21 days	carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min in day 1	maximum total dose ≤ 750 mg	1	4	3,000	5,070
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4	1,200	865
Protocol 2	1A	PE Step 1	q 42 days	cisplatin	50mg/m ² IV day 1,8,29,36	50	4	1	200	1,220
				etoposide	50 mg/m ² IV day 1-5,29-33 ของการฉายรังสีระยะเวลา ประมาณ 6-7 สัปดาห์	50	10	1	500	510
การรักษาเคมีบำบัด ร่วมกับ การฉายรังสี สำหรับมะเร็งปอด อुकตามเฉพาะที่ ระยะ III		PE Step 2	q 21 days	cisplatin	80 mg/m ² IV day 1	80	1	2	160	1,920
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	2	600	865

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	
Protocol 2 (ตบ) การรักษามะเร็งปอด ร่วมกับยาต้านมะเร็ง สำหรับมะเร็งปอด ฉุกเฉินเฉพาะที่ ระยะ III	18	PE Step 1	q 42 days	carboplatin (ใหม่ cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min IV day 1,29	maximum total dose ≤ 750 mg	2	1	1,500	
				etoposide	50 mg/m ² IV day 1-5,29-33 ของการฉายรังสี ระยะที่สามประมาณ 6-7 สัปดาห์	50	10	1	500	510
	2	PE Step 2	q 21 days	carboplatin (ใหม่ cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min IV 100 mg/m ² IV day 1	maximum total dose ≤ 750 mg	1	2	1,500	5,220
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	2	1,200	715
	2	CbPac Step 1	q 7 days	carboplatin	AUC 2 mg/ml/min day 1	maximum total dose ≤ 300 mg	1	6	1,800	2,195
				paclitaxel	50 mg/m ² IV, 6 wk พลาตินัมรั้งสี่	50	1	6	300	2,955
	2	CbPac Step 2	q 21 days	carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	maximum total dose ≤ 750 mg	1	2	1,500	5,070
				paclitaxel	200 mg/m ² IV in day1	200	1	2	400	7,415

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนวัฏจักร (mg/m ²)
Protocol 3 การรักษาเคมีบำบัด แบบมุ่งตัวรับ และ IV (First line drugs)	1A	PE	q 21 days	displatin	80mg/m ² IV day 1	80	1	4-6	320-480
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4-6	1,200-1,800
	1B	Carboplatin/ etoposide	q 21 days	carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min in day 1	maximum total dose ≤ 750	1	4-6	3,000-4,500
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4-6	1,200-1,800
	2A	CG	q 21 days	displatin	80 mg/m ² IV day 1	80	1	4-6	320-480
				gemcitabine	1,000 mg/m ² IV day 1,8	1,000	2	4-6	8,000-12,000
	2B	Carboplatin/gemci tabline	q 21 days	carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min in day 1	maximum total dose ≤ 750 mg	1	4-6	3,000-4,500
				gemcitabine	1,000mg/m ² IV day 1,8	1,000	2	4-6	8,000-12,000
	3	CbPac	q 21 days	carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	maximum total dose ≤ 750 mg	1	4-6	3,000-4,500
				paclitaxel	200 mg/m ² IV day 1	200	1	4-6	800-1,200

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/H2/day)	Day	Cycle	จำนวนผู้ป่วย (mg/m ²)	รวม (mg/m ²)
Protocol 4	1	docetaxel	q 21 days	docetaxel (ยา 0.2)	60-75 mg/m ² IV day 1	60-75	1	4-6	300-450	150
การรักษามะเร็งปอดชนิด ไม่รุนแรงที่ระยะ แพร่กระจาย IIIB และ IV (Second line drugs) Small cell Lung Cancer	1	CAV	q 21 days	cyclophosphamide	800-1,000 mg/m ² IV day 1	800-1,000	1	4-6	4,000-6,000	935
				doxorubicin	40-50 mg/m ² IV day 1	40-50	1	4-6	200-300	1,070
				vincristine	1.4 mg/m ² IV (maximum total dose 2 mg per injection) day 1	2	1	4-6	8-12	345
				cisplatin	25 mg/m ² IV day 1-3	25	3	4-6	300-450	535
Small cell Lung Cancer (รื้อ)	3A	PE 2	q 21 days	etoposide	100 mg/m ² IV day 1-3	100	3	4-6	1,200-1,800	715
				cisplatin	80 mg/m ² IV day 1	80	1	4-6	320-480	1,770
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1-3	100	3	4-6	1,200-1,800	715
				carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/mL/min IV day 1	maximum total dose ≤ 750 mg	1	4-6	3,000-4,500	4,920
	3B	PE 2	q 21 days	etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4-6	1,200-1,800	715

6. โรคมะเร็งหลอดอาหาร (CA Esophagus)

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
Protocol 1	1	Cisplatin/5-fluorouracil x 2 cycles	q 28 days	Cisplatin	75 mg/m ² /d IV day 1, 29 of RT	75	1	2	150
				5-fluorouracil	750-1000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	750-1000	4	2	6,000
Protocol 2	2	Carboplatin/ 5-fluorouracil x 2 cycles	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/mln day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	2	5,070
				5-fluorouracil	750-1000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	750-1000	4	2	6,000
	1	Cisplatin/5-fluorouracil x 4 cycles	q 28 days	Cisplatin	C1-2: 75 mg/m ² /d IV day 1, 29 of RT	75	1	2	150
				5-fluorouracil	C1-2: 750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	750-1,000	4	2	8,000
1	Cisplatin/5-fluorouracil x 4 cycles	q 28 days	Cisplatin	C3-4: 75 mg/m ² /d IV day 1	75	1	2	150	
			5-fluorouracil	C3-4: 750-1,000 mg/m ² /c IV day 1-4 x 2 cycles	750-1,000	4	2	6,000	
1,610	325								

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนวัฏจักร (mg/m ²)
Protocol 2 (ตบ) การให้ยาเคมีบำบัด พร้อมรังสีรักษา ร่วมกับรังสีรักษา กรณีที่ไม่ได้ใช้ (Definitive concurrent chemoradiation)	2	Carboplatin/5- fluorouracil x 4 cycles	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	C1-2: AUC 5-6 mg/m ² /min day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	2	1,500
				5-fluorouracil	C1-2: 750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	750-1,000	4	2	8,000
Protocol 3 การให้ยาเคมีบำบัด พร้อมรังสีรักษา	1	Cisplatin/5- fluorouracil	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	C3-4: AUC 5-6 mg/m ² /min day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	2	1,500
				5-fluorouracil	C3-4: 750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4 x 2 cycles	750-1,000	4	2	6,000
Protocol 3 การให้ยาเคมีบำบัด พร้อมรังสีรักษา	2	Carboplatin/5- fluorouracil	q 28 days	Cisplatin	75-80 mg/m ² /d IV day 1	75	1	6	450
				5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4	6	3,000-4,000
Any T, Any N, M1) หรือมี โรคกำเริบ	2	Carboplatin/5- fluorouracil	q 28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/m ² /min day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	4,500
				5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4	6	3,000-4,000

7. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร (CA Colon-Rectum)

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
Protocol 1:1	1	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	375-425 mg/m ² /d IV day 1-5	425	5	6	12,750
	2	UFT/Leucovorin	q 5 wks	leucovorin UFT leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5 300 mg/m ² /d PO day 1-28 (4 wks stop 1 wk) 90 mg/d PO day 1-28 (4 wks stop 1 wk)	20 300 90	5 28 28	6 5	600 42,000 445
Adjuvant Chemotherapy มะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะแรก หลังการ ผ่าตัด	3	FOLFOX4	q 14 days	5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1-2	400	2	12	9,600
				5-fluorouracil	600 mg/m ² /d IV drip in 22 hours day 1-2	600	2	12	14,400
	4	mFOLFOX6	q 14 days	leucovorin	200 mg/m ² /d IV day 1-2	200	2	12	4,800
				oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	12	1,020
5	mFOLFOX6	q 14 days	5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1	400	1	12	4,800	
			5-fluorouracil	2,400 mg/m ² /d IV drip in 46 hours	2,400	1	12	28,800	
6	mFOLFOX6	q 14 days	leucovorin	400 mg/m ² /d IV day 1	400	1	12	4,800	
			oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	12	1,020	
									310
									460
									435
									445
									160
									355
									2,405
									22,395
									160
									955
									4,655
									22,395

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนผู้ป่วย (mg/m ²)	
Protocol 1.2	1	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	375-425 mg/m ² /d IV day 1-5	375-425	5	6	12,750	
				leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600	
	2	FOLFOX4	q 14 days	5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1-2	400	2	12	9,600	
				5-fluorouracil	600 mg/m ² /d IV drip in 22 hours day 1-2	600	2	12	14,400	
				leucovorin	200 mg/m ² /d IV day 1-2	200	2	12	4,800	
				oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	12	1,020	
				5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1	400	1	12	4,800	
				5-fluorouracil	2,400 mg/m ² /d IV drip in 46 hours	2,400	1	12	28,800	
	3	mFOLFOX6	q 14 days	leucovorin	400 mg/m ² /d IV day 1	400	1	12	4,800	
				oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	12	1,020	

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
Protocol 2 Adjuvant Chemotherapy มะเร็งเต้านม ระยะแรกหลังการ ผ่าตัดร่วมกับรังสี วิทยา	1	5-fluorouracil / leucovorin x 6 cycles	q 28 days	5-fluorouracil	C1-2: 375-425 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	425	5	2	4,250
				leucovorin	1-5	20	5	4	400
				5-fluorouracil	C3-4: 400 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT 29-32 of RT 29-32 of RT	400	4	2	3,200
				leucovorin	C3-4: 20 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	20	4	2	160
				5-fluorouracil	C5-6: 380-400 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	400	5	2	4,000
				leucovorin	C5-6: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	4	2	160
	2	5-fluorouracil	q 28 days	5-fluorouracil	C1-2: 500 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	500	5	2	5,000
				5-fluorouracil	C3-4: 500 mg/m ² /d IV day 1-3, 29-31 of RT	500	3	2	3,000
				5-fluorouracil	C5-6: 450 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	450	5	2	4,500
				5-fluorouracil					
				5-fluorouracil					
				5-fluorouracil					

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา:	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวน/ครั้งรวม (mg/m ²)	จำนวนครั้ง (Visit)	
Protocol 3 Adjuvant Chemotherapy มะเร็งเต้านม ระบบแรกก่อนผ่าตัด การผ่าตัดร่วมกับรังสี รักษา	1	5-fluorouracil / leucovorin (1) x 6 cycles	q 28 days	5-fluorouracil	C1-2: 350 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33 of RT	350	5	2	3,500	355	
				leucovorin	C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33 of RT	20	5	2	200	460	
				5-fluorouracil	C3-6: 380-400 mg/m ² /d IV day 1-5	400	5	4	8,000	310	
				leucovorin	C3-6: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	4	400	460	
				5-fluorouracil	C1-2: 400 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	400	4	2	3,200	310	
				leucovorin	C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	20	4	2	160	460	
	2	5-fluorouracil / leucovorin (2) x 6 cycles	q 28 days	5-fluorouracil	C3-6: 380-400 mg/m ² /d IV Day 1-5	400	5	4	8,000	310	
				leucovorin	C3-6: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	4	400	460	
				5-fluorouracil	C1-2: 1,000 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33 of RT	1000	5	2	10,000	475	
				leucovorin	C3-6: 500 mg/m ² /d IV day 1-5	500	5	4	10,000	310	
				5-fluorouracil							
				leucovorin							
3	5-fluorouracil x 6 cycles	q 28 days	5-fluorouracil								
			leucovorin								

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนผู้ป่วย (mg/m ²)	รวม (mg/m ²)
Protocol 4 Palliative Chemotherapy (First line drug) มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะ IV	1	5-fluorouracil / leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	375-425 mg/m ² /d IV day 1-5	375-425	5	6	12,750	310
				leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600	460

8. โคมะเร็งท่อน้ำดีและถุงน้ำดี (Cholangiocarcinoma)

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ชื่อยา	ขนาดและวิธีให้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	รวมตลอดระยะเวลา (mg/m ²)
Protocol 1 Postoperative Chemoradiation สำหรับผู้ป่วยระยะ มะเร็งท่อน้ำดี หลังการ ผ่าตัดร่วมกับรังสี รักษา	1	5-FU / leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	C1-2: 400 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	400	4	2	3,200	310
				Leucovorin	C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	20	4	2	160	460
Protocol 2 สูตรเคมีบำบัดรักษา ผู้ป่วยระยะท่อน้ำดี และถุงน้ำดีระยะ ลุกลามที่ไม่สามารถ ผ่าตัดได้หรือระยะ แพร่กระจาย	1	Cisplatin/5-FU	q 28 days	Cisplatin	75-100 mg/m ² /d IV day 1	75 - 100	1	6	450 - 600	2,295
				5-fluorouracil	1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	1,000	4	6	24,000	475
	2	Carboplatin/5-FU	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/m/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	4,500	5,070
				5-fluorouracil	1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	1,000	4	6	24,000	475

9. โคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (CA Bladder)

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	รวมตลอดระยะเวลา (mg/m ²)
Protocol 1	1A	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	3	180	440
				Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	3	24	495
การรักษามะเร็งก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant chemotherapy)	1B	CMV	q 21 days	Cisplatin	100 mg/m ² /d IV day 2	100	1	3	300	2,295
				Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	3	180	440
				Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	3	24	495
	2A	GC	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 2	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	3	4,500	5,070
				Cisplatin	70 mg/m ² /d IV day 1	70	1	6	420	1,755
				Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000	7,975
2B	GC	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	5,400	5,070	
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000	7,975	

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนวัฏจักร (mg/m ²)	รวม (mg/m ²)
Protocol 2	1A	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	4	240	440
				Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	4	32	495
การรักษาเสริม ภายหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy)	1B	CMV	q 21 days	Cisplatin	70-100 mg/m ² /d IV day 2	100	1	4	400	2,295
				Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	4	240	440
				Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	4	32	495
				Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 2	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	4	4,500	5,070
				Cisplatin	70 mg/m ² /d IV day 1	70	1	6	420	1,760
				Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000	7,975
2A	GC	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	5,070		
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000	7,975	
2B	GC	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	5,070		
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000	7,975	

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	รวม (Whit)
Protocol 3	1	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin	70-100 mg/m ² /d IV day 1	100	1	3	300	2,295
	2	PF	q 21 days	Cisplatin	15 mg/m ² /d IV day 1-3	15	3	2	90	640
	3	MF	-	5FU	400 mg/m ² /d IV day 1-3	400	3	2	2,400	310
				Mitomycin C	12 mg/m ² /d IV day 1	12	1	1	12	2,870
Protocol 4	4	Carboplatin	-	5FU	500 mg/m ² /d IV day 1-5, 22-26	500	10	1	5,000	310
	1A	GC	q 21 days	Carboplatin	AUC 2 mg/ml/min IV day 1, 8, 15, 22, 29, 36	Maximum total dose ≤ 300 mg	6	1	1,800	2,195
				Cisplatin	70 mg/m ² /d IV day 1	70	1	6	420	1,760
				Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000	7,975
Protocol 4	1B	GC	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	5,400	2,195
				Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000	7,975

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนครั้งรวม (mg/m ²)
Protocol 4 (ต่อ)	2A	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	6	360
				Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	6	48
การรักษาเคมีบำบัดใน ระยะแพร่กระจายหรือ กลับเป็นซ้ำ (Metastatic or recurrent cancer)	2B	CMV	q 21 days	Cisplatin	70-100 mg/m ² /d IV day 2	70-100	1	6	420-600
				Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	6	360
				Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	6	48
				Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	4,500
Protocol 5	1	BCG	q 7 days Maintenance q 90-180 days	BCG	81 mg intravesical	81 mg/day	1	6	486
				BCG	81 mg intravesical weekly x3	81 mg/day	3	3-7	729-1,701
การรักษาเสริมด้วย สารเคมีบำบัด หรือยา เสริมภูมิคุ้มกัน ชนิดใด ภายในระยะเวลา ปีศาจ	2	Mitomycin C	Induction q 7 days Maintenance q 90 days	Mitomycin C	20-40 mg intravesical	20-40 mg/day	1	6-8	120-320
				Mitomycin C	20-40 mg intravesical	20-40 mg/day	1	4	80-160

10. โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (CA Prostate)

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	
Protocol 1	1	Docetaxel	q 21 days	docetaxel (q2)	60-75 mg/m ² IV	60-75	1	6	360-450	ยา 2 เข็มใน ระบบ VMI
ชนิดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษา Castration resistant prostate cancer (CRPC)										

- หมายเหตุ 1. สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ์ฯ เฉพาะการรักษากรณีผู้ป่วยนอกเท่านั้น และสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ์ฯ จะได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินเพดานการจ่ายของแต่ละวัน (Visit)
2. ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจ Lab ค่าตรวจทางรังสีรักษา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล ให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ์ฯ เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ค้ำพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ และอัตราค่าฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ทุพพลภาพ

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราค่าฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ทุพพลภาพ เพื่อให้ผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพได้รับประโยชน์ทดแทนเพิ่มขึ้น ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการประกันสังคมแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕(๒) และมาตรา ๗๐ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ คณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑. ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ อัตรา ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ทุพพลภาพ-ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๔๕

ข้อ ๒. ผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งจำเป็นต้องเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ข้อ ๓. ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย-จิตใจ และอาชีพของผู้ทุพพลภาพที่ผ่านความเห็นชอบตามข้อ ๒ ให้จ่ายตามความจำเป็นตามหลักเกณฑ์และอัตราต่อไปนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายในกระบวนการบำบัดรักษาและการผ่าตัดเพื่อประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย ไม่เกินสี่หมื่นบาท

(๒) ค่าใช้จ่ายในกระบวนการเวชศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย โดยเป็นค่าใช้จ่ายทางกายภาพบำบัดไม่เกินวันละสองร้อยบาท และค่าใช้จ่ายทางกิจกรรมบำบัดไม่เกินวันละหนึ่งร้อยบาท แต่รวมแล้วไม่เกินสองหมื่นสี่พันบาท

(๓) ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพไม่เกินสองหมื่นสี่พันบาทโดยให้จ่ายได้เฉพาะที่เป็นการฝึกความหัดสุจริตที่หน่วยงานของสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้ดำเนินการ

(๔) ค่าวัสดุอุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู หน่วยละไม่เกินอัตราตามที่กระทรวงการคลังกำหนดรวมแล้วไม่เกินหนึ่งแสนหกหมื่นบาท หากค่าวัสดุ อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่กระทรวงการคลังไม่มีกำหนดไว้ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาความจำเป็น เป็นรายกรณี

ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องซ่อมแซมหรือเปลี่ยนวัสดุ อุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาความจำเป็นดังกล่าว

(๕) ในกรณีที่สำนักงานเห็นว่าผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพมีสิทธิที่จะได้รับค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกเหนือจากที่กำหนดในประกาศนี้ ให้สำนักงานพิจารณาการจ่ายให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์

ข้อ ๔. ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพตามข้อ ๓(๓) ให้จ่ายตามหลักสูตรและอัตราดังต่อไปนี้

- (๑) หลักสูตรฝึกเสริมเจ้าหน้าที่งาน ให้จ่ายได้เฉพาะงานใดงานหนึ่ง และไม่เกินอัตราดังต่อไปนี้
- | | |
|----------------------|------------------|
| ก. งานเครื่องมือกล | หกพันหกร้อยบาท |
| ข. งานสำนักงาน | สามพันห้าร้อยบาท |
| ค. งานไม้ | เจ็ดพันบาท |
| ง. งานพิมพ์ | ห้าพันบาท |
| จ. งานไฟฟ้าเบื้องต้น | สี่พันบาท |
| ฉ. งานสิ่งประดิษฐ์ | สี่พันบาท |
| ช. งานเกษตร | ห้าพันบาท |

(๒) หลักสูตรฝึกอาชีพ ให้จ่ายได้เฉพาะงานใดงานหนึ่ง และไม่เกินอัตราดังต่อไปนี้

- | | |
|-------------------------------------|----------------------|
| ก. งานเครื่องมือกล | เจ็ดพันบาท |
| ข. งานช่างโลหะ | หนึ่งหมื่นเจ็ดพันบาท |
| ค. งานช่างไม้ | หนึ่งหมื่นหกพันบาท |
| ง. งานเครื่องมือกลเล็ก | หกพันบาท |
| จ. งานสำนักงาน | สี่พันบาท |
| ฉ. งานพิมพ์ | ห้าพันบาท |
| ช. งานช่างไฟฟ้าอิเล็กทรอนิกส์ | หนึ่งหมื่นบาท |
| ซ. งานเครื่องทำความเย็นและปรับอากาศ | หกพันบาท |
| ด. งานตัดเย็บเสื้อผ้า | หกพันบาท |

ข้อ ๕. ประกาศนี้ให้ใช้บังคับรวมถึงผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพซึ่งอยู่ระหว่างเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ โดยให้ใช้อัตราค่าฟื้นฟูสมรรถภาพตามประกาศนี้มีผลใช้บังคับ

ข้อ ๖. ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๗

(ศาสตราจารย์เหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามมติของ
คณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

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

ข้อ ๑ ให้ยกเลิก

๑.๑ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง
หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ลงวันที่ ลงวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔

๑.๒ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง
หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ลงวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๕๖

๑.๓ หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามข้อ ๕/๑ ที่แนบท้ายประกาศคณะกรรมการ
การแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๖

ข้อ ๒ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖

(๑) เหน่าจ่ายตามจำนวนผู้ประกันคนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้
ให้แก่สถานพยาบาล และมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา ๖๒ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ ในอัตราหนึ่งพันสี่ร้อยหกสิบบาทต่อผู้ประกันคนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตรา
ตามวรรคหนึ่งในอัตราสี่ร้อยสามสิบสองบาท สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาวะเสี่ยง
ตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันคน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศฉบับนี้

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากรอคหนึ่งและวารสองให้แก่สถานพยาบาลตามอัตราที่กำหนดต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ดังนี้

(ก) สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation - HA) หรือที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) อย่างหนึ่งอย่างใด ในอัตราแปดสิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน

(ข) สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลตามบันไดขั้นที่ ๒ ของ HA ในอัตราสี่สิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตาม (ก) และ (ข) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแบบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นหมวด ๓/๑ การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนกรณีรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๓๖

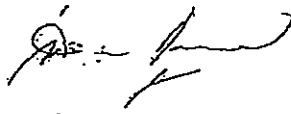
"หมวด ๓/๑

การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนกรณีรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ข้อ ๕/๑ กรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดตามข้อ ๓ หรือสถานพยาบาลอื่นได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ ภายใต้กรอบวงเงินที่คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนแต่ละปี ในอัตราห้าร้อยหกสิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแบบท้ายประกาศฉบับนี้"

ข้อ ๕ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๗ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗



(ศาสตราจารย์เหลือพร ปุณณกันต์)

ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามวรรคสอง ในข้อ (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
คุ้มครองราชบัณฑิตยศึกกับสังคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระ
กรณีโรคที่มีการเสียชีวิตของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 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) โรคเหน็บชาที่เมื่อย เกรวิส (Myasthenia gravis)
- (๑๒) โรคเบาจืด (Diabetes insipidus)
- (๑๓) โรคมัลติเพิล สเคลอโรซิส (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) โรคเรื้อนทาง (Psoriasis)
- (๒๓) โรคผิวหนังพุพองเรื้อรัง (Chronic vesiculobullous disease)
- (๒๔) โรคเลือดไอทีพี (ITP)
- (๒๕) โรคคอัมไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis)
- (๒๖) โรคจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ ๑๐ (ICD ๑๐) รหัส F ๖๐-F ๖๙

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

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

๑. สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองระบบการคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation - HA)
หรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองระบบการคุณภาพโรงพยาบาลตามบันไดขั้นที่ ๒ ผู้ HA จะต้องได้รับการรับรอง
จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
คุณภาพตามมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) จะได้รับค่าบริการทางการแพทย์ในอัตรา
ที่กำหนดในประกาศฉบับนี้ตามรายชื่อผู้ประกันตนที่มีชื่อในทะเบียนที่สำนักงานกำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาลตลอด
ระยะเวลาที่สถานพยาบาลดังกล่าวมีหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

๒. ในกรณีที่อายุการรับรองระบบการคุณภาพโรงพยาบาล หรือการรับรองคุณภาพตาม
มาตรฐาน JCI สิ้นสุดลง สถานพยาบาลจะต้องมีเอกสารรับรองว่าเป็นสถานพยาบาลที่อยู่ระหว่างการต่ออายุ
การรับรอง

๓. สถานพยาบาลใดที่ได้รับการรับรองระบบการคุณภาพโรงพยาบาลหรือการรับรองคุณภาพ
ตามมาตรฐาน JCI ในระหว่างปีที่สถานพยาบาลมีหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน หรืออายุ
ได้รับการรับรองระบบการคุณภาพของสถานพยาบาลได้สิ้นสุดลงตาม ๒. ให้ถือว่าสถานพยาบาลนั้นมีสิทธิได้รับ
เงินค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดไว้ได้ ๑. ตั้งแต่เดือนถัดจากเดือนที่สำนักงานได้รับเอกสารการ
รับรองระบบการคุณภาพโรงพยาบาล หรือเอกสารรับรองการต่ออายุแล้วแต่กรณี

๔. สถานพยาบาลที่ถูกยกเลิกหรือถูกเพิกถอนการรับรองระบบการคุณภาพโรงพยาบาล
หรือคุณภาพตามมาตรฐาน JCI หรืออายุการรับรองระบบการคุณภาพโรงพยาบาล หรือการรับรอง
คุณภาพตามมาตรฐาน JCI สิ้นสุดลง และไม่มีเอกสารรับรองการต่ออายุให้ถือว่าสิทธิการได้รับเงินค่าบริการทาง
การแพทย์สิ้นสุดลงในวันสุดท้ายแห่งเดือนที่สถานพยาบาลถูกยกเลิก หรือถูกเพิกถอนหรืออายุการรับรอง
สิ้นสุดลง

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

๑. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษา โดยไม่จำกัดจำนวนเงินค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน ยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือสิทธิประกันสังคม
๒. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนด
๓. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือผู้ประกันตน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ($AdjRW \geq 2$) ในอัตราไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท ต่อ ๑ วันน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) โดยพิจารณาคำนวณตามข้อมูลที่หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดประมวลผลแล้ว
๔. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ แล้ว สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ไม่สามารถให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนได้ และ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ได้ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องกำหนดให้สถานพยาบาลที่ให้การรักษาส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่สิ้นสุดการรักษา ให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ เป็นผู้ส่งข้อมูลแทน และหากกรณีที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ($Adjusted\ Relative\ weight : AdjRW \geq 2$) สำนักงานจะจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ตามอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ โดยสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
๕. กรณีผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ แล้วต่อมาผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ยังสถานพยาบาลอื่น หรือ กรณีสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ส่งผู้ประกันตนไปรับบริการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่ผู้ประกันตนประสงค์ไปรับบริการในสถานพยาบาลอื่น ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้
 - ๕.๑. ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ($Adjusted\ Relative\ weight : AdjRW \geq 2$) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน ($Adjusted\ Relative\ weight : (AdjRW)$) ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท และเมื่อสำนักงานพิจารณาแล้ว
 - (๑) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ส่วนนี้เอง
 - (๒) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม หรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

๕.๒. ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนน้อยกว่า ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW < ๒) และมีอู่สำนักงานพิจารณาแล้ว

(๑) สถานพยาบาลควบคุมบัตรรับรองสิทธิฯ ให้การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์เองทั้งหมด

(๒) สถานพยาบาลควบคุมบัตรรับรองสิทธิฯ ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม หรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลควบคุมบัตรรับรองสิทธิฯ ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

๖. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นโดยไม่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลควบคุมบัตรรับรองสิทธิฯ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๖.๑. ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW ≥ ๒) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (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 ≥ ๒) นอกจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดไปข้อ ๓ แล้ว สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับกรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางตามข้อ (ข) ถึง (จ) ใน (๒) ข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๘. หากสำนักงานหรือผู้ที่สำนักงานมอบหมายได้ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลแล้วพบว่าข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ส่งให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดไม่ถูกต้อง ทำให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เกินกว่าข้อเท็จจริงที่ปรากฏ สำนักงานจะเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้จ่ายไปคืน หรือหักจากค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานจะจ่ายให้สถานพยาบาลในครั้งต่อไปคืน พร้อมทั้งดำเนินการตามกฎหมายและสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ต่อไป



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีการผ่าตัด
เปลี่ยนอวัยวะตามมติคณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

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

ข้อ ๑ ให้เพิ่มความไม่ (๑๐) ข้อ ๘ หมวด ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ ดังนี้

- (ค) การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplantation)
- (ง) การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด (Lung Transplantation)
- (จ) การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation)
- (ฉ) การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน (Pancreas Transplantation)
- (ช) การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ได้แก่
 - การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ และปอด (Heart-lung Transplantation)
 - การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ และไต (Heart-kidney Transplantation)
 - การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ และไต (Simultaneous liver kidney transplantation)
 - การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน และไต (Simultaneous pancreas kidney transplantation or SPK)

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ตาม (ค) (ง) (จ) (ฉ) และ (ช)
ตามแนบท้ายประกาศนี้ ”

ข้อ ๒ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

(ศาสตราจารย์เหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ โดยการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน

๑. บทนิยาม

การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะในประเภทฉบับนี้ประกอบด้วย

- ๑) การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplantation)
- ๒) การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด (Lung Transplantation)
 - ๒.๑ การปลูกถ่ายปอดข้างเดียว (Single lung transplantation)
 - ๒.๒ การปลูกถ่ายปอดสองข้าง (double lung transplantation)
- ๓) การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation)
- ๔) การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน (Pancreas Transplantation)
 - ๔.๑ การปลูกถ่ายตับอ่อนภายหลังการปลูกถ่ายไต (Pancreas after kidney transplantation)
 - ๔.๒ การปลูกถ่ายตับอ่อนอย่างเดียว (Pancreas transplantation alone)
- ๕) การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ประกอบด้วย
 - ๕.๑ การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจและปอด (Heart-lung Transplantation)
 - ๕.๒ การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจและไต (Heart-kidney Transplantation)
 - ๕.๓ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับและไต (Simultaneous liver kidney transplantation)
 - ๕.๔ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อนและไต (Simultaneous pancreas kidney transplantation or SPK)

๒. ผู้มีสิทธิยื่นขอรับบริการทางการแพทย์โดยการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ต้องเป็นผู้ประกันตนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

๓. ผู้มีสิทธิยื่นขอรับบริการทางการแพทย์โดยการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ต้องยื่นคำขอต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิ และแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอใช้สิทธิ ดังนี้

(๑) หนังสือรับรองการเจ็บป่วยประกอบการขอใช้สิทธิกรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน โดยอายุรแพทย์หรือ ศัลยแพทย์ที่ทำการปลูกถ่ายอวัยวะ

(๒) หนังสือรับรองการขอเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกันหรือการดูแลหลังผ่าตัด และรับยากดภูมิคุ้มกันจากสถานพยาบาลในความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมที่ประสงค์จะใช้สิทธิ

๔. ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน และเลขาธิการหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจอนุมัติการได้รับสิทธิบริการทางการแพทย์ในกรณีดังกล่าว

๕. ให้ผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน โดยเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ประกันตนจะต้องปลูกถ่ายอวัยวะในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม และสถานพยาบาลดังกล่าวจะดำเนินการให้บริการตามแนวทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

๑) คุณสมบัติของผู้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒) คุณสมบัติของผู้บริจาคที่มีชีวิต (กรณีการปลูกถ่ายอวัยวะนั้นสามารถใช้อวัยวะจากผู้บริจาคที่มีชีวิตได้) ความเกณฑ์ที่กำหนด

๓) คุณสมบัติของผู้บริจาคที่เสียชีวิต (Deceased donor) ให้เป็นไปตามกฎข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม และตามประกาศแพทยสภา เรื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย และตามระเบียบและหลักเกณฑ์ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย และสำนักงานประกันสังคม จะจ่ายค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) ให้กับศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย ในอัตราเหมาจ่าย ๔๐,๐๐๐ บาท คือ ๑ อวัยวะหนึ่งชิ้น หรือผู้บริจาคอวัยวะหนึ่งราย แล้วแต่กรณี

(ข) สถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ ปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน จะต้องเป็นสถานพยาบาลหลักในการให้บริการทางการแพทย์ แก่ผู้ประกันตนตามระบบเหมาจ่ายเป็นเวลาก่อนอย่างน้อย ๒ ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ และให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหลักตามระบบเหมาจ่ายในการรักษาพยาบาล ตามเงื่อนไขที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดตั้งแต่ปีที่ ๓. ภายหลังจากการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ และต้องได้รับการดูแลรักษาโดยอายุรแพทย์หรือศัลยแพทย์ปลูกถ่ายอวัยวะ ตามเงื่อนไขที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(ค) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนตามที่กำหนดไว้ จะต้องรับบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายอวัยวะ ได้แก่ การตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยา กดภูมิคุ้มกัน ฯลฯ ความดูแลที่จำเป็นของแพทย์ที่ทำการรักษากรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน กับสำนักงานประกันสังคม

(ง) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ก่อนและระหว่างการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ตามแผนการรักษาชุดบริการ (Protocol) ดังนี้

การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายหัวใจและปอด การปลูกถ่ายหัวใจและไตพร้อมกัน ให้เบิกค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายตามชุดบริการ ดังนี้

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
๑) สำหรับผู้บริจาค (Donor)		
ผู้บริจาคสมongตาย (deceased donor) (จ่ายให้กับศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเท่านั้น)		
ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมongตาย (Deceased donor)	๑. ค่าดูแล donor ๒. ค่าผ่าตัด ๓. ค่าใช้จ่ายถนอมอวัยวะ ๔. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๕. ค่าดำเนินการเกี่ยวกับผู้บริจาคอวัยวะ	๕๖,๐๐๐
๒) สำหรับเตรียมผู้รับบริจาค (recipient)		
ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคสมongตาย		
ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA, PRA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๕๐,๐๐๐
๓) ค่าใช้จ่ายผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด		
๓.๑) ผู้รับบริจาคกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-HTX-I ๑) สำหรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด หัวใจและไตในผู้ป่วย กลุ่ม low risk ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน cyclosporine + mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๘. ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๕๐๐,๐๐๐

<p>Protocol-HTX-II</p> <p>๑) สำหรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด หัวใจและไตในผู้ป่วย กลุ่ม low risk ตามที่คณะกรรมการแพทย์กำหนด</p> <p>๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน tacrolimus + mycophenolate</p> <p>๓) ไม่รวม complication ต่างๆ</p>	<p>๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๒. ค่าตรวจเอกซเรย์</p> <p>๓. ค่าผ่าตัด</p> <p>๔. ค่าห้องและค่าอาหาร</p> <p>๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p> <p>๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>๗. ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>๘. ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>๔๑๐,๐๐๐</p>
<p>Protocol-HTX-III</p> <p>๑) สำหรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด หัวใจและไตในผู้ป่วย กลุ่ม high risk ตามที่คณะกรรมการแพทย์กำหนด</p> <p>๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน antithymocyte globulin + cyclosporine + mycophenolate</p> <p>๓) ไม่รวม complication ต่างๆ</p>	<p>๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๒. ค่าตรวจเอกซเรย์</p> <p>๓. ค่าผ่าตัด</p> <p>๔. ค่าห้องและค่าอาหาร</p> <p>๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p> <p>๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>๗. ค่ายา antithymocyte globulin</p> <p>๘. ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>๙. ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>๔๗๐,๐๐๐</p>
<p>Protocol-HTX-IV</p> <p>๑) สำหรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด หัวใจและไตในผู้ป่วย กลุ่ม high risk ตามที่คณะกรรมการแพทย์กำหนด</p> <p>๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน antithymocyte globulin + cyclosporine + mycophenolate</p> <p>๓) ไม่รวม complication ต่างๆ</p>	<p>๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๒. ค่าตรวจเอกซเรย์</p> <p>๓. ค่าผ่าตัด</p> <p>๔. ค่าห้องและค่าอาหาร</p> <p>๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p> <p>๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>๗. ค่ายา antithymocyte globulin</p> <p>๘. ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>๙. ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>๔๘๐,๐๐๐</p>

<p>Protocol-HTX-V</p> <p>๑) สำหรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด หัวใจและไตในผู้ป่วย กลุ่ม high risk ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด</p> <p>๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน basiliximab + cyclosporine + mycophenolate</p> <p>๓) ไม่รวม complication ต่างๆ</p>	<p>๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๒. ค่าตรวจเอกซเรย์</p> <p>๓. ค่าผ่าตัด</p> <p>๔. ค่าห้องและค่าอาหาร</p> <p>๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p> <p>๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>๗. ค่ายา basiliximab x ๒ doses</p> <p>๘. ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>๙. ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>๕๕๐,๐๐๐</p>
<p>Protocol-HTX-VI</p> <p>๑) สำหรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด หัวใจและไตในผู้ป่วย กลุ่ม high risk ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด</p> <p>๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน basiliximab + tacrolimus + mycophenolate</p> <p>๓) ไม่รวม complication ต่างๆ</p>	<p>๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๒. ค่าตรวจเอกซเรย์</p> <p>๓. ค่าผ่าตัด</p> <p>๔. ค่าห้องและค่าอาหาร</p> <p>๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p> <p>๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>๗. ค่ายา basiliximab x ๒ doses</p> <p>๘. ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>๙. ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>๕๖๐,๐๐๐</p>
<p>๓.๒) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัดกรณีภาวะ Rejection</p>		
<p>Protocol ACR (acute cellular rejection)</p> <p>๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆในกรณีที่มีภาวะ acute cellular rejection</p> <p>๒) แผนการรักษาเป็นไปตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด</p>	<p>๑. ค่าตรวจ echocardiography</p> <p>๒. ค่าอุปกรณ์และค่าตรวจชิ้นเนื้อ</p> <p>๓. ค่ายา methylprednisolone</p> <p>๔. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p>	<p>๓๐,๐๐๐</p>
<p>Protocol AMR-A (antibody mediated rejection)</p> <p>๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆในกรณีที่มีภาวะ antibody mediated rejection</p> <p>๒) แผนการรักษาเป็นไปตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด</p>	<p>๑. ค่าตรวจ echocardiography</p> <p>๒. ค่าอุปกรณ์และค่าตรวจชิ้นเนื้อ</p> <p>๓. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p> <p>๕. ค่ายา methylprednisolone</p> <p>๖. ค่ายา intravenous immunoglobulin</p>	<p>๓๒๐,๐๐๐</p>

Protocol AMR-B (refractory antibody mediated rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆในกรณีที่มีภาวะ refractory antibody mediated rejection: ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด	๑. ค่าตรวจ echocardiography ๒. ค่าอุปกรณ์และค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๓. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๕. ค่ายา methylprednisolone ๖. ค่ายา intravenous immunoglobulin ๗. ค่ายา rituximab	๓๘๐,๐๐๐
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายตับและไตพร้อมกัน การปลูกถ่ายตับอ่อนและไตพร้อมกัน ให้เบิกค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายตามชุดบริการ ดังนี้

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
๑) สำหรับผู้บริจาค (Donor)		
๑.๑) ผู้บริจาคค้ำหมีมีชีวิต (living donor for liver transplant)		
๑.๑.๑) ค่าเตรียมผู้บริจาคก่อนการเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๕. จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้บริจาค ๑ ราย	๖๐,๐๐๐
๑.๑.๒) ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้บริจาคระหว่างเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๒๐๐,๐๐๐
๑.๒) ผู้บริจาคสมองตาย (deceased donor) (จ่ายให้กับศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเท่านั้น)		
ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคต่ออวัยวะหนึ่งชิ้น	๑. ค่าดูแล donor ๒. ค่าผ่าตัด ๓. ค่านำยานอวัยวะ ๔. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๕. ค่าดำเนินการเกี่ยวกับร่างผู้บริจาคอวัยวะ	๕๐,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
๒) สำหรับเตรียมผู้รับบริจาค (recipient)		
ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการทำตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA, PRA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๖๐,๐๐๐
๓) ค่าใช้จ่ายผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการทำตัด		
๓.๑) การผ่าตัดกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-OLT-I ๑) สำหรับการปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายตับและไต การปลูกถ่ายตับอ่อนและไต กลุ่ม low risk ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด. ๒) ใช้อากดภูมิคุ้มกัน cyclosporine + mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๘. ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๕๒๐,๐๐๐
Protocol-OLT-II ๑. สำหรับการปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายตับและไต การปลูกถ่ายตับอ่อนและไตกลุ่ม low risk ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ๒. ใช้อากดภูมิคุ้มกัน tacrolimus + mycophenolate ๓. ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๘. ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๕๕๐,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
Protocol-OLT-III ๑) สำหรับการปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายตับและไต การปลูกถ่ายตับอ่อนและไต กลุ่ม high risk ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ๒) ไซยาคลอสมิคุ้มกัน basiliximab + cyclosporine + mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร. ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา basiliximab x ๒ doses ๘. ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๙. ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๖๖๐,๐๐๐
Protocol-OLT-IV ๑) สำหรับการปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายตับและไต การปลูกถ่ายตับอ่อนและไต กลุ่ม high risk ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ๒) ไซยาคลอสมิคุ้มกัน basiliximab + tacrolimus + mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา basiliximab x ๒ doses ๘. ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๙. ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๖๔๐,๐๐๐
๓.๒) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัดกรณีมีการติดเชื้อ hepatitis B		
Protocol- HB ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆในกรณีที่มีผู้รับบริจาคมีการติดเชื้อ hepatitis B ๒) สถานที่ที่รักษาเป็นไปตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด	๑. ค่า Hepatitis B immunoglobulin ในช่วงการผ่าตัด	๒๑๒,๐๐๐
๓.๓) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัดกรณีมีภาวะ rejection		
Protocol (ACR (acute cellular rejection) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆในกรณีที่มีภาวะ acute cellular rejection ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด	๑. ค่าตรวจ Ultrasonography ๒. ค่าเข็ม และ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๓. ค่ายา methylprednisolone ๔. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๐,๐๐๐

หมายเหตุ: ภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การเปลี่ยนปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลตามระบบเหมาจ่าย

(จ) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถาบันพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม หลังการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ตามประเภทของการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๑) กรณีผู้ป่วยนอก

๑.๑ ผู้ป่วยนอกหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกันในกรณีการปลูกถ่ายหัวใจและปอด การปลูกถ่ายหัวใจและไต ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาเคมีคุ้มกัน ยาเคมีคุ้มกัน เหน่าจ่ายในอัตรา ดังนี้

-ปีที่ ๑	เดือนที่ ๑-๖	เดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท
	เดือนที่ ๗-๑๒	เดือนละ ๒๕,๐๐๐ บาท
-ปีที่ ๒		เดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท
-ปีที่ ๓	เป็นต้นไป	เดือนละ ๑๕,๐๐๐ บาท

๑.๒ ผู้ป่วยนอกหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกันในกรณีการปลูกถ่ายตับและไต ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาเคมีคุ้มกัน ยาเคมีคุ้มกัน เหน่าจ่ายในอัตรา ดังนี้

๑.๒.๑ ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ hepatocellular carcinoma

-ปีที่ ๑	เดือนที่ ๑-๖	เดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท
	เดือนที่ ๗-๑๒	เดือนละ ๒๕,๐๐๐ บาท
-ปีที่ ๒		เดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท
-ปีที่ ๓	เป็นต้นไป	เดือนละ ๑๕,๐๐๐ บาท

๑.๒.๒ ผู้ป่วยที่มีภาวะ hepatocellular carcinoma

-ปีที่ ๑	เดือนที่ ๑-๖	เดือนละ ๓๕,๐๐๐ บาท
	เดือนที่ ๗-๑๒	เดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท
ปีที่ ๒		เดือนละ ๒๕,๐๐๐ บาท
-ปีที่ ๓	เป็นต้นไป	เดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท

๑.๒.๓ ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อ hepatitis B สามารถเบิกค่ายาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้นอกเหนือจากข้อ ๑.๒.๑ และข้อ ๑.๒.๒. เพิ่มเติมปีละไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

๒) ผู้ป่วยในจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม กรณีมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

๒.๑) ภาวะ CMV infection (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ CMV)

๒.๑.๑) ค่ารักษาพยาบาล เหน่าจ่าย ๑๔,๗๗๐ บาท

๒.๑.๒) ค่ายาและค่าตรวจหา CMV viral load เหน่าจ่าย ๔๑,๒๖๐ บาท

ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด โดยให้มีสิทธิจ่ายได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง

๒.๒) ภาวะ CMV disease (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ CMV และมีอาการแสดงทางคลินิก)

๒.๒.๑) ค่ารักษาพยาบาล เหน่าจ่าย ๒๖,๒๖๔ บาท

๒.๒.๒) ค่ายาและค่าตรวจหา CMV viral load เหน่าจ่าย ๑๙๐,๕๘๐ บาท

ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

๒.๓) ภาวะการติดเชื้อรา Aspergillosis (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ Aspergillosis และมีอาการแสดงทางคลินิก)

๒.๓.๑) ค่ารักษาพยาบาล เหน่าจ่าย ๕๐,๑๕๔ บาท

๒.๓.๒) ค่ายาและการตรวจ Serum galactomannan เหน่าจ่าย ๓๕๕,๒๒๐ บาท

ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

๒.๔) ภาวะการติดเชื้อราอื่นๆ (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ fungus และจำเป็นต้องใช้ยา Liposomal amphotericin B)

๒.๔.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๖๖,๐๖๐ บาท

๒.๔.๒) ค่ายาคั้นเชื้อราเพิ่มเติมเหมาจ่าย ๑๕,๐๐๐ บาท

๒.๕) กรณีมีภาวะ Acute rejection ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามตารางค่าใช้จ่าย และมีภาวะแทรกซ้อนตามแผนการรักษาชุดบริการ Protocol ACR, AMR-A และ AMR-B สำหรับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกันในกรณีการปลูกถ่ายหัวใจและปอด การปลูกถ่ายหัวใจและไต และแผนการรักษาชุดบริการ Protocol ACR, AMR-A และ AMR-B สำหรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกันในกรณีการปลูกถ่ายตับและไต ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต

๓) ภาวะ Allograft dysfunction (ผู้ป่วยที่มีการทำงานของอวัยวะที่ได้รับการปลูกถ่ายผิดปกติระหว่างติดตามการรักษา) ให้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเหมาจ่ายดังนี้

๓.๑) การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกันในกรณีการปลูกถ่ายหัวใจและปอด การปลูกถ่ายหัวใจและไต ให้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเหมาจ่าย ๒๐,๐๐๐ บาท

๓.๒) การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกันในกรณีการปลูกถ่ายตับและไต ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต ให้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเหมาจ่าย ๑๕,๐๐๐ บาท

๔) การตรวจพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจในผู้ป่วยปลูกถ่ายหัวใจสามารถเบิกค่าตรวจ Protocol myocardial biopsy ได้ครั้งละ ๓๐,๐๐๐ บาท ไม่เกิน ๖ ครั้งต่อปี ตาม protocol myocardial biopsy

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
Protocol Myocardial biopsy	๑. ค่าตรวจ echocardiography ๒. ค่าอุปกรณ์และค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๓. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๐,๐๐๐

(ฉ) สิทธิประโยชน์ทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกันสิ้นสุดลงนับตั้งแต่วันที่ ๑ ของเดือนถัดไป ในกรณีดังต่อไปนี้

๑) สิ้นสุดการได้รับความคุ้มครองการบริการทางการแพทย์

๒) เสียชีวิต

(ข) ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติและได้ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายไตอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ต่อมาอวัยวะที่ได้รับไม่สามารถทำงานได้ให้สามารถยื่นขอรับบริการทางการแพทย์เพื่อขอรับสิทธิการปลูกถ่ายอวัยวะใหม่ได้ ทั้งนี้ สำหรับการผ่าตัดจากผู้บริจาคมีชีวิต ๑ ครั้ง กำหนดให้จ่ายค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิตได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง หากเป็นกรณีผู้บริจาคสมองตายให้เบิกค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตายได้ไม่เกิน ๑ ครั้ง

๖. กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายไตอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกันแล้ว โดยมีได้ใช้สิทธิประกันสังคมถือเป็นผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด-การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายไตอ่อน ตลอดจนการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน และจะต้องขอรับการตรวจรักษาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาเคมีคุ้มกันและรับยาเคมีคุ้มกันในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายอวัยวะเท่านั้น ทั้งนี้ผู้ประกันตนจะต้องยื่นคำขอตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๒ และข้อ ๓ ของหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้มีอำนาจพิจารณาการได้รับสิทธิดังกล่าว

การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายหัวใจและปอด การปลูกถ่ายหัวใจและไตพร้อมกับ

๑. กลุ่ม High Risk ผู้ป่วยรับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายหัวใจและปอด การปลูกถ่ายหัวใจและไต (จำเป็นต้องใช้ยา antibody induction therapy) หมายถึง ผู้ป่วยทุกรายที่รับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายหัวใจและปอด ถือเป็น High Risk Group เนื่องจากมีอัตราเสี่ยงต่อปฏิกิริยาสลิคอวัยวะ ยกเว้นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้ออย่างรุนแรงที่ไม่สามารถให้ยา antibody induction ได้

๒. กลุ่ม Low Risk ผู้ป่วยรับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายหัวใจและปอด การปลูกถ่ายหัวใจและไต หมายถึง ผู้ป่วยทุกรายที่รับการปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายหัวใจและปอด ที่มีการติดเชื้ออย่างรุนแรง

๓. ภาวะ Rejection (Acute cellular rejection) สำหรับผู้ป่วยรับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายหัวใจและปอด การปลูกถ่ายหัวใจและไต

(๑) ภาวะที่ตรวจพบว่ามีขึ้นเนื้อของอวัยวะที่ได้รับการปลูกถ่ายมีปฏิกิริยาต่อต้านตามลักษณะทางพยาธิวิทยา

(๒) จำเป็นต้องรับการรักษาด้วย methylprednisolone

๔. ภาวะ Rejection (Antibody mediated rejection) สำหรับผู้ป่วยรับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายหัวใจและปอด การปลูกถ่ายหัวใจและไต

(๑) ภาวะที่ตรวจพบว่ามีขึ้นเนื้อของอวัยวะที่ได้รับการปลูกถ่ายมีปฏิกิริยาต่อต้านตามลักษณะทางพยาธิวิทยา

(๒) จำเป็นต้องรับการรักษาด้วย methylprednisolone, IVIG, Plasmapheresis และพิจารณาให้ยา Rituximab ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา

๕. ภาวะ Rejection (Refractory antibody mediated rejection) สำหรับผู้ป่วยรับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายปอด การปลูกถ่ายหัวใจและปอด การปลูกถ่ายหัวใจและไต

(๑) ภาวะที่ตรวจพบว่ามีขึ้นเนื้อของอวัยวะที่ได้รับการปลูกถ่ายมีปฏิกิริยาต่อต้านตามลักษณะทางพยาธิวิทยา

(๒) ผู้ป่วยไม่ตอบสนองภายหลังจากใช้ยา methylprednisolone, IVIG, plasmapheresis โดยจำเป็นต้องใช้ยา Rituximab

การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายตับและไตพร้อมกับ การปลูกถ่ายตับอ่อนและไตพร้อมกับ

๑. กลุ่ม High Risk ผู้ป่วยรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายตับและไต การปลูกถ่ายตับอ่อนและไต (จำเป็นต้องใช้ยา antibody induction therapy)

(๑) ผู้ป่วยที่มีภาวะ hepatorenal syndrome

(๒) ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันก่อนผ่าตัด

(๓) ผู้ป่วย CKD stage ๓ ขึ้นไป หรือผู้ป่วย CKD stage ๒ with acute kidney injury

(๔) ตับที่ได้รับบริจาคจาก extended criteria donor

(๕) ภาวะอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด rejection หรือ post-operative renal impairment

สูงกว่าปกติ

๒. กลุ่ม Low Risk ผู้ป่วยรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายตับและไต การปลูกถ่ายตับอ่อนและไต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเกณฑ์ไม่เข้ากับ High Risk group

๓. การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ Hepatitis B หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อตับอักเสบบี และต้องได้รับยา Hepatitis B immunoglobulin เพิ่มเติมในระหว่างผ่าตัด (Protocol – HB)

๔. ภาวะ Rejection (Acute cellular rejection) สำหรับผู้ป่วยรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ ปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่ายตับและไต การปลูกถ่ายตับอ่อนและไต

(๑) ภาวะที่ตรวจพบวุ้นขึ้นเนื้อของอวัยวะที่ได้รับการปลูกถ่ายมีปฏิกิริยาต่อต้านตามลักษณะทางพยาธิวิทยา

(๒) จำเป็นต้องรับการรักษาด้วย Methylprednisolone

ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

๑. ภาวะ CMV infection

(๑) ผู้ป่วยที่มีระดับ CMV viral load ในเลือดสูงแต่ยังไม่ก่อให้เกิดโรคและกระทบต่ออวัยวะต่างๆ

(๒) ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยา ganciclovir ในการรักษาอย่างน้อย ๑๔ วัน

(๓) ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการตรวจติดตามระดับไวรัส CMV ในเลือด (CMV viral load) ก่อนและหลังให้การรักษา

๒. ภาวะ CMV disease

(๑) ผู้ป่วยที่มีระดับ CMV viral load ในเลือดสูง ซึ่งก่อให้เกิดโรคและกระทบต่ออวัยวะต่างๆ

(๒) ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยา ganciclovir ในการรักษาอย่างน้อย ๓๐ วัน

(๓) ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการตรวจติดตามระดับไวรัส CMV ในเลือด (CMV viral load) ก่อนและหลังให้การรักษา

๓. ภาวะ การติดเชื้อรา Aspergilloritis หมายถึง การติดเชื้อรา Aspergillus spp. โดยมีการยืนยันการตรวจพบเชื้อ เช่น ระดับ serum galactomannan สูง หรือ จากการตรวจเพาะเชื้อหรือจากการตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยา voriconazole ในการรักษาผู้ป่วย

๔. ภาวะ Allograft dysfunction หมายถึง อวัยวะที่ได้รับการปลูกถ่ายมีการทำงานผิดปกติไปจากเดิม และจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัย

คุณสมบัติของผู้ขอรับสิทธิการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ

คุณสมบัติของผู้รับการปลูกถ่ายหัวใจ

1. อายุไม่เกิน ๖๕ ปี
2. ป่วยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น
3. ไม่มีภาวะ active infection
4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
7. ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาขาดนานกว่า ๓ ปีขึ้นไป

คุณสมบัติของผู้รับการปลูกถ่ายปอด

1. อายุไม่เกิน ๖๕ ปี
2. ป่วยเป็นโรคปอดที่มีอันตรายต่อชีวิตและไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีอื่น
3. ไม่มีภาวะ active infection
4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
7. ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาขาดนานกว่า ๓ ปีขึ้นไป

คุณสมบัติของผู้รับการปลูกถ่ายตับ

1. อายุไม่เกิน ๖๕ ปี
2. ป่วยเป็นโรคตับวายเฉียบพลัน (Fulminant hepatic failure หรือ Subfulminant hepatic failure) หรือ
3. ป่วยเป็นโรคตับแข็งร่วมกับมะเร็งตับปฐมภูมิ (hepatocellular carcinoma) ระยะเริ่มแรก (ควรอยู่ภายใน Milan หรือ UCSF criteria) ที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีผ่าตัด (hepatectomy) หรือ
4. ป่วยเป็นโรคตับเรื้อรังระยะสุดท้าย (หรือโรคตับแข็ง (cirrhosis) ที่มีค่า MELD score ≥ 15 ยกเว้นผู้ป่วยที่ได้รับการความทรมานจากโรคมะเร็ง จนทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตได้ หรือ
5. โรคทางเมตาบอลิกที่ไม่ตอบสนองต่อ conventional treatment เช่น Primary oxaluria, Familial amyloidosis, Alpha-1-antitrypsin deficiency, Wilson's disease, Urea cycle enzyme deficiencies, Glycogen storage disease และ Tyrosemia เป็นต้น
6. ไม่มีภาวะติดเชื้อที่ควบคุมไม่ได้ ยกเว้นการติดเชื้อในตับและทางเดินน้ำดี
7. หยุดดื่มสุรา > ๖ เดือน ในกรณีที่เป็โรคตับเพราะมีสาเหตุจากการดื่มสุรา เช่น alcoholic cirrhosis
8. ไม่มีปริมาณไวรัสตับอักเสบบีสูงมาก ยกเว้นภาวะ Fulminant hepatic failure หรือ Subfulminant hepatic failure
9. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
10. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
11. ไม่มีความผิดปกติทางจิต ที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับในระยะยาว เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น
12. ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาหายขาดนานกว่า ๓ ปี ขึ้นไป

คุณสมบัติของผู้บริจาคมีชีวิต

๑. อายุไม่น้อยกว่า ๒๐ ปี และไม่เกิน ๖๐ ปี
๒. มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคตับเรื้อรัง แสดงความจำนงบริจาคตัวเองโดยไม่ถูกบังคับ
๓. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
๔. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
๕. ไม่มีภาวะผิดปกติทางจิตที่ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจบริจาคด้วยตัวเองได้ และผ่านการประเมินทางจิตเวช (Psychiatric evaluation)
๖. ต้องเป็นญาติโดยสายเลือด หรือคู่สมรส หรือคู่ครอง ตามข้อบังคับแพทย์สภา
๗. ต้องมีการลงนามบริจาคด้วยเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed consent)
๘. ไม่เป็นการซื้อขายอวัยวะ หรือได้รับการชดเชยจากการหยุดงานเพราะต้องเข้ารับการผ่าตัดเกินสมควร

คุณสมบัติของผู้รับการปลูกถ่ายตับอ่อน

๑. อายุไม่เกิน ๖๕ ปี
๒. ป่วยเป็นภาวะเบาหวานประเภทที่ ๑ และมีภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งสมควรได้รับการปลูกถ่ายไตอยู่แล้ว ควรได้รับการปลูกทั้งตับอ่อนและไตพร้อมกัน (simultaneous pancreas kidney transplant หรือ SPK) หรือ
๓. ป่วยเป็นภาวะเบาหวานประเภทที่ ๑ และมีภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งได้รับการปลูกถ่ายไตไปแล้ว ควรได้รับการปลูกถ่ายตับอ่อนอย่างเดียว (pancreas after kidney transplant หรือ PAK) หรือ
๔. ป่วยเป็นภาวะเบาหวานประเภทที่ ๑ ซึ่งยังไม่มีภาวะไตวายเรื้อรัง แต่มีความยุ่งยากในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยๆ โดยเฉพาะที่เกิดขึ้นโดยไม่มีอาการเตือน (hypoglycemia unawareness) หรือ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ด้วยอินซูลินหรือ
๕. มีความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคเบาหวานมากขึ้น เช่น repeated episodes of diabetic ketoacidosis ควรได้รับการปลูกถ่ายตับอ่อนอย่างเดียว (pancreas transplant alone หรือ PTA) หรือ
๖. ป่วยเป็นภาวะเบาหวานประเภทที่ ๒ ซึ่งมีภาวะไตวายเรื้อรัง และจำเป็นต้องได้รับการปลูกถ่ายไต โดยผู้ป่วยมีค่า C-peptide ในเลือด < ๑.๘ ng/ml มีค่าดัชนีมวลกาย < ๓๒ kg/m^๒ ต้องการอินซูลิน < ๑ unit/kg/day และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคเบาหวานที่เป็นข้อห้ามของการผ่าตัด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน
๗. ไม่มีภาวะ active infection
๘. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
๙. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
๑๐. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
๑๑. ไม่เป็นโรคมะเร็ง หรือ เป็นมะเร็งที่รักษาหายขาด นานกว่า ๓ ปีขึ้นไป



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๑๔) (ก) ของข้อ ๘ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตรา
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๔
และให้ใช้ข้อความดังต่อไปนี้แทน

"(๑๔) ทัศนกรรม ยกเว้น

(ก) การฉนพิน อุดพิน ชูดพิน และผาดัดพินคุด ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับ
ค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินหกหรือยบหวดอปี"

ข้อ ๓ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตรา
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๔
อยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับอยู่เพียงใด ให้ผู้นั้นมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์นั้นต่อไป
จนครบตามสิทธิ

ประกาศ ณ วันที่ ๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

(นายชาติร์ บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น
คณะกรรมการการแพทย์จึงได้มีมติให้แก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคม ได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕(๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๕ คณะกรรมการการแพทย์
จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษาโรค รหัส ๔๕๐๖
ประเภท ๔.๕๖ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter - defibrillator) แบบท่าย
ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตรา
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่
๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๖ และให้ใช้รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษาโรค
รหัส ๔๕๐๖ ประเภท ๔.๕๖ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter - defibrillator)
แบบท่ายประกาศฉบับนี้แทน

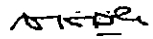
ข้อ ๒ สถานพยาบาลที่ให้การรักษากรณีผ่าตัดใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ
จะต้องมีคุณสมบัติ รายละเอียด เงื่อนไข ข้อบ่งชี้ และคุณสมบัติของสถานพยาบาล ตามแบบขอรับค่าบริการทางการแพทย์
กรณีใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (ACD)

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษาโรค รหัส ๔๕๑๐
ประเภท ๔.๕๑๐ สายเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter - defibrillator lead)
ที่แบบท่ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่
๓ เมษายน ๒๕๕๖ และให้ใช้รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษาโรค รหัส ๔๕๑๐
ประเภท ๔.๕๑๐ สายเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter - defibrillator lead)
แบบท่ายประกาศฉบับนี้แทน

ข้อ ๔ ผู้ใดมีสิทธิได้รับคำอวยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคในรายการ ๔.๕๖ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์คุ้มครองราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตรา สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๖ และรายการ ๔.๕๑๐ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์คุ้มครองราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๕๖ อยู่ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับก็ให้มีสิทธิได้รับ คำอวยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษาโรคตามอัตรานั้นๆ

ข้อ ๕ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๔



(นายชาติ บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๕๐๖		๔.๕.๖ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter - defibrillator)	ชุดละ	๑๘๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติฝังไว้ในร่างกายผู้ป่วย		
		ข้อบ่งชี้ ผู้ป่วยต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้		
		๑. ผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) หรือ Ventricular Fibrillation หรือ Ventricular Tachycardia ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะที่แก้ไขได้		
		๒. Ventricular Tachycardia ที่เกิดขึ้นเองอยู่เรื่อยๆ ที่สัมพันธ์กับโรคหัวใจ		
		๓. การหมดสติที่ไม่สามารถหาสาเหตุร่วมกับการกระตุ้นให้เกิด Ventricular Tachycardia, Ventricular Fibrillation ที่มีผลต่อภาวะไหลเวียนจากโปรแกรมไฟฟ้าหัวใจและการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล		
		๔. การเกิด Ventricular Tachycardia ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงสามารถกระตุ้นให้เกิด Ventricular Tachycardia, Ventricular Fibrillation จากโปรแกรมไฟฟ้าหัวใจ และการรักษาด้วยยากลับ ๑ ไม่ได้ผล		
		๕. การเกิด Ventricular Tachycardia ขึ้นเองอยู่เรื่อยๆ ในผู้ป่วยที่ไม่พบโรคหัวใจและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น		
		๖. ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจขาดเลือดหรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาแล้วอย่างน้อย ๔๐ วัน ร่วมกับพบการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงอย่างรุนแรง (LVEF < ๓๕%) และมีอาการตาม New York Heart Association Functional Classification (NYHA FC) ระดับ II-III		
		๗. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่ไม่ทราบสาเหตุร่วมกับพบการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงอย่างรุนแรง (LVEF < ๓๕%) และมีอาการตาม New York Heart Association Functional Classification (NYHA FC) ระดับ II-III		
		๘. ผู้ป่วยโรค Long QT syndrome, Brugada syndrome, โรคกล้ามเนื้อหัวใจชนิดหนาตัวผิดปกติ และโรคกล้ามเนื้อหัวใจล่างขวาชนิด arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy ที่มีคว้งขังถึงความเสี่ยงสูงของการเสียชีวิตกะทันหัน		
๔๕๑๐		๔.๕.๑๐ สายเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (implantable cardioverter - defibrillator lead)	ชุดละ	๔๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายต่อจากเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติเข้าไปภายในห้องหัวใจ		
		ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๖		



แบบฟอร์มขอรับค่าบริการทางการแพทย์
กรณีใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD)

สถานพยาบาลที่ขอรับค่าบริการทางการแพทย์กับสำนักงานประกันสังคม.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลผู้รับการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD)	
HN:	AN:
ชื่อ-สกุล	
อายุ	ปี
บัตรประชาชนเลขที่	□□□□□□□□□□□□
สถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัด.....	
Admission Date	
Operation Date	
Discharge Date	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาพยาบาล

ข้อบ่งชี้ ๑. ผู้ป่วยต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) จาก Ventricular Fibrillation หรือ Ventricular Tachycardia ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะที่แก้ไขได้
- Ventricular Tachycardia ที่เกิดขึ้นเองอยู่บ่อยๆ-ที่สัมพันธ์กับโรคหัวใจ
- การหมดสติที่ไม่สามารถหาสาเหตุร่วมกับการกระตุ้นให้เกิด Ventricular Tachycardia, Ventricular Fibrillation ที่มีผลต่อภาวะไหลเวียนจากโปรแกรมไฟฟ้าหัวใจและการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล
- การเกิด Ventricular Tachycardia ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงสามารถกระตุ้นให้เกิด Ventricular Tachycardia, Ventricular Fibrillation จากโปรแกรมไฟฟ้าหัวใจ และการรักษาด้วยยากลุ่ม 1 ไม่ได้ผล
- การเกิด Ventricular Tachycardia ขึ้นเองอยู่บ่อยๆ ในผู้ป่วยที่ไม่พบโรคหัวใจและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น
- ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจขาดเลือดหรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาแล้วอย่างน้อย 40 วัน ร่วมกับพบการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงอย่างรุนแรง (LVEF <35%) และมีอาการตาม New York Heart Association Functional Classification (NYHA FC) ระดับ II-III
- ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่ไม่ทราบสาเหตุร่วมกับพบการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงอย่างรุนแรง (LVEF <35%) และมีอาการตาม New York Heart Association Functional Classification (NYHA FC) ระดับ II-III
- ผู้ป่วยโรค Long QT syndrome, Brugada syndrome, โรคกล้ามเนื้อหัวใจชนิดหนาตัวผิดปกติ และโรคกล้ามเนื้อหัวใจล่างขวาชนิด arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy ที่มีตัวบ่งชี้ถึงความเสี่ยงสูงของการเสียชีวิตกะทันหัน

ทั้งนี้ สถานพยาบาลได้แนบหลักฐานผลการตรวจที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น ผลการตรวจ EKG, Echo Holter Monitor ไว้เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการตรวจสอบภายหลัง

คุณสมบัติสถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD)
การผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ต้องทำการผ่าตัดใส่อุปกรณ์ดังกล่าวในสถานพยาบาล
ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

มีห้องสวนหัวใจ (Catheterization laboratory) หรือห้องผ่าตัด (Operating room) ที่สามารถใส่ผ่าตัดใส่เครื่องได้ตามที่แพทย์ หรือศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดพิจารณาเห็นว่าเหมาะสม

ค่าเงินการผ่าตัดโดยแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยที่นำใบรับรอง
 ระบุชื่อแพทย์..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

สถานพยาบาลต้องได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ (Hospital Accreditation : HA)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลค่าใช้จ่าย

โรงพยาบาล.....ซึ่งเป็นสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิของผู้ประกันตน
 ขอรับค่าบริการทางการแพทย์

กรณีใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ชื่อเครื่อง.....
 ยี่ห้อ.....รหัสเครื่อง.....
 ราคา.....บาท (.....)
 จำนวนเงินที่ขอเบิก.....บาท (.....)

กรณีใส่สายเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ ชื่อสาย.....
 ยี่ห้อ.....รหัสสาย.....
 ราคา.....บาท (.....)
 จำนวนเงินที่ขอเบิก.....บาท (.....)
 รวมจำนวนเงินที่ขอเบิก.....บาท (.....)

ส่วนที่ 4 หลักฐานประกอบการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ ได้แก่

1.
2.
3.
4.
5.

ขอรับรองว่าข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายดังกล่าวมีความถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
กรณีบำบัดทดแทนไตและกรณีการให้ยา Erythropoietin เพื่อการเพิ่มโลหิตประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน

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

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ลงวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๖

ข้อ ๒ ให้ใช้ความดังต่อไปนี้เป็น (๔) ของข้อ ๘ หมวด ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือ
เจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖

(๔) การบำบัดทดแทนไตกรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้น กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวาย
เรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
(Hemodialysis) ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis) และ
ด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ตามหลักเกณฑ์ และอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้

ข้อ ๓ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๘

๒๕๕๘

(นายชวลิต วัฒนชัย)

ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต
ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ลงวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๕๔

๑. บทนิยาม

“การบำบัดทดแทนไต” หมายความว่า กรรมวิธีบำบัดทดแทนการทำงานของไตเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเกื้อกูลกันได้ การบำบัดทดแทนไตมี ๓ วิธี คือ

(๑) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis = HD)

(๒) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis = CPD)

มี ๓ แบบ คือ

(ก) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis = CAPD)

Dialysis = CCPD)

(ข) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบไซเคิลิ่ง (Chronic Cycling Peritoneal

Dialysis = CIPD)

(ค) การล้างช่องท้องแบบเป็นระยะ (Chronic Intermittent Peritoneal

(๓) การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

แห่งสัปดาห์

“สัปดาห์” หมายความว่า ระยะเวลาที่คำนวณตามปฏิทินโดยเริ่มจิมจันทร์เป็นวันต้น

เป็นเดือนแรก

“ปี” หมายความว่า ปีหนึ่งมี ๑๒ เดือน โดยให้นับตั้งแต่เดือนที่ผู้ประกันตนปลูกถ่ายไต

๒. ผู้มีสิทธิยื่นขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และกรณีการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีข้อบ่งชี้ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

(๑) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว โดยอาจมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังก็ได้ หรือ

(๒) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) ระหว่าง ๖-มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. ถึง ๑๕ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตเรื้อรัง ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคองอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

ควบคุมไม่ได้

(ก) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกายจนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูง

(ข) ระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง เลือดเป็นกรด หรือฟอสเฟตในเลือดสูง

(ค) ความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย

(ง) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูริเมีย

(จ) คลื่นไส้อาเจียน เมื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการ

ทั้งนี้ สูตรการคำนวณระดับอัตราการกรองของเสียของไตโดยประมาณ (eGFR) ใช้วิธีการตรวจและรายงานผลอัตราการกรองของเสียของไต (eGFR) ตามที่สมาคมโรคไตกำหนด ดังนี้

๑) วิธีคำนวณค่า eGFR โดยแทนค่าตัวแปรในสมการ The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation สำหรับผู้ใหญ่และ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (<๑๘ ปี) ตามตาราง

สมการ The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation สำหรับผู้ใหญ่

เพศ	ระดับ serum creatinine (mg/dl)	สมการ
หญิง	≤ ๐.๗	$GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-0.718} (0.718)^{Age}$
	> ๐.๗	$GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-1.209} (0.718)^{Age}$
ชาย	≤ ๐.๙	$GFR = 141 \times (Scr/0.9)^{-0.718} (0.718)^{Age}$
	> ๐.๙	$GFR = 141 \times (Scr/0.9)^{-1.209} (0.718)^{Age}$

สมการ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (อายุ < ๑๘ ปี)

สูตรใหม่ $GFR (ml/min/1.73 m^2) = (0.413 \times Height \text{ in cm}) / Creatinine \text{ in mg/dl}$

๒) ใช้วิธีการวัดค่าครีเอตินินในเลือดโดยวิธี Enzymatic และให้ใช้ค่าระดับครีเอตินินโดยใช้ค่าที่นิยม ๒ ตำแหน่ง เพื่อความแม่นยำในการคำนวณมากขึ้น

๓. ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต จะต้องยื่นคำขอต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิ และแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอ คือ หนังสือรับรองการเจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษา ในกรณีที่โรงพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไต โดยมีผลการตรวจพิสูจน์ Serum BUN, Serum Creatinine หรืออัตราการกรองของเสียของไต หรือ Creatinine Clearance และขนาดของไต ยกเว้นกรณีผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตมาแล้วจากสิทธิอื่น เช่น สิทธิข้าราชการ หรือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง โดยให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา สวมรถอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตนได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองการได้รับบำบัดทดแทนไตจากสิทธิอื่นตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๔ ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบการบำบัดทดแทนไต ดังนี้

๔.๑ ให้สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าประกันสังคมจังหวัดสาขา เป็นผู้พิจารณาวินิจฉัยอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตน หากมีผลการตรวจตามหลักเกณฑ์ครบทั้ง ๓ ข้อ ดังนี้

๑) มีประวัติเป็นโรคไต หรือภาวะเสี่ยงที่จะให้เกิดโรคไต เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตอักเสบเรื้อรัง (Chronic glomerular nephritis) โรคนิ่ว (Stones) และ

๒) ต้องมีผลเลือดค่า BUN มากกว่า ๕๐ mg/dl และค่า Cr มากกว่า ๔ mg/dl ย้อนหลังติดต่อกันอย่างน้อย ๓ เดือน จนถึงวันที่ยื่นเรื่อง และ

๓) มีขนาดของไต น้อยกว่า ๔ ซม ทั้ง ๒ ข้าง

๔.๒ กรณีบอกเหนือหลักเกณฑ์ ตามข้อ ๔.๑ ให้ส่งหาหรือคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย

การกำหนดวันเริ่มมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือกรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย แต่ต้องไม่ก่อนวันที่ยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตเกินกว่าสามสิบวัน นับแต่ค่าไตเริ่มมีผลเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือค่าวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ วันเริ่มมีสิทธิต้องไม่ก่อนวันที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรครั้งแรก แล้วแต่กรณีดังกล่าวเกินกว่าหนึ่งร้อยแปดสิบวัน หรือไม่มีสิทธิเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการวางท่อรับส่งน้ำยาสำหรับล้างช่องท้อง ตั้งแต่วันที่ผลการตรวจระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate: eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.

สำหรับการขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีปลูกถ่ายไต ผู้ประกันตนสามารถยื่นขอรับสิทธิพร้อมกันกับการขอรับสิทธิกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรได้ และเมื่อแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าผู้ประกันตนมีความจำเป็นเหมาะสมที่จะเริ่มรับการบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการปลูกถ่ายไตแล้ว ผู้ประกันตนจะต้องยื่นความจำนงเพื่อขอเริ่มใช้สิทธิต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ประสงค์จะใช้สิทธิเพื่อให้ตรวจสอสิทธิและมีหนังสือส่งตัวไปยังสถานพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไตที่ผู้ประกันตนประสงค์จะเข้ารับการปลูกถ่ายไตหรือเข้ารับการดูแลรักษากรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยมีเอกสารประกอบการยื่นคำขอเพื่อเริ่มใช้สิทธิ ดังนี้

(๑) -หนังสือรับรองการเจ็บป่วยประกอบการขอเริ่มใช้สิทธิบำบัดทดแทนไตกรณีปลูกถ่ายไต โดยอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในกรณีที่สถานพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไต

(๒) หนังสือรับรองการขอเข้ารับการปลูกถ่ายไต หรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต และรับยากดภูมิคุ้มกันจากสถานพยาบาลในความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมที่ประสงค์จะใช้สิทธิ (ในกรณีไม่มีประวัติการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไตที่ประสงค์ใช้สิทธิ)

๕. ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตเท่าที่จ่ายจริงหรือเหมาจ่ายแล้วแก่กรณี โดยเป็นไปตามที่กำหนดดังต่อไปนี้

(๑) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(ก) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิจะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๒ ครั้งๆ ละไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง เว้นแต่การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสัปดาห์แรกหรือผู้ประกันตนเสียชีวิตหรือเข้าข่าย หลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

การฟอกเลือดไม่ครบ ๔ ชั่วโมง/ครั้ง

- ๑) กรณีเส้นเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือดมีปัญหาใช้งานไม่ได้
- ๒) กรณีความดันโลหิตต่ำ
- ๓) กรณีช็อกหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว เช่น ซึมลง หรือหมดสติ
- ๔) กรณีมีภาวะใช้สูง และหกลิ้น
- ๕) กรณีมีอาการเจ็บป่วยของร่างกายอย่างรุนแรง เช่น ปวดท้อง หรือหน้าอก

การฟอกเลือดไม่ครบ ๒ ครั้ง/สัปดาห์

- ๑) กรณีต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนไต
- ๒) กรณีต้องเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยในห้อง ICU

โดยให้สำนักงานประกันสังคม หรือสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ เป็นผู้พิจารณาจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลได้

สำหรับกรณีนอกเหนือหลักเกณฑ์ดังกล่าวให้ส่งหรือคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย

(ข) กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง และไม่เกิน ๔,๕๐๐ บาทต่อสัปดาห์ สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

ทั้งนี้ หากผู้ประกันตนได้สำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ก่อนวันที่ได้รับทราบสิทธิ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนตั้งแต่วันที่ได้รับสิทธิจนถึงวันที่สถานพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งสิทธิจากสำนักงานประกันสังคม โดยสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนมีสิทธิ ยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์นั้นจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น

(ค) กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมอุปกรณ์ ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันตนในอัตราไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปี กรณีที่ผู้ประกันตน ได้ใช้สิทธิค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวครบ ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปีแล้ว หากในระยะเวลา ๒ ปี นั้น ผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องเตรียมเส้นเลือดหรือแก้ไขเส้นเลือดสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถยื่นเรื่องเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน โดยให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา สามารถอนุมัติสิทธิให้แก่ผู้ประกันตนได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(๒) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

ผู้ประกันคนที่ได้รับอนุมัติให้ได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องได้รับการตรวจรักษาจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในกรณี ที่สถานพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไตในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าเดือนละ ๓ ครั้ง

(ก) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรให้แก่สถานพยาบาลดังกล่าวเป็นค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ ไม่เกินเดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท เว้นแต่ภายในเดือนแรกและเดือนสุดท้ายที่ได้รับอนุมัติจะจ่ายค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ไม่เกินวันละ ๙๕๐ บาท ตามจำนวนวันที่เหลือในเดือนนั้น สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินให้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

ทั้งนี้ หากผู้ประกันตนได้สำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรก่อนวันที่ได้รับทราบสิทธิ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน ตั้งแต่วันที่ได้รับสิทธิจนถึงวันที่สถานพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งสิทธิจากสำนักงานประกันสังคม โดยสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนมีสิทธิยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์คืน จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น

(ข) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันตน ไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท ต่อรายต่อ ๒ ปี กรณีที่ผู้ประกันตนได้ใช้สิทธิค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวครบ ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปีแล้ว หากในระยะเวลา ๒ ปี นั้น ผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องทำการวางท่อรับส่งน้ำยาล้างช่องท้อง สามารถยื่นเรื่องเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน โดยให้ผู้อำนวยความสะดวกสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา สามารถอนุมัติสิทธิให้แก่ผู้ประกันตนได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(๓) การปลูกถ่ายไต

(ก) ผู้ประกันคนที่ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) และอยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยา (Peritoneal Dialysis) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) โดยใช้สิทธิประกันสังคมให้มีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตกรณีการปลูกถ่ายไต โดยมีต้อง อนุมัติสิทธิใหม่ สำหรับผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคม จะต้องให้ คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาเห็นชอบก่อนการปลูกถ่ายไต

(ข) ผู้ประกันตนจะต้องปลูกถ่ายไตในสถานพยาบาลที่เข้าออกตรงกับสำนักงานประกันสังคม และสถานพยาบาลดังกล่าวจะดำเนินการให้บริการตามแนวทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

- ๑) คุณสมบัติของผู้รับ (recipient)
 - ๑.๑) อายุไม่ควรเกิน ๖๕ ปี
 - ๑.๒) ไม่มี Active infection
 - ๑.๓) ไม่เป็นโรคผู้ที่ติดเชื้อ HIV
 - ๑.๔) ไม่เป็นโรคตับเรื้อรัง (Chronic liver disease) ตามหลักเกณฑ์

ข้อบังคับของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

มานานกว่า ๓ ปีขึ้นไป

๑.๕) ไม่เป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาให้หายขาด

๑.๖) ไม่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด เช่น Ischemic heart disease, Congestive heart failure, Chronic obstructive pulmonary disease เป็นต้น

๑.๗) ไม่มี Persistent coagulation abnormality

๑.๘) ไม่มี Psychiatric disorder

๑.๙) ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด

๒) คุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่มีชีวิต (Living related donor)

๒.๑) มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า ๒๐ ปี และไม่ควรมีอายุเกิน ๖๐ ปี

๒.๒) ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง (ค่าความดันโลหิต Systolic ไม่มากกว่า ๑๕๐ มิลลิเมตรปรอท และค่า Diastolic ไม่มากกว่า ๙๖ มิลลิเมตรปรอท)

๒.๓) ไม่เป็นโรคเบาหวาน

๒.๔) ไม่มีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรัง

๒.๕) มีค่าโปรตีนในปัสสาวะไม่เกิน ๓๐๐ มิลลิกรัมต่อ ๒๔ ชั่วโมง

๒.๖) มีค่า Creatinine clearance มากกว่า ๘๐ ml/นาที ๑.๗๓ ตารางเมตร

๒.๗) ไม่มีภาวะโรคอ้วน (ค่า BMI ไม่มากกว่า ๓๕)

๒.๘) ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคภัยแรงทางอายุรกรรม เช่น COPD, Ischemic heart disease, Malignancy, Active infectious disease; Drug addiction เป็นต้น

๒.๙) Negative test for anti HIV, HBsAg, Anti HCV

๒.๑๐) ต้องมี Informed consent

๒.๑๑) ผ่านการประเมินทางจิตเวช (Psychiatric evaluation) ก่อน

๒.๑๒) ต้องเป็นญาติโดยสายเลือดหรือคู่สมรสตามกฎหมายข้อบังคับแพทย์สภา

๒.๑๓) ต้องไม่เป็นการซื้อขายไต

๓) คุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต (Deceased donor) ให้เป็นตาม

กฎข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วยการบริจาคจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเวชกรรม และตามประกาศแพทย์สภา เรื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย และตามหลักเกณฑ์ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) ให้กับศูนย์บริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อไต ๑ ซ้าง

(ค) สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตจะต้องเป็นสถานพยาบาลหลักในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามระบบเหมาจ่ายเป็นเวลาอย่างน้อย ๒ ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหลักตามระบบเหมาจ่ายในการรักษาพยาบาลตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดตั้งแต่ปีที่ ๓ ภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นอย่างน้อย และต้องได้รับการดูแลรักษาโดยอายุรแพทย์โรคไตตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(ง) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนตามที่กำหนดไว้ใน ๕ (๓) (จ) จะต้องรับบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไต ได้แก่ การตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาควบคุมคุ้มกัน ยาควบคุมคุ้มกัน และอื่นๆ ตามดุลพินิจของแพทย์กับสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกรณีปลูกถ่ายไตกับสำนักงานประกันสังคม

(จ) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ก่อนการปลูกถ่ายไต และระหว่างปลูกถ่ายไตให้แก่สถานพยาบาลที่หาข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไต โดยเหมาจ่ายค่ารายการปลูกถ่ายไต ๑ ครั้งตามแผนการรักษาชุดบริการ (Protocol) ดังนี้

แผนการรักษาสชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
๑) สำหรับผู้บริจาค (Donor)		
๑.๑) ผู้บริจาคที่มีชีวิต (living donor)		
๑.๑.๑) ค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) ก่อนการเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๕. จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้รับบริจาค ๑ ราย	๔๐,๐๐๐
๑.๑.๒) ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) ระหว่างเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๒,๘๐๐
๑.๒) ผู้บริจาคสมองตาย (deceased donor)		
ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor)	๑. ค่าดูแล donor ๒. ค่าผ่าตัด ๓. ค่านำซากนอมอวัยวะ ๔. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๕. ค่าดำเนินการเกี่ยวกับศพ	๔๐,๐๐๐
๒) สำหรับเตรียมผู้รับบริจาค (recipient)		
๒.๑) ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิต		
ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๑,๓๐๐
๒.๒) ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคสมองตาย		
๒.๒.๑) ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๑,๓๐๐
๒.๒.๒) ค่าสังเคราะห์ panel reactive antibody	๑. ค่าตรวจ panel reactive antibody ทุก ๓ เดือน/ครั้ง จ่ายครั้งละ	๑,๘๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
๓) ค่าใช้จ่ายผู้รับบริการที่มีสิทธิรับการผ่าตัด		
๓.๑) สำหรับผู้มีบริจาคนอกระบบสวัสดิการกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-I ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วย กลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคม ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ใช้ยากกดภูมิคุ้มกัน cyclosporine + mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา Cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๘. ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๑๔๓,๐๐๐
Protocol-II ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วย กลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคม ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ใช้ยากกดภูมิคุ้มกัน tacrolimus + mycophenolate. ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๘. ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๑๔๘,๐๐๐
Protocol-III ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วย กลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคม ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ใช้ยากกดภูมิคุ้มกัน basiliximab + cyclosporine + mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา basiliximab x 2 doses ๘. ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๙. ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๒๘๗,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
Protocol CV ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ไซยาคลิกอิมมูนิบาส์ basiliximab + tacrolimus + mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา basiliximab x 2 doses ๘. ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๙. ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๒๙๖,๐๐๐
๓.๒) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัดกรณีมีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol ACBA (acute cellular rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ acute cellular rejection ๒) เกณฑ์การรักษาคือเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่ายา methylprednisolone ๓. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๕. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มเติมด้วย protocol DGF-B)	๒๓,๐๐๐
Protocol ACB-B (refractory acute cellular rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ refractory acute cellular rejection ๒) เกณฑ์การรักษาคือเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่ายา methylprednisolone ๓. ค่ายา anti-thymocyte globulin ๔. ค่ายา ganciclovir ๕. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๖. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๗. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มเติมด้วย protocol DGF-B)	๔๙๓,๐๐๐
Protocol AMBA (antibody mediated rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ antibody mediated rejection ๒) เกณฑ์การรักษาคือเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๓. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๔. ค่ายา methylprednisolone ๕. ค่ายา intravenous immunoglobulin ๖. ค่า plasmapheresis และเครื่องกรอง plasmaflux ๗. ค่าสาย double lumen catheter ๘. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มเติมด้วย protocol DGF-C)	๓๔๐,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
Protocol AMR-B (refractory antibody mediated rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ refractory antibody mediated rejection ๒) แผนการรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๓. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๔. ค่ายา methylprednisolone ๕. ค่ายา intravenous immunoglobulin ๖. ค่ายา rituximab ๗. ค่า plasmapheresis และตัวกรอง plasmaflux ๘. ค่าสาย double lumen catheter ๙. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย protocol DGF-C)	๔๖๖,๐๐๐
Protocol DGEA (delay graft function) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol I-V ในกรณีที่มีภาวะ delay graft function ๒) แผนการรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๓. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๔. ค่าสาย double lumen catheter ๕. ค่าทำ acute hemodialysis	๕๖,๐๐๐
Protocol DGF-B (delay graft function with acute cellular rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol I-V และ protocol- ACR-A หรือ B ในกรณีที่ภาวะ delay graft function ร่วมกับ acute cellular rejection ๒) แผนการรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๓. ค่าสาย double lumen catheter ๔. ค่าทำ acute hemodialysis ๕. ไม่รวมค่า ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน protocol ACR-A และ ACR-B แล้ว)	๕๖,๐๐๐
Protocol DGF-C (delay graft function with antibody mediated rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol I-V และ protocol AMR-A หรือ B ในกรณีที่ภาวะ delay graft function ร่วมกับ antibody mediated rejection ๒) แผนการรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๓. ค่าทำ acute hemodialysis ๔. ไม่รวมค่า ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อและค่าสาย double lumen catheter (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน protocol AMR-A และ AMR-B แล้ว)	๓๔,๐๐๐

(จ) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไตให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไตตามประเภทของการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๑) กรณีผู้ป่วยนอก ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาเคมีบำบัด ยาเคมีบำบัดกับ เหม่าจ่ายในอัตรา ดังนี้

- ปีที่ ๑	เดือนที่ ๑-๖	เดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท
	เดือนที่ ๗-๑๒	เดือนละ ๒๕,๐๐๐ บาท
- ปีที่ ๒		เดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท
- ปีที่ ๓	เป็นต้นไป	เดือนละ ๑๕,๐๐๐ บาท

๒) กรณีผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมกรณีมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ความหนักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

๒.๑) ภาวะ Transplant renal artery stenosis (ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์)

๒.๑.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๓๒,๗๔๑ บาท

๒.๑.๒) ค่าอุปกรณ์จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

๒.๑.๒.๑) กรณีการขยายหลอดเลือดไตโดยใช้บอลลูนอย่างเดียว ให้จ่ายค่าอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละ ๓๐,๐๐๐ บาท

๒.๑.๒.๒) กรณีใส่ Stent ร่วมกับขยายหลอดเลือดไต

โดยใช้บอลลูน ให้จ่ายค่า Stent เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอันละ ๓๕,๐๐๐ บาท และให้มีสิทธิได้รับไม่เกินสองอัน

๒.๒) ภาวะ CMV infection (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ CMV)

๒.๒.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๑๕,๗๗๐ บาท

๒.๒.๒) ค่ายาและค่าตรวจหา CMV viral load เหมาจ่าย ๕๓,๒๖๐ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย โดยให้มีสิทธิจ่ายได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง

๒.๓) ภาวะ CMV disease (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ CMV และมีอาการแสดงทางคลินิก)

-๒.๓.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๒๖,๒๖๕ บาท

๒.๓.๒) ค่ายาและค่าตรวจหา CMV viral load เหมาจ่าย ๑๕๐,๘๕๐ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๒.๔) ภาวะการติดเชื้อรา Aspergilliosis (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ Aspergilliosis และมีอาการแสดงทางคลินิก)

๒.๔.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๕๐,๑๕๔ บาท

๒.๔.๒) ค่ายาและการตรวจ Serum galactomannan เหมาจ่าย ๓๔๕,๒๒๐ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๒.๕) ภาวะการติดเชื้อราอื่นๆ (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ fungus และจำเป็นต้องใช้ยา Liposomal amphotericinB)

๒.๕.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๖๖,๐๖๐ บาท

๒.๕.๒) ค่ายาด้านเชื้อราเพิ่มเติมเหมาจ่าย ๑๕,๐๐๐ บาท

๒.๖) ภาวะ Allograft dysfunction (ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติระหว่างคิดตามการวิจัย) ให้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเหมาจ่าย ๑๐,๐๔๕ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๒.๗) กรณีมีภาวะ Acute rejection ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามตารางค่าใช้จ่ายกรณีเข้ารับการรักษาผ่าตัดหลังปลูกถ่ายไต และมีภาวะแทรกซ้อน ตามข้อ ๓.๒ แผนการรักษาชุดบริการ Protocol ACR-A, ACR-B, AMR-A และ AMR-B

(ข) สิทธิประโยชน์ทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไตสิ้นสุดลงนับตั้งแต่วันที่ ๑ ของเดือนถัดไป ในกรณีดังต่อไปนี้

๑) กลับเข้ารับการรักษาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

๒) สิ้นสุดการได้รับความคุ้มครองการบริการทางการแพทย์

๓) เสียชีวิต

(ข) ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติสิทธิกรณีปลูกถ่ายไตแต่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ยังคงใช้สิทธิประโยชน์บำนาญทดแทนไตโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจนกว่าจะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

(ฅ) ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติและได้ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตแล้ว ต่อมาไตที่เปลี่ยนไม่สามารถทำงานได้ให้สามารถยื่นขอรับบริการทางการแพทย์เพื่อขอรับสิทธิการบำบัดทดแทนไตใหม่ได้ ทั้งนี้สำหรับรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ๑ ครั้ง กำหนดให้จ่ายค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิตได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง หากเป็นกรณีผู้บริจาคสมองตายให้เบิกค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตายได้ไม่เกิน ๑ ครั้ง

๖. กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตแล้วโดยมิได้ใช้สิทธิประกันสังคม ถือเป็นผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีหลังปลูกถ่ายไต และจะต้องขอรับการรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาทดแทนไต และรับยากดภูมิคุ้มกันในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไตเท่านั้น ทั้งนี้ ผู้ประกันตนจะต้องยื่นคำขอตามที่กำหนดไว้ใน ๒ และ ๓ เพื่อให้ผู้มีอำนาจพิจารณาการได้รับสิทธิดังกล่าว

๗. กรณีการให้ยา Erythropoietin

(๑) ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin สามารถยื่นขอรับสิทธิพร้อมกับการขอรับสิทธิประโยชน์บำบัดทดแทนไตได้ แต่จะได้รับสิทธิเมื่อได้รับอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไตก่อน

(๒) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคมที่มีภาวะโลหิตจางระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๔% อันมีสาเหตุจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสิทธิได้รับยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคม ในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และให้สถานพยาบาลดังกล่าวขอเบิกค่ายาตามที่กำหนดไว้ใน ๗ (๓) และ ๗ (๔)

(๓) สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ให้กับผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตตามระดับความเข้มข้นของโลหิตในแต่ละเดือนดังต่อไปนี้

(ก) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๖% สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคาขายที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดและไม่เกินสี่ปด้าห์ละหนึ่งพันหนึ่งร้อยยี่สิบห้าบาท ยกเว้นยาบางรายการที่กำหนดในประกาศราคายา Erythropoietin ที่สามารถเบิกได้ในอัตราไม่เกินสองพันสองร้อยห้าสิบบาทต่อสองสี่ปด้าห์ หรือไม่เกินสี่พันห้าร้อยบาทต่อสี่สี่ปด้าห์ รวมทั้งจ่ายค่าฉีดยาเพิ่มละห้าสิบบาทต่อครั้ง

(ข) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) มากกว่า ๓๖% ให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาจ่ายยา Erythropoietin เพื่อรักษาระดับความเข้มข้นของโลหิตตามความจำเป็น โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคายาที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และไม่เกิดสี่ปด้าห์ละเจ็ดร้อยห้าสิบบาท ยกเว้นยาบางรายการที่กำหนดในประกาศราคายา Erythropoietin ที่สามารถเบิกได้ในอัตราไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อสองสี่ปด้าห์ หรือไม่เกินสามพันบาทต่อสี่สี่ปด้าห์ รวมทั้งจ่ายค่าฉีดยาเพิ่มละห้าสิบบาทต่อครั้ง

(ค) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) มากกว่า ๓๙% สถานพยาบาลไม่มีสิทธิเบิกจ่ายยา Erythropoietin จากสำนักงานประกันสังคม

(๔) สถานพยาบาลที่ทำการตกลงกับสำนักงานประกันสังคมให้บริการฟกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องจ่าย Erythropoietin ในราคาตามประกาศนี้ หากผู้ประกันตนประสงค์ใช้ยาที่มีราคาสูงกว่าที่กำหนด สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ายาเฉพาะส่วนเกิน แต่ทั้งนี้จะต้องเป็นไปตามราคายา Erythropoietin ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๕. กรณีที่สำนักงานประกันสังคม เห็นว่าผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีการฟกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร กรณีปลูกถ่ายไต และกรณียา Erythropoietin สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่ผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย



ประกาศสำนักงานประกันสังคม
เรื่อง ราคายา Erythropoietin

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงรายการและราคายา Erythropoietin ตามหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โดยการนำบทคัดย่อในได แรบด้วยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๕๕ ให้มีความเหมาะสมซึ่งจะทำให้ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้นและเป็นการช่วยเหลือภาระค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ประกันตน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๔ (๕) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ สำนักงานประกันสังคม จึงออกประกาศดังนี้

ข้อ ๑. ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง ราคากลางยา Erythropoietin ลงวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๔

ข้อ ๒. ในประกาศนี้

"สถานพยาบาล" หมายถึง สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

ข้อ ๓ ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บเงินค่ายา Erythropoietin ได้ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคาและห้ามรายการยาที่กำหนด ดังนี้

๓.๑ รายการยารที่สถานพยาบาลเบิกจ่ายโดยผู้ประกันตนไม่ต้องร่วมจ่าย

รายการยา	ขนาดของยา	ราคายา (บาท)	ปริมาณยาที่มีสิทธิได้รับโดยไม่ต้องร่วมจ่าย	
			กรณีที่มี Hct น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๖ %	กรณีที่มี Hct. มากกว่า ๓๖% แต่ไม่เกิน ๓๙ %
๑. Hemax	๒,๐๐๐ U	๒๔๐	๔ เข็ม/สัปดาห์	๒ เข็ม/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๕๖๐	๒ เข็ม/สัปดาห์	๑ เข็ม/สัปดาห์
๒. Eporon	๒,๐๐๐ U	๑๔๐	๔ เข็ม/สัปดาห์	๔ เข็ม/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๓๐๐	๓ เข็ม/สัปดาห์	๒ เข็ม/สัปดาห์
๓. Epokine	๒,๐๐๐ U	๑๗๕	๖ เข็ม/สัปดาห์	๔ เข็ม/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๓๕๐	๓ เข็ม/สัปดาห์	๒ เข็ม/สัปดาห์

รายการยา	ขนาดของยา	ราคาขาย (บาท)	ปริมาณยาที่มีสิทธิได้รับโดยไม่ต้องร่วมจ่าย	
			กรณีที่มี Hct น้อยกว่า หรือเท่ากับ ๓๖ %	กรณีที่มี Hct มากกว่า ๓๖% แต่ไม่เกิน ๓๙ %
๔. Espogen	๒,๐๐๐ U	๓๘๐	๖ เข็ม/สัปดาห์	๔ เข็ม/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๓๕๐	๓ เข็ม/สัปดาห์	๒ เข็ม/สัปดาห์
๕. Epiro	๒,๐๐๐ U	๓๓๕	๔ เข็ม/สัปดาห์	๔ เข็ม/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๒๗๐	๔ เข็ม/สัปดาห์	๒ เข็ม/สัปดาห์
๖. Renogen	๔,๐๐๐ U	๒๗๐	๔ เข็ม/สัปดาห์	๒ เข็ม/สัปดาห์
๗. Hemia-Plus	๒,๐๐๐ U	๑๗๐	๖ เข็ม/สัปดาห์	๔ เข็ม/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๓๓๕	๓ เข็ม/สัปดาห์	๒ เข็ม/สัปดาห์
๘. NESP	๒๐ mcg	๑,๕๐๐		๑ เข็ม/๒ สัปดาห์
	๓๐ mcg	๒,๒๕๐	๑ เข็ม/๒ สัปดาห์	

รายการที่ ๑ - ๘ ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงยาได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนเกินตามรายการ และขนาดของยาที่กำหนด สำหรับรายการยาลำดับที่ ๘. NESP กรณีที่มีระดับความเข้มข้นของโลหิตน้อยกว่า หรือเท่ากับ ๓๖ % สามารถเบิกยาขนาด ๓๐ mcg ได้ใบอัตรา ๒,๒๕๐ บาทต่อ ๒ สัปดาห์ และกรณีที่มีระดับ ความเข้มข้นของโลหิตมากกว่า ๓๖% แต่ไม่เกิน ๓๙ % สามารถเบิกยาขนาด ๒๐ mcg ได้ใบอัตรา ๑,๕๐๐ บาท ต่อ ๒ สัปดาห์

๓.๒ รายการยาที่สถานพยาบาลเบิกจ่ายโดยผู้ประกันตนร่วมจ่าย

รายการยา	ขนาดของยา	ราคาขาย (บาท)	ราคาขายที่สำนักงานประกันสังคมจ่าย	
			กรณีที่มี Hct น้อยกว่า หรือเท่ากับ ๓๖%	กรณีที่มี Hct มากกว่า ๓๖% แต่ไม่เกิน ๓๙%
๑. Eprex	๒,๐๐๐ U	๗๓๐	๑,๑๒๕ บาท/สัปดาห์	๗๕๐ บาท/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๑,๔๑๕		
๒. Recormon	๒,๐๐๐ U	๖๗๗	๑,๑๒๕ บาท/สัปดาห์	๗๕๐ บาท/สัปดาห์
	๔,๐๐๐ U	๑,๖๒๘		
๓. Mircera	๗๕ mcg	๖,๒๑๔	๔,๕๐๐ บาท/๔ สัปดาห์	๓,๐๐๐ บาท/๔ สัปดาห์
	๑๐๐ mcg	๑๑,๕๔๖		

ข้อ ๔ ภายใต้บังคับแห่งข้อ ๗ ตามหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โดยการ บำบัดทดแทนไตแบบหัตถ์ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๕๕ สถานพยาบาลต้องจัดหา Erythropoietin ที่กำหนดไว้ในข้อ ๓.๑ รายการหนึ่งรายการใด ตามรายการที่ ๑ ถึงรายการที่ ๘ เพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงยา โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ในกรณีที่มีผู้ประกันตนประสงค์จะไ้ยา Erythropoietin ที่กำหนดไว้ในข้อ ๓.๒ รายการที่ ๑ ถึงรายการที่ ๓ ให้เป็นความตกลงระหว่างแพทย์กับผู้ประกันตน โดยแพทย์ผู้ทำการรักษาควรให้ข้อมูลการใช้ยา และผู้ประกันตนต้องสมัครใจและยินยอมจ่ายค่ายาส่วนเกิน โดยให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่ายาจากผู้ประกันตน ได้เฉพาะค่ายาส่วนเกินจากอัตราที่สถานพยาบาลได้รับจากสำนักงานประกันสังคม แต่รวมแล้วต้องไม่เกินกว่า ราคาที่กำหนดในประกาศนี้

ข้อ ๕ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

ทักษิณ ชินวัตร

(นางเพ็ชรา ฤาษี)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
(ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๔ ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๔ คณะกรรมการการแพทย์มีมติให้แก้ไขกรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) มาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๔ และมาตรา ๕๔ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ คณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน ๓.๒.๒ ของข้อ ๓.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๔ ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๔ ดังต่อไปนี้

๓.๒.๒ กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลเอกชน จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามประเภทและอัตราที่กำหนดไว้ใน ๓.๑.๒ (๑) และ ๓.๑.๒ (๒) ยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษายวบาลแก่ผู้ประกันตน ดังนี้

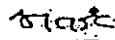
(๑) กรณีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ในการรักษาโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract) จ่ายเป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA ให้กับสถานพยาบาลที่มีการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และมีการทำ CT Brain ก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ่มเลือดเหมาจ่ายครั้งละ ๕๐,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน)

(๒) กรณีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract) จ่ายเป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด ดังนี้

(ก) ค่ายละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาหมาจ่าย
ครั้งละ ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

(ข) ค่ายละลายลิ่มเลือด t-PA หรือ TNKtPA และค่าฉีดยาหมาจ่าย
ครั้งละ ๕๐,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน)

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๔



(นายชاکรี บานอิน)

ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์คณาจารย์ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง กำหนดอัตรา และระยะเวลาการได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๗๑ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๔ คณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ผู้ประกันตนที่เป็นผู้ทุพพลภาพมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ตามอัตรา และระยะเวลา ดังนี้

(๑) กรณีทุพพลภาพมีระดับความสูญเสียไม่รุนแรงให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ดังนี้

(๑.๑) กรณีผู้ประกันตนที่เป็นผู้ทุพพลภาพจนทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงถึงขนาดไม่อาจประกอบกิจการตามปกติและงานอื่นใดได้ ให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละสามสิบของค่าจ้างรายวันตามมาตรา ๕๗ ตลอดระยะเวลาที่ไม่สามารถประกอบกิจการงานได้ ทั้งนี้ไม่เกินระยะเวลาหนึ่งร้อยแปดสิบเดือน

(๑.๒) กรณีผู้ประกันตนที่เป็นผู้ทุพพลภาพจนทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงถึงขนาดไม่อาจประกอบกิจการตามปกติและมีรายได้ลดลงจากเดิมให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในส่วนที่ลดลงแต่ไม่เกินร้อยละสามสิบของค่าจ้างรายวันตามมาตรา ๕๗ ไม่เกินระยะเวลาหนึ่งร้อยแปดสิบเดือน

(๑.๓) กรณีผู้ประกันตนที่เป็นผู้ทุพพลภาพตาม (๑.๒) สิ้นสภาพการเป็นผู้ประกันตนให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละสามสิบของค่าจ้างรายวันตามมาตรา ๕๗ ตลอดระยะเวลาที่ไม่สามารถประกอบกิจการงานได้ ทั้งนี้ เมื่อรวมกับระยะเวลาที่ผู้ประกันตนได้รับไปแล้วตาม (๑.๑) ต้องไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบเดือน

(๒) กรณีทุพพลภาพมีระดับความสูญเสียรุนแรงให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละห้าสิบของค่าจ้างรายวันตามมาตรา ๕๗ ตลอดชีวิต

ข้อ ๒ กรณีทุพพลภาพมีระดับความสูญเสียรุนแรง ได้แก่

(๑) มือขาดทั้งสองข้างตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป

(๒) ขาขาดทั้งสองข้างตั้งแต่ระดับเข่าขึ้นไป

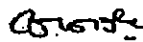
(๓) สูญเสียขาข้างหนึ่งระดับเหนือเข่าขึ้นไปกับขาข้างหนึ่งขาดระดับข้อเท้าขึ้นไป

(๔) โรคหรือการบาดเจ็บของสมอง เป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถของอวัยวะของร่างกายจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นได้ และต้องมีผู้อื่นมาช่วยเหลือดูแล

(๕) การสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของร่างกาย หรือสูญเสียการปฏิบัติทางจิตใจจนทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงถึงขนาดไม่อาจประกอบการทำงานตามปกติได้ เมื่อประเมินการสูญเสียครั้งหรือหลายครั้งแล้ว

ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๘



(นายชาติ บานอิน)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๔(๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมและที่ปรึกษา จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๑๔) (ก) ของข้อ ๘ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม
โดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่
๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ และให้ใช้ข้อความดังต่อไปนี้แทน

“(๑๔) ทัศนกรรม: ยกเว้น

(ก) การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุด ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับ
ค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินเก้าร้อยบาทต่อปี ทั้งนี้ ตามอัตราแนบท้าย
ประกาศฉบับนี้

ในกรณีที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลง
กับสำนักงาน ให้ผู้ประกันตนจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะที่นอกเหนือจากอัตราที่กำหนดในวรรคหนึ่ง

ให้สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ตามวรรคสองมีสิทธิขอรับค่าบริการทางการแพทย์
ตามอัตราที่กำหนดในวรรคหนึ่ง

ข้อ ๓ ผู้ไม่มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์-
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตรา
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๕๔
อยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับอยู่เพียงใด ให้ผู้นั้นมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์นั้นต่อไป
จนครบตามอัตราที่กำหนดในประกาศฉบับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(นายชาติริ บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์

อัตราค่าบริการทางทันตกรรมแบบเหมาจ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน

ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

ลงวันที่ ๑๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

ลำดับที่	รายการ	อัตราค่าบริการ (เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน)
๑	ชุดฟันปูนทั้งปาก	๔๐๐
๒	อุดฟันด้วยวัสดุ Amalgam	
	- ๑. ค้ำ - ๒. ค้ำ	๓๐๐ ๔๕๐
๓	อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน	
	- ๑. ค้ำ (ฟันหน้า) (ฟันหลัง)	๓๕๐ ๔๐๐
	- ๒. ค้ำ (ฟันหน้า) (ฟันหลัง)	๔๐๐ ๕๐๐
	ถอนฟัน (ฟันแท้)	๒๕๐
๔	ถอนฟันที่ยาก	๔๕๐
	ผ่าฟันคุด	๔๐๐



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕(๒) และมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมและที่ปรึกษา จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๑๔) (ก) ของข้อ ๘ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม
โดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่
๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ และให้ใช้ข้อความดังต่อไปนี้แทน

"(๑๔) ทัศนกรรม ยกเว้น

(ก) การถอนฟัน อุดฟัน ชุดหินปูน และผ่าตัดฟันคุด ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับ
ค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในอัตราไม่เกินเก้าร้อยบาทต่อปี

ในกรณีที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลง
กับสำนักงาน ให้ผู้ประกันตนจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลเฉพาะที่นอกเหนือจากอัตรา
ที่กำหนดในวรรคหนึ่ง

ให้สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ตามวรรคสองมีสิทธิขอรับค่าบริการทางการแพทย์
ไม่เกินอัตราที่กำหนดในวรรคหนึ่ง"

ข้อ ๓ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตรา
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๕๔
อยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับอยู่เพียงใด ให้ผู้นั้นมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์นับตั้ง
จนครบตามสิทธิ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔

(นายชาติร์ บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ควบคุมพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น คณะกรรมการการแพทย์มีมติให้แก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคม
ได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

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

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษาโรค กรณีสูญเสียสมรรถภาพ
ของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วน แบบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖

ข้อ ๒ ให้ใช้รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษาโรค กรณีสูญเสียสมรรถภาพ
ของอวัยวะบางส่วน อ้างอิงรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมและข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรคแบบท้ายประกาศ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ และหลักเกณฑ์ วิธีการ
และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยิน
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘
ลงวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๕๘ ท้ายประกาศฉบับนี้

ข้อ ๓ ในกรณีที่ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษาโรค กรณีสูญเสียสมรรถภาพ
ของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วนในรายการใดที่ไม่มีในบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์
การบำบัดรักษาโรคกรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะบางส่วน อ้างอิงรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมและ
ข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรคแบบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงวันที่
๑๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และอุปกรณ์
เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบบท้ายประกาศสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ ลงวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๕๘ หรือมีความจำเป็นที่ต้องใช้รายการ
ที่มีราคาสูงกว่าที่กำหนดในบัญชีแบบท้ายประกาศนี้ ให้เสนอคณะกรรมการการแพทย์พิจารณารายการนั้นๆ เป็นกรณี
และเสนอคณะกรรมการประกันสังคมพิจารณาต่อไป

ข้อ ๔ ผู้ที่มีสิทธิได้รับค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษาโรค กรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วนตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ อยู่ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับให้มีสิทธิได้รับค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์การบำบัดรักษาโรคตามอัตรานั้นๆ

ข้อ ๕ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นไป
ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔

๒๕๕๔ ๖๕๕

(นายชาติร์ บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์

บัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

กรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วน

๓.๕	เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูตึง			
	<p>๑. ข้อบ่งชี้ทั่วไปของการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง</p> <p>สูญเสียการได้ยิน ๒ หู และมีผลการได้ยินที่ยังคงเหลืออยู่ (Residual Hearing) ในหูข้างที่ได้นั้นดีกว่าหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด โดยต้องระบุสาเหตุความจำเป็นที่เข้าได้กับลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>๑.๑. ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาหรือการผ่าตัด หรือมีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือแพทย์ผู้รักษาพิจารณาแล้วว่า การผ่าตัดไม่เกิดประโยชน์หรือผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด</p> <p>๑.๒. สูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อมอย่างเฉียบพลันหลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมากกว่า ๓๐๐ วัน</p> <p>๑.๓. การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการสื่อความหมาย และการดำรงชีวิตประจำวัน หรือทำให้คุณภาพชีวิตลดลง</p> <p>๑.๔. การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาภาษาและการพูด หรือมีความพิการซ้อน</p> <p>๒. ระดับการสูญเสียการได้ยินที่เหมาะสมในการใส่เครื่องช่วยฟัง ให้อยู่ในดุลยพินิจของโสต ศอ นาสิก แพทย์ ทั้งนี้ ต้องมีการสูญเสียการได้ยินทั้งสองข้าง โดยข้างที่ต่ำกว่าจะต้องมีค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินทางอากาศ (Air Conduction Threshold) ของความถี่ ๕๐๐, ๑,๐๐๐ และ ๒,๐๐๐ เฮิร์ตซ์ เท่ากันหรือมากกว่า ๔๐ เดซิเบล จากการตรวจวัดการได้ยินตามมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>๓. หลักเกณฑ์และมาตรฐานการขอรับค่าบริการในการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง</p> <p>๓.๑. คุณสมบัติของสถานพยาบาลต้องมีบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ สถานที่ มีการบริหารจัดการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด</p> <p>๓.๒. สถานที่ในการใส่เครื่องช่วยฟัง วิธีการตรวจการได้ยิน การเลือกและการประเมินเครื่องช่วยฟังเป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่กำหนด โดยสถานพยาบาลต้องแสดงหลักฐานการตรวจการได้ยิน ผลการเลือกและการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง เอกสารการเข้ารับเครื่องช่วยฟัง เอกสารการจัดซื้อรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง รวมทั้งหลักฐาน Sticker ที่ระบุรุ่น และเลขที่ (serial number) ของเครื่องช่วยฟัง เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบภายหลัง</p>			

		<p>๓.๓ วิธีการใช้เครื่องมือช่วยฟังของงมย้อย ๓ ปี และตรวจสอบแล้วว่า เครื่องไม่มีการใช้แก๊สหรือมีสารพิษตกค้างเกินกว่า ๑๕ ppm</p> <p>๓.๔ หากเครื่องช่วยฟังสูญหาย ผู้มีสิทธิจะไม่สามารถเรียกใช้สิทธิได้</p> <p>๓.๕ สถาบันฯ ขอมีกรลงบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน เพื่อใช้สำหรับการตรวจสอบหลังจ่าย (Post Audit) โดยในใบประวัติผู้รับบริการ (OPD Card) ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลการตรวจ Otoscopy และผลการตรวจการได้ยินภายใน ๖ เดือน นับถึงวันที่ประเมินเครื่องช่วยฟัง - เหตุผลความจำเป็นในการใส่เครื่องช่วยฟัง - ผลการประเมินการใช้เครื่องช่วยฟัง - การแนะนำการใช้เครื่องช่วยฟัง - การติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง - จำนวนเครื่องที่ให้กับผู้สูญเสียการได้ยิน พร้อมทั้งลักษณะเฉพาะของแต่ละเครื่อง ได้แก่ ชนิดเครื่องช่วยฟัง ชื่อการค้าของเครื่องช่วยฟัง (ยี่ห้อ) และรุ่นหรือเลขเครื่อง 			
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

๑	๒๕๐๕	<p>๒.๕.๕ เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบดิจิทัล และการปรับแต่งเสียงของเครื่องช่วยฟังด้วยทริบเมอหรือคอมพิวเตอร์</p> <p>ระบบการทำงาน :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้กับผู้ที่มีปัญหาการได้ยินเท่ากับหรือมากกว่า ๔๐ เดซิเบล <p>คุณสมบัติทางเทคนิค :</p> <p>โดยวิเคราะห์ ๒ CC Coupler ตามมาตรฐาน ANSI หรือ IEC</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำลังขยายสูงสุด ๕๐-๙๐ เดซิเบล - ช่วงความถี่ที่ตอบสนองต่ำสุดไม่น้อยกว่า ๓๐๐ - ๖๐๐ Hz. สูงสุดไม่น้อยกว่า ๓,๐๐๐ Hz. - ความดังสูงสุดไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เดซิเบล 	เครื่องละ	๙,๐๐๐	***ราคารวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๓,๐๐๐ บาท
๒	๒๕๐๖	<p>๒.๕.๖ เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ระบบอนาล็อก และการปรับแต่งเสียงของเครื่องช่วยฟังด้วยทริบเมอหรือคอมพิวเตอร์</p> <p>ระบบการทำงาน :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้กับผู้ที่มีปัญหาการได้ยินเท่ากับหรือมากกว่า ๔๐ เดซิเบล <p>คุณสมบัติทางเทคนิค :</p> <p>โดยวิเคราะห์ ๒ CC Coupler ตามมาตรฐาน ANSI หรือ IEC</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำลังขยายสูงสุด ๕๐-๙๐ เดซิเบล - ช่วงความถี่ที่ตอบสนองต่ำสุดไม่น้อยกว่า ๓๐๐ - ๖๐๐ Hz. สูงสุดไม่น้อยกว่า ๓,๐๐๐ Hz. - ความดังสูงสุดไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เดซิเบล 	เครื่องละ	๗,๐๐๐	***ราคารวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๓,๐๐๐ บาท
๓	๒๕๐๗	<p>๒.๕.๗ เครื่องช่วยฟังแบบหัตถ์หลังใบหู ระบบดิจิทัล และการปรับแต่งเสียงของเครื่องช่วยฟังด้วยทริบเมอหรือคอมพิวเตอร์</p> <p>ระบบการทำงาน :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้กับผู้ที่มีปัญหาการได้ยินเท่ากับหรือมากกว่า ๔๐ เดซิเบล <p>คุณสมบัติทางเทคนิค :</p> <p>โดยวิเคราะห์ ๒ CC Coupler ตามมาตรฐาน ANSI หรือ IEC</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำลังขยายสูงสุด ๕๐-๙๐ เดซิเบล - ช่วงความถี่ที่ตอบสนองต่ำสุดไม่น้อยกว่า ๓๐๐ - ๓๐๐ Hz. สูงสุดไม่น้อยกว่า ๓,๕๐๐ Hz. - ความดังสูงสุดไม่น้อยกว่า ๑๓๐ เดซิเบล 	ข้างละ	๑๒,๐๐๐	***ราคารวมค่าบริการทางการแพทย์ด้วย ๓,๐๐๐ บาท

	๒๕๐๕	๒.๕.๕ เครื่องช่วยฟังแบบใส่ในช่องหู ระบบดิจิทัล และมีการบันทึกเสียงของเครื่องช่วยฟังด้วยทริมเมอร์หรือคอมพิวเตอร์ ระบบการทำงาน : - ใช้กับผู้มีปัญหาการได้ยินเท่ากับหรือมากกว่า ๔๐ เดซิเบล คุณสมบัติทางเทคนิค : โดยวิเคราะห์ ๒ CC Coupler ตามมาตรฐาน ANSI หรือ IEC - กำลังขยายสูงสุด ๓๐-๕๐ เดซิเบล - ช่วงความถี่ที่ตอบสนองต่ำสุดไม่น้อยกว่า ๑๐๐ - ๒๐๐ Hz. สูงสุดไม่น้อยกว่า ๔,๕๐๐ Hz. - ความดังสูงสุดไม่น้อยกว่า ๑๐๐ เดซิเบล.	ซิงค์	๑๒,๕๐๐	***ราคารวม ค่าบริการทาง การแพทย์ด้วย ๓,๐๐๐ บาท
ก	๒๕๐๕	๒.๕.๕ เครื่องช่วยฟังแบบใส่ในช่องหู ระบบดิจิทัล และมีการบันทึกเสียงของเครื่องช่วยฟังด้วยทริมเมอร์หรือคอมพิวเตอร์ ระบบการทำงาน : - ใช้กับผู้มีปัญหาการได้ยินเท่ากับหรือมากกว่า ๔๐ เดซิเบล คุณสมบัติทางเทคนิค : โดยวิเคราะห์ ๒ CC Coupler ตามมาตรฐาน ANSI หรือ IEC - กำลังขยายสูงสุดไม่ต่ำกว่า ๒๐ เดซิเบล - ช่วงความถี่ที่ตอบสนองต่ำสุดไม่น้อยกว่า ๑๓๐ Hz. สูงสุดไม่น้อยกว่า ๓,๓๐๐ Hz. - ความดังสูงสุดไม่น้อยกว่า ๑๒๐ เดซิเบล	เครื่องละ	๑๒,๕๐๐	***ราคารวม ค่าบริการทาง การแพทย์ด้วย ๓,๐๐๐ บาท
ข	๒๕๐๖	เครื่องช่วยพูด	เครื่องละ	๓๖,๐๐๐	
ค	๕๗๐๑	ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ ชนิดใช้ระยะยาวมีเข็มขัด	ถุงละ	๕๐๐	
ด	๕๗๐๒	ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (Colostomy bag) ชนิดใช้ระยะยาวใช้ร่วมกับแป้นปิดรอบลำไส้	ถุงละ	๕๐	
ด	๕๗๐๓	แป้นปิดรอบลำไส้ (Colostomy flange)	อันละ	๑๕๐	
จ	๕๗๐๔	แผ่นปิดรักษาแผลเปื่อย	ชิ้นละ	๕๖๐	
		ข้อบ่งชี้ทั่วไปของการใช้อุปกรณ์ส่วนปลายที่มีระบบการใช้งาน (มือ ๕ นิ้วหรือมือตะขอ) หรือ Body-Powered Prosthesis คือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ต้องมีการเคลื่อนไหวข้อต่อไหล่ (shoulder joint) รวมทั้ง scapulothoracic motion ที่ปกติ และกำลังกล้ามเนื้อรอบหัวไหล่ที่แข็งแรงสามารถออกแรงดึงหรือควบคุมสายบังคับของอุปกรณ์ส่วนปลายได้ (การเคลื่อนไหวที่สำคัญ คือ glenohumeral flexion และ scapular abduction) สำห.ร.บ.การเลือกใช้ Body-Powered Prosthesis สิ่งที่จะต้องประเมินและฝึกให้ผู้ป่วย/คหฬการ คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ๑) Scapular Abduction ๒) Chest Expansion ๓) Shoulder Depression, Extension และ Abduction ๔) Humeral Flexion ๕) Elbow Flexion (และ Extension) ๖) Forearm Pronation และ Supination			

๑๓	๘๑๐๑	<p>๘.๑.๑ แขนเทียมตัวกำวาระดับคอส่วนปลายชนิดหัวมีระบบการใช้งาน</p> <p>ลักษณะ :</p> <p>๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว สามารถใช้งานได้ ระบบคิงแล้วอ้า</p> <p>๒. ดุมมืออย่างสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบดุมมืออย่างน้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC</p> <p>๓. ข้อมือประกอบด้วยลูมึ้นเทียม เคลียวภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม</p> <p>๔. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายเอ็นหรือสายโลหะปลอดสนิมหรือตัวยึดสาย</p> <p>๕. ชุดสายยึดเข้ากับแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบหน้าทำด้วยสแตนเลสพร้อมข้อคัปเปิ้ลยึดสาย</p> <p>๖. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก</p> <p>ข้อบ่งชี้ :</p> <p>๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level)</p> <p>๒. ความยาวของคอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม (Terminal Device) ได้</p> <p>๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis)</p> <p>๔. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมือหัวมีระบบการใช้งานมือเทียม</p> <p>อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>	ข้างละ	๓๖,๕๐๐	
๑๔	๘๑๐๒	<p>๘.๑.๒ แขนเทียมตัวกำวาระดับคอส่วนปลายชนิดหัวไม่มีระบบการใช้งาน</p> <p>ลักษณะ :</p> <p>๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว ชนิดที่สามารถคัตนิ้วมือได้</p> <p>๒. ข้อมือใช้ค็อกกับมือเทียม</p> <p>๓. ดุมมืออย่างสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบดุมมืออย่างน้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC</p> <p>๔. เบ้าแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก</p> <p>ข้อบ่งชี้ :</p> <p>๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level)</p> <p>๒. ความยาวของคอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม (Terminal Device) ได้</p> <p>๓. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการความสวยงามหรือในผู้ป่วย/คนพิการกลุ่มผู้สูงอายุ</p> <p>อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>	ข้างละ	๓๗,๒๐๐	

๑๓	๘๑๐๓	<p>๘.๑.๓. แขนเทียมค้ำกว่าระดับศอกส่วนปลายชนิดตะขอลิโตะ</p> <p>ลักษณะ :</p> <ol style="list-style-type: none"> มือตะขอลิโตะทำด้วยโลหะปลอดสนิม ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียมเกอเทียภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายโลหะปลอดสนิม พร้อมตัวยึดสาย ชุดสายยึดเข้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. หรือวงแหวน (O ring) ขอบบนทำด้วยสแตนเลส พร้อมน็อตเป็นยึดสาย เข้าแขนเทียมค้ำกว่าระดับศอก ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก <p>ข้อบ่งชี้ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ใช้สำหรับคนที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level) ความยาวของคอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อมือเทียม (Wrist Component) และมือเทียม ชนิดตะขอลิโตะ (Terminal Device) ได้ คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย เหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motionis for a Body-Powered Prosthesis) ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดตะขอลิโตะมีระบบ การใช้งานที่ต้องการใช้หยิบจับสิ่งของขนาดเล็กหรืองานที่ต้องการความละเอียดสูง <p>อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>	ข้างละ	๒๔,๕๐๐	
๑๔	๘๑๐๔	<p>๘.๑.๔ แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดหัวนิ้วไม่มีระบบใช้งาน ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ</p> <p>ลักษณะ :</p> <ol style="list-style-type: none"> มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๔ นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ข้อมือใช้กับมือเทียม ถุงมืออย่างสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงข้อมืออย่างน้อย ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC ข้อศอกปรับล็อกได้ด้วยมือ (manual lock) เข้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก <p>ข้อบ่งชี้ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) หรือระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) ความยาวของคอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมีหัวนิ้วไม่มีระบบการใช้งานมือเทียม <p>อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>	ข้างละ	๓๗,๐๐๐	

		ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เก็บ (บาท)	หมายเหตุ
๑๕	๘๑๐๕	<p>๘.๑.๕ แขนเทียมที่มือขวาส่วนปลายชนิดขอโลหะข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ</p> <p>ลักษณะ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มือขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๒. ข้อมือประกอบด้วยคลัมป์เบียม เคลียมาทในหัวด้วยโลหะปลอดสนิม ๓. ข้อศอกปรับล็อกได้ด้วยมือ (manual lock) ๔. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายโลหะปลอดสนิม หรือคัตยัดสาย ๕. ชุดสายยึดเข้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒๕-๓๕ ซม. พร้อมวงแหวน (Oring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลส พร้อมน๊อตเป็นยึดสาย ๖. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือข้อศอก ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก <p>ข้อบ่งชี้ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) หรือระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level) ๒. ความยาวของคอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ ๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) ๔. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องสวมแขนเทียมชนิดขอโลหะมีระบบการใช้งานที่ต้องการใช้หนีบจับสิ่งของขนาดเล็กหรืองานที่ต้องการความละเอียดสูง <p>อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>	ข้างละ	๔๔,๐๐๐	
๑๖	๘๑๐๖	<p>๘.๑.๖ แขนเทียมชนิดไหล่หรือแบบไหล่ส่วนปลายชนิดหัวนิ้วไม่มีระบบใช้งานข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ</p> <p>ลักษณะ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว ชนิดที่สามารถดัดนิ้วมือได้ ๒. ข้อมือใช้ต่อกับมือเทียม ๓. คุ้งมืออย่างสวยงามคล้ายของจริงสำหรับสามมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบข้อมืออย่างน้อย ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC ๔. ข้อศอกปรับล็อกได้ด้วยมือ (manual lock) ๕. เบ้าแขนเทียมระดับชนิดไหล่หรือแบบไหล่ ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก <p>ข้อบ่งชี้ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับไหล่ (Shoulder disarticulation level) ๒. ใช้สำหรับผู้ที่ต้องการแขนเทียมชนิดมีหัวนิ้วไม่มีระบบการใช้งานมือเทียม ๓. การตัดระดับนี้ความยาวคอแขนและกล้ามเนื้อที่เหลืออยู่มีไม่เพียงพอต่อการควบคุมการทำงานของแขนเทียม <p>อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>	ข้างละ	๓๔,๐๐๐	

๑๗	๘๑๐๗	<p>๘.๑.๗ แขนเทียมเหนือศอกสลับปลายเป็นชนิดนิ้วมีระบบใช้งาน ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ</p> <p>ลักษณะ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว สามารถใช้งานได้ ระบบดึงแล้วเอา ๒. ถุงมือยางสวมง่ายคล้ายของจริงสำหรับสวมมือเทียม ความยาวจากข้อมือถึงขอบถุงมือยางไม่น้อยกว่า ๓๐ ซม. ทำจากยางหรือวัสดุชนิด PVC ๓. ข้อมือประกอบด้วยอลูมิเนียม เคลือบภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ๔. ข้อศอกปรับล็อกได้ด้วยมือ (manual lock) ๕. สายเคเบิลควบคุมเป็นชนิดสายเอ็นหรือสายโลหะปลอดสนิม พร้อมควัดสาย ๖. ชุดสายยึดเข้าแขนเทียม (Harness) เป็นชนิดสายที่มีความกว้างระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. หรือวงแหวน (O ring) ของเหล็กทำด้วยสแตนเลส พร้อมนอตเป็นชนิดสว่าน ๗. เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก <p>ข้อบ่งชี้ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) ๒. ความยาวของคอแขนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถประกอบข้อศอกเทียม (Elbow joint unit) ได้ ๓. คนพิการมีระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเหมาะสมสำหรับการใช้แขนเทียม (Body-Control Motions for a Body-Powered Prosthesis) <p>อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>	ข้างละ	๕๖,๐๐๐	
๑๘	๘๑๐๘	<p>๘.๑.๘ เบ้าแขนเทียมใต้ศอก</p> <p>ลักษณะ : ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก ใช้สวมคอแขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของคอแขนที่เหลืออยู่</p> <p>ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับผู้ป่วย/คนพิการที่ตัดแขนระดับใต้ข้อศอก (Trans radial amputation level)</p> <p>อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้งานที่เขมสามารถเบิกจ่ายค่าบ้านขมที่เขมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>	ข้างละ	๒,๐๐๐	
๑๙	๘๑๐๙	<p>๘.๑.๙ เบ้าแขนเทียมระดับศอก</p> <p>ลักษณะ : ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก ใช้สวมคอแขนเทียมระดับศอก แบบขอบเบ้าขึ้นอยู่กับความยาวของคอแขนที่เหลืออยู่</p> <p>ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับระดับศอก (Elbow disarticulation amputation level)</p> <p>อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้งานที่เขมสามารถเบิกจ่ายค่าบ้านขมที่เขมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>	ข้างละ	๓,๐๐๐	

๒๐	๘๑๓๐	๘.๑.๓๐ แขนเทียมระดับเหนือศอก ลักษณะ : ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก ใช้สวมคล้องแขนเทียมระดับเหนือศอกแบบขอบเข้าขึ้นอยู่กับความยาวของคอแขนที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับเหนือข้อศอก (Trans humeral amputation level) อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้งานหัดสามารถปรับแก้ค่าปรับแขนเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๒๑	๘๑๓๑	๘.๑.๓๑ แขนเทียมระดับไหล่ ลักษณะ : ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก ใช้สวมคล้องแขนเทียมระดับไหล่แบบขอบเข้าขึ้นอยู่กับความยาวของคอแขนที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดแขนระดับไหล่ (Shoulder disarticulation level) อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใช้งานหัดสามารถปรับแก้ค่าปรับแขนเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๔,๐๐๐	
๒๒	๘๑๓๒	๘.๑.๓๒ สายขึงคิ้วยเทียม/มือเทียม ลักษณะ : ทำหน้าที่ยึดแขนเทียมกับคอแขนที่เหลืออยู่ ควบคุมการล็อกและปลดล็อกขงข้อศอกและการทำงานหุบตัวของมือเทียมหรือการเคลื่อนไหวของอุปกรณ์ส่วนปลาย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ใช้แขนเทียมระดับต่างๆที่มีระบบการใช้งาน อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	เส้นละ	๓,๒๐๐	
๒๓	๘๑๓๔	๘.๑.๓๔ มือเทียมห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งาน ลักษณะ : มือเทียมที่มีลักษณะเป็นนิ้วมือ ๕ นิ้ว ชนิดที่สามารถตัดนิ้วมือได้ทำจากโฟมนุ่มมีหลายขนาดให้เลือก รูปร่างเหมือนมือและใช้ร่วมกับถุงมือเทียมสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียมชนิดห้านิ้วไม่มีระบบการใช้งานกรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๔,๐๐๐	
๒๔	๘๑๓๕	๘.๑.๓๕ มือตะขอโลหะ ลักษณะ : ๑. มือตะขอโลหะทำด้วยโลหะปลอดสนิม หุ้มด้วยพลาสติก ๒. เป็นตะขอสำหรับถือ จับ หัวอุปกรณ์/เครื่องมือ สามารถอำหรือหุบได้ตามความต้องการของคนพิการ ควบคุมการใช้งานด้วยลำตัว ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียมตะขอโลหะ กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๐,๐๐๐	
๒๕	๘๑๓๖	๘.๑.๓๖ มือเทียมห้านิ้วมีระบบการใช้งาน ลักษณะ : สามารถอำหรือหุบได้ตามความต้องการของผู้พิการ ควบคุมการใช้งานด้วยลำตัว ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๑,๐๐๐	

๒๖	๘๑๑๓	๘.๑.๑๓ ข้อมือเทียมชนิดโลหะ ลักษณะ : เป็นส่วนประกอบที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และ มือเทียม/มือตะขอโลหะ โดยข้อมือประกอบด้วย อลูมิเนียม เคลือบภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๕ ปี	ชิ้นละ	๕,๐๐๐	
๒๗	๘๑๑๔	๘.๑.๑๔ ข้อมือเทียมชนิดไม้ ลักษณะ : เป็นส่วนประกอบที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และ มือเทียม/มือตะขอโลหะ โดยข้อมือทำจาก ไม้ เคลือบภายในทำด้วยโลหะปลอดสนิม ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อมือเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๑,๕๐๐	
๒๘	๘๑๑๕	๘.๑.๑๕ ข้อศอกที่ล็อกได้ด้วยมือ ลักษณะ : ๑. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และ แขน/เท้าท่อนบน (Arm) เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม ๒. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อกได้ด้วยมือ (manual lock) ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๑๕,๐๐๐	
๒๙	๘๑๒๐	๘.๑.๒๐ ข้อศอกเทียมล็อกได้แบบอัตโนมัติ ลักษณะ : ๑. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และ แขน/เท้าท่อนบน (Arm) เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม ๒. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อกได้แบบอัตโนมัติ ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๕๐,๐๐๐	
๓๐	๘๑๒๑	๘.๑.๒๑ ข้อศอกเทียมล็อกได้ด้วยสายบังคับ ลักษณะ : ๑. เป็นส่วนประกอบของข้อศอกเทียมที่เชื่อมต่อระหว่างแขนท่อนล่าง (Forearm) และ แขน/เท้าท่อนบน (Arm) เพื่อประกอบเป็นแขนเทียม ๒. ข้อศอกเทียมเป็นชนิดปรับล็อกได้ด้วยสายบังคับ ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะข้อศอกเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๔๕,๐๐๐	
๓๑	๘๑๒๒	๘.๑.๒๒ สายรัดแขนเทียม ลักษณะ : สายคล้องรัดพยุงแขนเทียมกับลำตัว เป็นชุดสายยึดเข้ากับ แขนเทียม (Harness) ทำจากสายใยล่อนเป็นชนิดสายที่มีความกว้าง ระหว่าง ๒.๕-๓.๕ ซม. พร้อมวงแหวน (O ring) ขอบมนทำด้วยสแตนเลสพร้อมข้อต่อเป็นยึดสาย ข้อบ่งชี้ : สำหรับเปลี่ยนเฉพาะสายรัดแขนเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	เส้นละ	๒๕๐	

		ข้อบังคับทั่วไป : ใช้กับผู้ขาดเท้าทดแทนขาที่หายไปเพื่อประโยชน์ในกรณีอื่น เดิม			
๓๒	๔๒๐๑	๔.๒.๑ ขาเทียมระดับข้อเท้า (Symes) ลักษณะ : ขาเทียมระดับข้อเท้าที่มีเท้าเทียมติดกับเท้าเทียมโดยตรง ประกอบด้วย -- ๑. เบ้าขาเทียมระดับข้อเท้า ผลิตจากเรซินหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. เท้าเทียม ชนิดไม่มีข้อ, หรือเท้าเทียมแบบเฉพาะสำหรับขาเทียมระดับข้อเท้า ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนที่ตัดขาระดับข้อเท้า (Syme/Ankle disarticulation amputation level) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑๑,๐๐๐	
๓๓	๔๒๐๒	๔.๒.๒ ขาเทียมระดับได้เข้าแกนนอก ลักษณะ : ขาเทียมระดับได้เข้าแกนนอก ใช้ไม้หรือโพลีเอทิลีนที่เชื่อมระหว่างเบ้าขาเทียม ข้อเท้าเทียมและเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีดัดเครื่องปรุงของไม้หรือโพลีเอทิลีนให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง แล้วเคลือบด้วยเรซินอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมได้เข้าสติดจากเรซินหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๓. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังทกเหลี่ยมพร้อมแป้นดาวกระจายและแหวนสปริงเพื่อใช้ยึดกับน๊อต ยึดฝ่าเท้า ๔. น๊อตยึดฝ่าเท้า ๕. สายเข็มขัดขาเทียมได้เข้า (ขึ้นกับลักษณะของเท้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๖. แป้นและน๊อตยึดสายเข็มขัดเท้าด้วยสแตนเลส ๓ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเท้าอาจจะมีหรือไม่มีก็ได้) ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนที่ตัดขาระดับได้เข้า (Trans tibial amputation level) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	ข้างละ	๖,๐๐๐	

๓๔	๘๒๐๓	<p>๘.๒.๓. ขาเทียมระดับต้นเข่าคนแก่ใน</p> <p>ลักษณะ : ขาเทียมระดับต้นเข่าคนแก่ไม่มีแกนทองเหลืองระหว่างขาเทียมและเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม หลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โหม่งหรือโพนสังเคราะห์ที่แข็งในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่งประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เบ้าขาเทียมได้เข่าผลิตจากเรซินหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ดัวยึดเบ้าขาเทียม ๓. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๔. ดัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดข้อ ๕. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ดัวยึดเท้าเทียม ๖. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๗. นี้อยึดฝ่าเท้า ๘. สายเข็มขัดขาเทียมได้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๙. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. โพนขาเทียมได้เข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) <p>ข้อบ่งชี้ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ใช้สำหรับคนที่ตัดขาระดับได้เข่า (Trans tibial amputation level) ๒. เหมาะสำหรับคนที่การรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือ คนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี 	ข้างละ	๑๒,๐๐๐	
๓๕	๘๒๐๔	<p>๘.๒.๔ ขาเทียมระดับข้อเข่าคนนอก</p> <p>ลักษณะ : ขาเทียมระดับข้อเข่าคนนอก ใช้ไม้หรือโพนสังเคราะห์เชื่อมระหว่างข้อเข่าขาเทียมข้อเท้าเทียมและเท้าเทียม หลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีตกแต่งรูปร่างของไม้หรือโพนสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่งแล้วเคลือบด้วยเรซินอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรงประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เบ้าขาเทียมระดับข้อเข่าผลิตจากเรซินหรือพลาสติกชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ข้อเข่าแบบประกบข้างนอกและข้างในข้อ ชนิด Outside hinge joint ทำจากสแตนเลส หรือโลหะอย่างดี ๓. หน้าแข้งขาเทียม ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก ๔. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๕. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝักเหล็กหรือเป็นดาวกระจายและแหวนสปริง เพื่อใช้ยึดกับนี้อยึดฝ่าเท้า ๖. นี้อยึดฝ่าเท้า ๗. สายเข็มขัดขาเทียมหน้าแข้ง (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๘. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) <p>ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนที่ตัดขาระดับข้อเข่า (Knee Disarticulation level)</p> <p>อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>	ข้างละ	๒๑,๐๐๐	

๓๖.	๘๒๐๕	<p>๘.๒.๕ ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก</p> <p>ลักษณะ : ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนนอก ใช้ไม้หรือโหม่งสังเคราะห์ เชื่อมระหว่างเข่าเทียมต่อกับข้อเข่าเทียม และระหว่างข้อเข่าเทียมกับข้อเท้าเทียมและเท้าเทียม ภายหลังจัดแนวขาเทียมจะใช้วิธีดัดคั่งรูปร่างของไม้หรือโหม่งสังเคราะห์ให้มีรูปร่างใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่งแล้วเคลือบด้วยเรซินอีกครั้งเพื่อเพิ่มความแข็งแรงประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เข่าเทียมระดับเหนือเข่าเข่าผลิตจากเรซินหรือพลาสติก ชนิดมีเข่าอ่อนหรือไม่มีเข่าอ่อน ๒. ข้อเข่าชนิดแกนเดี่ยวหรือระบบเบรกอัตโนมัติ มีตัวช่วยเหยียดข้อเข่าและปรับความฝืดข้อเข่าได้ ๓. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot ๔. ข้อเท้าไม้ โดยมีหัวฝังเหล็กหรือเหล็กพร้อมแป้นค้ำกระจายและแหวนสปริงเพื่อใช้ยึดกับข้อศอกยัดผ้าเท้า ๕. ข้อศอกยัดผ้าเท้า ๖. สายเข็มขัดขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับลักษณะของเท้า อาจจะมีหรือไม่มี) ๗. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดเท้าด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเท้าอาจจะมีหรือไม่มี) <p>ข้อป่งนี้ : ใช้สำหรับคนที่การตัดขาระดับเหนือเข่า (Trans femoral amputation level)</p> <p>อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>	ข้างละ	๒๖,๐๐๐	
๓๗.	๘๒๐๖	<p>๘.๒.๖ ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน</p> <p>ลักษณะ : ขาเทียมระดับเหนือเข่าแกนใน มีตัวต่อขาเชื่อมต่อระหว่างเข่าเทียมกับข้อเข่าเทียมและมีแกนข้อเข่าเชื่อมต่อระหว่างข้อเข่าและเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งผ่านน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม ภายหลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โหม่งไม้หรือโหม่งสังเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและดัดรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่งประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เข่าเทียมเหนือเข่าผลิตจากเรซินหรือพลาสติก ชนิดมีเข่าอ่อนหรือไม่มีเข่าอ่อน ๒. ตัวยึดเข่าเทียม ๓. ข้อเข่าเทียม ชนิดแกนเดี่ยว หรือหลายแกน ตามความแข็งแรงและเหมาะสมกับกิจกรรมของคนที่การ ๔. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๕. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดข้อ ๖. แป้นยึดผ้าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม ๗. เท้าเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot หรือแกนเดี่ยวหรือหลายแกน ๘. ข้อศอกยัดผ้าเท้า ๙. สายเข็มขัดขาเทียมได้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเท้า อาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. แป้นและนอตยึดสายเข็มขัดเท้าด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเท้าอาจจะมี หรือไม่มี) ๑๑. โหม่งขาเทียมเหนือเข่า (ขึ้นกับผู้ปวย อาจจะมีหรือไม่มี) <p>ข้อป่งนี้ : —</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ใช้สำหรับคนที่การตัดขาระดับเหนือเข่า (Transfemoral amputation level) ๒. เหมาะสำหรับผู้คนที่การรายใหม่ คนที่การที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนที่การเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเท้าและความสูงขาเทียม <p>อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>	ข้างละ	๒๘,๐๐๐	

๓๘	๘๒๐๗	ขาเทียมระดับสะโพกภายนอก	ข้างละ	๓๐,๐๐๐	
๓๙	๘๒๐๘	ขาเทียมระดับสะโพกภายใน	ข้างละ	๕๐,๐๐๐	
๔๐	๘๒๐๙	๘.๒.๒๔ ขาเทียมระดับใต้เข่าภายในเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis) ลักษณะ : ขาเทียมระดับใต้เข่าภายใน มีแกนต่อเชื่อมต่อระหว่างเท้าเทียม และเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม หลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โหม่นิมหรือโหม่นิงเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมใต้เข่าผลิตจากเรซินหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ตัวยึดเบ้าขาเทียม ๓. แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ๔. ตัวยึดแกนขาเทียม/ปลอกรัดข้อ ๕. แป้นยึดฝ่าเท้าเทียม/ ตัวยึดเท้าเทียม ๖. เท้าเทียมชนิด Single axis ๗. นีออนยึดฝ่าเท้า ๘. สายเข็มขัดขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับลักษณะของเบ้าอาจจะมีหรือไม่มี) ๙. แป้นและบอดยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเบ้า อาจจะมีหรือไม่มี) ๑๐. โหม่นขาเทียมใต้เข่า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี) ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาในระดับใต้เข่า (Trans tibial amputation level) ๒. เหมาะสำหรับคนพิการรายใหม่ ผู้สูงอายุ คนพิการที่อุกคืดขาของข้างหรือคนพิการเด็กที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเบ้าและความสูงขาเทียม มีกำลังกล้ามเนื้อไม่เพียงพอในการควบคุมข้อเข่าในช่วงการเดินได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๓๐,๐๐๐	
๔๑	๘๒๒๕	๘.๒.๒๕ ขาเทียมระดับข้อเข่าภายใน ลักษณะ : ขาเทียมระดับข้อเข่าภายใน มีตัวข้อเข่าเชื่อมต่อระหว่างเบ้าขาเทียมกับข้อเข่าเทียมและมีแกนต่อเชื่อมต่อระหว่างข้อเข่าและเท้าเทียม โดยส่วนประกอบดังกล่าวทำหน้าที่รับน้ำหนักและส่งน้ำหนักไปสู่เท้าเทียม หลังจากการจัดแนวขาเทียมจะใช้โหม่นิมหรือโหม่นิงเคราะห์แข็ง ในการห่อหุ้มด้านนอกและตกแต่งรูปร่างให้ใกล้เคียงกับขาอีกข้างหนึ่ง ประกอบด้วย ๑. เบ้าขาเทียมระดับข้อเข่าผลิตจากเรซินหรือพลาสติก ชนิดมีเบ้าอ่อนหรือไม่มีเบ้าอ่อน ๒. ตัวยึดเบ้าขาเทียม ๓. ข้อเข่าเทียมชนิดแกนเดี่ยวหรือหลายแกนตามความแข็งแรงและเหมาะสมกับกิจกรรมของคนพิการ	ข้างละ	๒๕,๐๐๐	

		<p>๕. แขนงขาเทียม/แขนงหน้าแข็ง</p> <p>๕.1. หัวยึดแขนงขาเทียม/ปลอกยึดหัว</p> <p>๖. แขนงยึดฝ่าเท้าเทียม/หัวยึดเท้าเทียม</p> <p>๗. หัวเทียมชนิด Solid Ankle Cushion Heel (SACH) Foot หรือ แขนงเดี่ยวหรือหลายแกน</p> <p>๘. บ็อดยึดฝ่าเท้า</p> <p>๙. สายเข็มขัดรัดเทียมได้เข้า (ขึ้นกับลักษณะของเท้าว่าจะมีหรือไม่มี)</p> <p>๑๐. แขนงและบ็อดยึดสายเข็มขัดทำด้วยสแตนเลส ๑ ชุด (ขึ้นกับลักษณะของเท้าว่าจะมีหรือไม่มี)</p> <p>๑๑. โฟมขาเทียมเหนือเข้า (ขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะมีหรือไม่มี)</p> <p>ข้อบ่งชี้ :</p> <p>๑. ใช้สำหรับคนพิการที่ตัดขาในระดับข้อเข่า (Knee Disarticulation level)</p> <p>๒. คนพิการสามารถลงน้ำหนักที่ปลายข้อขาได้</p> <p>๓. เหมาะสำหรับผู้คนพิการรายใหม่ คนพิการที่ถูกตัดขาสองข้าง หรือคนพิการเด็กที่ค่อนข้างมีการเปลี่ยนแปลงขนาดเท้าและความสูงขาเทียม</p> <p>อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>			
๔๒	๘๒๐๙	<p>๘.๒.๕ เท้าเทียมที่ดัดใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่าง ๆ</p> <p>ลักษณะ : เท้าเทียมที่ต้องใส่ร่วมกับขาเทียมแบบต่างๆ แบ่งออกเป็นหลายรูปแบบ ตัวอย่างเช่น Solid Ankle Cushion Heel (SACH), Single-axis, Multiaxial, Flexible keel และ Dynamic response เป็นต้น</p> <p>ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเท้าเทียม กรณีขากระดูกไม่สามารถซ่อมแซมได้</p> <p>อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี</p>	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๔๓	๘๒๑๘	<p>๘.๒.๑๘ เบ้าขาเทียมได้เข้า/ข้อเท้า</p> <p>ลักษณะ : ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก ใช้สวมต่อขาระดับได้เข้าข้อเท้าแบบขอบนเข้าขึ้นอยู่กับความยาวของคอขาที่เหลืออยู่</p> <p>ข้อบ่งชี้ :</p> <p>๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้าขาเทียม</p> <p>๒. สำหรับคนพิการที่ตัดขาในระดับได้เข้า/ข้อเท้า</p> <p>อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใส่ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๔๔	๘๒๑๙	<p>๘.๒.๑๙ เบ้าขาเทียมระดับเข้า</p> <p>ลักษณะ : ผลิตจากเรซินหรือพลาสติก ใช้สวมต่อขาระดับเข้าแบบขอบนเข้าขึ้นอยู่กับความยาวของคอขาที่เหลืออยู่</p> <p>ข้อบ่งชี้ :</p> <p>๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้าขาเทียม</p> <p>๒. สำหรับคนพิการที่ตัดขาในระดับเข้า</p> <p>อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใส่ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียมได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี</p>	ข้างละ	๔,๐๐๐	

๔๕	๘๒๒๐	๘.๒.๒๐. เบ้าขาเทียมเหนือเข่า ลักษณะ : ผลัดจากเรซินหรือพลาสติก ใช้สวมคอขาระดับเหนือเข่า แบบขอบเข่าขึ้นอยู่กับความยาวของคอขาที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า ๒. สำหรับคนที่พิการที่ตัดขาระดับเหนือเข่า อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใส่ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียม ได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๔,๐๐๐	
๔๖	๘๒๒๑	๘.๒.๒๑. เบ้าขาเทียมระดับสะโพก ลักษณะ : ผลัดจากเรซินหรือพลาสติก ใช้สวมคอขาระดับเหนือเข่า แบบขอบเข่าขึ้นอยู่กับความยาวของคอขาที่เหลืออยู่ ข้อบ่งชี้ : ๑. สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า ๒. สำหรับคนที่พิการที่ตัดขาระดับสะโพก. อายุการใช้งาน : หนึ่งปีแรกที่ใส่ขาเทียมสามารถเบิกจ่ายค่าเบ้าขาเทียม ได้ ๒ ครั้งใน ๑ ปี หลังจากนั้นให้มีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๖,๐๐๐	
๔๗	๘๒๒๒	๘.๒.๒๒. สายเข็มขัดเทียม/สายยึดเบ้าขาเทียม ลักษณะ : เป็นสายเข็มขัดหนังหรือไมลอน เพื่อยึดเบ้าขาเทียมกับลำตัว ของคนที่พิการ ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับยึดขาเทียมระดับได้เข่า (Supracondylar cuff suspension) ๒. ใช้สำหรับยึดขาเทียมระดับเหนือเข่า/ระดับเข่า (Silesian band) อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๒๕๐	
๔๘	๘๒๒๓	๘.๒.๒๓. แบนสายเข็มขัด ข้อบ่งชี้ : ๑. ใช้สำหรับยึดสายเข็มขัดขาเทียมระดับได้เข่า/เหนือเข่า/ระดับเข่า ๒. ใช้ควบคู่กับสายเข็มขัดขาเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	คู่ละ	๑๐๐	
๔๙	๘๒๒๖	๘.๒.๒๖. ข้อเข่าเทียมแบบแกนใน ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนข้อเข่าเทียมเพื่อประกอบขาเทียมแบบแกนใน ระดับข้อเข่าเหนือเข่า/สะโพก ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะข้อเข่าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถ ซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑๓,๐๐๐	
๕๐	๘๒๒๗	๘.๒.๒๗. ข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อเท้าโยกได้ (Single axis ankle joint) ลักษณะ : ข้อเท้าโลหะอย่างดัดชนิดแกนเดี่ยวสามารถขยับกระดูกข้อเท้าได้ ในแนวหน้าหลังมีลูกยางด้านหลังสำหรับประคองขณะกระดูกข้อเท้าลง ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะข้อเท้าสำหรับเท้าเทียมชนิดข้อ เท้าโยกได้ กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	ข้างละ	๒,๕๐๐	

๕๑	๘๒๒๘	๘.๒.๒๘ เท้าหลุมสำหรับข้อเท้าโยกได้ ลักษณะ : เป็นเท้าเทียมชนิดพิเศษที่ใช้ประกอบกับข้อเท้าโยก (Single Axis Ankle Joint) ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับเปลี่ยนเท้าเทียมกับขาเทียมแบบในที่มีข้อเท้าโยกได้ อายุการใช้งาน : ๓ ปี	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๕๒	๘๒๒๙	๘.๒.๒๙ แป้นยึดฝ่าเท้าเทียมระบบแกนใบ / ค้ำยันเท้าเทียม ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดเท้าเทียมกับค้ำยันแกนขาเทียม เพื่อประกอบขาเทียมระดับได้เข้า/ข้อเข้า/เหนือเข้า/สะโพก แบบแกนใบ ข้อบ่งชี้ : สำหรับกรณีเปลี่ยนเฉพาะแป้นยึดฝ่าเท้าเทียม กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๕๓	๘๒๓๐	๘.๒.๓๐ แกนขาเทียม/แกนหน้าแข้ง ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างเท้าเทียมหรือข้อเข้าเทียมกับเท้าเทียม เพื่อประกอบขาเทียมให้มีความยาวที่เหมาะสมใช้ได้กับขาเทียมระดับได้เข้า/ข้อเข้า/เหนือเข้า/สะโพกแบบแกนใบ ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะแกน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๕๔	๘๒๓๑	๘.๒.๓๑ ค้ำยันแกนขาเทียม/ปลอกรัดข้อ ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างแป้นยึดฝ่าเท้าเทียมกับเท้าเทียม/ข้อเข้า เพื่อประกอบขาเทียมระดับได้เข้า/ ข้อเข้า/เหนือเข้า/สะโพกแบบแกนใบ ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะค้ำยัน/ปลอกกรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๑,๐๐๐	
๕๕	๘๒๓๒	๘.๒.๓๒ ค้ำยันเท้าเทียม ลักษณะ : เป็นชิ้นส่วนเพื่อยึดระหว่างแกนขาเทียมกับเท้าเทียมหรือข้อเข้าเทียม เพื่อประกอบขาเทียมระดับได้เข้า/ข้อเข้า/เหนือเข้า/สะโพกแบบแกนใบ ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะค้ำยันเท้าเทียม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๕๖	๘๒๓๓	๘.๒.๓๓ โฟมขาเทียมเหนือเข้า ลักษณะ : เป็นฟองน้ำหุ้มขาเทียมแบบในเพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะโฟมขาเทียมเหนือเข้าระบบแกนใบ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๓,๕๐๐	
๕๗	๘๒๓๔	๘.๒.๓๔ โฟมขาเทียมใต้เข้า ลักษณะ : เป็นฟองน้ำหุ้มขาเทียมแบบในเพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะโฟมขาเทียมใต้เข้าระบบแกนใบ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันละ	๑,๕๐๐	

๕๘	๘๒๓๕	๘.๒.๓๕ ถุงน่องขาเทียมเหนือเข่า ลักษณะ : เป็นถุงน่องสำหรับหุ้มบนฟองน้ำหุ้มขาเทียมเหนือเข่า แถบในเพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับกรณีเปลี่ยนถุงน่องหุ้มใหม่ขาเทียมเหนือเข่าระบบแถบใน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อับละ	๒๐๐	
๕๙	๘๒๓๖	๘.๒.๓๖ ถุงน่องขาเทียมใต้เข่า ลักษณะ : เป็นถุงน่องสำหรับหุ้มบนฟองน้ำหุ้มขาเทียมใต้เข่าแถบใน เพื่อความสวยงาม ข้อบ่งชี้ : สำหรับการเปลี่ยนถุงน่องหุ้มใหม่ขาเทียมใต้เข่าระบบแถบใน กรณีชำรุดไม่สามารถซ่อมแซมได้ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อับละ	๒๐๐	
๖๐	๘๓๐๕	มือคัพยางลวด	ขุดละ	๒,๐๐๐	
๖๑	๘๓๐๖	โลหะหรือพลาสติกตามหลังคค	ขุดละ	๘,๐๐๐	
๖๒	๘๓๐๗	มือคัพยางระดับเอว(Lumbosacral support)	ขุดละ	๑,๐๐๐	
๖๓	๘๔๐๒	๘.๔.๒ โลหะหรือพลาสติกตามข้อไหล่ ข้อมือ ข้อศอกผู้ใหญ่	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๖๔	๘๔๐๓	๘.๔.๓ โลหะหรือพลาสติกตามข้อไหล่ ข้อมือ ข้อศอกผู้ใหญ่ที่ข้อศอกสปริง	ข้างละ	๑,๐๐๐	
๖๕	๘๕๐๘	๘.๕.๕ แบบยื่นพนักกระดูกท่อนก (Ischium tuberosity) ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างทำจากพลาสติกหรือเรซินใช้ประกอบกับส่วน ขาเทียมบน ข้อบ่งชี้ : ใช้ร่วมกับอุปกรณ์โลหะหรือพลาสติกตามขาชนิดยาว เพื่อให้กระดูกกับก้นเป็นส่วนที่รับน้ำหนักตัวผู้ป่วยแทนการลงน้ำหนัก ที่ขาหรือเท้าโดยตรง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๔๒๐๐	
๖๖	๘๕๒๔	๘.๕.๒๔ PTB brace ชนิดโลหะแบบมีข้อเท้า ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาข้อล่างและเท้าทำจากโลหะ หรือพลาสติกมีฝาประกบด้านหน้าและด้านหลังทำจากพลาสติก หรือเรซิน เพื่อเป็นพื้นที่รับน้ำหนักที่ Patella tendon มีแกนโลหะ พร้อมข้อเท้าขนาดด้านข้างใน-นอก ข้อบ่งชี้ : สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บที่เท้าบริเวณเท้าหรือกระดูกข้อล่าง ขณะลงน้ำหนักและมีปัญหาการควบคุมการเคลื่อนไหวข้อเท้า อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๖,๕๐๐	
๖๗	๘๕๒๖	๘.๕.๒๖ ที่คลุมเข่า Knee pad ลักษณะ : ทำจากหนังหรือวัสดุที่นุ่ม มีสายเข็มขัดยึด ระหว่างแผ่น รองคลุมเข่ากับอุปกรณ์ ข้อบ่งชี้ : สำหรับใช้ร่วมกับพลาสติก/โลหะตามขาที่มีข้อเข่า มีข้อเท้า หรือไม่มีข้อเท้า อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	ชิ้นละ	๓๕๐	

๖๘	๘๕๐๗	๘.๕๐๗ ไม้เท้าข้อมือเหล็ก ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาห้อยล่างและเท้าทำจากโลหะ ประกอบกันเป็นข้อเท้าโลหะ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีอาการเกร็งมาก (severe spasticity) ต้องการความแข็งแรง ทนทานของอุปกรณ์สูง ใช้ติดกับข้อเท้าผิดปกติ varus /valgus ได้ดี เนื่องจากสามารถเพิ่ม T-straps ได้ เช่น ผู้ป่วย Stroke, Hemiplegia and Hemiparesis , CP , Polio late effect Muscular dystrophy, ankle contracture, Equinovarus/valgus อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ข้างละ	๕,๕๐๐	
๖๙	๘๕๒๘	๘.๕๒๘ PTB brace ชนิดพลาสติกไม่มีข้อเท้า ลักษณะ : วัสดุโครงสร้างที่รองรับขาห้อยล่างและเท้าทำจากพลาสติก มีฝาประกบด้านหน้าและด้านหลังทำจากพลาสติกหรือเรซิน เพื่อเป็น พื้นที่รับน้ำหนักที่ Patella tendon ข้อบ่งชี้ : สำหรับผู้ป่วย fracture ที่กระดูกขาห้อยล่าง หรือเจ็บที่เท้า ขณะลงน้ำหนักโดยให้เอ็นสะบ้าเป็นบริเวณรับน้ำหนัก และใช้หลักการ circumferential pressure ในการกระจายน้ำหนัก อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	ชิ้นละ	๔,๐๐๐	
๗๐	๘๗๐๑	เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา (Pick-up-walker)	อันละ	๗๐๐	
๗๑	๘๗๐๒	๘.๗๐๒ เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา มีล้อ	อันละ	๖,๐๐๐	
๗๒	๘๗๐๓	ไม้เท้า ๑ ปุ่ม	อันละ	๑๕๐	
๗๓	๘๗๐๔	ไม้เท้าชนิด ๓ หรือ ๔ ปุ่ม	อันละ	๖๐๐	
๗๔	๘๗๐๕	๘.๗๐๕ ไม้เท้าอื่น	คู่ละ	๒๕๐	
๗๕	๘๗๐๖	๘.๗๐๖ ไม้เท้าเหล็กแบบอลูมิเนียม ลักษณะ : ไม้เท้ายืนความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันที่ฉาก อลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลง น้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัว ขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๖๕๐	
๗๖	๘๗๐๗	๘.๗๐๗ ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา ลักษณะ : ไม้เท้ายืนความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจาก อลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียมไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลง น้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัว ขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๖๐๐	

๗๗	๔๗๐๘	๔.๗.๘ ไม่เห็นสำหรับคนตาบอดหับได้ ลักษณะ : ไม่เห็นก้านยาว ทำจากวัสดุโลหะ อลูมิเนียม หรือสแตนเลส สามารถหับเก็บได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการทางการเห็น อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันตะ	๔๐๐	
๗๘	๔๗๐๙	๔.๗.๙ ที่ช่วยเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior Wheel Walker) ลักษณะ : คอกเดินทำจากอลูมิเนียม มีขา ๒ ข้างพร้อมลูกยางกันลื่น และมีล้อ ๒ ข้าง ขนาดเล็ก ข้อบ่งชี้ : สำหรับเด็กพิการที่สามารถเดินได้แต่มีอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง หรือเดินได้แต่ไม่มีมั่นคง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันตะ	๑,๒๐๐	
๗๙	๔๗๑๐	๔.๗.๑๐ ที่ช่วยเดินแบบมีล้อขนาดใหญ่ (Anterior Wheel Walker) ลักษณะ : คอกเดินทำจากอลูมิเนียม มีขา ๒ ข้างพร้อมลูกยางกันลื่น และมีล้อ ๒ ข้างขนาดเล็ก ข้อบ่งชี้ : สำหรับเด็กพิการที่สามารถเดินได้แต่มีอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง หรือเดินได้แต่ไม่มีมั่นคง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	อันตะ	๑,๐๐๐	
๘๐	๔๗๑๑	๔.๗.๑๑ ไม่ค้ำยันปรับแบบไม้ ลักษณะ : ไม่ค้ำยันความสูงจากระดับปรับถึงพื้นส่วนค้ำยันทำจากไม้ มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลางมีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่งหรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่โลหะ	๓๕๐	
๘๑	๔๘๐๑	๔.๘.๑ รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก ชนิดตัดเฉพาะราย ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง คัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดปกติที่ไม่สามารถใส่รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเข่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกตามขา โดยมีความยาวเท้าต่ำกว่า ๑๕ ซม. อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี ยกเว้นกรณีเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี อายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๖ เดือน	คู่โลหะ	๘๐๐	
๘๒	๔๘๐๒	๔.๘.๒ รองเท้าคนพิการขนาดกลาง ชนิดตัดเฉพาะราย ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง คัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดปกติที่ไม่สามารถใส่รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเข่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกตามขา โดยมีความยาวเท้า ๑๕-๒๒ ซม. อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่โลหะ	๑,๐๐๐	
๘๓	๔๘๐๓	๔.๘.๓ รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่ ชนิดตัดเฉพาะราย ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง คัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้าผิดปกติที่ไม่สามารถใส่รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเข่งขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติกตามขา โดยมีความยาวเท้า ๒๒-๒๗ ซม. อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่โลหะ	๑,๒๐๐	

๘๔	๘๘๐๔	๘.๘.๔ รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ ชนิดคดเฉพาะราย ลักษณะ : วัสดุที่ใช้ทำจากหนัง คัดเย็บเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้ามีรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่ง ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติก ต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น เช่น โลหะ/พลาสติก อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๑,๔๐๐	
๘๕	๘๘๐๕	๘.๘.๕ คำตัดแปลงรองเท้าคนพิการ ลักษณะ : การเสริมอุ้งเท้าภายใน ขนาดใหญ่/เล็ก เสริมลิ้นเท้า ภายใน/นอก, เสริมความสูงรองเท้า เปลี่ยนสันรองเท้า ด้วยการนำวัสดุสำหรับทำรองเท้า เช่น โฟมชนิดต่างๆ ยาง ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีเท้ามีรูปที่ไม่สามารถใช้รองเท้าทั่วไปได้ มีเท้าเขย่ง ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน หรือต้องใช้รองเท้าร่วมกับอุปกรณ์ชนิดอื่น อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี ต่อหนึ่งข้าง	ข้างละ	๔๐๐	
๘๖	๘๘๐๙	๘.๘.๙ เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า ลักษณะ : วัสดุที่นำมาเสริมเท้าส่วนหน้าทำจากโฟมแข็ง หรือวัสดุที่สามารถต่อความยาวเท้าร่วมกับอุปกรณ์ได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับผู้ป่วยที่เท้าบางส่วนถูกตัด อายุการใช้งาน : ๑ ปี	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๗	๘๘๑๐	๘.๘.๑๐ T-strap ลักษณะ : ทำจากหนังหรือวัสดุที่นุ่ม มีสายเข็มขัดคลุมข้อเท้ายึดกับอุปกรณ์ ข้อบ่งชี้ : สำหรับใช้ร่วมกับพลาสติก/โลหะตามขา มีข้อเท้า มีข้อเท้า หรือไม่มีข้อเท้า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อเท้าบิด อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	เส้นละ	๓๐๐	
๘๘	๘๘๑๓	๘.๘.๑๓ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง และยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้ ลักษณะ เป็นรองเท้าสำเร็จรูปที่มีพื้นภายในรองรับการเสริมวัสดุและตัดตามขนาดและรูปเท้าของผู้ป่วย (Depth-inlay shoes) ข้อบ่งชี้ (ก) มีประวัติการตัดนิ้วเท้าหรือบาง ส่วนของเท้า ซึ่งทำให้เท้ามีรูป (ข) มีประวัติการเกิดแผลที่เท้าจากปลายประสาทเสื่อม หรือการขาดเลือด และ/หรือที่มีพยาธิสภาพของเท้าที่มีแผล (ค) มีปลายประสาทเสื่อม โดยการตรวจ Monofilament เบื้องจากการดำเนินของโรคเบาหวานในผู้ป่วยประสาท และ/หรือปลายประสาทบริเวณข้อต่อ และ/หรือมีการขาดเลือด ร่วมกับการเกิดมีเท้ามีรูป	คู่ละ	๑,๖๐๐	
๘๙	๘๘๑๔	๘.๘.๑๔ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีเท้ามีรูปเนื่องจากบางส่วนถูกตัด และ/หรือ Charcot foot ที่ไม่สามารถหารองเท้าสำเร็จรูปได้ (Custom-molded shoes.) ลักษณะ เป็นรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องมีการตัดตามขนาด และรูปเท้าของผู้ป่วยเฉพาะราย (Custom-molded shoes) ข้อบ่งชี้ เหมือนรหัส ๘๘๑๓ แต่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปชนิด Depth-inlay shoes ได้	คู่ละ	๑,๘๐๐	

๙๐	๖๐๐5	๖.๐.๖ สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง ลักษณะ : เป็นสายซิลิโคนสำหรับสวนปัสสาวะ มีปลอกพลาสติกสำหรับใส่สายสวนปัสสาวะ และสายสวนสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้ โดยนำมาแช่น้ำยาฆ่าเชื้อโรคในหลอดพลาสติก ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่มีความบกพร่องของระบบทางเดินปัสสาวะ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	เส้นละ	๘๐๐	
๙๑	๘๙๐๓	๘.๙.๑ รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้ ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัดลอยค้ำหรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้และสามารถปรับส่วนต่างๆ ให้เข้ากับน้ำหนักร่างกายของผู้ใช้งานได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการ โดยรถนั่งคนพิการที่ได้ต้องปรับให้เหมาะสมกับความพิการนั้น อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๖,๖๐๐	
๙๒	๘๙๐๒	๘.๙.๒ รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้ ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะแอสดัมเลส อลูมิเนียม อัดลอยค้ำหรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ไม่สามารถเดินได้ อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๕,๕๐๐	
๙๓	๘๙๐๓	๘.๙.๓ เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ ลักษณะ : ทำจากวัสดุที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel cushion, water cushion, หรือชนิด air cushion ที่มีลักษณะนี้สามารถกระจายน้ำหนัก ข้อบ่งชี้ : ใช้สำหรับคนพิการที่ต้องนั่งรถนั่งคนพิการแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง อายุการใช้งาน : ๑ ปี	อันละ	๘๐๐	
๙๔	๘๙๐๔	๘.๙.๔ รถสามล้อใช้มาตรฐานสำหรับคนพิการ ลักษณะ : เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ในระยะไกล โครงสร้างหลักทำด้วยเหล็กชุบสี หรือโลหะอื่นที่มีความแข็งแรงมั่นคง ขับเคลื่อนโดยการควบคุมก้านโยก ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการที่ทรงตัวในท่านั่งได้ดีแขน ๒ ข้างปกติ และสามารถออกนอกบ้านเพื่อการเข้าสู่สังคมหรือประกอบอาชีพ อายุการใช้งาน : ๓ ปี	คันละ	๖,๐๐๐	
๙๕	๘๐๐๑	๘.๐.๑ แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม ลักษณะ : เป็นแผ่นสำหรับรองบนที่นอน ทำจากวัสดุที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า polyurethane foam, gel, water, air สามารถกระจายแรงกดทับได้ดี และสามารถรองรับร่างกายผู้ใช้งานได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับคนพิการระดับรุนแรง หรืออ่อนตึงไม่สามารถพลิกตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนเองได้และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๑,๐๐๐	



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อกะจัดสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน คณะกรรมการการแพทย์จึงมีมติกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๔(๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในประกาศนี้

“ค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

“การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค” หมายความว่า กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพกิจกรรมด้านการป้องกันโรคที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด รวมทั้งกิจกรรมการณรงค์สร้างเสริมสุขภาพตามสถานการณ์ระบาดของโรคหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการการแพทย์เห็นควรจัดให้มีขึ้นในแต่ละปีตามความเหมาะสม

“การตรวจสุขภาพ” หมายความว่า การตรวจด้านสุขภาพของผู้ที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจนั้น เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ภาวะผิดปกติหรือโรคซึ่งนำไปสู่การป้องกันการส่งเสริมสุขภาพของผู้ประกันตน หรือให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรก แต่ไม่รวมถึงการตรวจด้านสุขภาพของผู้ที่มาขอปรึกษาแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วยหรือภาวะความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง และการตรวจด้านสุขภาพของผู้ที่มีโรคหรือภาวะเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็น

ข้อ ๒ ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมแนบท้ายประกาศนี้ รวมถึงการฉีดวัคซีนตามสถานการณ์การระบาดของโรคที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดขึ้นในแต่ละปี

เงินค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามวรรคหนึ่งส่วนที่สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

ศาสตราจารย์

(นายชาติร์ บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการประกาศคณะกรรมการการแพทย์
 ตารางการตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม
 สำหรับประชาชน อายุ ๑๕ - ๘๐ ปีขึ้นไป
 สำหรับผู้ประกันตนตามแบบท้ายประกาศ

รายการ	อายุ	ความถี่	อัตราค่าบริการ (บาท/ครั้ง)
การตรวจร่างกายตามระบบ			
๑. การคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test	๑๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	รวมในเหมาจ่ายที่ สำนักงานจ่ายให้กับ สถานพยาบาล
๒. การตรวจตาโดยแพทย์หรือบุคลากร สาธารณสุข	๓๐ - ๓๙ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	
	๔๐ - ๕๔ ปี	ตรวจทุกปี	
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสมหรือมีความเสี่ยง	
๓. การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์	๔๐ - ๕๔ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง	
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจทุก ๑ - ๒ ปี	
๔. การตรวจสายตาด้วย Snellen eye Chart	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
๑. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	๑๘ - ๕๔ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง	๕๐
	๕๕ - ๗๐ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๕๐
๒. ปัสสาวะ UA	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๕๐
การตรวจสารเคมีในเลือด			
๑. น้ำตาลในเลือด FBS	๓๕ - ๕๔ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	๕๐
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๕๐
๒. การทำงานของไต Cr	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๔๕
๓. ไชมันในเส้นเลือดชนิด Total & HDL Cholesterol	๒๐ ปีขึ้นไป	ตรวจทุก ๕ ปี	๒๐๐
การตรวจอื่นๆ			
๑. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี HBsAg	สำหรับผู้ เกิดก่อน พ.ศ.๒๕๓๔	ตรวจ ๑ ครั้ง	๑๓๐
๒. มะเร็งปากมดลูก Pap Smear หรือ	๓๐ - ๕๔ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	๕๐
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสมหรือมีความเสี่ยง	๕๐
๓. มะเร็งปากมดลูก Via	๓๐ - ๕๔ ปี	ตรวจทุก ๕ ปี	๕๐
	๕๕ ปีขึ้นไป	แนะนำให้ตรวจ Pap smear	๕๐
๔. เลือดในอุจจาระ FOBT	๕๐ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๓๐
๕. Chest X-ray	๑๕ ปี ขึ้นไป	๑ ครั้ง	๒๐๐

**แนวปฏิบัติการขอรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการเบิกจ่าย
ค่าบริการทางการแพทย์**

บทนิยาม

“ค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

“การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค” หมายความว่า กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพกิจกรรมด้านการป้องกันโรคซึ่งเป็นชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นฐานของประเทศ รวมทั้งกิจกรรมการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพตามสถานการณ์ระบาดของโรคหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการการแพทย์เห็นควรจัดให้มีขึ้นในแต่ละปีตามความเหมาะสม

“การตรวจสุขภาพ” หมายความว่า การตรวจด้านสุขภาพของผู้ที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจนั้น เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ภาวะผิดปกติหรือโรคซึ่งนำไปสู่การป้องกันการส่งเสริมสุขภาพของผู้ประกันตน หรือให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรก แต่ไม่รวมถึงการตรวจด้านสุขภาพของผู้ที่มาขอปรึกษาแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วยหรือภาวะความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง และการตรวจด้านสุขภาพของผู้ที่มีโรคหรือภาวะเรื้อรัง เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เห็น

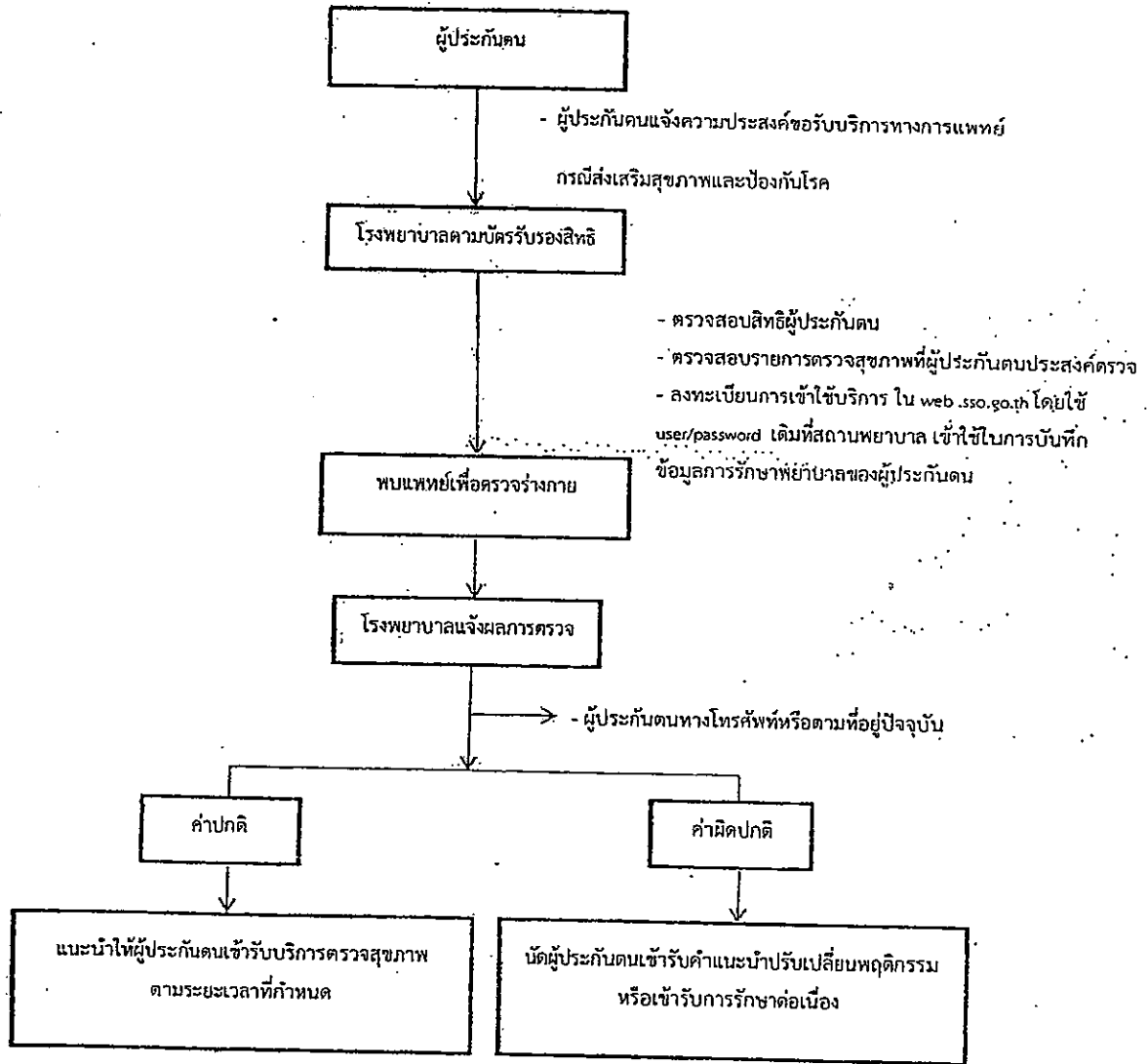
สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ให้แก่สถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิ

ขั้นตอนปฏิบัติการสำหรับผู้ประกันตนขอรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๑. การขอรับบริการ

ผู้ประกันตนแจ้งความประสงค์ขอรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ โดยมีแบบภูมิแสดงขั้นตอนการขอรับสิทธิประโยชน์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนี้

แผนภูมิแสดงขั้นตอนการขอรับสิทธิประโยชน์กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



- ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิเท่านั้น

- รายการและอัตราค่าบริการการตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการ สามารถDownload ได้ที่ www.sso.go.th

๒. สถานพยาบาล

ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๐ สถานพยาบาลสามารถบันทึกข้อมูลความประสงค์ขอรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้ประกันตนได้ใน web.sso.go.th โดยใช้ user/password เดิมที่สถานพยาบาลใช้ในการบันทึกข้อมูลการรักษายาบาลของผู้ประกันตน ตามคู่มือการใช้งานระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ขั้นตอนปฏิบัติกรณีสถานพยาบาลยื่นคำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับสถานพยาบาล

๑. การยื่นคำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิที่ได้ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บันทึกขอรับค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผ่านระบบ E-claim ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดได้ตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

๒. การให้บริการระบบข้อมูลขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ขั้นตอนและระยะเวลาการประมวลผลข้อมูลการเบิก

(๑) ให้สถานพยาบาลบันทึกข้อมูลในผ่านระบบ E-claim ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

(๒) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประมวลผลรายงานให้สำนักงานประกันสังคม เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๐

(๓) สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล เดือนมิถุนายน ๒๕๖๐

สรุปหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ

- ๑) รายการตรวจสุขภาพที่รวมในเหมาจ่ายที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้กับสถานพยาบาล ตารางที่ ๑ แสดงรายการค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่รวมในเหมาจ่าย

รายการ	อายุ	ความถี่	อัตราค่าบริการ (บาท/ครั้ง)
การตรวจร่างกายตามระบบ			รวมในเหมาจ่ายที่สำนักงานจ่ายให้กับสถานพยาบาล
๑. การคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test	๑๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	
๒. การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข	๓๐ - ๓๙ ปี.	ตรวจทุก ๓ ปี	
๓. การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข	๔๐ - ๕๔ ปี	ตรวจทุกปี	
๔. การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข	๕๕ ปี ขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสม/เสี่ยง	
๕. การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์	๔๐ - ๕๔ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง	
๖. การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจทุก ๑ - ๒ ปี	
๗. การตรวจสายตาด้วย Snellen eye Chart	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	

๒) รายการตรวจสุขภาพที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้กับสถานพยาบาลนอกเหนือเหมาจ่ายหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนด

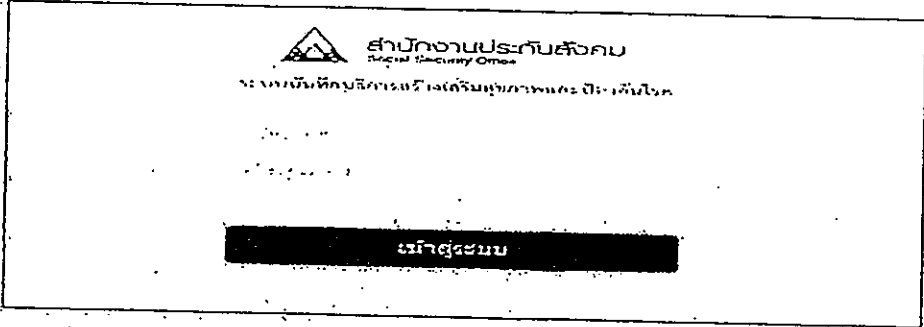
ตารางที่ ๒ แสดงรายการค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกเหนือเหมาจ่าย

รายการ	อายุ	ความถี่	อัตราค่าบริการ (บาท/ครั้ง)
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
๑. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	๑๘ - ๕๕ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง	๘๐
๒. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	๕๕ - ๗๐ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๘๐
๓. ปัสสาวะ UA	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๕๐
การตรวจสารเคมีในเลือด			
๑. น้ำตาลในเลือด FBS	๓๕ - ๕๕ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	๕๐
๒. น้ำตาลในเลือด FBS	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๕๐
๓. การทำงานของไต Cr	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๕๕
๔. ไขมันในเส้นเลือดชนิด Total & HDL cholesterol	๒๐ ปีขึ้นไป	ตรวจทุก ๕ ปี	๒๐๐
การตรวจอื่น ๆ			
๑. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี HBsAg	สำหรับผู้เกิด ก่อนพ.ศ. ๒๕๓๕	ตรวจ ๑ ครั้ง	๑๓๐
๒. มะเร็งปากมดลูก Pap Smear	๓๐ - ๕๕ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	๕๐
๓. มะเร็งปากมดลูก Pap Smear	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจตามความ เหมาะสม	๕๐
๔. มะเร็งปากมดลูก Via	๓๐ - ๕๕ ปี	ตรวจทุก ๕ ปี	๕๐
๕. มะเร็งปากมดลูก Via	๕๕ ปีขึ้นไป	แนะนำให้ตรวจ Pap smear	๕๐
๖. เลือดในอุจจาระ FOBT	๕๐ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๓๐
๗. เอ็กซเรย์ปอด Chest X-ray	๑๕ ปีขึ้นไป	๑ ครั้ง	๒๐๐

หากมีปัญหาการรับบริการติดต่อกลุ่มงานคุ้มครองสิทธิทางการแพทย์ เบอร์ติดต่อ ๐๒ - ๔๕๖๒๕๐๐-๒

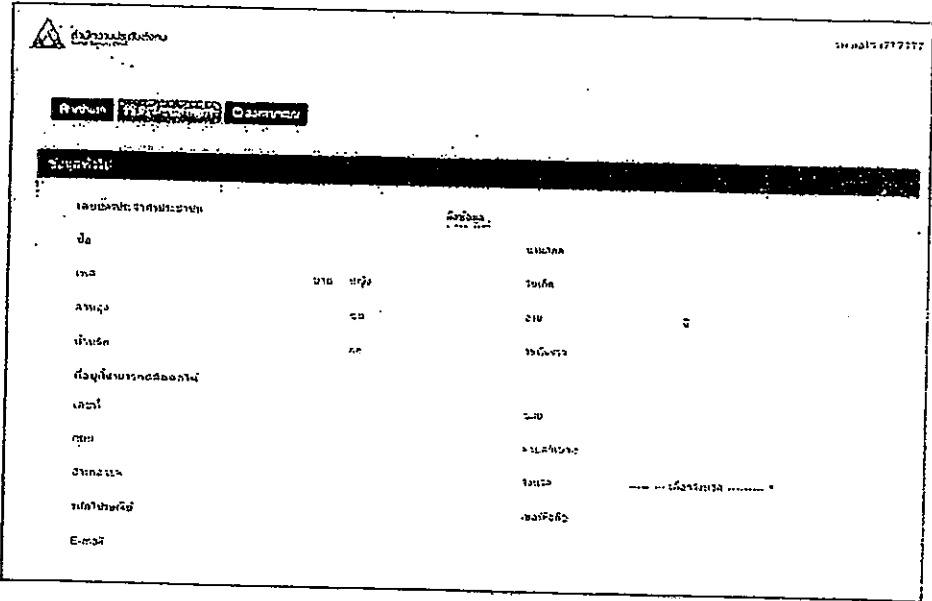
คู่มือการใช้งานระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๑. เจ้าหน้าที่ทำการ login เข้าสู่ระบบโดยเข้าใช้งานระบบที่ web.sso.go.th โดยใช้ user และ password เดิม ที่สถานพยาบาลเข้าใช้บันทึกข้อมูลการรักษายาบาลผู้ประกันตน



๒. ระบบจะเข้าสู่หน้าจอสำหรับตรวจสอบและบันทึกรายการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๒.๑ เมื่อเจ้าหน้าที่บันทึกเลขที่บัตรประชาชน ๑๓ หลักแล้ว Click ปุ่ม "ดึงข้อมูล" ระบบจะทำการตรวจสอบสิทธิประกันสังคม พร้อมดึงข้อมูล ชื่อ - นามสกุล ของผู้ประกันตนขึ้นอัตโนมัติ จากนั้น บันทึกข้อมูลทั่วไปให้ครบ



๒.๒. เจ้าหน้าที่ที่สามารถมี click เลือกรายการที่ผู้ประกันตนขอรับบริการตามหลักเกณฑ์และอัตราแบบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ หากไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ของอายุและความถี่ของการใช้บริการ ระบบจะแจ้งเตือนให้ตรวจสอบอีกครั้ง เมื่อตรวจสอบข้อมูลถูกต้องแล้ว ให้กด "บันทึกข้อมูล"

รายการ	อายุ	ความถี่	ผลการตรวจ
การตรวจร่างกายตามระบบ			
การคัดกรองการได้ยิน Finger Sub Test	15 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	ปกติ / ไม่ปกติ
การตรวจเส้นประสาทตาโดยแพทย์อายุรเวทเฉพาะโรค	30 - 39 ปี	ตรวจทุก 3 ปี	ปกติ / ไม่ปกติ
การตรวจเส้นประสาทตาโดยแพทย์อายุรเวทเฉพาะโรค	40 - 54 ปี	ตรวจทุกปี	ปกติ / ไม่ปกติ
การตรวจเส้นประสาทตาโดยแพทย์อายุรเวทเฉพาะโรค	55 ปีขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสม	ปกติ / ไม่ปกติ
การตรวจภายในความถี่ของทันตแพทย์	10 - 54 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง	ปกติ / ไม่ปกติ
การตรวจภายในความถี่ของทันตแพทย์	55 ปีขึ้นไป	ตรวจทุก 1-2 ปี	ปกติ / ไม่ปกติ
การตรวจหาความผิดปกติของสายตา	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	ปกติ / ไม่ปกติ
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	18 - 54 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง	ปกติ / ไม่ปกติ
ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	55 - 70 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	ปกติ / ไม่ปกติ
ปัสสาวะ UA	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	ปกติ / ไม่ปกติ
การตรวจทางเคมีในเลือด			
น้ำตาลในเลือด FBS	35 - 54 ปี	ตรวจทุก 3 ปี	ปกติ / ไม่ปกติ
น้ำตาลในเลือด FBS	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	ปกติ / ไม่ปกติ
การหาค่าไขมัน CR	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	ปกติ / ไม่ปกติ
ไขมันในเส้นเลือดชนิด Total & HDL Cholesterol	20 ปีขึ้นไป	ตรวจทุก 5 ปี	ปกติ / ไม่ปกติ
การตรวจอื่นๆ			
เชื้อไวรัสตับอักเสบบี HBSAg	สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ใน ส. 2525	ตรวจ 1 ครั้ง	ปกติ / ไม่ปกติ
ตรวจปapanicolaou Pap Smear	30 - 34 ปี	ตรวจทุก 3 ปี	ปกติ / ไม่ปกติ
ตรวจปapanicolaou Pap Smear	55 ปีขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสม	ปกติ / ไม่ปกติ
ตรวจปapanicolaou Via	30 - 34 ปี	ตรวจทุก 5 ปี	ปกติ / ไม่ปกติ
ตรวจปapanicolaou Via	55 ปีขึ้นไป	ตรวจไม่ต่ำกว่า Pap smear	ปกติ / ไม่ปกติ
เลือดปัสสาวะ FOST	50 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	ปกติ / ไม่ปกติ
Chest X-ray	15 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง	ปกติ / ไม่ปกติ

บันทึกข้อมูล



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ อัตรา และเงื่อนไข การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อปรับปรุงสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ อัตรา
และเงื่อนไขการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น คณะกรรมการการแพทย์จึงได้
มีมติให้แก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ อัตรา และเงื่อนไขสำหรับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๔(๒) และมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์
จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๘) ข้อ ๘ หมวด ๓ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตาม
พระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น การตรวจเนื้อเยื่อจากที่น้อง
ร่วมบิดามารดาเดียวกันกับผู้ประกันตนให้จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทต่อรายตามจำนวนรายที่น้อง
ที่ตรวจรวมทั้งผู้ประกันตนตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไข ต่อไปนี้

๑) ผู้ประกันตนจะต้องได้รับอนุมัติจากสำนักงานให้เข้ารับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด
ก่อนที่เข้ารับการตรวจเนื้อเยื่อ

๒) กรณีการตรวจเนื้อเยื่อระหว่างผู้ประกันตนกับที่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
และผลการตรวจเนื้อเยื่อปรากฏว่าไม่สามารถเข้ากันได้ และผู้ประกันตนไม่สามารถปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
โดยใช้เนื้อเยื่อจากที่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

๓) สำนักงานจะจ่ายค่าตรวจเนื้อเยื่อให้แก่สถานพยาบาลที่ทำการตรวจเนื้อเยื่อ
โดยจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่คณะกรรมการการแพทย์รับรองและได้ทำความตกลงไว้กับสำนักงาน
ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด”

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความใน (๑๐) (ก) ข้อ ๘ หมวด ๓ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น

๑) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดด้วยวิธีเนื้อเยื่อตนเอง (Autologous) ให้จ่าย
ค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายในอัตราเจ็ดแสนห้าหมื่นบาทต่อรายให้แก่สถานพยาบาลที่ทำความตกลง
ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดกระบวนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

๒) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดด้วยวิธีเนื้อเยื่อผู้อื่นที่เป็นพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน (Allogeneic related) เหม่าจ่ายในอัตราหนึ่งล้านสามแสนบาทต่อรายให้แก่สถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดกระบวนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด ทั้งนี้ ครอบคลุมถึงอัตราค่าธรรมเนียมเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตของพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

๓) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดด้วยวิธีเนื้อเยื่อจากผู้บริจาค (Allogeneic unrelated) โดยเป็นการใช้เนื้อเยื่อจากผู้บริจาคเฉพาะที่ขึ้นทะเบียนในฐานข้อมูลทะเบียนของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทยเท่านั้น เหม่าจ่ายในอัตราหนึ่งล้านสามแสนบาทต่อรายให้แก่สถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดกระบวนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด (กรณีค่าตรวจเนื้อเยื่อจากผู้บริจาคที่ไม่ใช่พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันผู้ประกันตนต้องชำระเงินเอง)

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการปลูกถ่ายไขกระดูกแบบห้ายประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

๑) ผู้ประกันตนจะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งดังต่อไปนี้

(๑.๑) มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเรื้อรัง (Chronic myeloid leukemia) ในระยะเรื้อรัง (chronic phase) หรือในระยะที่มีการดำเนินโรคเร็ว (accelerated phase) หรือในระยะ blast crisis ที่เข้าสู่ระยะ chronic phase หรือได้ complete remission

(๑.๒) มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเฉียบพลัน (Acute myeloid leukemia) ในระยะที่โรคสงบ (complete remission)

(๑.๓) มะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลัน (Acute lymphoblastic leukemia) ในระยะที่โรคสงบ (complete remission)

(๑.๔) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Malignant lymphoma) ที่กลับเป็นอีก (relapse) หรือไม่ตอบสนอง (refractory) ต่อการให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานขั้นต้น (first line chemotherapy) หรือในรายที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วย B-cell aggressive lymphoma ที่ high risk, high-intermediate risk โดย International prognostic index (IPI), T-cell lymphoma หรือ mantle cell lymphoma) ควรทำ ในระยะที่โรคสงบโดยสมบูรณ์เป็นครั้งแรก (first complete remission) หรือในระยะที่โรคเข้าสู่ระยะสงบ (partial remission)

(๑.๕) ไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง (severe aplastic anemia) หรือไขกระดูกฝ่อ ชนิดที่เป็นร่วมกับภาวะ paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (Hypoplastic PNH) ที่มีอาการของโรค ที่รุนแรง

(๑.๖) ไขกระดูกผิดปกติชนิดเป็นพังผืด (Myelofibrosis)

(๑.๗) ไขกระดูกผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Myelodysplastic syndrome) ในระยะที่มี blasts เซลล์มากหรือโมโนโคลोनไนโตติกลิวคิเมียชนิดเรื้อรัง (Chronic myelomonocytic leukemia)

(๑.๘) มะเร็งไขกระดูกชนิดมัลติโพลมา (multiple myeloma)

๒) ผู้ประกันตนจะต้องไม่เป็นโรคตามข้อ ๑) มาก่อนที่จะเป็นผู้ประกันตน และจะต้องมีอายุไม่เกิน ๖๕ ปี ณ วันที่ยื่นเรื่องขอรับสิทธิประโยชน์

๓) ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดได้จำนวน ๑ ครั้ง ยกเว้น โรคมะเร็งไขกระดูกชนิดมัลติโพลีมา (Multiple myeloma) ที่มีสิทธิขอรับการพิจารณาอนุมัติการปลูกถ่ายไขกระดูก ได้ ๒ ครั้ง

๔) ให้คณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำแก่สำนักงานในการพิจารณาอนุมัติให้ผู้ประกันตนเข้ารับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

๕) ให้ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติให้ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดไปเข้ารับบริการทางการแพทย์ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยเหตุหรือโรครื่นๆ จากสถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ กรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดในช่วงระยะเวลาของกระบวนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

๖) การให้บริการทางการแพทย์ด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด ให้รวมตลอดถึงการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเมื่อมีโรคหรืออาการแทรกซ้อนเนื่องจากการรักษาพยาบาลด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายชาติร์ บานสิน)

ประธานกรรมการการแพทย์



แนวปฏิบัติกรณีผู้ประกันตนขอรับประโยชน์ทดแทนในการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

1. แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาล

เมื่อแพทย์ผู้ทำการตรวจวินิจฉัยพบว่า ผู้ประกันตนได้เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ อัตรา และเงื่อนไข การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 แล้ว มีความเห็นว่าผู้ประกันตนมีความเหมาะสม ตามสภาพร่างกาย และความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด ให้ปฏิบัติดังนี้

1.1 แพทย์ผู้ทำรักษา และผู้ทำการวินิจฉัยเป็นผู้ให้รายละเอียดประวัติการเจ็บป่วยของผู้ประกันตนตามแบบฟอร์ม 1.1 พร้อมสำเนาเวชระเบียน และผลการตรวจที่เกี่ยวข้อง

1.2 ขอให้สถานพยาบาลจัดเตรียมเอกสารตามข้อ 1.1 มอบให้กับผู้ประกันตน และแนะนำให้ผู้ประกันตนติดต่อกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือเขตพื้นที่ที่สะดวก

1.3 เมื่อผู้ประกันตนได้รับอนุมัติให้มีสิทธิการรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตแล้ว เพื่อประเมินสภาวะของโรคเบื้องต้น และความพร้อมของร่างกายจะต้องมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยก่อนการปลูกถ่าย สิทธิการรักษาพยาบาลยังคงอยู่ที่โรงพยาบาลตามสิทธิจนกว่าจะเริ่มต้นการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต และเปลี่ยนบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตน

2. แนวปฏิบัติสำหรับสำนักงานประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมที่รับเรื่อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

2.1 ตรวจสอบเอกสารจากสถานพยาบาลตามข้อ 1.1 และประสานงานกับสถานพยาบาลกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วน

2.2 ตรวจสอบสถานภาพการเป็นผู้ประกันตน พร้อมทั้งรับรองสิทธิตามแบบฟอร์ม 2.2

2.3 ส่งเรื่องให้สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ดำเนินการเสนอเข้าคณะกรรมการตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์ โดยจัดทำสรุปข้อมูลในรูปแบบของระเบียบวาระการประชุม

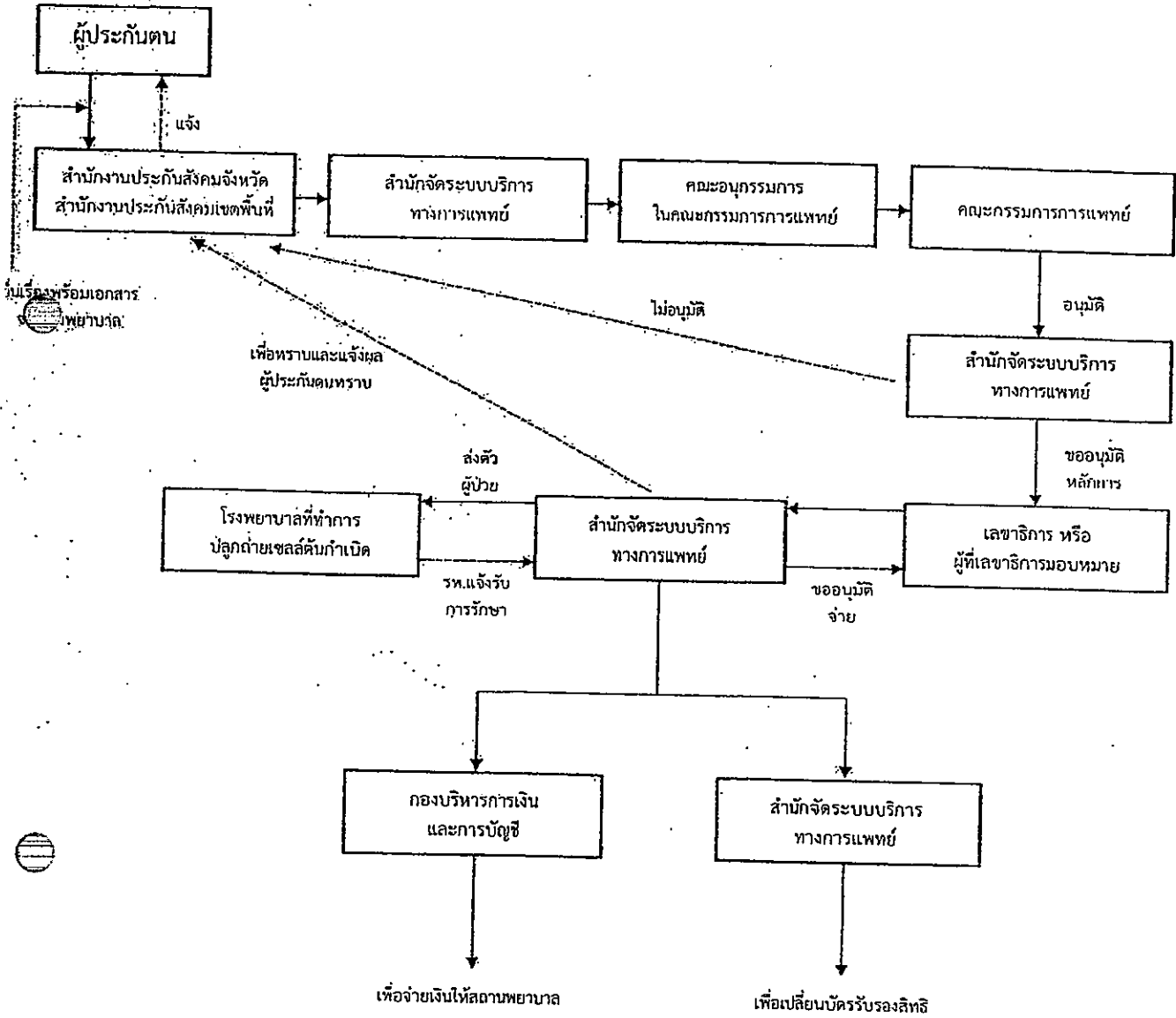
2.4 กรณีผู้ประกันตนได้รับการอนุมัติ สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ดำเนินการทำหนังสือขออนุมัติเลขาธิการหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมาย เพื่อส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต พร้อมทั้งหนังสือแจ้งสำนักงานประกันสังคมจังหวัด เขตพื้นที่ที่ยื่นเรื่อง เพื่อแจ้งผู้ประกันตนทราบ

2.5 เมื่อสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ได้รับแจ้งการเริ่มต้นกระบวนการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากสถานพยาบาลในความตกลงกรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามแบบฟอร์ม 2.5 และ สปส.9-02 สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ จึงจะดำเนินการเปลี่ยนสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้แก่ผู้ประกันตนไปสังกัดอยู่กับสถานพยาบาลที่ทำการรักษากรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ในวันที่ 16 ของเดือนนั้น หรือวันที่ 1 ของเดือนถัดไป และเมื่อสิ้นสุดการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตแล้ว ดำเนินการเปลี่ยนสถานพยาบาลให้เป็นไปตามสถานพยาบาลเดิมก่อนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

3. เอกสารประกอบการส่งหรือกรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

- (1) ใบรับรองแพทย์ (ตามแบบ)
- (2) สำเนาเวชระเบียน
- (3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - ผลตรวจเลือด CBC
 - ผลตรวจไขกระดูก (Bone Marrow Aspiration)
 - ผลการตรวจชิ้นเนื้อ (Bone Marrow Biopsy)
 - ผลการตรวจอื่นๆ
- (4) ใบรับรองสิทธิการเป็นผู้ประกันตน (ตามแบบ)
- (5) ใบแจ้งความจำเป็นของโรงพยาบาลให้เปลี่ยนบัตรรับรองสิทธิฯ (ตามแบบ)
- (6) บันทึกถ้อยคำผู้ประกันตน/แบบคำขอ สปส. 2-18
- (7) สำเนาเรื่องระเบียบขวาระ
- (8) ขอให้ระบุสถานพยาบาลในความตกลงที่ผู้ประกันตนมีความประสงค์จะขอรับการรักษากรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

แผนภูมิแนวปฏิบัติการให้ประโยชน์ทดแทนกรณีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด



แนวปฏิบัติการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดขาวแก่สถานพยาบาล

๑. ปลูกถ่ายด้วยวิธี Autologous ใช้เนื้อเยื่อตัวเอง โดยวิธีเหมาะจ่ายให้กับสถานพยาบาลในความตกลง เป็นจำนวนเงิน ๗๕๐,๐๐๐ บาท (เจ็ดแสนห้าหมื่นบาทถ้วน) โดยแบ่งจ่ายเป็น ๒ งวด

งวดที่ ๑ เก็บ stem cell ของผู้ประกันตน จำนวนเงิน ๒๕๐,๐๐๐ บาท

งวดที่ ๒ เมื่อมีการทำ stem cell transfusion จำนวนเงิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท

๒. ปลูกถ่ายด้วยวิธี Allogeneic related ที่ใช้เนื้อเยื่อของพี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน โดยวิธีเหมาะจ่ายให้กับสถานพยาบาลในความตกลง เป็นจำนวนเงิน ๑,๓๐๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งล้านสามแสนบาทถ้วน) และหักค่าตรวจเนื้อเยื่อกรณีผลการตรวจเนื้อเยื่อเข้าได้กับพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน โดยแบ่งจ่ายเป็น ๒ งวด

งวดที่ ๑ วันเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งแรก (admission)

และได้รับ stem cell transfusion จำนวนเงิน ๘๐๐,๐๐๐ บาท

งวดที่ ๒ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (discharge)

จำนวนเงินที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจเนื้อเยื่อกรณีผลการตรวจเนื้อเยื่อเข้าได้กับ

พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

๓. การปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยวิธี Allogenic unrelated ที่ใช้เนื้อเยื่อผู้บริจาคโดยวิธีเหมาะจ่าย ให้กับสถานพยาบาลในความตกลง เป็นจำนวนเงิน ๑,๓๐๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งล้านสามแสนบาทถ้วน) ค่าใช้จ่ายในการตรวจเนื้อเยื่อผู้ประกันตนรับผิดชอบ โดยแบ่งจ่ายเป็น ๒ งวด

งวดที่ ๑ วันเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งแรก (admission)

และได้รับ stem cell transfusion จำนวนเงิน ๘๐๐,๐๐๐ บาท

งวดที่ ๒ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (discharge)

จำนวนเงิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท

๔. การตรวจเนื้อเยื่อจากพี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกันกับผู้ประกันตนให้จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทต่อรายตามจำนวนรายพี่น้องที่ตรวจรวมทั้งผู้ประกันตน



สำนักงานประกันสังคม

แบบขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต
(สำหรับสถานพยาบาลที่ทำบันทึกข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม)

โรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลผู้ได้รับอนุมัติปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	ข้อมูลผู้ที่ได้รับการตรวจเนื้อเยื่อ จากพี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน
ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก..... HN.....AN..... ป่วยเป็นโรค..... วันที่อนุมัติสิทธิ..... Admission Date..... Operation Date..... Discharge Date..... หมู่เลือด.....	พี่น้องที่ได้รับการตรวจเนื้อเยื่อ จำนวน.....คน 1) ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก..... HN.....AN..... หมู่เลือด..... วันที่จำหน่าย.....

ส่วนที่ 2 เบิกค่าบริการทางการแพทย์กรณีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

รายการค่าบริการทางการแพทย์	จำนวนเงิน (บาท)
1. ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตด้วยวิธี Autologous ใช้เนื้อเยื่อตัวเอง โดยวิธีเหน็บจ่ายให้กับสถานพยาบาลในความตกลงเป็นจำนวนเงิน 750,000 บาท (เจ็ดแสนห้าหมื่นบาทถ้วน) โดยแบ่งจ่ายเป็น 2 งวด	
<input type="checkbox"/> งวดที่ 1 เก็บ stem cell ของผู้ประกันตน จำนวนเงิน 250,000 บาท
<input type="checkbox"/> งวดที่ 2 เมื่อมีการทำ stem cell transfusion จำนวนเงิน 500,000 บาท
2. ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตด้วยวิธี Allogeneic related ที่ใช้เนื้อเยื่อของพี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน โดยวิธีเหน็บจ่ายให้กับสถานพยาบาลในความตกลง เป็นจำนวนเงิน 1,300,000 บาท (หนึ่งล้านสามแสนบาทถ้วน) และหักค่าตรวจเนื้อเยื่อกรณีผลการตรวจเนื้อเยื่อเข้าได้กับพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน โดยแบ่งจ่ายเป็น 2 งวด	
<input type="checkbox"/> งวดที่ 1 วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งแรก (admission) และได้รับ stem cell transfusion จำนวนเงิน 800,000 บาท
<input type="checkbox"/> งวดที่ 2 วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (discharge) จำนวนเงินที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจเนื้อเยื่อกรณีผลการตรวจเนื้อเยื่อเข้าได้กับพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

รายการค่าบริการทางการแพทย์	จำนวนเงิน (บาท)
3. การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตด้วยวิธี Allogeneic unrelated ที่ใช้เนื้อเยื่อผู้บริจาค โดยวิธีเหมาจ่ายให้กับสถานพยาบาลในความตกลง เป็นจำนวนเงิน 1,300,000 บาท (หนึ่งล้านสามแสนบาทถ้วน) ค่าใช้จ่ายในการตรวจเนื้อเยื่อผู้ประกันตนรับผิดชอบ โดยแบ่งจ่ายเป็น 2 งวด งวดที่ 1 วันเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งแรก (admission) และได้รับ stem cell transfusion จำนวนเงิน 800,000 บาท งวดที่ 2 วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (discharge) จำนวนเงิน 500,000 บาท	
4. การตรวจเนื้อเยื่อจากพื้ร่องร่วมบิดา มารดาเดียวกับกับผู้ประกันตนให้จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทต่อรายตามจำนวนรายพื้ร่องที่ตรวจรวมทั้งผู้ประกันตน จำนวน.....ราย	

ส่วนที่ 4. ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา

หมายเลขใบประกอบโรคศิลป์

ขอรับรองว่าข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายดังกล่าวมีความถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

แพทย์ผู้ทำการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระดูก
ตามมติของคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

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

ข้อ ๑. โหยงเล็กควมไม (ช) ของข้อ ๘ (๑๐) ของหมวด ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการ
การแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม
โดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่
๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"(ข) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระดูกให้เหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
แก่สถานพยาบาลในอัตราสามหมื่นห้าพันบาท กรณีที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระดูกร่วมกับการผ่าตัด
คือกระดูกและใส่เลนส์เทียมให้เหมาจ่ายค่าเลนส์เทียมให้กับสถานพยาบาลตามอัตราที่ปรากฏในบัญชีรายการ
และอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคแบบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ความพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน และจ่ายค่าจัดเก็บและรักษาคุณภาพดวงตา
แก่สภาภวชาติไทยในอัตราดวงตละหมื่นห้าพันบาทรวมหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขแบบท้ายประกาศนี้"

ข้อ ๒ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐

๒๕๖๐

(นายชาติริ บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

๑. นิยาม

“การเปลี่ยนกระจกตา” หมายความว่า การเปลี่ยนกระจกตาหรือเนื้อเยื่ออื่นเพื่อทดแทนกระจกตา ซึ่งมีหลายวิธี คือ

- ๑) การเปลี่ยนกระจกตาทุกชั้นของกระจกตา (Penetrating keratoplasty)
- ๒) การเปลี่ยนกระจกตาเฉพาะชั้นบนของกระจกตา (Anterior lamella keratoplasty)
- ๓) การเปลี่ยนกระจกตาเฉพาะชั้นล่างของกระจกตา (Endothelial keratoplasty)
- ๔) การเปลี่ยนกระจกตาด้วยกระจกตาเทียม (Keratoprosthesis)

๒. ผู้มีสิทธิขอรับบริการทางการแพทย์โดยการเปลี่ยนกระจกตามีข้อบ่งชี้ ดังนี้

๑) กระจกตาขุ่นขาวจากสาเหตุใดๆก็ตามที่ทำให้การมองเห็นลดลง และไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยยาระงับเชื้อ สาเหตุที่ทำให้กระจกตาขุ่นขาว ได้แก่

ก. โรคแผลเป็นที่กระจกตา (Corneal scar)

ข. โรคกระจกตาเป็นแผล (Corneal ulcer)

ค. โรคกระจกตาขุ่นเป็นฝ้าขาว บวม (Corneal decompensation or Bullous keratopathy)

เช่น เป็นแผลหรือกระจกตาบวมจากอุบัติเหตุสารเคมี กระจกตาบวมหลังการผ่าตัด เป็นต้น

ง. กระจกตาเสื่อมตามอายุ

จ. กระจกตาคิดผิดปกติแต่กำเนิดหรือผิดปกติทางพันธุกรรม (Corneal dystrophy), การติดเชื้อแต่กำเนิด

ฉ. กระจกตาขุ่นจากโรคทางภูมิร่างกายผิดปกติ เช่น โรคจากการแพ้ยาชนิด Steven Johnson syndrome, Ocular mucous membrane pemphigoid

๒) โรคกระจกตามีความโค้งผิดปกติ (Keratoconus) กระจกตาบาง (corneal stromal thinning, descemetocele)

๓. กรณีมีความจำเป็นเร่งด่วน เช่น โรคติดเชื้อที่กระจกตารุนแรงไม่สามารถควบคุมด้วยการใช้ยารักษาได้ หรือรายที่กระจกตาคำลึงจะทะลุหรือทะลุแล้ว หรือกรณีที่ได้กระจกตาจากสภากาชาดแล้วแต่ยังไม่ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานประกันสังคม ในกรณีมีความจำเป็นเร่งด่วนให้จักษุแพทย์ผู้รักษาเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสม ในกรณีผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา และผู้ประกันตนมาดำเนินการยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนในภายหลัง ภายใน ๙๐ วัน นับจากวันเปลี่ยนกระจกตา

๔. ผู้ประกันตนที่มีความประสงค์จะใช้สิทธิการเปลี่ยนกระจกตาจะต้องยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด/สาขา พร้อมเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑) ประวัติการรักษาเกี่ยวกับโรคตา

๒) ความเห็นแพทย์ผู้รักษาให้เปลี่ยนกระจกตา

โดยเลขานุการสำนักงานประกันสังคมหรือผู้ที่เลขานุการสำนักงานประกันสังคมมอบหมายเป็นผู้อนุมัติสิทธิการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาให้แก่ผู้ประกันตนตามหลักเกณฑ์ข้อ ๒

๕. สำนักงานประกันสังคมจะส่งตัวผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติให้ได้รับสิทธิการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ไปยังสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมที่จะให้การรักษากรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

๖. การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ผู้ประกันตนจะต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมที่จะให้การรักษากรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา โดยให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานประกันสังคม และสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าจัดเก็บและรักษาดวงตาให้ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย

๗. กรณีนอกเหนือจากหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่กำหนดให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย



แนวปฏิบัติกรณีผู้ประกันตนขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

1. แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาล

เมื่อแพทย์ผู้ทำการตรวจวินิจฉัยพบว่า ผู้ประกันตนได้เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2560 ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 8 พฤษภาคม 2559 เป็นต้นไป มีความเห็นว่าผู้ประกันตนมีสภาพร่างกาย และความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา ให้ปฏิบัติดังนี้

- 1) แพทย์ผู้รักษา และผู้ทำการวินิจฉัยเป็นผู้ให้รายละเอียดประวัติการเจ็บป่วยของผู้ประกันตนตามแบบฟอร์ม 1.1 พร้อมสำเนาเวชระเบียน และผลการตรวจที่เกี่ยวข้อง
- 2) ขอให้สถานพยาบาลจัดเตรียมเอกสารตามข้อ 1) มอบให้กับผู้ประกันตน และแนะนำให้ผู้ประกันตนติดต่อกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือเขตพื้นที่ที่สะดวก
- 3) ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานประกันสังคมมีสิทธิได้รับการเปลี่ยนอวัยวะกระจกตาในสถานพยาบาลที่ทำความตกลง โดยไม่ต้องเปลี่ยนบัตรรับรองสิทธิ
- 4) เมื่อผู้ประกันตนได้รับอนุมัติให้มีสิทธิการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตาแล้ว เพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนผ่าตัดจะต้องมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ

2. แนวปฏิบัติสำหรับสำนักงานประกันสังคม

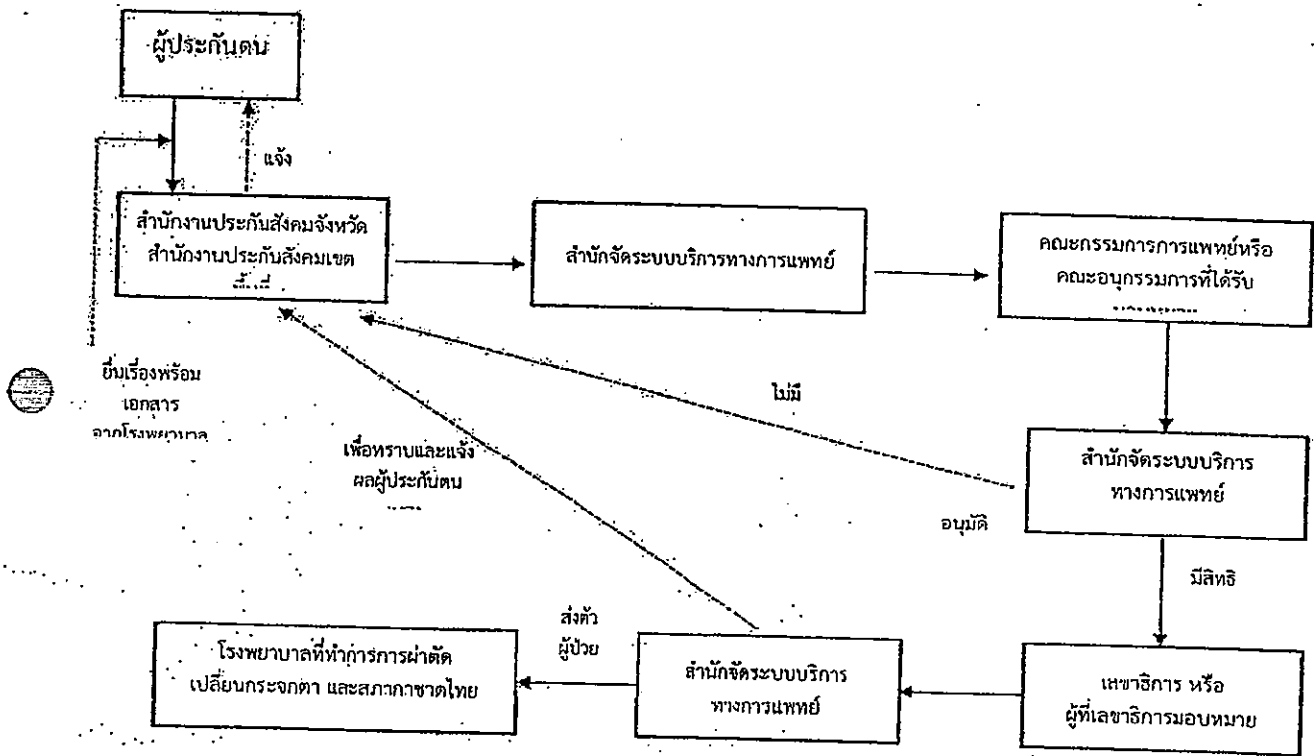
สำนักงานประกันสังคมที่รับเรื่อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

- 2.1 ตรวจสอบเอกสารจากสถานพยาบาลตามข้อ 1) และประสานงานกับสถานพยาบาลกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วน
- 2.2 ตรวจสอบสถานภาพการเป็นผู้ประกันตน พร้อมทั้งรับรองสิทธิตามแบบฟอร์ม 1.2
- 2.3 ส่งเรื่องให้สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ดำเนินการเสนอเข้าคณะกรรมการตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์ โดยจัดทำสรุปข้อมูลในรูปแบบของระเบียบวาระการประชุม
- 2.4 กรณีผู้ประกันตนได้รับการอนุมัติ สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ดำเนินการทำหนังสือขออนุมัติเลขานุการหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมาย เพื่อส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา พร้อมทั้งหนังสือแจ้งสำนักงานประกันสังคมจังหวัด เขตพื้นที่ที่ยื่นเรื่องเพื่อแจ้งผู้ประกันตนทราบ

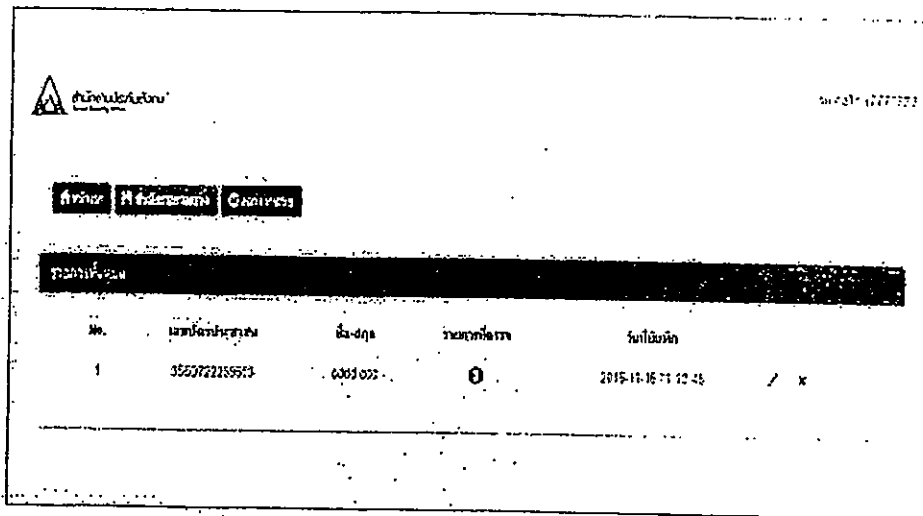
3. เอกสารประกอบการส่งหรือกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

- (1) ใบรับรองแพทย์ (ตามแบบ)
- (2) สำเนาเวชระเบียน
- (3) บันทึกถ้อยคำผู้ประกันตน/แบบคำขอ สปส.2-18
- (4) ใบรับรองสิทธิการเป็นผู้ประกันตน (ตามแบบ)
- (5) สรุปเรื่อง/ระเบียบวาระ

แผนภูมิแนวปฏิบัติประโยชน์ทดแทนกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะจกตา



๒.๓ หากบันทึกข้อมูลได้สำเร็จ หน้าจอปรากฏรายการข้อมูลที่บันทึกตามวันเวลาตามจริง



The screenshot shows a web interface with a header containing a logo and the text 'ศูนย์พัฒนาระบบ'. Below the header are three buttons: 'บันทึก', 'แก้ไข/ลบรายการ', and 'ลบรายการ'. A form with a 'บันทึกข้อมูล' label is partially visible. Below the form is a table with the following data:

№.	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ-สกุล	รายการตรวจ	วันที่บันทึก	
1	352722135573	ชาย อดิสร	0	2015-10-16 11:10:45	/ x

๒.๔ หากต้องการแก้ไขข้อมูล click รูปภาพลิตินสอ

๒.๕ เมื่อผู้ประทับคนได้รับผลการตรวจแล้ว ให้เจ้าหน้าที่กลับไปบันทึกผลการตรวจ โดย click เลือกเมนู บันทึกผลการตรวจ และ Click รูปติบสอ เลือกผลตรวจ ปกติ ผิดปกติ พร้อมเก็บรายละเอียดผลการตรวจไว้เป็นหลักฐาน เพื่อประกอบการตรวจสอบภายหลัง



แบบขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา
(สำหรับสถานพยาบาลที่ทำบันทึกข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม)

โรงพยาบาล.....

ข้อมูลผู้ได้รับอนุมัติกรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก.....
HN.AN.
ป่วยเป็นโรค.....
วันที่อนุมัติสิทธิ.....
Admission Date.
Operation Date.
Discharge Date.
หมู่เลือด

ส่วนที่ 2 เปิดค่าบริการทางการแพทย์กรณีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

- การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตาให้เหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล
ในอัตรา 35,000 บาท
- กรณีที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตาร่วมกับการผ่าตัดต้อกระจกและใส่เลนส์เทียมให้เหมาจ่าย
ค่าเลนส์เทียมให้สถานพยาบาลตามอัตราที่ปรากฏในบัญชีรายการ และอัตราที่ปรากฏในรายการ
และอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค แบบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่
เนื่องจากการทำงาน จำนวน.....บาท (.....)
ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา.....
(.....)
หมายเลขใบประกอบโรคศิลป์.....

ขอรับรองว่าข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายดังกล่าวมีความถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์จึงได้
มีมติให้กำหนดหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่
เนื่องจากการทำงาน ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

“การฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า การรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งกายและจิตใจ
หรือการเสริมสร้างความสามารถของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วนของผู้ประกันตนให้มีสภาพที่ดีขึ้น โดยอาศัย
วิธีการทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ประกันตนที่สูญเสียสมรรถภาพทางจิตใจ สูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วน
สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ

ข้อ ๓ ผู้ประกันตนซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
และได้สูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะบางส่วนหรือสูญเสียภาวะปกติของจิตใจ
แต่ไม่เข้าข่ายการเป็นผู้ทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจากสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ
หรือสถานพยาบาลเครือข่าย ทั้งนี้ ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพให้รวมเป็นส่วนหนึ่งของค่าบริการทางการแพทย์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายชาติรี บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์



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) เหม่าจ่ายตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้
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 ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๕๓ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ข้อ ๕/๑ กรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดตามข้อ ๓ หรือสถานพยาบาลอื่น ได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ ภายใต้กรอบวงเงินที่คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนแต่ละปีในอัตราหรือยี่สิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศฉบับนี้

ข้อ ๔ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ ๕/๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖

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

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐

นาง

(นายชาติ บารมี)

ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามวรรคสอง ในข้อ (๑) ของข้อ ๕ 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) โรคมัลติเพิล สเคลอโรสิส (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) โรคเรื้อนกาง (Psoriasis)
- (๒๓) โรคผิวหนังพุพองเรื้อรัง (Chronic vesiculobullous disease)
- (๒๔) โรคเลือดไอทีพี (ITP)
- (๒๕) โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis)

(๒๖) โรคจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ ๑๐ (ICD ๑๐) รหัส F ๒๐-F ๒๙

๒. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในจะคำนวณภาระการรักษามูลค่าผู้ป่วยในทุกราย 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 หรือถูกเพิกถอนหรืออายุการรับรองสิ้นสุดลง

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

๑. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษารักษา โดยไม่จำกัดจำนวนเงินค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน ยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือสิทธิประกันสังคม
๒. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนด
๓. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือผู้ประกันตน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (AdjRW \geq ๒) ในอัตราไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท ต่อ ๑ น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) โดยพิจารณาคำนวณตามข้อมูลที่หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดประมวลผลแล้ว
๔. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ แล้ว สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ไม่สามารถให้การรักษายาบาลแก่ผู้ประกันตนได้ และ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ได้ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องกำหนดให้สถานพยาบาลที่ให้การรักษาส่งข้อมูลการรักษายาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาไม่ส่งข้อมูลการรักษายาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่สิ้นสุดการรักษาส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ เป็นผู้ส่งข้อมูลแทน และหากกรณีที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (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 (Adjusted Relative weight : AdjRW \geq ๒) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (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 ≥ ๒) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (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 ≥ ๒) นอกจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดในข้อ ๓ แล้ว สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางตามข้อ (ข) ถึง (จ) ใน (๒) ข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๘. หากสำนักงานหรือผู้ที่สำนักงานมอบหมายได้ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลแล้วพบว่าข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ส่งให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดไม่ถูกต้อง ทำให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เกินกว่าข้อเท็จจริงที่ปรากฏ สำนักงานจะเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้จ่ายไปคืนหรือหักจากค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานจะจ่ายให้สถานพยาบาลในครั้งต่อไปคืน พร้อมทั้งดำเนินการตามกฎหมายและสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ต่อไป

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามข้อ ๕/๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

๑. สถานพยาบาลที่มีสิทธิรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) หมายถึง สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตน
 ๒. สำนักงานประกันสังคมพิจารณาจ่ายเฉพาะกรณีผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายเกินกว่าหนึ่งล้านบาท และเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ราคาตามใบเสร็จของสถานพยาบาล แต่เป็นราคาค่าใช้จ่ายตามรายการที่ได้ปรับให้เป็นไปตามรายการและอัตราค่าบริการทางการแพทย์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด ในกรณีที่กรมบัญชีกลางระบุให้ใช้อัตราของสถานพยาบาลให้ใช้อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่ได้ปรับตามอัตราดังกล่าวแล้วเมื่อนำมาหักด้วยค่าบริการทางการแพทย์ทุกประเภทที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้กับสถานพยาบาล (รายละเอียดตามข้อ ๖) ครบทุกรายการแล้ว ปรากฏว่ามีค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลต้องรับภาระเองเกินกว่า ๒๕๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นกรณีผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงเกินปกติ
 ๓. ค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยในดังต่อไปนี้ไม่เข้าข่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS)
 - ๓.๑ ค่ารักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด
 - ๓.๒ ค่าบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด
 - ๓.๓ ค่าผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระดูก
 - ๓.๔ ค่าปลูกถ่ายอวัยวะตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด
 ๔. สถานพยาบาลที่จะเบิกค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) จะต้องรายงานข้อมูล ดังต่อไปนี้
 - ๔.๑ ข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในตามรูปแบบและรายละเอียดตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
 - ๔.๒ ข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลสามารถเบิกเพิ่มเติมจากสำนักงานประกันสังคมสำหรับการรักษาผู้ประกันตนรายดังกล่าว รายละเอียดตามข้อ ๖โดยข้อมูลทั้ง ๒ รายการนี้ สถานพยาบาลจะต้องส่งให้แก่หน่วยงานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเป็นผู้รับรองค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ประกันตนว่าเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดในข้อ ๒ ทั้งนี้ สถานพยาบาลต้องตรวจสอบข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์ที่รายงานให้ครบถ้วนและถูกต้อง เมื่อทำการเบิกค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) แล้ว จะไม่สามารถแก้ไขหรือเพิ่มเติมได้อีก
- หากสำนักงานประกันสังคมตรวจสอบพบความผิดพลาดของข้อมูลที่สถานพยาบาลรายงานมาในภายหลัง สำนักงานประกันสังคมขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลในรายการนั้นๆ และสามารถเรียกเงินคืนได้หากมีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) ไปแล้ว

๕. กำหนดอัตราค่าจ่ายให้กับสถานพยาบาลเฉพาะส่วนที่เกินหนึ่งล้านบาทของค่าใช้จ่ายตามข้อ ๒ ในอัตราร้อยละ ๘๐ ของค่าใช้จ่ายที่เกินหนึ่งล้านบาทที่ได้ปรับตามอัตราของกรมบัญชีกลางแล้ว

๖. ค่าบริการทางการแพทย์ทุกประเภทที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้กับสถานพยาบาล หมายถึงค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากกรณีเหมาจ่าย และกรณีภาวะเสี่ยง ที่สำนักงานประกันสังคมมีการจ่ายเพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนซึ่งประกอบด้วย

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

๒) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

๓) ค่ายาบัญชี จ(๒)

๔) ค่ายาต้านไวรัสเอชไอวี

๕) ค่ารักษาโรคมะเร็งตามรายการการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางเฉพาะกรณีผู้ป่วยใน

๖) ค่าบำบัดทดแทนไตตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๖.๑) ค่าบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

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

๗) ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่มีในบัญชีตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม

๘) ค่ารักษาโรคมองด้วยวิธี Stereotactic Radiosurgery

๙) ค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptococcal Meningitis

๑๐) ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA รวมกับการทำ CT Brain ก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ่มเลือดสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase หรือยาละลายลิ่มเลือด rt-PA หรือ TNK-tPA สำหรับการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction)

๑๑) ค่าบริการอื่นๆตามที่ได้มีการประกาศกำหนดจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิของผู้ประกันตน



ประกาศสำนักงานประกันสังคม
เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงการกำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ เลขานุการสำนักงานประกันสังคม โดยคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๕๔

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“คณะกรรมการ” หมายถึง คณะกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งจากคณะกรรมการการแพทย์ หรือคณะกรรมการประกันสังคมจังหวัดที่ได้รับแต่งตั้งจากคณะกรรมการประกันสังคม

“แพทย์” หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานประกันสังคม หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเพื่อพิจารณากรณีทุพพลภาพ

“สำนักงาน” หมายถึง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา แล้วยุติกรณี

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์การทุพพลภาพ มี ๒ ระดับ ดังนี้

(๑) ทุพพลภาพมีระดับความสูญเสียไม่รุนแรง ได้แก่ การสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของร่างกายหรือสูญเสียสภาวะปกติทางจิตใจจนทำให้ความสามารถในการทำงานปกติลดลงถึงขนาดไม่อาจประกอบการทำงานตามปกติได้ เมื่อประเมินการสูญเสียตั้งแต่ร้อยละสามสิบห้าขึ้นไปแต่ไม่ถึงร้อยละห้าสิบ

(๒) ทุพพลภาพมีระดับความสูญเสียรุนแรง ได้แก่

(ก) การสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของร่างกายหรือสูญเสียสภาวะปกติทางจิตใจจนทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงถึงขนาดไม่อาจประกอบการทำงานตามปกติได้ เมื่อประเมินการสูญเสียตั้งแต่ร้อยละห้าสิบขึ้นไป

(ข) การสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของร่างกาย ดังต่อไปนี้

(๑) มือขาดทั้งสองข้างตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป

(๒) ขาขาดทั้งสองข้างตั้งแต่ระดับเข่าขึ้นไป

(๓) สูญเสียขาข้างหนึ่งระดับเหนือเข่าขึ้นไปกับขาข้างหนึ่งขาดระดับข้อเท้าขึ้นไป

(๔) สูญเสียดวงตาทั้งสองข้างหรือสูญเสียตาข้างหนึ่งกับการสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นร้อยละห้าสิบขึ้นไป หรือสูญเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ ๓/๖๐ หรือมากกว่าของตาอีกข้างหนึ่ง หรือสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นร้อยละห้าสิบขึ้นไป หรือสูญเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ ๓/๖๐ หรือมากกว่าตาทั้งสองข้าง

(๕) โรคหรือการบาดเจ็บของไขสันหลังเป็นเหตุให้มือหรือแขนทั้งสองข้าง มือข้างหนึ่ง กับแขนข้างหนึ่ง มือข้างหนึ่งกับขวอีกข้างหนึ่ง หรือแขนข้างหนึ่งกับขาหรือเท้าอีกข้างหนึ่ง หรือขาทั้งสองข้าง กับการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ สูญเสียสมรรถภาพโดยสิ้นเชิง

(๖) โรคหรือการบาดเจ็บของสมอง เป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถของอวัยวะ ของร่างกายจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันที่ได้ และต้องมีผู้อื่นมาช่วยเหลือดูแล

ข้อ ๔ ผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยตั้งแต่วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๘ ประสงค์ขอรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพจะต้องไปรับการประเมินสูญเสียอวัยวะหรือสมรรถภาพ ของอวัยวะหรือของร่างกายหรือการสูญเสียสภาวะปกติทางจิตใจจากแพทย์ ในกรณีดังต่อไปนี้

(๑) กรณีผลการประเมินการสูญเสียตั้งแต่ร้อยละสามสิบห้าขึ้นไปแต่ไม่ถึงร้อยละห้าสิบ ให้คณะกรรมการพิจารณาประโยชน์ทดแทนในคณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้มีอำนาจวินิจฉัยและรายงานผล ให้คณะกรรมการการแพทย์ทราบ

(๒) กรณีผลการประเมินการสูญเสียตั้งแต่ร้อยละห้าสิบขึ้นไป ในส่วนกลางให้คณะกรรมการ พิจารณาประโยชน์ทดแทนในคณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัย ในส่วนภูมิภาค ให้คณะกรรมการประกันสังคมจังหวัดในคณะกรรมการประกันสังคมเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัย และแจ้งให้คณะกรรมการการแพทย์ทราบ เว้นแต่กรณีทุพพลภาพตามข้อ ๓ (๒) (ข) การพิจารณาวินิจฉัย ให้เป็นอำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงาน ทั้งนี้ โดยให้มีใบรับรองของแพทย์ผู้รักษา และผ่านการ ประเมินความสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายของแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม

ข้อ ๕ ประกาศฉบับนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ดร. เดช วลีทธิกุล

(นายสุรเดช วลีทธิกุล)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงประกาศและหลักเกณฑ์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๕ คณะกรรมการการแพทย์
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน ข้อ ๕ (๓) ๑ ของหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์
โดยการบำบัดทดแทนไต ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๔
และให้ใช้ข้อความดังต่อไปนี้แทน

"๑) กรณีผู้ป่วยนอก ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
การตรวจระดับยาเคมีคุ้มกัน ยาเคมีคุ้มกัน เหม่าจ่ายในอัตรา ดังนี้

- ปีที่ ๑ - ปีที่ ๒	เดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท
- ปีที่ ๓ - ปีที่ ๔	เดือนละ ๒๕,๐๐๐ บาท
- ปีที่ ๕ เป็นต้นไป	เดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท"

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นวรรคสองของ ข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

"สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมให้บริการทางการแพทย์
ในการปลูกถ่ายไต การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัด
ปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน จะต้องเป็นสถานพยาบาลหลัก
ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเป็นเวลา ๒ ปี นับแต่วันที่ผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ
โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกรณีผู้ป่วยใน
ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒
ในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาทต่อ ๑ น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW)"

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความในข้อ ๕ (จ) ๑) กรณีผู้ป่วยนอก ๑.๑ และ ๑.๒ ของหลักเกณฑ์
เงื่อนไข และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ โดยการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ
การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ตามประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2546
ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ลงวันที่ ๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ และให้ใช้ข้อความดังต่อไปนี้แทน

“๑) กรณีผู้ป่วยนอก

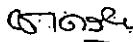
๑.๑ ผู้ป่วยนอกหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ ปลูกถ่ายปอด ปลูกถ่ายตับ
ปลูกถ่ายตับอ่อน และการปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน กรณีปลูกถ่ายตับและไต ปลูกถ่ายตับอ่อน
และไต ปลูกถ่ายหัวใจและปอด และการปลูกถ่ายหัวใจและไต ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
และตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน ยากดภูมิคุ้มกัน เหนมาจ่ายไม่อัตรา ดังนี้

- ปีที่ ๑ - ปีที่ ๒ เดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท
- ปีที่ ๓ - ปีที่ ๔ เดือนละ ๒๕,๐๐๐ บาท
- ปีที่ ๕ เป็นต้นไป เดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท

๑.๒ ผู้ป่วยนอกหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายตับอ่อน การปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกันในกรณีการปลูกถ่ายตับและไต ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต ครอบคลุม
การตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกัน ยากดภูมิคุ้มกัน เหนมาจ่าย
ในอัตราดังนี้

- ๑.๒.๑ ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Hepatocellular carcinoma
 - ปีที่ ๑ - ปีที่ ๒ เดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท
 - ปีที่ ๓ - ปีที่ ๔ เดือนละ ๒๕,๐๐๐ บาท
 - ปีที่ ๕ เป็นต้นไป เดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท
- ๑.๒.๒ ผู้ป่วยที่มีภาวะ Hepatocellular carcinoma
 - ปีที่ ๑ - ปีที่ ๒ เดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท
 - ปีที่ ๓ - ปีที่ ๔ เดือนละ ๒๕,๐๐๐ บาท
 - ปีที่ ๕ เป็นต้นไป เดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายชาติร์ บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศสำนักงานประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการเลือกรับประโยชน์ทดแทนหรือเลือกรับสิทธิบริการสาธารณสุข
ของคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการเลือกรับประโยชน์ทดแทน
ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม หรือการเลือกรับสิทธิบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติของคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑ แห่งคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙
ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๙ เรื่อง การรับบริการสาธารณสุขของคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบ
แห่งชาติ ที่ ๕๕/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ เรื่อง แก้ไขเพิ่มเติมคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบ
แห่งชาติ ที่ ๕๘/๒๕๕๙ เลขานุการสำนักงานประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“การใช้สิทธิเลือกรับประโยชน์ทดแทน” หมายถึง เลือกใช้สิทธิสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม
“การรับสิทธิบริการสาธารณสุข” หมายถึง เลือกใช้สิทธิสถานพยาบาลของสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓ ให้คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตนแสดงความประสงค์ใช้สิทธิเลือกรับประโยชน์ทดแทนหรือ
รับสิทธิบริการสาธารณสุข และให้แสดงความประสงค์เลือกใช้สิทธิหรือเปลี่ยนแปลงสิทธิที่เลือกได้เป็นรายปี

(๑) คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ มาตรา ๓๔ บุคคลตามมาตรา ๓๘ และ
มาตรา ๔๑ แสดงความประสงค์ใช้สิทธิเลือกรับประโยชน์ทดแทนหรือรับสิทธิบริการสาธารณสุข ดังนี้

ก) กรณีเลือกใช้สิทธิสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ให้กรอกแบบเลือก
สถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) ระบุชื่อสถานพยาบาล และยื่นแบบฯ ได้ที่สำนักงาน
ประกันสังคมทุกแห่ง หรือยื่นแบบฯ ทางอิเล็กทรอนิกส์

ข) กรณีเลือกใช้สิทธิสถานพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กรอก
แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์ (สปส. ๙-๐๒) ระบุขอรับบริการสาธารณสุขจากสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยื่นแบบฯ ได้ที่สำนักงานประกันสังคมทุกแห่ง หรือยื่นแบบฯ ทางอิเล็กทรอนิกส์

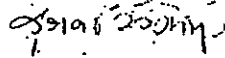
(๒) กรณีสำนักงานประกันสังคมรับแบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์
(สปส. ๙-๐๒) ระหว่างวันที่ ๑ ถึง ๑๕ ของเดือนใดจะกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เป็นวันที่ ๑๖
ของเดือนนั้น และหากสำนักงานประกันสังคมรับแบบฯ ระหว่างวันที่ ๑๖ ถึงวันทำการสุดท้ายของเดือน
จะกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เป็นวันที่ ๑ ของเดือนถัดไป

(๓) หากคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ยังไม่แสดงความประสงค์ใช้สิทธิเลือกรับประโยชน์ทดแทนหรือรับสิทธิบริการสาธารณสุขต่อสำนักงานประกันสังคม ผู้ประกันตนจะยังคงใช้สิทธิสถานพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๔) การเปลี่ยนแปลงสิทธิ กรณีเลือกใช้สิทธิสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมหรือใช้สิทธิสถานพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถแจ้งเปลี่ยนแปลงสิทธิต่อสำนักงานประกันสังคมได้ปีละหนึ่งครั้ง ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคมของทุกปี

(๕) กรณีเลือกใช้สิทธิสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม หากมีเหตุจำเป็น เช่น ย้ายที่พักอาศัย ย้ายสถานที่ประจำทำงาน หรือพิสูจน์ทราบว่าการเลือกสถานพยาบาลให้ผู้ประกันตน โดยผู้ประกันตนนั้นไม่ประสงค์จะไปรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ได้รับสิทธิ สามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปีได้ ทั้งนี้ กรณีย้ายที่พักอาศัย หรือย้ายสถานที่ประจำทำงาน ให้แจ้งเปลี่ยนสถานพยาบาลภายในระยะเวลาสามสิบวัน นับแต่วันที่ย้ายที่พักอาศัย หรือย้ายสถานที่ประจำทำงาน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมรายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการ
บำบัดรักษาโรครณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มเติมสิทธิประโยชน์แก่ผู้ประกันตนซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่
เนื่องจากการทำงาน คณะกรรมการการแพทย์มีมติให้เพิ่มเติมรายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์
ในการบำบัดรักษาโรครณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วน ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคม
ได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้เพิ่มเติมรายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์และข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค
กรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วนตามแนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายชาติร์ บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์

บัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
กรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วน

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๘๔๐๐	๘.๔	โลหะ/พลาสติกตามแขนภายนอก (Orthesis,upper extremity)			
๘๔๐๑		๘.๔.๑ โลหะ/พลาสติกตามข้อไหล่ ข้อมือ และข้อศอกเด็ก	ข้างละ	๘๐๐	
๘๕๐๐	๘.๕	โลหะ/พลาสติกตามขาภายนอกไม่รวมรองเท้า (Orthesis,lower extremity)			
๘๕๐๑		๘.๕.๑ โลหะ/พลาสติกตามขาเด็กเล็กชนิดยาวไม่มีข้อเข้า	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๕๐๒		๘.๕.๒ พลาสติกตามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข้าล็อกได้	ข้างละ	๕,๕๐๐	
๘๕๐๓		๘.๕.๓ โลหะตามขาเด็กเล็กชนิดยาวมีข้อเข้าล็อกได้	ข้างละ	๑๑,๐๐๐	
๘๕๐๔		๘.๕.๔ พลาสติกตามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข้าล็อกได้	ข้างละ	๕,๕๐๐	
๘๕๐๕		๘.๕.๕ โลหะตามขาเด็กขนาดกลางชนิดยาวมีข้อเข้าล็อกได้	ข้างละ	๑๑,๐๐๐	
๘๕๐๖		๘.๕.๖ พลาสติกตามขาขนาดใหญ่มีข้อเข้าล็อกได้	ข้างละ	๕,๕๐๐	
๘๕๐๗		๘.๕.๗ โลหะตามขาขนาดใหญ่มีข้อเข้าล็อกได้	ข้างละ	๑๒,๐๐๐	
๘๕๐๘		๘.๕.๘ เข็มรับน้ำหนักที่เอ็นสะบ้า (PTB)	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๘๕๑๐		๘.๕.๑๐ พลาสติกตามขาเด็กเล็กชนิดสั้น (กันเท้าตก)	ข้างละ	๑,๒๐๐	
๘๕๑๒		๘.๕.๑๒ พลาสติกตามขาขนาดกลาง (กันเท้าตก)	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๕๑๔		๘.๕.๑๔ พลาสติกตามขาชนิดสั้นขนาดใหญ่ (กันเท้าตก)	ข้างละ	๑,๘๐๐	
๘๕๑๘		๘.๕.๑๘ พลาสติกตามข้อเท้า (Ankle-foot orthosis) ข้อบ่งชี้ ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อเท้าหลวม (Ankle instability)	ข้างละ	๓,๐๐๐	
๘๕๒๐		๘.๕.๒๐ สายรัดกันเท้าตก	ข้างละ	๑๕๐	
๘๖๐๐	๘.๖	อุปกรณ์พยุงข้อ (Single Joint orthosis)			
๘๖๐๑		๘.๖.๑ สายคล้องแขนกันไหล่หลุด	ข้างละ	๒๐๐	
๘๖๐๒		๘.๖.๒ สายคล้องแขน (Arm sling)	อันละ	๑๕๐	
๘๖๐๓		๘.๖.๓ อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) มีแกนด้านข้าง	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๖๐๔		๘.๖.๔ อุปกรณ์พยุงข้อศอก (Elbow support) ไม่มีแกนด้านข้าง	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๖๐๕		๘.๖.๕ แผ่นโลหะ/พลาสติกบังคับเชิงกรานเด็ก	ข้างละ	๕๐๐	
๘๖๐๖		๘.๖.๖ แผ่นโลหะบังคับเชิงกรานผู้ใหญ่	ข้างละ	๑,๕๐๐	
๘๖๐๘		๘.๖.๘ อุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้าชนิดสำเร็จรูป ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อเท้า เอ็นข้อเท้า กระดูกฝ่าเท้าอักเสบ และใช้ในการบำบัดรักษาเอ็นฝ่าเท้าอักเสบที่เรื้อรังต่อเนื่อง	คู่ละ	๑,๒๐๐	
๘๖๑๐		๘.๖.๑๐ อุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๘.๖.๘	ข้างละ	๒,๐๐๐	

รหัส	ลำดับที่	ประเภท	หน่วย	ราคากลาง	หมายเหตุ
๘๖๑๒		<p>๘.๖.๑๒ อุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ และ ๒ (Total Contact Insole/Orthosis)</p> <p>ลักษณะ เป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้า ชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) มีคุณสมบัติ</p> <p>๑. ทำจากวัสดุที่ชั้นบนมีความนุ่มและยืดหยุ่น (Cushion) ส่วนวัสดุชั้นล่างช่วยในการคงรูปของชั้นบน (contour)</p> <p>๒. ต้องหล่อพิเศษเฉพาะราย มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร และโค้งเข้ารูปตลอดความยาวของฝ่าเท้าผู้ป่วยแต่ละราย (Total Contact Insole/Orthosis)</p> <p>ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์แนวเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า แล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง</p>	คู่ละ	๑,๒๐๐	



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น คณะกรรมการการแพทย์จึงได้มีมติให้แก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตรา
ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๘
คณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (ค) ของข้อ ๕ (๒) แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตาม
พระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับ
ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๕๖
และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“(ค) การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้จ่าย
ค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้ในบัญชีแนบท้ายประกาศนี้”

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายชาติร์ บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๑ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		หมวด ๑ ระบบประสาท		
๑๐๐๐	๑.๑	กะโหลกศีรษะเทียม เยื่อหุ้มสมองเทียมและวัสดุยึดกะโหลก		
๑๐๐๑		๑.๐.๑ กะโหลกศีรษะเทียม (Cranioplastic implant) ลักษณะ แต่ละชุดประกอบด้วยผง methyl methacrylate โดยมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า ๖๐ กรัม พร้อมทั้งน้ำยาทำละลาย ข้อบ่งชี้ สำหรับซ่อมกะโหลกศีรษะผู้ป่วยที่มี ส่วนของกระดูกกะโหลกขาดหายไป	ชุดละ	๖,๐๐๐
๑๐๐๓		๑.๐.๓ เยื่อหุ้มสมองเทียม (Dural substitute) ลักษณะ เป็นแผ่นบางๆ ทำจากสารสังเคราะห์หรือเนื้อเยื่อ ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนส่วนที่หายไปหรือปกคลุมสมองหรือไขสันหลังในส่วนที่บวมจนไม่สามารถเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองได้	แผ่นละ	๙,๐๐๐
๑๑๐๐	๑.๑	ท่อ/สายต่อจากช่องกะโหลก และวัสดุใช้ในช่องกะโหลก		
๑๑๐๑		๑.๑.๑ ชุดท่อต่อช่องสมอง (External ventricular drainage system) ลักษณะ เป็นชุดเพื่อใช้ระบายน้ำหล่อสมองและไขสันหลังออกสู่ภายนอกร่างกายประกอบด้วยท่อต่อเชื่อมสมองและไขสันหลัง (Ventricular catheter) อุปกรณ์กักเก็บน้ำ และท่อต่อเชื่อม ข้อบ่งชี้ ใช้ระบายน้ำหล่อสมองและไขสันหลังในกรณีที่มีภาวะน้ำเกินในโพรงสมอง (Hydrocephalus)	ชุดละ	๔,๕๐๐
๑๑๐๒		๑.๑.๒ อุปกรณ์ช่วยระบายน้ำในช่องสมอง (Ventriculoperitoneal shunt) ลักษณะ เป็นชุดประกอบด้วยสายต่อช่องสมอง กระเปาะสำหรับกดทดสอบ และสายต่อภายในสู่ช่องท้องหรือช่องหัวใจ รวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ต่อสาย (connector) ข้อบ่งชี้ น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus)	ชุดละ	๘,๑๐๐
๑๑๐๔		๑.๑.๔ คีมหนีบหลอดเลือดโป่งพองในช่องกะโหลกศีรษะ (Aneurysm clip for Intracranial aneurysm) ลักษณะ เป็นคีมหนีบหลอดเลือดแดงที่โป่งพองผิดปกติ โดยใส่ไว้ในร่างกายตลอดไป ข้อบ่งชี้ เพื่อป้องกันเลือดออกในสมองจากหลอดเลือดแดงโป่งพอง	อันละ	๖,๗๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๒ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		หมวด ๒ คา หู คอ จมูก		
๒๐๐๐	๒	ลูกตา กระจกตา และเลนส์แก้วตาเทียม		
๒๐๐๑		๒.๐.๑ ลูกตาเทียมทำด้วยพลาสติก (Eye prosthesis) ลักษณะ เป็นตาปลอม โดยมีลักษณะเป็นแผ่นสารสังเคราะห์ ระบายสี โดยทำจากวัสดุได้หลายชนิด เช่น พลาสติก อคริลิก ข้อบ่งชี้ ใช้ใส่ในผู้ป่วยที่ไม่มีลูกตาหรือตาผ้อ	ข้างละ	๑,๐๐๐
๒๐๐๒		๒.๐.๒ วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดไม่มีรูพรุน ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์ที่คล้ายพลาสติกแข็งๆ รูปร่างกลมเรียบ ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก ข้อบ่งชี้ ใช้หนุนรับลูกตาเทียมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดเอา ลูกตาออก	อันละ	๒๐๐
๒๐๐๓		๒.๐.๓ วัสดุใส่หนุนรับลูกตาเทียมชนิดมีรูพรุน (Integrated orbital implant) ลักษณะ รูปร่างกลม มีรูพรุน ทำด้วยวัสดุหลายชนิด เช่น Hydroxyapatite ใส่หลังจากผ่าตัดเอาลูกตาออก ข้อบ่งชี้ ใช้หนุนรับลูกตาเทียมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเอาลูกตาออก	อันละ	๑๓,๕๐๐
๒๐๐๔		๒.๐.๔ วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตาที่ทำจาก silicone ลักษณะ เป็นแผ่นรองกระดูกเบ้าตาที่แตกทำจาก silicone ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่กระดูกเบ้าตาแตกที่มีขนาดเล็ก (น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑ ซม.) และไม่ต้องการยึดติดกับกระดูกขอบเบ้าตา หากมีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นต้องใช้วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตาที่ทำจากวัสดุอื่นๆ ให้ไปใช้อุปกรณ์ในรายการตามรหัสที่ ๗๒๑๒	แผ่น	๕๐๐
๒๐๐๕		๒.๐.๕ กระจกตาดำเทียม (Corneal prosthesis) ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์ มีความใส ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่กระจกตา (Cornea) ขุ่น	อันละ	๑๕,๐๐๐
๒๐๐๖		๒.๐.๖ เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดพับได้ (Foldable intraocular lens) ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตา เพื่อช่วย ในการมองเห็น สามารถพับได้ ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือ ไม่มีเลนส์แก้วตา โดยวิธีผ่าตัดแบบแผลเล็ก	อันละ	๒,๘๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๓ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๒๐๐๗		๒.๐.๗ เลนส์แก้วตาเทียม ชนิดแข็งพับไม่ได้ (Unfoldable intraocular lens) ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์ใส่แทนเลนส์แก้วตา เพื่อช่วยในการมองเห็นมีเนื้อแข็งไม่สามารถพับได้ ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หรือไม่มีเลนส์แก้วตา โดยการผ่าตัดต่อกระจกแบบแผลใหญ่	อันละ	๗๐๐
๒๐๑๐		๒.๐.๑๐ วัสดุเสริมกระดูกเบ้าตาที่ทำจาก Polyethylene ลักษณะ เป็นแผ่นรองกระดูกเบ้าตาที่แตก ทำจาก Polyethylene สามารถยึดกับเนื้อเยื่อในเบ้าตาได้ดี เนื่องจากมีรูพรุน มีทั้งชนิดที่ต้องยึดติด และไม่ต้องยึดติดกับขอบกระดูกเบ้าตา ขนาดไม่ต่ำกว่า ๓๘ x ๕๐ มม. ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่กระดูกเบ้าตาแตกขนาดใหญ่มากกว่า ๑ ซม. ซึ่งต้องการวัสดุรองรับที่มีความแข็งแรง เพื่อป้องกันไม่ให้เนื้อเยื่อในเบ้าตาตกลงไปในช่องไซนัส	แผ่นละ	๓๐,๐๐๐
๒๑๐๐	๒.๑	วัสดุ/เครื่องมือพิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดตา		
๒๑๐๑		๒.๑.๑ วัสดุที่ใช้หนุนในลูกตาในการผ่าตัดซ่อมจอประสาทตา (Buckle) ลักษณะ เป็นวัสดุสังเคราะห์คล้ายฟองน้ำหรือแผ่นซิลิโคน ข้อบ่งชี้ ใช้หนุนดันให้ผนังลูกตาสัมผัสจอประสาทตาในกรณีที่เป็นโรคจอประสาทตาลอก หรืออาจใช้ในการผ่าตัดอื่น เช่น โรคหนังตาตก	อันละ	๒,๗๐๐
๒๑๐๒		๒.๑.๒ ของเหลวสำหรับกดจอประสาทตา (Perfluorocarbon liquid) ลักษณะ เป็นของเหลวที่มีความหนาแน่นสูง ข้อบ่งชี้ ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตา และการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	หลอดละ	๖,๕๐๐
๒๑๐๓		๒.๑.๓ น้ำมันซิลิโคนสำหรับกดจอประสาทตา (Silicone oil) ลักษณะ มีลักษณะเป็นน้ำมันใส ข้อบ่งชี้ ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตา และการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	หลอดละ	๕,๕๐๐
๒๑๐๔		๒.๑.๔ ก๊าซสำหรับฉีดกดจอประสาทตา (Intraocular gas) ลักษณะ เป็นก๊าซที่ขยายตัวได้และอยู่ในลูกตาได้นาน ข้อบ่งชี้ ใช้ฉีดเข้าภายในลูกตาเพื่อช่วยในการผ่าตัดจอประสาทตา และการผ่าตัดน้ำวุ้นตา	ครั้งละ	๕๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๔ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๒๑๑๓		๒.๑.๑๓ ชุดผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา (Vitreotomy set) ลักษณะ เป็นชุดอุปกรณ์ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือตัดน้ำวุ้นลูกตา และอุปกรณ์ช่วยหลายชนิด ข้อบ่งชี้ ใช้ในการผ่าตัดน้ำวุ้นลูกตา	ชุดละ	๙,๐๐๐
๒๑๑๕		๒.๑.๑๕ ไบมีดตัดกระจกตา (Corneal trephine) ลักษณะ เป็นไบมีดผ่าตัดรูปร่างทรงกระบอกใช้ตัดกระจกตา ข้อบ่งชี้ ใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	ชุดละ	๕,๕๐๐
๒๒๐๐	๒.๒	แว่นตา เลนส์สัมผัส ที่ใช้ใส่หลังจากการผ่าตัดเอาแก้วตาออก เพื่อรักษาต้อกระจก (กรณีไม่ใส่เลนส์แก้วตาเทียม) ข้อบ่งชี้ รายการ ๒.๒.๑ - ๒.๒.๕ ใช้ใส่หลังการผ่าตัดเอาเลนส์ แก้วตาออก และไม่ใส่เลนส์แก้วตาเทียม		
๒๒๐๑		๒.๒.๑ แว่นตาสำหรับมองไกล ๑ อัน (Distance eyeglasses)	อันละ	๑,๘๐๐
๒๒๐๒		๒.๒.๒ แว่นตาสำหรับมองใกล้ ๑ อัน (Near eyeglasses) (สำหรับการผ่าตัดครั้งที่ ๒ ในตาข้างเดิมให้เปลี่ยนได้เฉพาะเลนส์)	อันละ	๑,๘๐๐
๒๒๐๓		๒.๒.๓ เลนส์สัมผัส ชนิดแข็ง (Hard contact lens)	ข้างละ	๙๐๐
๒๒๐๔		๒.๒.๔ เลนส์สัมผัส ชนิดครึ่งนุ่มครึ่งแข็ง (Rigid gas permeable lens)	ข้างละ	๑,๘๐๐
๒๒๐๕		๒.๒.๕ เลนส์สัมผัส ชนิดนิ่ม (Soft contact lens)	ข้างละ	๑,๘๐๐
๒๔๐๐	๒.๔	อวัยวะเทียมเกี่ยวกับหู		
๒๔๐๑		๒.๔.๑ กระดูกหูเทียม ชนิดแยกชิ้น ลักษณะ เป็นท่อนเล็กๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ ทำหน้าที่เชื่อมการนำเสียง ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนกระดูกโกลน (Stapes)	ชิ้นละ	๒,๗๐๐
๒๔๐๒		๒.๔.๒ กระดูกหูเทียมทดแทนกระดูกหูทั้งหมด (Total ossicle reconstruction prosthesis) ลักษณะ เป็นท่อนเล็กๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลิมเมอร์ ลักษณะคล้ายร่ม ข้อบ่งชี้ ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหู หรือเชื่อมกับหูชั้นใน	ชิ้นละ	๔,๕๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๕ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๒๔๐๓		๒.๔.๓ กระดูกหูเทียม ทดแทนกระดูกหูบางส่วน (Partial ossicle reconstruction prosthesis) ลักษณะ เป็นท่อนเล็กๆ ทำจากสารสังเคราะห์ เช่น โพลีเมอร์ ข้อบ่งชี้ ใช้เชื่อมระหว่างกระดูกหูหรือเชื่อมกับหูชั้นใน	ชิ้นละ	๔,๕๐๐
๒๔๐๔		๒.๔.๔ ไบพูเทียม ลักษณะ ทำจาก Silicone ติดโดยใช้กาว ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ที่ไบพูขาดไม่สามารถตกแต่งกลับมาได้	ข้างละ	๑๐,๘๐๐
๒๖๐๐	๒.๖	อุปกรณ์เกี่ยวกับจมูก		
๒๖๐๑		๒.๖.๑ จมูกเทียมชนิดติดกาว ลักษณะ เป็นสารสังเคราะห์ที่มีรูปร่างภายนอกของจมูก ข้อบ่งชี้ ใส่หลังผ่าตัดจมูกออกซึ่งมักเป็นรายที่เป็นมะเร็ง ช่วยปกปิดอวัยวะภายในช่องจมูก และแก้ไขความพิการผิดรูป	ชิ้นละ	๔,๐๐๐
๒๗๐๐	๒.๗	อุปกรณ์ช่วยการพูด และอุปกรณ์อื่น เกี่ยวกับคอ		
๒๗๐๑		๒.๗.๑ ฝาครอบช่วยพูด (Speaking valve) ลักษณะ เป็นท่อกลวงทำจากซิลิโคนภายในมีลิ้นไหลมเข้าออก ได้ทางเดียว ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอากล่องเสียงออก เพื่อให้สามารถ มีเสียงพูด	อันละ	๒,๕๐๐
๒๗๐๒		๒.๗.๒ เครื่องช่วยพูด ลักษณะ เป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เมื่อกดกับพื้นผิวจะเกิดเสียง จากการสั่นสะเทือน เพื่อช่วยในการสื่อสาร มีสวิทช์เปิดปิดใช้แบตเตอรี่ ข้อบ่งชี้ ใช้ในกรณีที่ผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด	เครื่องละ	๓๖,๐๐๐
๒๗๐๔		๔.๗.๔ เพดานเทียม (Obturator) หมวด ๓ ระบบทางเดินหายใจ	ชิ้นละ	๕๐๐
๓๐๐๐	๓	ท่อ/หลอดคอ/อุปกรณ์ช่วยการหายใจ		
๓๐๐๓		๓.๐.๓ หลอดคอช่วยการหายใจ (Tracheostomy tube) ชนิดทำด้วย พลาสติก ลักษณะ เป็นท่อพลาสติกกลาง ไค้งงอเล็กน้อย มีปีกสองข้าง สำหรับคล้องเชือก ข้อบ่งชี้ ใส่หลอดลมคอ เพื่อช่วยในการหายใจ	อันละ	๑,๕๐๐

รายการและอัตราค่าควยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๖ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		หมวด ๔ หัวใจและหลอดเลือด		
๔๐๐๐	๔	ลิ้นหัวใจเทียม ผนังหัวใจเทียม และหลอดเลือดเทียม ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔๐.๑ - ๔๐.๑๐ เป็นอวัยวะเทียมชนิดต่างๆ สำหรับใส่ไปในตัวผู้ป่วย ในการผ่าตัดหัวใจเพื่อแก้ไขความผิดปกติของลิ้นหัวใจหรือผนังกันหัวใจ และหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม รายการ ๔๐.๑๒ - ๔๐.๑๔ สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง รายการ ๔๐.๑๖ สำหรับใส่ทดแทนในผู้ป่วยที่หลอดเลือดส่วนปลายตีบหรืออุดตัน		
๔๐๐๑		๔.๐.๑ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดลูกบอลล์	อันละ	๒๙,๐๐๐
๔๐๐๒		๔.๐.๒ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน ๑ แผ่น ปิด - เปิด	อันละ	๓๔,๐๐๐
๔๐๐๓		๔.๐.๓ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดจานแบน ๒ แผ่น ปิด - เปิด	อันละ	๓๓,๐๐๐
๔๐๐๔		๔.๐.๔ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากหมู (ชนิดมีโครง)	อันละ	๔๘,๐๐๐
๔๐๐๕		๔.๐.๕ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากหมู (ชนิดไม่มีโครง)	อันละ	๕๕,๐๐๐
๔๐๐๖		๔.๐.๖ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อทำจากเยื่อหัวใจวัว	อันละ	๖๕,๐๐๐
๔๐๐๗		๔.๐.๗ ลิ้นหัวใจเทียมและหลอดเลือดเทียม	อันละ	๕๗,๐๐๐
๔๐๐๘		๔.๐.๘ ขอบลิ้นหัวใจเทียม (Valve ring)	อันละ	๑๘,๐๐๐
๔๐๐๙		๔.๐.๙ ผนังหัวใจเทียม (PTFE patch) ชนิดแผ่นสังเคราะห์	แผ่นละ	๓,๔๐๐
๔๐๑๐		๔.๐.๑๐ ผนังหัวใจเทียม (Dacron patch)	แผ่นละ	๓,๐๐๐
๔๐๑๒		๔.๐.๑๒ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นตรง	เส้นละ	๑๒,๐๐๐
๔๐๑๓		๔.๐.๑๓ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) แบบเส้นแยก	เส้นละ	๑๕,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๗ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๐๑๔		๔.๐.๑๔ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่แบบโค้งพร้อมแขนง (Aortic arch graft with branches) ลักษณะ เป็นหลอดเลือดเทียมที่มีแขนงสำเร็จรูปสำหรับ Aortic arch และ Branch ของ Aortic arch ข้อบ่งชี้ ๑. ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงโป่งพองบริเวณ Aortic arch ที่มีขนาดใหญ่กว่า ๖ ซม. ๒. ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจปริ (Aortic dissection) หรือมีหลอดเลือดโป่งพองจากการติดเชื้อ (Mycotic aneurysm) บริเวณ Aortic arch	เส้นละ	๔๘,๐๐๐
๔๐๑๖		๔.๐.๑๖ หลอดเลือดเทียมสำหรับการผ่าตัดหลอดเลือดส่วนปลายชนิดมีวงแหวน PTFE ring vascular graft (ตามความยาวที่ใช้)	ซม.ละ	๖๐๐
๔๐๑๘		๔.๐.๑๘ ลิ้นหัวใจเทียมชนิดทำจากเนื้อเยื่อ (Homograft)	ชิ้นละ	๒๕,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ๑. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของลิ้นหัวใจ (Infective endocarditis) ๒. ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ลิ้นหัวใจมีขนาดเล็กไม่สามารถใส่ลิ้นหัวใจเทียมชนิดอื่นได้ ๓. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจพัลโมนิก (Pulmonic valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก ๔. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดที่ไม่มีลิ้นหัวใจเอออร์ติก (aortic valve) หรือมีแต่ขนาดเล็ก ๕. ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องการสร้างเสริมเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ (Aortic reconstruction, Pulmonary artery reconstruction)		
๔๑๐๐	๔.๑	วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๑.๑ - ๔.๑.๔ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด		
๔๑๐๑		๔.๑.๑ ปอดเทียม (Membrane oxygenator)	ชุดละ	๙,๕๐๐
๔๑๐๒		๔.๑.๒ ชุดสายยางประกอบการไหลเวียนนอกร่างกาย (Extracorporeal complete set)	ชุดละ	๓,๔๐๐
๔๑๐๓		๔.๑.๓ อุปกรณ์กักกรองเลือด (Reservoir)	อันละ	๓,๐๐๐
๔๑๐๔		๔.๑.๔ อุปกรณ์กรองฟองอากาศทางเดินเลือดแดง (Bubble trap)	อันละ	๑,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๘ ~

รหัส	ลำดับ ร.	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๑๐๗		๔.๑.๗ ชุดสายยางประกอบการให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardioplegia set)	ชุดละ	๓,๔๐๐
๔๑๐๘		๔.๑.๘ อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจชนิดทางตรง (Antegrade cardioplegia set)	อันละ	๑,๑๐๐
๔๑๐๙		๔.๑.๙ อุปกรณ์ให้น้ำยารักษาสภาพกล้ามเนื้อหัวใจชนิดย้อนทาง (Retrograde cardioplegia set)	อันละ	๓,๔๐๐
๔๓๐๐	๔.๓	อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีตีบ (Coronary Intervention)		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๓.๑ - ๔.๓.๑๔, ๔.๓.๑๖ สำหรับผู้ป่วย ที่มีหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบ และมีความจำเป็นต้องขยาย (Coronary intervention) โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสมและข้อบ่งชี้ เพิ่มเติม ที่อาจมีในรายการอื่นๆ รายการ ๔.๓.๑๓ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มี หลอดเลือดส่วนปลายตีบได้ด้วย		
๔๓๐๑		๔.๓.๑ สายสวนหลอดเลือดนำทางเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary guiding catheter)	ชุดละ	๔,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายใช้สำหรับนำทางสายสวนที่ใช้ขยายหลอดเลือด ชนิดต่างๆ เข้าไปในหลอดเลือดโคโรนารี		
๔๓๐๒		๔.๓.๒ สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (PTCA guide wire)	ชุดละ	๔,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายลวดใช้สำหรับใส่สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือด โคโรนารีชนิดต่างๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือดโคโรนารี		
๔๓๐๓		๔.๓.๓ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูน (Coronary balloon dilatation catheter หรือ PTCA balloon)	ชุดละ	๑๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยาย หลอดเลือดโคโรนารี		
๔๓๐๔		๔.๓.๔ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวด (Coronary stent)	ชุดละ	๑๐,๐๐๐
		ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยาย หลอดเลือดโคโรนารี		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๙ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๓๐๕		๔.๓.๕ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดเคลือบยา ด้านการตีบซ้ำ (Drug - eluting stent) ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดเคลือบยาด้านการตีบซ้ำที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี	ชุดละ	๓๕,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจโคโรนารี ตามข้อบ่งชี้ใน ๔.๓.๑๗ ร่วมกับมีความเสี่ยงต่อการเกิดการตีบซ้ำ (restenosis) สูงกว่าปกติ ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ๑. รอยโรคอยู่ในหลอดเลือดที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง เท่ากับ ๓.๐ มม. หรือน้อยกว่า ๒. รอยโรคที่มีความยาวมากกว่า ๒๐ มม. (Long lesion) ๓. จำเป็นต้องใช้ขดลวดหลายชิ้นต่อ หรือร่วมกัน (Multiple หรือ long stent length) ๔. รอยโรคอยู่ในตำแหน่งหลอดเลือดเลฟต์เมน (Left main lesion) ที่เอื้อต่อการรักษาผ่านสายสวน ข้อควรระวังในการใช้ขดลวดเคลือบยา (Drug Eluting Stent) ๑. ในกรณีไม่สามารถซักประวัติผู้ป่วยได้อย่างละเอียดก่อนทำ การรักษาผ่านสายสวน เช่น ในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน โดยเฉพาะผู้ป่วย ที่มีอาการวิกฤต ๒. ในกรณีที่ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถรับประทานยาต้าน เกล็ดเลือด ๒ ชนิด ร่วมกันได้เป็นระยะเวลาานพอ (อย่างน้อย ๑ ปี) ๓. ในกรณีที่ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดในอนาคตอันใกล้ (๑๒ เดือน) และจำเป็นต้องหยุดรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดทั้ง ๒ ชนิด ๔. ในกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่าย (Increase risk of bleeding) ๕. ในกรณีผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาต้านเกล็ดเลือด ๖. ในกรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ตลอดชีวิตจากภาวะอื่นๆ		
๔๓๐๖		๔.๓.๖ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Coronary stent graft) ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสาย ใช้เพื่อ การขยายหลอดเลือดโคโรนารี	ชุดละ	๘๐,๐๐๐
๔๓๐๗		๔.๓.๗ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยหัวกรอกากเพชร (Rotational atherectomy burr catheter) ลักษณะ สายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการ ขยายหลอดเลือดโคโรนารี	ชุดละ	๓๐,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๑๐ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๓๐๘		๔.๓.๘ เครื่องกรอความถี่สูงเพื่อกำจัดไขมันหลอดเลือดโคโรนารีด้วยหัวกรอกากเพชร (Rotational atherectomy advancer) ลักษณะ เป็นอุปกรณ์สำหรับกรอด้วยความถี่สูงและขับเคลื่อนสายสวนที่มีหัวกรอกากเพชรที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี	ชุดละ	๓๐,๐๐๐
๔๓๐๙		๔.๓.๙ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยด้วยบอลลูนชนิดตัดใบมีด (Cutting balloon catheter) ลักษณะ สายสวนที่มีบอลลูนชนิดตัดใบมีดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และแขนขา ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับทำการด่างขยายรักษาการตีบตันของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำส่วนปลายในกรณีที่ไม่สามารถขยายได้ด้วยสายสวนบอลลูนปกติ	ชุดละ	๒๕,๐๐๐
๔๓๑๐		๔.๓.๑๐ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยการดูดลิ่มเลือดด้วยวิธีเชิงกล (Thrombectomy catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีอุปกรณ์สำหรับกำจัดลิ่มเลือดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี	ชุดละ	๒๐,๐๐๐
๔๓๑๑		๔.๓.๑๑ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยลำแสงเลเซอร์ (Laser angioplasty catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนลำแสงเลเซอร์ใช้เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี	ชุดละ	๖๐,๐๐๐
๔๓๑๒		๔.๓.๑๒ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย (Distal protection device) ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับป้องกันลิ่มเลือดที่บริเวณรอยตีบเคลื่อน ไปอุดตันหลอดเลือดส่วนปลาย เพื่อความปลอดภัยในการขยายหลอดเลือดโคโรนารีและหลอดเลือดแดงส่วนปลายในกรณีที่ลิ่มเลือดมีปริมาณมาก	ชุดละ	๖๐,๐๐๐
๔๓๑๓		๔.๓.๑๓ สายสวนเพื่อตรวจภายในหัวใจหรือหลอดเลือดด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน (Intravascular or Intracardiac ultrasound) ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับตรวจ ภายในหัวใจหรือหลอดเลือดโคโรนารี และหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยการถ่ายภาพคลื่นเสียงสะท้อน	ชุดละ	๓๔,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๓๑ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๓๑๔		๔.๓.๑๔ สายลวดเพื่อวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary pressure wire) ลักษณะ เป็นสายลวดใช้สำหรับวัดความดันภายในหลอดเลือดโคโรนารี	ชุดละ	๓๐,๐๐๐
๔๓๑๖		๔.๓.๑๖ สายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ (Multipurpose หรือ Transit catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดอเนกประสงค์ สำหรับใช้ในการขยายหลอดเลือดโคโรนารี	ชุดละ	๒๐,๐๐๐
๔๔๐๐	๔.๔	อุปกรณ์หรือสายสวนหัวใจสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาโรคหัวใจอื่นๆ ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๔.๑ - ๔.๔.๗ ใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางกายวิภาคหรือการทำงานของ ลิ้นหัวใจ ผนังหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ หรือหลอดเลือดโคโรนารี ที่มีความจำเป็นต้องรับการตรวจโดยการสวนหัวใจ รายการ ๔.๔.๑ และ ๔.๔.๖ เพิ่มข้อบ่งชี้สำหรับใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระดับ		
๔๔๐๑		๔.๔.๑ สายสวนหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับวัดความดัน หรือฉีดสีเพื่อถ่ายภาพเอกซเรย์ เช่น NIH, Pigtail catheter	ชุดละ	๔,๐๐๐
๔๔๐๒		๔.๔.๒ สายสวนหลอดเลือดสำหรับการเจาะผนังระหว่างห้องหัวใจ (Mullins transeptal catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำเข็มสายสวนหรืออุปกรณ์อื่นๆ แทรงผ่านผนังห้องหัวใจ	ชุดละ	๔,๐๐๐
๔๔๐๓		๔.๔.๓ เข็มสำหรับเจาะผนังห้องหัวใจร็อคเคนโบร (Brocken brough needle) ลักษณะ เป็นเข็มใช้สำหรับการเจาะผนังห้องหัวใจเพื่อนำอุปกรณ์หรือสายสวนต่างๆ แทรงผ่านผนังกันห้องหัวใจ	ชุดละ	๘,๐๐๐
๔๔๐๔		๔.๔.๔ สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอดชนิดวัดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Swan-Ganz catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดที่มีบอลลูนที่ปลายสาย และมีช่องสำหรับวัดความดันมากกว่า ๑ ช่อง	ชุดละ	๘,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๑๒ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๔๐๕		๔.๔.๕ สายสวนหลอดเลือดสำหรับวัดความดันเลือดในปอดชนิดมีบอลลูน (Balloon-tip catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดชนิดที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้สำหรับวัดความดันเลือดในปอด เช่น Berman Angiography catheter และ Balloon wedge catheter	ชุดละ	๔,๐๐๐
๔๔๐๖		๔.๔.๖ สายลวดสำหรับนำสายสวนหลอดเลือด (Diagnostic guide wire) ลักษณะ เป็นสายลวดใช้ใส่นำสายสวนหัวใจอื่นๆ เข้าในหลอดเลือด หรือใช้ในการสลับเปลี่ยนสายสวนหัวใจ (exchange) มีหลายขนาด ความยาว	ชุดละ	๕๐๐
๔๔๐๗		๔.๔.๗ สายสวนหลอดเลือดสำหรับฉีดสีหลอดเลือดโคโรนารี (Diagnostic coronary angiography catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับแการฉีดสีเพื่อถ่ายภาพ เอกซเรย์หลอดเลือดโคโรนารี	ชุดละ	๑,๐๐๐
๔๔๐๘		๔.๔.๘ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูนธรรมดา (Vulvuloplasty balloon) ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยาย ลิ้นหัวใจ เช่น Mansfield balloon ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ	ชุดละ	๒๕,๐๐๐
๔๔๐๙		๔.๔.๙ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูนอินนูเอ้ (Inoue balloon) ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลลูนอินนูเอ้ที่ปลายสายและชุด อุปกรณ์เสริมใช้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ	ชุดละ	๘๐,๐๐๐
๔๔๑๐		๔.๔.๑๐ สายสวนและอุปกรณ์เพื่อการขยายลิ้นหัวใจด้วยเครื่องขยาย ก้านโลหะ (Metallic valvular dilator) ลักษณะ เป็นสายสวนซึ่งเป็นเครื่องขยายก้านโลหะและชุด อุปกรณ์เสริมให้เพื่อการขยายลิ้นหัวใจ ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบ และให้เบิกได้เฉพาะอุปกรณ์ใหม่ ที่ถูกใช้เป็นครั้งแรกเท่านั้น และให้มีหลักฐานการใช้สำหรับการ ตรวจสอบด้วย	ชุดละ	๒๘๐,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๑๓ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๔๑๑		๔.๔.๑๑ ขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว (Coil) ลักษณะ เป็นขดลวด ใช้สำหรับปิดรูรั่ว (Coil embolization) ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือ ผู้ป่วย PDA หรือผู้ป่วยมะเร็งคับ	ชุดละ	๕,๐๐๐
๔๔๑๒		๔.๔.๑๒ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปลดได้ (Detachable coil delivery system) ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวด ชนิดปลดได้ ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกินหรือ ผู้ป่วย PDA	ชุดละ	๖,๐๐๐
๔๔๑๓		๔.๔.๑๓ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับปล่อยขดลวดสำหรับปิดรูรั่ว ชนิดปากคีบ (Biotome for controlled release of coil) ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์สำหรับใช้ปล่อยขดลวด ชนิดปากคีบ ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน หรือผู้ป่วย PDA	ชุดละ	๒๐,๐๐๐
๔๔๑๕		๔.๔.๑๕ วัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ (Septal Occluder) ลักษณะ เป็นวัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจ ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD, VSD, ภาวะหลอดเลือดเกิน ผิดปกติหรือมีรูรั่วข้างลิ้นหัวใจเทียม (Paravalvular leak)	ชุดละ	๕๕,๐๐๐
๔๔๑๖		๔.๔.๑๖ สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่ว ที่ผนังห้องหัวใจเอเทรียม (Delivery system for atrial septal occluder) ลักษณะ เป็นสายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวาง และปล่อย วัสดุสำหรับปิดรูรั่วที่ผนังห้องหัวใจเอเทรียม ชนิดแอมพลาสเซอร์ ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มี ASD หรือมีตำแหน่งหลอดเลือดเกิน	ชุดละ	๑๙,๐๐๐
๔๔๑๗		๔.๔.๑๗ วัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด ชนิดแอมพลาสเซอร์ (Amplatzer duct occluder) ลักษณะ เป็นวัสดุสำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือด และสามารถ ใช้ปิดตำแหน่งหลอดเลือดเกิน และรูรั่วชนิดอื่นได้ ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA	ชุดละ	๓๕,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๑๔ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๔๑๘		๔.๔.๑๘ สายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุสำหรับปิดรูรั่ว ในหลอดเลือดชนิดแอมพลาสเซอร์ (Delivery system for Amplatzer duct occluder) ลักษณะ เป็นสายสวนและชุดอุปกรณ์สำหรับวางและปล่อยวัสดุ สำหรับปิดรูรั่วในหลอดเลือดชนิดแอมพลาสเซอร์ ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มี PDA	ชุดละ	๑๙,๐๐๐
๔๔๑๙		๔.๔.๑๙ ตะแกรงกรงลิ้มเลือดหลอดเลือดดำใหญ่ (IVC Interruption device) ลักษณะ เป็นอุปกรณ์ใช้สำหรับดักลิ้มเลือดในหลอดเลือดดำใหญ่ ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดในปอด และ/หรือหลอดเลือดดำส่วนปลาย	ชุดละ	๔๐,๐๐๐
๔๔๒๐		๔.๔.๒๐ สายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกันห้องหัวใจเอเดรียม (Balloon atrial septostomy catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีลูกโป่งสำหรับขยายผนังกันห้อง หัวใจเอเดรียม ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยเพื่อเปิดทางเดินระหว่างผนังกันห้องหัวใจ	ชุดละ	๖,๐๐๐
๔๔๒๑		๔.๔.๒๑ สายสวนสำหรับคล้องเกี่ยว (Snare catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับคล้องเกี่ยววัสดุอุปกรณ์อื่น ในการสวนหัวใจในกรณีที่มีการหลุด เคลื่อนที่ หรือหักชำรุด เพื่อนำ วัสดุอุปกรณ์นั้นๆ ออกจากร่างกาย ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ สวนหัวใจ และมีชิ้นส่วนของอุปกรณ์ค้างอยู่ในหลอดเลือด	ชุดละ	๒๐,๐๐๐
๔๔๒๒		๔.๔.๒๒ สายสวนสำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจ (Endomyocardial biopsy) ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับตัดชิ้นเนื้อหัวใจเพื่อการวินิจฉัยโรค ข้อบ่งชี้ สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคของกล้ามเนื้อหัวใจ และเยื่อหุ้ม ภายในห้องหัวใจ	ชุดละ	๒๐,๐๐๐
๔๔๒๓		๔.๔.๒๓ สายสวนและอุปกรณ์สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardiocentesis) ลักษณะ เป็นสายสวนและอุปกรณ์ใช้สำหรับการเจาะเยื่อหุ้มหัวใจ เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ	ชุดละ	๕,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๑๔ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๔๒๔		๔.๔.๒๔ สายสวนหลอดเลือดแดงเอออร์ตาใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ (Intra aortic balloon catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา ประกอบด้วย บอลลูนซึ่งต่อเชื่อมกับเครื่องปั๊มก๊าซฮีเลียมใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว รักษาด้วยยา ไม่ได้ผล	ชุดละ	๒๘,๐๐๐
๔๕๐๐	๔.๕	เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวร (Permanent pacemaker generator) และเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔๕.๑ - ๔๕.๔ สำหรับผู้ป่วยที่หัวใจ เต้นผิดจังหวะชนิดช้า (Bradycardia) ที่มีอาการเป็นลมหมดสติ หรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า ๔๐ ครั้ง/นาทีโดยเฉลี่ย หรือมี อาการอื่นที่บ่งถึงการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ หรือร่วมกับการ พยากรณ์โรคที่เลวใน ระยะยาวในผู้ป่วยแต่ละราย		
๔๕๐๑		๔.๕.๑ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียว (Single chamber pacemaker) ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่าง ห้องเดียว	ชุดละ	๔๐,๐๐๐
๔๕๐๒		๔.๕.๒ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องเดียว ปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ (Rate responsive pacemaker) ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวรชนิดกระตุ้นห้องเดียวสามารถปรับอัตรา การเต้นขึ้นลงได้ตามความต้องการ ของร่างกายโดยอัตโนมัติ ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ การใส่ Fixed rate pacemaker ไม่สามารถ ตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ เช่น อายุน้อยมีกิจกรรม การทำงานมาก เป็นต้น	ชุดละ	๕๔,๐๐๐
๔๕๐๓		๔.๕.๓ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้อง ต่อเนื่องกัน (Dual chamber pacemaker) ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจให้เพียงพอ ฝังไว้ใต้ผิวหนังอย่างถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่าง ต่อเนื่องกันเหมือนในธรรมชาติ ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการ AV synchrony เช่นหัวใจห้องล่าง บีบตัวอ่อนหรือ Hypertrophic cardiomyopathy	ชุดละ	๗๒,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๑๖ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๕๐๔		๔.๕.๔ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรชนิดกระตุ้นหัวใจสองห้องต่อเนื่องกัน ปรับอัตราการเต้นอัตโนมัติ (Dual chamber rate responsive pacemaker) ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยให้จังหวะการเต้นหัวใจให้เพียงพอฝังไว้ ใต้ผิวหนังอย่างถาวรชนิดชนิดกระตุ้นหัวใจห้องบนและห้องล่างห้องล่าง ต่อเนื่องกันและสามารถปรับอัตราการเต้นได้โดยอัตโนมัติ	ชุดละ	๘๐,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามข้อ ๔.๕.๒ ร่วมกับ ๔.๕.๓		
๔๕๐๕		๔.๕.๕ เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization pacemaker) ลักษณะ เป็นเครื่องช่วยเพิ่มกำลังการบีบตัวของหัวใจ โดย กระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน	ชุดละ	๑๘๐,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการรุนแรง (NYHA class III/IV คือต้องการรักษาด้วย ยาอยู่ในกลุ่มโรค Dilated cardiomyopathy หรือ Ischemic cardiomyopathy)		
๔๕๐๖		๔.๕.๖ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter - defibrillator) ลักษณะ เป็นเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติฝังไว้ในร่างกายผู้ป่วย	ชุดละ	๑๘๐,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ผู้ป่วยต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ๑. ผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) หรือ Ventricular Fibrillation หรือ Ventricular Tachycardia ที่ไม่ได้ เกิดจากภาวะที่แก้ไขได้ ๒. Ventricular Tachycardia ที่เกิดขึ้นเองอยู่เรื่อยๆ ที่สัมพันธ์กับโรคหัวใจ ๓. การหมดสติที่ไม่สามารถหาสาเหตุร่วมกับการ กระตุ้นให้เกิด Ventricular Tachycardia, Ventricular Fibrillation ที่มีผลต่อภาวะไหลเวียนจากโปรแกรมไฟฟ้าหัวใจและการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล ๔. การเกิด Ventricular Tachycardia ในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อ หัวใจอ่อนแรงสามารถกระตุ้นให้เกิด Ventricular Tachycardia, Ventricular Fibrillation จากโปรแกรมไฟฟ้าหัวใจ และการรักษา ด้วยยากกลุ่ม ๑ ไม่ได้ผล ๕. การเกิด Ventricular Tachycardia ขึ้นเองอยู่ เรื่อยๆ ในผู้ป่วยที่ไม่พบโรคหัวใจและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น		

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๑๗ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		<p>๖. ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจขาดเลือดหรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาแล้วอย่างน้อย ๔๐ วัน ร่วมกับพบการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงอย่างรุนแรง (LVEF<๓๕%) และมีอาการตาม New York Heart Association Functional Classification (NYHA FC) ระดับ II-III</p> <p>๗. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่ไม่ทราบสาเหตุร่วมกับพบการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงอย่างรุนแรง (LVEF<๓๕%) และมีอาการตาม New York Heart Association Functional Classification (NYHA FC) ระดับ II-III</p> <p>๘. ผู้ป่วยโรค Long QT syndrome, Brugada syndrome, โรคกล้ามเนื้อหัวใจชนิดหนาตัวผิดปกติ และโรคกล้ามเนื้อหัวใจล่างขวาชนิด arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy ที่มีตัวบ่งชี้ถึงความเสี่ยงสูงของการเสียชีวิตกะทันหัน</p>		
๔๕๐๗		<p>๔.๕.๗ สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร</p> <p>ลักษณะ เป็นสายนำไฟฟ้าจากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรเข้าสู่หัวใจ</p> <p>ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๑</p>	ชุดละ	๑๕,๐๐๐
๔๕๐๘		<p>๔.๕.๘ สายเครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราว</p> <p>ลักษณะ เป็นสายนำไฟฟ้าจากเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจชนิดใส่ไว้ชั่วคราว</p> <p>ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๑ แต่ใช้ในผู้ป่วยซึ่งมีทางเดินไฟฟ้าติดขัดชั่วคราวหรือใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อรอการตัดสินใจที่จะใส่ชนิดถาวรต่อไป</p>	ชุดละ	๔,๐๐๐
๔๕๐๙		<p>๔.๕.๙ สายกระตุ้นหัวใจห้องล่างซ้ายพร้อมอุปกรณ์การใส่ (Coronary sinus pacing lead)</p> <p>ลักษณะ ใช้กับเครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Resynchronization pacemaker)</p> <p>ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๕</p>		๗๐,๐๐๐
๔๕๑๐		<p>๔.๕.๑๐ สายเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Implantable cardioverter - defibrillator lead)</p> <p>ลักษณะ เป็นสายต่อจากเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติเข้าไปภายในห้องหัวใจ</p> <p>ข้อบ่งชี้ เหมือนรายการ ๔.๕.๖</p>	ชุดละ	๙๐,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๑๘ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๕๑๑		๔.๕.๑๑ แผ่นปิดหน้าอกเพื่อรับหรือปล่อยไฟฟ้าในการกระตุ้นหัวใจ (Multipolar electrode catheter) ลักษณะ เป็นแผ่นเจลขนาดใหญ่ใช้ปิดที่หน้าอกผู้ป่วย ๒ แผ่น เพื่อรับไฟฟ้าจากผู้ป่วย หรือปล่อยไฟฟ้ากระตุ้นหรือกระตุ้นหัวใจ จากภายนอกร่างกาย ข้อบ่งชี้ ใช้ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac electrophysiologic study) หรือใช้กระตุ้นหัวใจชั่วคราวโดยต่อกับ เครื่องกระตุ้นหัวใจภายนอกในร่างกายในกรณีฉุกเฉิน	จุดละ	๓,๐๐๐
๔๖๐๐	๔.๖	สายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะรับสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๖.๒ - ๔.๖.๕ สำหรับผู้ป่วยที่มี หัวใจเต้น ผิดจังหวะชนิดเร็ว (Tachyarrhythmia) หรือเต้นสะดุด (Ectopic beats) ที่มีอาการหรืออาจเป็นอันตรายต่อชีวิต		
๔๖๐๑		๔.๖.๑ สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในห้องหัวใจ (Multipolar electrode catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒-๑๐ ขั้ว ใช้ในการตรวจระบบไฟฟ้าภายในหัวใจ (Cardiac Electrophysiologic study) ข้อบ่งชี้ ๑. Syncope or near syncope of unknown etiology ๒. Arrhythmia induction	ชุดละ	๑๖,๐๐๐
๔๖๐๒		๔.๖.๒ สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดธรรมดา (Deflectable ablation catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒ - ๑๐ ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วให้หายขาดด้วยคลื่นวิทยุ (Radiofrequency ablation)	ชุดละ	๒๘,๐๐๐
๔๖๐๓		๔.๖.๓ สายสวนหัวใจเพื่อการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยการสร้างภาพ สามมิติในสนามแม่เหล็ก (CARTO catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒ - ๑๐ ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็วที่รักษายากเป็นพิเศษ โดยใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์สร้างภาพสามมิติ (CARTO)	ชุดละ	๑๐๐,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๑๔ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๖๐๔		๔.๖.๔ สายสวนหัวใจเพื่อการวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจรูปวงบาศก์ (LASSO catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนหัวใจที่มีขั้วโลหะที่ปลายสาย ๒-๑๐ ขั้ว ใช้ในการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation	ชุดละ	๖๐,๐๐๐
๔๖๐๕		๔.๖.๕ สายต่อสายสวนหัวใจเพื่อรับคลื่นไฟฟ้าภายในหัวใจ (Connecting cable for multi-electrode catheter) ลักษณะ ใช้ต่อสายสวนหัวใจชนิดขั้วโลหะเพื่อนำสัญญาณไฟฟ้าภายในห้องหัวใจเข้ากับเครื่องแสดงผลบนจอภาพ ข้อบ่งชี้ ๑. Syncope or near syncope of unknown etiology ๒. Arrhythmia induction	ชุดละ	๕,๐๐๐
๔๗๐๐	๔.๗	อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับนำเข้าและข้อมปิดหลอดเลือดและท่อนำสายสวน		
๔๗๐๑		๔.๗.๑ สายสวนนำเข้าหลอดเลือด (Introducer sheath) ลักษณะ เป็นสายสวนใช้สำหรับใส่เข้าทางหลอดเลือดเพื่อไว้เป็นช่องทางสำหรับนำสายสวนอื่นๆ เข้า - ออกจากร่างกาย ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือผู้ป่วยมะเร็งตับ	ชุดละ	๑,๐๐๐
๔๗๐๒		๔.๗.๒ อุปกรณ์ข้อมปิดหลอดเลือด (Vascular closure device) ลักษณะ เป็นชุดอุปกรณ์สำหรับปิดรูที่ฉีกขาดหลอดเลือดหลังทำการสวนหัวใจ ข้อบ่งชี้ ใช้เย็บปิดหลอดเลือดแดงหลังการทำหัตถการทุกชนิด (ที่ทำผ่านหลอดเลือดแดง) ในห้องตรวจสวนหัวใจในกรณีที่มีผู้ป่วยไม่สามารถที่จะนอนนิ่งๆ นานหลายชั่วโมงได้หลังการกดห้ามเลือดแบบธรรมดา	ชุดละ	๙,๐๐๐
๔๗๐๔		๔.๗.๔ สายสวนหลอดเลือดนำทางสำหรับการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral guiding catheter) ลักษณะ เป็นสายสวนหลอดเลือดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ เข้าในหลอดเลือด ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน	ชุดละ	๗,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๒๐ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๔๗๐๕		๔.๗.๕ สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral angioplasty guide wire) ลักษณะ เป็นสายลวดใช้สำหรับนำสายสวนเพื่อการขยาย หลอดเลือดแดงส่วนปลายชนิดต่างๆ ผ่านรอยตีบในหลอดเลือด ข้อบ่งชี้ ใช้กับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน	ชุดละ	๔,๐๐๐
๔๘๐๐	๔.๘	อุปกรณ์หรือสายสวนสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดแดงที่อยู่นอก หัวใจ ตีบหรือตัน		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๔.๘.๑-๔.๘.๔ สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือด ส่วนปลายตีบหรืออุดตัน เฉพาะรายการ ๔.๘.๑ และ ๔.๘.๒ เพิ่มข้อบ่งชี้ ให้ใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ		
๔๘๐๑		๔.๘.๑ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยบอลูน (Peripheral balloon dilatation catheter หรือ PTA balloon) ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีบอลูนที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยาย หลอดเลือดแดงส่วนปลาย	ชุดละ	๒๐,๐๐๐
๔๘๐๒		๔.๘.๒ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยขดลวด (Peripheral stent) ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดที่ปลายสาย ใช้เพื่อการขยาย หลอดเลือดแดงส่วนปลาย	ชุดละ	๕๐,๐๐๐
๔๘๐๓		๔.๘.๓ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลายด้วยขดลวดหุ้มกราฟต์ (Peripheral stent graft) ลักษณะ สายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสาย ใช้เพื่อการ ขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย	ชุดละ	๑๐๐,๐๐๐
๔๘๐๔		๔.๘.๔ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาด้วย ขดลวดหุ้มกราฟต์ (Aortic stent graft) ลักษณะ เป็นสายสวนที่มีขดลวดหุ้มกราฟต์ที่ปลายสาย ใช้เพื่อ การขยายหลอดเลือดแดงใหญ่ เอออร์ตา ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับขยายหลอดเลือดแดงใหญ่ในผู้ป่วย หลอดเลือดแดงตีบหรือตัน หรือใช้ค้ำยันหลอดเลือดแดงใหญ่เพื่อเพิ่ม ความแข็งแรงของหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโป่งพอง	ชุดละ	๒๕๐,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๒๑ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
		หมวด ๕ ทางเดินอาหาร		
๕๑๐๐	๕.๑	ท่อ/สาย/ถุงให้อาหาร		
๕๑๐๑		๕.๑.๑ สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่กระเพาะอาหาร (Nasogastric tube) ระยะยาว ลักษณะ เป็นท่อซิลิโคนที่มีความอ่อนนุ่ม มีการระคายเคืองต่อจมูกน้อย ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่กินอาหารทางปากไม่ได้ มีความจำเป็นต้องคาสายไว้นานเกิน ๑ เดือน	เส้นละ	๓๐๐
๕๑๐๓		๕.๑.๓ ชุดสายสวนกระเพาะอาหารแบบใส่ผ่านกล้อง (Percutaneous endoscopic gastrostomy: PEG set) ลักษณะ ประกอบด้วยสายสวนกระเพาะและอุปกรณ์สำหรับช่วยในการใส่สายสวนนี้จากผนังท้องเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยตรง ร่วมกับการส่องกล้อง โดยไม่ต้องผ่าตัด ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารเข้าทางกระเพาะอาหารโดยตรง จำเป็นต้องคาสายไว้นาน ๔ เดือนขึ้นไป	อันละ	๔,๔๐๐
๕๑๐๔		๕.๑.๔ สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็ก (Nasojejunosomy, NJ tube) ลักษณะ เป็นท่อซิลิโคนมีความยาวพอสำหรับใส่ผ่านรูจมูกสู่ลำไส้เล็ก มีการระคายเคืองต่อจมูกน้อย ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่กระเพาะอาหารไม่ทำงานต้องให้อาหารผ่านทางสายเป็นเวลานานเกิน ๑ เดือน	เส้นละ	๒,๗๐๐
๕๒๐๐	๕.๒	วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้/ใส่ภายในทางเดินอาหารเพื่อห้ามเลือด		
๕๒๐๑		๕.๒.๑ ชุดยางรัดเส้นเลือดชอดในหลอดอาหาร (Esophageal variceal band ligator) ลักษณะ ประกอบด้วยยางรัดไม่น้อยกว่า ๔ เส้น และอุปกรณ์สำหรับช่วยในการนำไปรัดเส้นเลือดชอดร่วมกับการใช้กล้องส่อง ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดชอดในหลอดอาหาร หรือกระเพาะอาหารที่อยู่ในภาวะเลือดออกเฉียบพลัน และที่ต้องได้รับการทำลายหลอดเลือดชอดเพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ	ชุดละ	๔,๕๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๒๒ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๕๓๐๐	๕.๓	วัสดุ/อุปกรณ์ใช้ต่างขยายระบายท่อน้ำดี		
๕๓๐๑		๕.๓.๑ อุปกรณ์ขยายท่อน้ำดี (Biliary dilator) ข้อบ่งชี้ ใช้ขยายท่อน้ำดีที่อุดตันก่อนการใส่ท่อระบาย	เส้นละ	๔,๕๐๐
๕๓๐๒		๕.๓.๒ ท่อระบายน้ำดี ชนิดพลาสติก (Biliary and pancreatic duct stent: Plastic type) ลักษณะ เป็นท่อใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อกันไม่ให้ตีบตันใส่ผ่าน กล้องส่องทางเดินอาหาร ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีท่อน้ำดีและตับอ่อนอุดตัน	อันละ	๑,๓๐๐
๕๓๐๓		๕.๓.๓ ท่อระบายน้ำดี ชนิดโลหะ (Biliary stent: Self expandable metal stent) ลักษณะ เป็นอุปกรณ์โลหะใช้ใส่ในท่อน้ำดีเพื่อกันไม่ให้ตีบตัน ใส่โดยผ่านกล้องส่อง เมื่อใส่เข้าไปแล้วจะขยายขึ้นเป็นรูปร่างแบบท่อ ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยท่อน้ำดีอุดตันจากเนื้องอกที่ไม่สามารถ ผ่าตัดรักษาได้	อันละ	๒๐,๐๐๐
๕๓๐๔		๕.๓.๔ ท่อระบายน้ำดีชนิดมีปลายเปิดทางจมูก (Naso biliary tube) ข้อบ่งชี้ ใช้รักษาผู้ป่วยท่อน้ำดีอักเสบรั่ว	อันละ	๒,๒๐๐
	๕.๕	เครื่องมือช่วยการผ่าตัดอวัยวะแบบอัตโนมัติ		
		ข้อบ่งชี้หลัก รายการ ๕.๕.๑-๕.๕.๓ ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดตัดต่อ อวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ ที่ไม่สามารถผ่าตัดด้วยวิธีปกติ โดยเลือกใช้ตามลักษณะของการ ผ่าตัดต่ออวัยวะ		
๕๕๐๑		๕.๕.๑ เครื่องมือตัดต่ออวัยวะอัตโนมัติแบบวงกลม ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับตัดต่อหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และ ลำไส้ตรง (Rectum)	อันละ	๑๓,๕๐๐
๕๕๐๒		๕.๕.๒ เครื่องมือเย็บอวัยวะแบบอัตโนมัติ ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับการตัดเย็บอวัยวะในช่องอก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ตรง (rectum)	อันละ	๗,๕๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๒๓ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๕๕๐๓		๕.๕.๓ เครื่องมือเย็บและตัดต่ออัตโนมัติชนิดปรับหัวได้ ลักษณะ เป็นเครื่องมือที่เย็บและตัดต่อทางเดินอาหารหรือทางเดินหายใจที่ปรับมุมที่ส่วนปลายได้ใช้ในบริเวณที่ลึกหรือผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ข้อบ่งชี้ ๑. ใช้ในผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดลำไส้ตรง (Rectum) โดยการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ๒. ใช้ในการเชื่อมต่อลำไส้หรือกระเพาะอาหารที่เป็น การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic) ๓. ใช้ในการเย็บที่บริเวณทางเดินหายใจเป็นการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (Thoracoscopic)	อันละ	๘,๐๐๐
		หมวด ๗ กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น		
๗๐๐๐	๗.๐	ข้อเทียม		
๗๐๐๑		๗.๐.๑ ข้อนิ้ว ลักษณะ เป็นข้อเทียมสำหรับ metacarpophalangeal joint ข้อบ่งชี้ ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วยซึ่ง ๑) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทางอนุรักษ์ (Conservative treatment) ที่ให้เต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีคุณภาพชีวิตขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางยา	ข้อละ	๑๑,๐๐๐
๗๐๐๒		๗.๐.๒ ข้อศอก ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑	ข้อละ	๕๐,๐๐๐
๗๐๐๓		๗.๐.๓ ข้อไหล่ ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑	ข้อละ	๖๕,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๒๔ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๗๐๐๔		๗.๐.๔ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักเคลื่อนไหวได้ ข้อบ่งชี้ ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยซึ่ง ๑) มีอาการปวดที่ข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย วิธีทางอนุรักษ์นิยมที่ให้อย่างเต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยม มาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการรักษาทางยา	ข้อละ	๗๕,๐๐๐
๗๐๐๕		๗.๐.๕ ข้อเข่าชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑	ข้อละ	๕๐,๐๐๐
๗๐๐๖		๗.๐.๖ ข้อตะโพกมีเบ้า (Total hip prosthesis) รวมทั้งอุปกรณ์ เสริมไม่รวมซีเมนต์กระดูก ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑	ข้อละ	๖๕,๐๐๐
๗๐๐๗		๗.๐.๗ ข้อตะโพกไม่มีเบ้า (Austin-Moore prosthesis) ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๐.๑	ข้อละ	๑๒,๐๐๐
๗๐๐๘		๗.๐.๘ ข้อสะโพกแบบมีเบ้าชนิดพิเศษเฉพาะบุคคล (primary or revision hip prosthesis) ข้อบ่งชี้ ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเทียมมาแล้ว หรือข้อถูกทำลายจากเนื้องอกหรือการติดเชื้อ หรือข้อเสื่อมภายหลังกระดูกหัก หรือภาวะกระดูกไม่ติดขอบข้อสะโพก ข้อเพิ่มเติม	ข้อละ	๑๒๐,๐๐๐
๗๐๐๙		๗.๐.๙ วัสดุรองรับข้อตะโพก (Supporting ring) ข้อบ่งชี้ เสริมเบ้าข้อสะโพกที่เสื่อมสภาพที่มีพยาธิสภาพมาก ไม่สามารถใช้ข้อเทียมชนิดที่ใส่กันทั่วไปได้ พิจารณาได้จากภาพถ่ายรังสี และลักษณะข้อที่ถูกทำลายที่ตรวจพบขณะผ่าตัด	ข้อละ	๑๒,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๒๕ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๗๐๑๐		๗.๐.๑๐. ข้อตะโพกไม่มีเขี้ยวชนิด ๒ ชั้น (ไบโพล่า) ข้อบ่งชี้ ให้ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพ ในผู้ป่วยที่อายุไม่เกิน ๖๕ ปี ซึ่ง ๑) ข้อเสื่อมสภาพ ชนิดที่เกิดการทำลายเฉพาะ หัวกระดูกต้นขา หรือ ๒) กระดูกบริเวณข้อตะโพกหัก ชนิดที่ไม่สามารถ ดึงกระดูกให้เข้าที่และตามกระดูกภายในด้วยโลหะได้	ข้อละ	๓๕,๐๐๐
๗๐๑๑		๗.๐.๑๑ ข้อสะโพกมีเขี้ยว (ชนิดไม่ใช่ซีเมนต์) ข้อบ่งชี้ ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง ๑) มีอาการปวดข้อที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธี ทางอนุรักษ์ (conservative treatment) ที่ให้เต็มที่แล้ว หรือ ๒) มีทุพพลภาพที่ขัดต่อการใช้งานตามปกติ หรือ ๓) มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า อาจทำให้เกิดปัญหาทางชีวกลศาสตร์ ต่อร่างกายส่วนอื่น หรือ ๔) มีข้อมูลชัดเจนว่าผ่านการรักษาโดยอนุรักษ์นิยมมาแล้ว อย่างน้อย ๖ เดือนแล้วไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ รักษาทางยา ๕) เป็นการรักษาสำหรับผู้ที่อายุน้อยกว่า ๖๐ ปี หรือ พิจารณาวินิจฉัยการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ		๖๐,๐๐๐
๗๑๐๐	๗.๑	กระดูกเทียม และเส้นเอ็นเทียม		
๗๑๐๑		๗.๑.๑ หัวกระดูกเรเดียสเทียม ข้อบ่งชี้ ทดแทนส่วนกระดูกเรเดียสที่ชำรุดเสียหายจากการ บาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธี ทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การดึงกระดูกให้เข้าที่ และตามด้วยโลหะได้	ชิ้นละ	๘,๐๐๐
๗๑๐๒		๗.๑.๒ สารทดแทนกระดูกเพื่อการสร้างกระดูก ลักษณะ เป็นสารจำพวกเซรามิก เช่น Hydroxyapatite Calcium phosphate, Tricalcium phosphate และ Calcium sulphate ข้อบ่งชี้ ทดแทนกระดูกที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บหรือ โรคของกระดูกหรือกระดูกของผู้ป่วยมีปริมาณไม่เพียงพอ โดยไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดบางวิธี เช่น การตรึงกระดูกให้เข้าที่การเชื่อมกระดูกให้ติดกันและการตาม ด้วยโลหะตามกระดูก	ชุดละ	๒,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๒๖ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๗๑๐๓.		๗.๑.๓ เส้นเอ็นเทียมใช้บริเวณมือ ข้อบ่งชี้ ทดแทนเส้นเอ็นบริเวณมือและแขนส่วนล่างที่ชำรุดเสียหายจากการบาดเจ็บหรือโรคของเอ็นที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีทางอนุรักษ์นิยมและการผ่าตัดวิธีอื่น เช่น การเย็บต่อเส้นเอ็นให้เข้าที่หรือใช้การปลูกเส้นเอ็นจากส่วนอื่นของร่างกายได้	เส้นละ	๙,๕๐๐
๗๒๐๐	๗.๒	โลหะตามยึดกระดูก		
๗๒๐๑		๗.๒.๑ โลหะใส่ในโพรงกระดูก (Nail) ชนิดไม่มีรูล็อก (K-nail)	ชิ้นละ	๑,๕๐๐
๗๒๐๒		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บหรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณรยางค์ โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่รุนแรงและรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน ๗.๒.๒ โลหะตามใส่ในโพรงกระดูกชนิดมีรูล็อกสำหรับยึดกระดูกส่วนกลาง (Interlocking nail) และสลักยึดกระดูก (locking Bolt) ลักษณะ ประกอบด้วย ๒ ส่วน ๑. เป็นโลหะท่อกว้างหรือแท่งตัน ใช้สอดลงในโพรงกระดูกตามแนวยาวเพื่อยึดตรึงกระดูกที่หัก และมีรูสำหรับใส่สกรูล็อกแท่งโลหะนั้นกับกระดูกโดยรอบ เพื่อคงความยาวของกระดูกไว้ไม่ให้เกิดการยุบลงของกระดูก ๒. สลักยึดกระดูกที่ใช้สอดเข้าในช่องของโลหะตามใส่ในโพรงกระดูก มีลักษณะเป็นสกรูทำให้เกิดความมั่นคงในการยึดกระดูกที่หัก	ชุดละ	๙,๐๐๐
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักจากการบาดเจ็บ หรือโรคของกระดูกยาวในบริเวณรยางค์โดยเป็นการหักชนิดที่รุนแรงและซับซ้อน ไม่สามารถใช้โลหะใส่ในโพรงกระดูกชนิดธรรมดาได้ รวมถึงกระดูกหักบริเวณใกล้ข้อของกระดูกยาวที่ต้องใช้ bolt ล็อกยึดให้แข็งแรง		
๗๒๐๓		๗.๒.๓ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดไม่มีเกลียว (Nail plate) รวมสกรู ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพกและข้อเข่าจากการบาดเจ็บ หรือโรคโดยเป็นการหักชนิดที่ยังคงมีความมั่นคง เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง และรูปแบบการหักไม่ซับซ้อน	ชุดละ	๕,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๒๗ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๗๒๐๔		๗.๒.๔ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกข้อตะโพก ชนิดมีเกลียว (เช่น ชุด Dynamic hip screw) ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อตะโพกจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการหลุดตัว หรือ เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรง และรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	๑๑,๐๐๐
๗๒๐๕		๗.๒.๕ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูกที่เข่า ชนิดมีเกลียว (เช่น ชุด Dynamic condylar screw) ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อที่มีขนาดใหญ่ เช่น ข้อเข่าจากการบาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคงกระดูก อาจเกิดการหลุดตัวหรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบ การหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	๑๑,๐๐๐
๗๒๐๖		๗.๒.๖ โลหะตามกระดูกและใส่ในโพรงกระดูก ชนิดแยกชิ้น (เช่น Gamma nail) รวมสกรู ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณข้อตะโพกจากการ บาดเจ็บหรือโรค โดยเป็นการหักชนิดที่ไม่มั่นคง กระดูกอาจเกิดการหลุดตัว หรือเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรุนแรงและรูปแบบการหักที่ซับซ้อน	ชุดละ	๒๔,๐๐๐
๗๒๐๗		๗.๒.๗ โลหะตามกระดูกสันหลังส่วนคอ (Cervical locking plate) - ระดับแรก ไม่เกิน - ระดับถัดไป ไม่เกิน ลักษณะ มีแผ่นโลหะ ๑ ชิ้นและสกรูอย่างน้อย ๔ ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด) ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอที่หักหรือข้อถูกทำลาย จากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถ ยึดตรึงด้วยการปลุกกระดูกได้	ระดับละ ระดับละ	๒๔,๐๐๐ ๑๒,๐๐๐
๗๒๐๘		๗.๒.๘ โลหะตามกระดูกสันหลัง ส่วนอก,เอว (PDS) - ระดับแรก ไม่เกิน - ระดับถัดไป ไม่เกิน ลักษณะ มีแท่งโลหะ ๒ ชิ้น และสกรูอย่างน้อย ๔ ตัว (ขึ้นกับจำนวนระดับที่ผ่าตัด) ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนอก หรือเอวที่หัก หรือ ข้อถูกทำลายจากความเสื่อม หรือโรคชนิดที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคง และไม่สามารถยึดตรึงด้วยการปลุกกระดูกได้	ระดับละ ระดับละ	๒๕,๐๐๐ ๑๒,๕๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๒๘ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๗๒๐๙		๗.๒.๙ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดกว้าง (Broad plate) ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกระยะยาวขนาดใหญ่ที่หักและไม่สามารถ ให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	๕,๒๐๐
๗๒๑๐		๗.๒.๑๐ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดแคบ (Narrow plate) ข้อบ่งชี้ เช่นเดียวกับ ๗.๒.๙	ชิ้นละ	๕,๐๐๐
๗๒๑๑		๗.๒.๑๑ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดมีแผ่นพยาง (Buttress plate) ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกระยะยาวขนาดใหญ่ที่หักบริเวณข้อ และไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	๔,๐๐๐
๗๒๑๒		๗.๒.๑๒ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดเล็ก (Small fragment plate, mini-plate) ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกระยะยาวขนาดเล็กที่หักและไม่สามารถ ให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้ หรือการยึดตรึงกระดูกใบหน้า และกะโหลกศีรษะในกรณีกระดูกหัก หรือมีการตัดกระดูก เพื่อการรักษาโรค	ชิ้นละ	๑,๕๐๐
๗๒๑๓		๗.๒.๑๓ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดดัดได้ (Reconstruction plate) ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะการหักซับซ้อน และ ไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยมได้	ชิ้นละ	๒,๗๐๐
๗๒๑๔		๗.๒.๑๔ แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดมีหัวสกรูพยาง (Lock plate) ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักผ่านข้อ รอบๆ ข้อ หรือเนื้อกระดูก ผิดปกติจากโรคทางเมตาบอลิซึม โรคกระดูกพรุน โรคเลือด หรือเนื้องอก	ชิ้นละ	๒๐,๐๐๐
๗๒๑๕		๗.๒.๑๕ แผ่นโลหะตามกระดูกยึดกระดูกที่นิ้วมือ ชนิดเล็ก ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักบริเวณมือ และนิ้ว	ชิ้นละ	๑,๕๐๐
๗๒๑๖		๗.๒.๑๖ โลหะตามกระดูกภายนอก ลักษณะ ๑ ชุด มีแท่งโลหะตามกระดูก ๒ แท่ง โลหะยึดกระดูก ๔ - ๖ แท่ง และคีมยึด ๔ - ๖ ตัว ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีการบาดเจ็บรุนแรง การติดเชื้อ และการผ่าตัดที่มีลักษณะจำเพาะ ได้แก่ การยึด เลื่อน และหดกระดูก	ชุดละ	๑๐,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

- ๒๙ -

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๗๓๐๐	๗.๓	โลหะยึดกระดูก/เอ็น		
๗๓๐๑		๗.๓.๑ สกรูยึดแผ่นโลหะชนิดหัวล็อก (Lock screw) ข้อบ่งชี้ ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีปัญหาไม่สามารถใช้สกรูธรรมดา และใช้ร่วมกับแผ่นโลหะตามกระดูกชนิดหัวล็อก	ตัวละ	๒,๕๐๐
๗๓๐๒		๗.๓.๒ สกรูยึดแผ่นโลหะตามกระดูก ข้อบ่งชี้ ใช้ยึดตามกระดูกร่วมกับแผ่นตามกระดูกหรือใช้ ยึดตรึงกระดูกทั่วไป	ตัวละ	๓๐๐
๗๓๐๓		๗.๓.๓ แท่งโลหะตามกระดูกขนาดต่างๆ (Schanz screw) ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักทั่วไป	อันละ	๘๐๐
๗๓๐๔		๗.๓.๔ สกรูยึดกระดูกที่นิ้วมือ ชนิดเล็ก ลักษณะ ใช้ยึดกระดูกที่หักร่วมกับแผ่นตามกระดูกหรือใช้ ยึดกระดูกโดยตรงก็ได้ ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกมือและนิ้วที่หักชนิดไม่มั่นคง	ตัวละ	๘๐๐
๗๓๐๕		๗.๓.๕ สกรูยึดเอ็นข้อเข่า ลักษณะ เป็นสกรูหัวจมหกเหลี่ยมมีเกลียวหย่าบที่สามารถ ยึดส่วนกระดูกของเอ็นที่นำไปปลุกกับโพรงในกระดูกข้อเข่า ข้อบ่งชี้ ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อเข่า	ตัวละ	๕,๗๐๐
๗๓๐๖		๗.๓.๖ หมุดสมอยึดติดกับกระดูกชนิดมีวัสดุยึดเส้นเอ็น ลักษณะ เป็นหมุดที่สามารถใช้ยึดเอ็นกับกระดูกได้โดยตรง และมีส่วนต่อกับวัสดุที่ใช้เย็บเอ็น ข้อบ่งชี้ ใช้ในการซ่อมเอ็นข้อไหล่และมือ	ตัวละ	๕,๐๐๐
๗๓๐๗		๗.๓.๗ สมอยึดกระดูกเข้ากับเนื้อเยื่อ (Suture anchor) ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับการเย็บซ่อมเอ็นบริเวณข้อต่างๆ ที่เอ็น ถูกกระชากหลุดออกจากกระดูก	อันละ	๖,๐๐๐
๗๓๐๘		๗.๓.๘ ชุดสมอสำหรับเย็บซ่อมหมอนรองกระดูกเข่า (Arthroscopic meniscus repair system) ลักษณะ เป็นชุดประกอบด้วยเข็ม ๑ อัน และด้ายสำหรับเย็บ ข้อบ่งชี้ ใช้สำหรับเย็บซ่อมหมอนรองกระดูกอ่อนในข้อเข่า	ชุดละ	๕,๐๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๓๐ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๗๓๑๑		๗.๓.๑๑ ตะขอตรึงกระดูก (Staple) ข้อบ่งชี้ ใช้ยึดตรึงกระดูกที่หักที่มีลักษณะจำเพาะ และการ ตัดต่อกระดูก	ชิ้นละ	๑,๕๐๐
๗๓๑๓		๗.๓.๑๓ K-wire ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกส่วนปลายและกระดูกที่หักมีขนาดเล็ก รวมทั้งใช้เพื่อการดัดรักษากระดูกหัก	ชิ้นละ	๓๐๐
๗๓๑๔		๗.๓.๑๔ สกรูชนิดพิเศษสำหรับใส่ข้อมือ ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกข้อมือ	ชิ้นละ	๓,๐๐๐
๗๕๐๐	๗.๕	วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้ยึดกระดูกอื่นๆ		
๗๔๐๑		๗.๔.๑ สารยึดกระดูก (Bone cement) ชนิดธรรมดา ลักษณะ เป็นสารเมตทิลเมตาโคลเลตมีสองส่วน คือ ส่วนที่ เป็นของเหลวและส่วนที่เป็นผงใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลีเมอไรเซชัน และเป็นวัสดุปราศจากเชื้อ ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกและใช้ในผู้ป่วยเนื้องอก ของกระดูก	ชุดละ	๒,๐๐๐
๗๔๐๒		๗.๔.๒ สารยึดกระดูก (Bone cement) ชนิดมียาปฏิชีวนะผสม ลักษณะ เป็นสารเมตทิลเมตาโคลเลตมีสองส่วน คือ ส่วนที่เป็น ของเหลวและส่วนที่เป็นผงใช้ผสมกันเพื่อให้เกิดการโพลีเมอไรเซชัน และเป็นวัสดุปราศจากเชื้อและมียาปฏิชีวนะผสมเพื่อลดโอกาส การติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ และใช้ในรายที่เป็นการผ่าตัด แก้ไขข้อเทียมที่เคยติดเชื้อ ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงข้อเทียมกับกระดูกในผู้ป่วยที่มีหรืออาจมี การติดเชื้อ และใช้ในผู้ป่วยเนื้องอกของกระดูก	ชิ้นละ	๔,๓๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๓๑ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๗๕๐๐	๗.๕	กระดูกชีวภาพ		
๗๕๐๒		๗.๕.๒ กระดูกแช่แข็งขนาดเล็ก ลักษณะ เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อ ผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อโดยรังสีแกมมา ผืนิกโดยระบบสุญญากาศ ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการ บาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดเล็ก	ชิ้นละ	๕,๐๐๐
๗๕๐๓		๗.๕.๓ กระดูกแช่แข็งขนาดกลาง ลักษณะ เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อ ผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อโดยรังสีแกมมา ผืนิกโดยระบบสุญญากาศ ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการ บาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่	ชิ้นละ	๑๕,๐๐๐
๗๕๐๔		๗.๕.๔ กระดูกแช่แข็งขนาดใหญ่ ลักษณะ เตรียมจากกระดูกชีวภาพที่ปราศจากโรคติดเชื้อ ผ่านการทำความสะอาด และการแช่แข็งที่เท่ากับหรือต่ำกว่า ๗๐ องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจการทำให้ปราศจากเชื้อโดยรังสีแกมมา ผืนิกโดยระบบสุญญากาศ ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกทดแทนกระดูกที่ถูกทำลายไปจากการ บาดเจ็บหรือโรคในบริเวณกระดูกขนาดใหญ่และบริเวณข้อ และ ใช้ร่วมกับข้อเทียม	ชิ้นละ	๒๕,๐๐๐
๗๕๐๖		๗.๕.๖ แคลเซียมไฮดรอกซี เอพาทไตต์ขนาด ๑ ลูกบาศก์เซนติเมตร ลักษณะ เป็นสารไฮดรอกซีเอพาทไตต์ที่สังเคราะห์ขึ้นหรือ กึ่งสังเคราะห์หรือผลิตจากวิธีทางธรรมชาติผ่านขบวนการทำให้ ปราศจากเชื้อ และผืนิกด้วยวิธีที่ใช้ในการเก็บวัสดุทางการแพทย์ ข้อบ่งชี้ เพื่อการปลูกกระดูกบริเวณใบหน้า กราม และ กระดูกคอส่วนบนเท่านั้น	ชิ้นละ	๒,๕๐๐

รายการและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

~ ๓๒ ~

รหัส	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคา (บาท)
๗๖๐๐	๗.๖	อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดกระดูกและข้อ		
๗๖๐๑		๗.๖.๑ ใบมีดตัดเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ (Blade for arthroscopic shaver) ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาของเนื้อเยื่ออ่อนในข้อ	อันละ	๔,๕๐๐



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้มี
ความเหมาะสมยิ่งขึ้น คณะกรรมการการแพทย์มีมติให้แก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๘
คณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (ข) (๒) ข้อ ๕ หมวด ๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๖ และให้ใช้
ความต่อไปนี้แทน

“(ข) การรักษาโรคมะเร็งให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังนี้

๑) การรักษาโรคมะเร็ง ๑๐ ชนิด ดังต่อไปนี้ จะต้องให้การรักษาตามแนวทาง
ที่กำหนด (Protocol) และให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามอัตราที่กำหนดไว้ในแนวทางการรักษาโรคมะเร็ง
และอัตราค่าจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบท้ายประกาศนี้

- ๑.๑) โรคมะเร็งเต้านม
- ๑.๒) โรคมะเร็งปากมดลูก
- ๑.๓) โรคมะเร็งรังไข่
- ๑.๔) โรคมะเร็งโพรงจมูก
- ๑.๕) โรคมะเร็งปอด
- ๑.๖) โรคมะเร็งหลอดอาหาร
- ๑.๗) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย
- ๑.๘) โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
- ๑.๙) โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
- ๑.๑๐) โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

๒) กรณีการรักษาโรคมะเร็ง ๑๐ ชนิด ตามที่กำหนดใน ๑) ที่ไม่สามารถรักษาตามแนวทางที่กำหนด (Protocol) และมีความจำเป็นที่ต้องให้การรักษาด้วยยาโรคมะเร็งและหรือเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา ให้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินห้าหมื่นบาทต่อรายต่อปี

๓) กรณีการรักษาโรคมะเร็งชนิดอื่นนอกเหนือจากโรคมะเร็ง ๑๐ ชนิด ตามที่กำหนดใน ๑) ที่มีความจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยาโรคมะเร็งและหรือเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินห้าหมื่นบาทต่อรายต่อปี”

ข้อ ๓ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับรวมถึงผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานอยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ซึ่งยังคงรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในอยู่ถึงวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ

ประกาศ ณ วันที่ ๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑

๒๓๑๕

(นายชาติร์ บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน
ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
ในกรณีที่ผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน
คณะกรรมการการแพทย์จึงมีมติกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้น สำหรับ
ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน โดยความเห็นชอบของ
คณะกรรมการประกันสังคม

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งจากคณะกรรมการการแพทย์
ให้วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

“เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” หมายความว่า เงินที่จ่ายเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในกรณีผู้ประกันตน
ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์
หรือสถานพยาบาลที่รับส่งต่อจากสถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ รวมทั้ง
สถานพยาบาลที่ได้รับผู้ประกันตนไว้รักษาในกรณีฉุกเฉิน และสถานพยาบาลอื่นใดที่ให้บริการทางการแพทย์
แก่ผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับการกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์

ข้อ ๓ เงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้จ่ายให้แก่ผู้ประกันตนหรือกรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต
ให้เฉลี่ยจ่ายให้แก่สามีหรือภริยา บิดามารดา บุตร

ข้อ ๔ ความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงิน
ช่วยเหลือเบื้องต้นตามประกาศนี้ ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล แต่มิใช่เป็นความเสียหาย
ที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพหรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้น
อยู่แล้ว

ข้อ ๕ ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์ และอัตรา
การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น

(๑) เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอด
ชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ ๒๕๐,๐๐๐ บาท
แต่ไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท

(๒) สูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงิน
ช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๒๕๐,๐๐๐ บาท

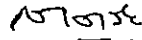
(๓) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท
กรณีที่มีความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามวรรคหนึ่ง (๑) (๒)
หรือ (๓) ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหาย
ที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม

การพิจารณาความเสียหายและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้เป็นไปตาม
หลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๖ ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิที่อ้างว่าผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการ
ทางการแพทย์มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามแบบที่กำหนดท้ายประกาศได้ที่สำนักงาน
ประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา
และให้หน่วยงานดังกล่าวส่งคำขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ เพื่อเสนอ
ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์พิจารณา

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด
หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ได้รับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
ตามมติของคณะกรรมการการแพทย์หรือคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์

ประกาศ ณ วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑



(นายชาติริ บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์

ตารางการกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
 แบบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน
 ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

ประเภท ๑ เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ ๒๕๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท			
ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเสียหายกับการรักษาพยาบาล	ระดับความรุนแรงของผลกระทบต่อผู้เสียหาย		
	ตาย	ทุพพลภาพ	เรื้อรังรุนแรงพึ่งพาตลอดเวลา
ความเสียหายสัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล และไม่สัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย	๕๐๐,๐๐๐	๕๐๐,๐๐๐	๓๒๐,๐๐๐
			-
ความเสียหายสัมพันธ์กับทั้งการรักษาพยาบาล และโรคที่เจ็บป่วย	๓๖๐,๐๐๐	๓๒๐,๐๐๐	๒๘๐,๐๐๐
		-	๓๖๐,๐๐๐
ความเสียหายสัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล เพียงส่วนน้อย	๓๒๐,๐๐๐	๒๘๐,๐๐๐	๒๕๐,๐๐๐
		-	๓๒๐,๐๐๐

ตารางการกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
 แบบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน
 ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

ประเภท ๒ สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อค่าเป็นชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๒๕๐,๐๐๐ บาท			
ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเสียหายกับการรักษาพยาบาล	ระดับความรุนแรงของผลกระทบ จากสูญเสียอวัยวะหรือพิการหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ความเสียหายสัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล และไม่สัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย	๒๕๐,๐๐๐	๒๑๖,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐
		๒๕๐,๐๐๐	๒๑๖,๐๐๐
ความเสียหายสัมพันธ์กับทั้งการรักษาพยาบาล และโรคที่เจ็บป่วย	๒๑๖,๐๐๐	๑๙๒,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐
		๒๑๖,๐๐๐	๑๙๒,๐๐๐
ความเสียหายสัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล เพียงส่วนน้อย	๑๙๒,๐๐๐	๑๖๘,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐
		๑๙๒,๐๐๐	๑๖๘,๐๐๐

ตารางการกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
แบบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน
ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

ประเภท ๓ บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท			
ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเสียหายกับการรักษาพยาบาล	การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง ต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือฟื้นฟู		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ความเสียหายสัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล และไม่สัมพันธ์กับโรคที่เจ็บป่วย	๑๐๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐ - ๑๐๐,๐๐๐	ไม่เกิน ๘๐,๐๐๐
ความเสียหายสัมพันธ์กับทั้งการรักษาพยาบาล และโรคที่เจ็บป่วย	๕๐,๐๐๐	๘๐,๐๐๐ - ๕๐,๐๐๐	ไม่เกิน ๗๐,๐๐๐
ความเสียหายสัมพันธ์กับการรักษาพยาบาล เพียงส่วนน้อย	๕๐,๐๐๐	๗๐,๐๐๐ - ๘๐,๐๐๐	ไม่เกิน ๖๐,๐๐๐



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนที่ประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด และผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา
สารเสพติดด้วยสารเมทาโดน ตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นบทนิยามในข้อ ๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

“การบำบัดรักษา” หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ซึ่งรวมถึง
ตลอดการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามผลหลังการบำบัดรักษาด้วย”

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความใน (๒) ของข้อ ๘ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตาม
พระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่
๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๗ และให้ใช้ความดังต่อไปนี้แทน

“(๒) การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ยกเว้น การให้สารเมทาโดน (Methadone
Maintenance Treatment : MMT) เพื่อบำบัดรักษาผู้ประกันตนที่ติดยาเสพติดเฉพาะในกลุ่มฝิ่น
และอนุพันธ์ของฝิ่น โดยจ่ายเป็นค่าสารเมทาโดน (Methadone) แก่สถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษา
ผู้ประกันตนในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๓๕ บาทต่อวัน ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑) ผู้ประกันตนจะต้องเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจในสถานพยาบาลที่สำนักงาน
ประกันสังคมกำหนด

๒) สถานพยาบาลที่มีสิทธิเบิกจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
และผ่านการอนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ และผ่านเกณฑ์
การให้บริการใช้สารเมทาโดนระยะยาวที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด”

ประกาศ ณ วันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายชาติรี บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการให้ยาแฟคเตอร์ (Coagulation factors)
สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการให้ยาแฟคเตอร์ (Coagulation factors) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน คณะกรรมการการแพทย์จึงมีมติกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการให้ยาแฟคเตอร์ (Coagulation factors) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๘ คณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“Coagulation factors” หมายถึง ยาที่ใช้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) ซึ่งประกอบด้วย รายการยาดังนี้

๑. factor VIII concentrate
๒. factor IX concentrate
๓. factor IX complex

ข้อ ๓ ให้ผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์และให้สถานพยาบาลขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) เพื่ออนุมัติการให้ยาแฟคเตอร์ (Coagulation factors) ดังนี้

(๑) กรณีการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงหรือการผ่าตัดเร่งด่วนหรือการรักษาในระยะเริ่มต้นที่สถานพยาบาล ให้สถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ขออนุมัติการให้ยาแฟคเตอร์ (Coagulation factors) จากสำนักงานประกันสังคมหลังการรักษา (post-authorization) โดยรายงานข้อมูลในระบบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(๒) กรณีผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยใหม่ (New case) ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาแฟคเตอร์ (Coagulation factors) เพื่อรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้นที่บ้าน (Home care) ให้สถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ดำเนินการดังนี้

(ก) กรณีสถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เป็นสถานพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๔ ให้สถานพยาบาลดำเนินการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเพื่อจำแนกลักษณะความรุนแรงของโรคตามระดับแฟคเตอร์ในเลือดที่กำหนด และขออนุมัติการให้ยาแฟคเตอร์ (Coagulation factors) ก่อนการรักษา (Pre-authorization) โดยรายงานข้อมูลในระบบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(ข) กรณีสถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ไม่ใช่เป็นสถานพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๔ ให้สถานพยาบาลส่งตัวผู้ประกันตนไปยังสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) ดำเนินการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเพื่อจำแนกลักษณะความรุนแรงของโรคตามระดับแฟคเตอร์ในเลือดที่กำหนดและขออนุมัติการใช้ยาแฟคเตอร์ (Coagulation factors) ก่อนการรักษา (Pre-authorization) โดยรายงานข้อมูลในระบบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

ข้อ ๔ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมประกาศกำหนดในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) ระยะเริ่มต้นต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

(๑) เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมให้บริการทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤตฉุกเฉินได้ทุกวันตลอด ๒๔ ชั่วโมง

(๒) เป็นสถานพยาบาลที่สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) แบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องทั้งการส่งเสริมป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ

(๓) สามารถตรวจหรือส่งตรวจ Factor level และ Factor inhibitor

(๔) เป็นสถานพยาบาลที่มีเครือข่ายหน่วยบริการรับส่งต่อและดูแลรักษาในทุกระดับพร้อมทั้งระบบสนับสนุนเครือข่ายด้านการจัดการการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและวิชาการอย่างต่อเนื่อง

(๕) เป็นสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษา ดังนี้

(ก) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาโลหิตวิทยา หรือสาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด หรือสาขากุมารเวชศาสตร์โรคเลือด หรืออนุสาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก กรณีไม่มีแพทย์เฉพาะทางข้างต้น ผู้อำนวยการของสถานพยาบาลสามารถแต่งตั้งอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) อย่างน้อย ๑ ปีหรือผ่านการอบรมการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) ให้เป็นผู้รักษาแทนได้

(ข) มีบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ที่ร่วมดูแล ได้แก่ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือนักเทคนิคการแพทย์

(ค) มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เฉพาะด้านโลหิตวิทยา อย่างน้อย ๑ ปีหรือผ่านการอบรมการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) เป็นหัวหน้าทีมปฏิบัติงานในหน่วยบริการเป็นประจำ

(๖) ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์

ข้อ ๕ หลักเกณฑ์และอัตราในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการให้ยาแฟคเตอร์ (Coagulation factors) แก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) โดยสำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมรายการสำหรับการรักษาพยาบาลเป็นค่ายาแฟคเตอร์ (Coagulation factors) แก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) ดังนี้

(๑) กรณีการรักษาเลือดออกในระยะเริ่มต้น (Early treatment)

(ก) ผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับยาแฟคเตอร์ (Coagulation factors) ในระยะเลือดออกเริ่มต้น คือ ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) กับสำนักงานประกันสังคม

(ข) การจ่ายค่ายาแฟกเตอร์ (Coagulation factors) ให้แก่สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) เพื่อการรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้นในสถานพยาบาลหรือจ่ายให้แก่ผู้ป่วยไปเก็บไว้ที่บ้านเพื่อการรักษา (Home treatment therapy) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายาแฟกเตอร์ (Coagulation factors) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคากลางที่กำหนดในข้อ ๖ ของประกาศนี้ ทั้งนี้ การให้ยาแฟกเตอร์ (Coagulation factors) แก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์แบบท้ายประกาศนี้

(ค) กรณีที่ผู้ประกันตนเคยได้รับสิทธิการได้รับยาแฟกเตอร์ (Coagulation factors) จากสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพอื่น ให้สามารถได้รับสิทธิได้ต่อเนื่องโดยต้องมีเอกสารหลักฐานที่ได้รับ การรับรองว่าเคยได้ยาจากสิทธิอื่น

(๒) กรณีการรักษาอาการเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อย เช่น ในข้อหรือกล้ามเนื้อที่มีอาการเลือดออกรุนแรงเป็นอันตรายถึงพิการ เสียชีวิต หรือผ่าตัดฉุกเฉิน ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลตามรายการสำหรับการรักษาพยาบาล โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง หรือผู้ประกันตนตามมูลค่าแฟกเตอร์เข้มข้นที่ใช้จริงในการเจ็บป่วย ครั้งนั้น ดังนี้

(ก) กรณีสถานพยาบาลรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) ไว้รักษาเป็นผู้ป่วยนอกและสังเกตอาการให้การรักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียยาแฟกเตอร์ (Coagulation factors) แก่ผู้ป่วย แต่ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ IU ต่อครั้ง โดยจำกัดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วย ๑ คน เข้ารับการรักษาไม่เกิน ๒ ครั้งต่อ ๑ เดือน โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายาแฟกเตอร์ (Coagulation factors) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคากลางที่กำหนดในข้อ ๖ ของประกาศนี้

(ข) กรณีสถานพยาบาลรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในให้การรักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) ด้วยยาแฟกเตอร์ (Coagulation factors) แก่ผู้ป่วยแต่ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ IU ต่อครั้ง ของการเข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาล สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายาแฟกเตอร์ (Coagulation factors) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคากลางที่กำหนดในข้อ ๖ ของประกาศนี้

ข้อ ๖ ราคากลางยาแฟกเตอร์ (Coagulation factors) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) ให้เป็นไปตามอัตราที่กำหนด ดังนี้

(๑) ยาแฟกเตอร์ (Coagulation factors) ๘ ขนาด ๕๐๐ Unit สำหรับผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย A ในอัตรา ๖,๐๐๐ บาท

(๒) ยาแฟกเตอร์ (Coagulation factors) ๘ ขนาด ๕๐๐ Unit สำหรับผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย B ในอัตรา ๖,๓๐๐ บาท

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑



(นายชาติริ บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์แนวท่ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการให้ยาแฟคเตอร์ (Coagulation factors)
สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)

ประเภท ของผู้ป่วยลักษณะ ความรุนแรง	ระดับแฟคเตอร์ในเลือด	ลักษณะของภาวะ ที่ทำให้เลือดออก	ฮีโมฟีเลียเอ (ยูนิต/ราย)		ฮีโมฟีเลียบี (ยูนิต/ราย)	
			ต่อเดือน	ต่อปี	ต่อเดือน	ต่อปี
รุนแรงมาก	<๑ IU/dl (<๐.๐๑ IU/ml) หรือ < ๑ % ของค่าปกติ	เลือดออกเองในข้อ หรือกล้ามเนื้อโดยไม่มี การบาดเจ็บใดๆ นำมาก่อน	๓,๐๐๐	๓๖,๐๐๐	๒,๕๐๐	๓๐,๐๐๐
รุนแรงปานกลาง	๑-๕ IU/dl (๐.๐๑-๐.๐๕ IU/ml) หรือ ๑-๕ % ของค่าปกติ	เลือดออกเองเป็น บางครั้ง หรือ เลือดออกหยุดยาก หลังการบาดเจ็บ เล็กน้อยหรือผ่าตัดเล็ก	๑,๕๐๐	๑๘,๐๐๐	๑,๕๐๐	๑๘,๐๐๐
รุนแรงน้อย	๕-๔๐ IU/dl (๐.๐๕-๐.๔๐ IU/ml) หรือ ๕-๔๐% ของค่าปกติ	ไม่ค่อยเกิดเลือดออกเอง แต่มีเลือดออกรุนแรง หลังการบาดเจ็บ รุนแรงหรือผ่าตัดใหญ่	๕๐๐	๖,๐๐๐	๕๐๐	๖,๐๐๐



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร เพื่อให้ผู้ประกันตน หรือภริยาของผู้ประกันตน หรือหญิงซึ่งอยู่กินฉันสามีภริยากับผู้ประกันตนโดยเปิดเผย กรณีผู้ประกันตนไม่มีภริยา ที่ตั้งครรภ์ได้รับการดูแลครรภ์อย่างมีคุณภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๘ และมาตรา ๖๖ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ คณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าตรวจ และรับฝากครรภ์แก่ผู้ประกันตน กรณีผู้ประกันตน หรือภริยาของผู้ประกันตน หรือหญิงซึ่งอยู่กินฉันสามีภริยากับผู้ประกันตนโดยเปิดเผยกรณีผู้ประกันตนไม่มีภริยา เข้ารับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ในสถานพยาบาลหรือคลินิกตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

(๑) อายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๕๐๐ บาท

(๒) อายุครรภ์มากกว่า ๑๒ สัปดาห์ แต่ไม่เกิน ๒๐ สัปดาห์ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๓๐๐ บาท

(๓) อายุครรภ์มากกว่า ๒๐ สัปดาห์ แต่ไม่เกิน ๒๘ สัปดาห์ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาท

ข้อ ๓ ผู้ประกันตนที่ตั้งครรภ์และบุตรเสียชีวิตก่อนยี่สิบแปดสัปดาห์ให้มีสิทธิได้รับบริการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รายการสำหรับการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ตามมาตรา ๖๓ (๒) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๘

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายชาติร์ บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
เพื่อเพิ่มสิทธิให้กับผู้ประกันตนตามมติคณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ
ประกันสังคม

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นต้นไป
ข้อ ๒ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น ข้อ ๒/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตาม
พระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์
ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

"ข้อ ๒/๑ ผู้ประกันตนที่ตั้งครรภ์และบุตรเสียชีวิตก่อนยี่สิบแปดสัปดาห์มีสิทธิได้รับบริการ
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รายการสำหรับการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ในสถานพยาบาลหรือคลินิก
ตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข ตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

- (๑) อายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๕๐๐ บาท
- (๒) อายุครรภ์มากกว่า ๑๒ สัปดาห์ แต่ไม่เกิน ๒๐ สัปดาห์ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริง
ไม่เกิน ๓๐๐ บาท
- (๓) อายุครรภ์มากกว่า ๒๐ สัปดาห์ แต่ไม่เกิน ๒๘ สัปดาห์ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริง
ไม่เกิน ๒๐๐ บาท"

ประกาศ ณ วันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑

๗๑๑๕

(นายชาติธิ์ บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล
ตามมติของคณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความในข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐
และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๕/๑ กรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดตามข้อ ๓ หรือสถานพยาบาลอื่น
ได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการ
ทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน
หรือผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ทำการรักษาซึ่งได้ทำความตกลงกับสำนักงาน โดยคำนวณตาม
กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน
(Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาท
ต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ ภายใต้อัตราวงเงิน
ที่คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนแต่ละปีในอัตราหรือวิธีสืบหาต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี
ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้”

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

๓๑๖๕

(นายชาติร์ บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์และอัตราตามข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

๑. สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษา โดยไม่จำกัดจำนวนเงินค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน จะต้องไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน ยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือสิทธิประกันสังคม

๒. สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จะต้องส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนด

๓. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ($AdjRW \geq 2$) ในอัตราไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาทต่อ ๑ น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) โดยพิจารณาคำนวณตามข้อมูลที่หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดประมวลผลแล้ว

๔. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์แล้ว สถานพยาบาลดังกล่าวไม่สามารถให้การรักษายาบาลแก่ผู้ประกันตนได้ และได้ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จะต้องกำหนดให้สถานพยาบาลที่ให้การรักษายาบาลจัดส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ภายในกรณีที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษายาบาลไม่ส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่สิ้นสุดการรักษาพยาบาล ให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เป็นผู้ส่งข้อมูลแทน และหากกรณีที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ($Adjusted\ Relative\ weight : AdjRW \geq 2$) สำนักงานจะจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ โดยสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

๕. กรณีผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ แล้วต่อมาผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ยังสถานพยาบาลอื่นหรือกรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่ผู้ประกันตนประสงค์ไปรับบริการในสถานพยาบาลอื่น ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๕.๑ ถ้ามีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ($Adjusted\ Relative\ weight : AdjRW \geq 2$) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน ($Adjusted\ Relative\ weight : AdjRW$) ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท และเมื่อสำนักงานพิจารณาแล้ว

(๑) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษายาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินเอง

(๒) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษายาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

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

(๑) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาล หรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบ ค่าบริการทางการแพทย์เองทั้งหมด

(๒) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้อง หรือไม่เหมาะสมหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลที่สำนักงาน กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

๖. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นโดยไม่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๖.๑ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW≥๒) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (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≥๒) นอกจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดในข้อ ๓ แล้ว สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางตามข้อ (ข) ถึง (จ) ใน (๒) ข้อ ๕ แห่งประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๘. หากสำนักงานหรือผู้ที่สำนักงานมอบหมายได้ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล แล้วพบว่าข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ส่งให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดไม่ถูกต้อง ทำให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เกินกว่าข้อเท็จจริงที่ปรากฏ สำนักงานจะเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้จ่ายไปคืน หรือหักจากค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานจะจ่ายให้สถานพยาบาลในครั้งต่อไปคืน พร้อมทั้งดำเนินการ ตามกฎหมายและสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ต่อไป

๙. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานประกันสังคม ทั้งกรณีที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาเอง หรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ให้ดำเนินการ ดังนี้

๙.๑ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของการรักษา (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะที่ทำการรักษาหรือยังอยู่ในช่วงพักรักษาตัวในสถานพยาบาลด้วย โดยอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในแต่ละแผนการรักษามีอัตราค่าบริการเหมาจ่ายต่อครั้ง ดังนี้

- ๑) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram : CAG) เหนมาจ่ายในอัตรา ๓๒,๐๐๐ บาท
- ๒) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram : CAG) และการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI)

๒.๑) แบบ Simple

เหนมาจ่ายในอัตรา ๔๘,๐๐๐ บาท

- ๒.๒) แบบ Emergency ในรายที่มีภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วนหรือ Fast track และมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย

เหนมาจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

- ๒.๓) แบบ Complex ในรายที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงในการทำหัตถการและมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย

เหนมาจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

- ๓) การศึกษาสรีระวิทยาไฟฟ้าหัวใจและการจี้ไฟฟ้าหัวใจ EPS with RFCA

เหนมาจ่ายในอัตรา ๔๕,๐๐๐ บาท

- ๔) การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยเทคโนโลยีที่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ไฟฟ้าในการสร้างภาพ ๓ มิติ (EPS with Carto)

เหนมาจ่ายในอัตรา ๔๕,๐๐๐ บาท

- ๕) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรชนิดสองห้อง (Permanent Pace Maker (Dual))

เหนมาจ่ายในอัตรา ๘๐,๐๐๐ บาท

- ๖) การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจถาวร (AICD)

เหนมาจ่ายในอัตรา ๓๔,๐๐๐ บาท

- ๗) การใส่เครื่องสมานอิมท์หัวใจในภาวะหัวใจล้มเหลว CRT(P)

เหนมาจ่ายในอัตรา ๓๔,๐๐๐ บาท

๔.๒ การกำหนดอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในข้อ ๔.๑ ให้มีผลเป็นระยะเวลา ๑ ปี นับจากวันที่ประกาศมีผลใช้บังคับ ทั้งนี้ จะดำเนินการปรับอัตราตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม โดยสำนักงานจะแจ้งให้สถานพยาบาลทราบก่อนมีการเปลี่ยนแปลงทุกครั้ง หากสำนักงานยังไม่ดำเนินการปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ให้สถานพยาบาลใช้อัตราค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๔.๑ ไปก่อน จนกว่าจะมีการปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ สำหรับอัตราค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์สามารถเบิกได้ตามบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคของสำนักงานประกันสังคม

๔.๓ ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานเป็นผู้ยื่นเบิกเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดจากสำนักงานประกันสังคม โดยให้สถานพยาบาลรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนดและไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน

๔.๔ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาตัวต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนให้เรียบร้อยก่อนการจำหน่ายผู้ประกันตนออกจากสถานพยาบาล

๔.๕ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานประกันสังคม จะต้องมีการติดตามประเมินผลลัพธ์การให้บริการทางการแพทย์ และรายงานผลตามแนวทางที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ดังนี้

- ๑) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit Cost) ในแต่ละหัตถการ
- ๒) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
 - (๑) ข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละรายที่มาเข้ารับบริการ ทั้งนี้ให้รายงานเป็นข้อมูลรายบุคคล
 - (๒) อัตราการเสียชีวิตจากการทำหัตถการ (Mortality Rate) ในแต่ละหัตถการ
 - (๓) รายงานภาวะแทรกซ้อน (Complication rate) ในแต่ละหัตถการ
 - (๔) ระยะเวลาการรอคอยการทำหัตถการ (Door to the Balloon time) ในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)
 - (๕) การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

๔.๖ สำนักงานสามารถยกเลิกการทำความตกลงกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ หากพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ได้ทำความตกลงกันไว้ หรือคุณภาพการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลรัฐที่มีการบริหารจัดการพิเศษ

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
ในกรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินอันมิใช่เนื่องจากการทำงานหรือคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตนหรือผู้ทุพพลภาพได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลรัฐที่มีการบริหารจัดการพิเศษ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ มาตรา ๕๔ แห่งพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม
โดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบ
ของคณะกรรมการประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สถานพยาบาลรัฐที่มีการบริหารจัดการพิเศษ” หมายถึง สถานพยาบาลรัฐที่มีวัตถุประสงค์
ในการจัดตั้งแตกต่างจากสถานพยาบาลรัฐโดยทั่วไป และมีการบริหารจัดการในลักษณะเดียวกับสถานพยาบาลเอกชน

ข้อ ๓ ในกรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
หรือคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน หรือผู้ทุพพลภาพ มีความจำเป็นทำให้ไม่สามารถไปรับบริการทางการแพทย์
จากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ หรือจากสถานพยาบาลในโครงการ
ประกันสังคม หรือจากสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนนั้น เมื่อผู้ประกันตนหรือคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน
หรือผู้ทุพพลภาพ ได้เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลรัฐที่มีการบริหารจัดการพิเศษ ให้สำนักงาน
จ่ายเงินเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน หรือคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน หรือผู้ทุพพลภาพ
หรือสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ แล้วแต่กรณี ดังนี้

(๑) กรณีสถานพยาบาลรัฐที่มีการบริหารจัดการพิเศษออกใบเสร็จรับเงินตามแบบ
ที่กรมบัญชีกลางกำหนด ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามหลักเกณฑ์และอัตรา
ที่กระทรวงการคลังกำหนด

(๒) กรณีสถานพยาบาลรัฐที่มีการบริหารจัดการพิเศษไม่ได้ออกใบเสร็จรับเงินตามแบบ
ที่กรมบัญชีกลางกำหนด ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์
กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลเอกชน

ข้อ ๔ สถานพยาบาลรัฐที่มีการบริหารจัดการพิเศษให้เป็นไปตามประกาศหรือโครงการ
ของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร หรือหน่วยงานของรัฐอื่นที่มีโครงการ
ลักษณะเดียวกัน

ข้อ ๕ กรณีนอกเหนือจากข้อ ๓ ให้สำนักงานจ่ายเงินเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน หรือคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตนหรือผู้ทุพพลภาพหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ แล้วแต่กรณี ดังนี้

(๑) ผู้ประกันตนซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

(๒) คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศ สำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการเลือกรับประโยชน์ทดแทนหรือเลือกรับ สิทธิบริการสาธารณสุขของคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน

(๓) ผู้ทุพพลภาพ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



(นายชาติร์ บานชิน)

ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์
ให้แก่ผู้ประกันตน

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้เพิ่มบทนิยามคำว่า “สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด” ในข้อ ๑
แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่
๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

“สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด” หมายความว่า สถานพยาบาลของรัฐ
สถานพยาบาลของเอกชน สถานพยาบาลในเครือข่ายของสำนักงานประกันสังคมที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือ
สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของเอกชนอื่นซึ่งได้รับอนุญาตและดำเนินการสถานพยาบาล
ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและทำบันทึกข้อตกลงร่วมเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรคกับสำนักงานประกันสังคม”

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๒ ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานพยาบาล
ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบ
ของคณะกรรมการประกันสังคมแนบท้ายประกาศนี้ รวมถึงการฉีดวัคซีนตามสถานการณ์การระบาดของโรค
ที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดขึ้นในแต่ละปี

เงินค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามวรรคหนึ่งสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้แก่
สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศนี้”

ประกาศ ณ วันที่ ๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายชาติร์ บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒
ตารางการตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม
สำหรับประชาชน อายุ ๑๕ - ๕๐ ปีขึ้นไป สำหรับผู้ประกันตน

รายการ	อายุ	ความถี่	อัตราค่าบริการ (บาท/ครั้ง)
การตรวจร่างกายตามระบบ			
๑. การคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test	๑๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	สถานพยาบาลต้อง จัดให้บริการ ทุกรายการโดย ไม่คิดค่าใช้จ่าย
๒. การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากร สาธารณสุข	๓๐ - ๓๔ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	
	๔๐ - ๕๔ ปี	ตรวจทุกปี	
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสมหรือมีความเสี่ยง	
๓. การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์	๔๐ - ๕๔ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง	
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจทุก ๑ - ๒ ปี	
๔. การตรวจสายตาด้วย Snellen eye Chart	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
๑. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	๑๘ - ๕๔ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง	๕๐
	๕๕ - ๗๐ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๘๐
๒. ปัสสาวะ UA	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๕๐
การตรวจสารเคมีในเลือด			
๑. น้ำตาลในเลือด FBS	๓๕ - ๕๔ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	๕๐
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๕๐
๒. การทำงานของไต Cr	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๕๕
๓. ไขมันในเส้นเลือดชนิด Total & HDL cholesterol	๒๐ ปีขึ้นไป	ตรวจทุก ๕ ปี	๒๐๐
การตรวจอื่นๆ			
๑. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี HBsAg	สำหรับผู้ เกิดก่อน พ.ศ.๒๕๓๕	ตรวจ ๑ ครั้ง	๑๓๐
๒. มะเร็งปากมดลูก Pap Smear หรือ	๓๐ - ๕๔ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	๕๐
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสมหรือมีความเสี่ยง	๕๐
๓. มะเร็งปากมดลูก VIA	๓๐ - ๕๔ ปี	ตรวจทุก ๕ ปี	๕๐
	๕๕ ปีขึ้นไป	แนะนำให้ตรวจ Pap smear	๕๐
๔. เลือดในอุจจาระ FOBT	๕๐ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๓๐
๕. Chest X-ray	๑๕ ปี ขึ้นไป	๑ ครั้ง	๒๐๐

เอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์
เรื่อง หลักเกณฑ์การเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
ในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๑. นิยาม

“สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด” หมายความว่า สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของเอกชน และสถานพยาบาลในเครือข่ายของสำนักงานประกันสังคมที่กำหนดในประกาศราชกิจจานุเบกษาหรือสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของเอกชนอื่น ซึ่งได้รับอนุญาตและดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และทำบันทึกข้อตกลงร่วมเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับสำนักงานประกันสังคม

๒. คุณสมบัติสถานพยาบาลที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๒.๑. สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดต้องจัดระบบให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวกในการใช้บริการ ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการทั้งบริการในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล หรือจัดบริการในช่วงเวลาที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้ประกันตน มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถขอรับคำปรึกษา ระบบการรับส่งต่อในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉินให้แจ้งผู้ประกันตนให้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามสิทธิการรักษาทันที และการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับสถานพยาบาลตามสิทธิการรักษาได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ

๒.๒ ต้องจัดให้มีบริการเชิงรุกให้แก่ผู้ประกันตนเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และจัดให้มีเครื่องมืออุปกรณ์ สื่อ ที่เหมาะสมสำหรับการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งบริการในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล

๒.๓ สถานพยาบาลจะต้องให้บริการตามรายการ และเรียกเก็บค่าบริการตามอัตราที่กำหนด โดยไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินหากเป็นรายการที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดจากผู้ประกันตนหรือสถานประกอบการได้

๓. หลักเกณฑ์การควบคุมคุณภาพของสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคม

สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ต้องเป็นสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือมาตรฐานของหน่วยงานที่กำกับดูแล หรือมาตรฐานขององค์กรด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ และมีศักยภาพในการจัดบริการ ต้องจัดให้มี

๑. รูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงมีระบบการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล และแปรผลเพื่อให้ความรู้ และการรักษาอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีแผนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้ประกันตนที่เป็นรูปธรรม

๒. บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ หรือนักรังสีเทคนิค และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งอุปกรณ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เครื่องเอกซเรย์ โดยมีคุณสมบัติเป็นไปตามพระราชบัญญัติวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข และมีคุณสมบัติเฉพาะสอดคล้องเพียงพอกับบริการ รายการบริการ หรือกิจกรรมที่จัดบริการ

๔. ผลลัพธ์ของข้อมูลสุขภาพ จากการให้บริการของสถานพยาบาล

สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดต้องจัดให้มี

๔.๑ สถานพยาบาลต้องจัดทำระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ และระบบรายงานผลการตรวจสุขภาพ เพื่อติดตามประเมินผลผู้ป่วยตามรูปแบบที่กำหนด

๔.๒ สถานพยาบาลต้องจัดเก็บข้อมูลด้านสุขภาพ ที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นระบบ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้ประกันตนเพื่อวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ผู้ประกันตน

๔.๓ มีระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายสถานพยาบาล และ/หรือเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงานที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูลหรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนด และส่งข้อมูลกลับไปให้ผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคม และสถานประกอบการทราบข้อมูลภาพรวมและแนวโน้มปัญหาสุขภาพในองค์กร และการจัดการรักษาความลับของข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล

แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
แก้ไขเพิ่มเติมตามประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒

เพื่อให้แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สอดคล้องตามประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ และแก้ไขเพิ่มเติมตามประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังนี้

๑. นิยาม

ระบบเบิกจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Health promotion and Disease Prevention Program of Social Security Office) เรียกว่า "ระบบ PPS"

ปี หมายถึง ปีปฏิทิน ตัวอย่าง ผู้ประกันตนนาย ก. เกิดวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๒๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ถือว่าผู้ประกันตนมีอายุเท่ากับ ๔๐ ปี

ผู้ประกันตน หมายถึง ผู้ประกันตนมาตรา ๓๓ มาตรา ๓๔ และผู้มีสิทธิตามมาตรา ๓๘ ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามสิทธิ

สำนักงานประกันสังคม หมายความว่า สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา

สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด หมายความว่า สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลเอกชน สถานพยาบาลในเครือข่ายของสำนักงานประกันสังคมที่ประกาศในพระราชกฤษฎีกา หรือสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนอื่นซึ่งได้รับอนุญาตและดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและทำบันทึกข้อตกลงร่วมเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับสำนักงานประกันสังคม

๒. หลักเกณฑ์การสมัครเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๒.๑ สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลเอกชน ที่เป็นสถานพยาบาลของสำนักงานประกันสังคม ไม่ต้องยื่นใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานประกันสังคม

๒.๒ กรณีสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนและเป็นสถานพยาบาลในเครือข่ายของสำนักงานประกันสังคม ให้ยื่นใบสมัครเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานประกันสังคม พร้อมแนบเอกสารประกอบการพิจารณา

๒.๓ กรณีสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนอื่น ซึ่งได้รับอนุญาตและดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และมีได้เป็นสถานพยาบาลที่ประกันสังคมกำหนด ต้องยื่นใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานประกันสังคม พร้อมแนบเอกสารประกอบการพิจารณา และลงนามในบันทึกข้อตกลงร่วมเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับสำนักงานประกันสังคม (เอกสารแนบ ๑)

๓. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๓.๑ ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๓.๒ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการตรวจสุขภาพ ผ่านระบบ PPS ที่เว็บไซต์ <http://wa๑.sso.go.th/pps> ซึ่งสามารถ Download คู่มือการใช้งานระบบ PPS ได้ที่หน้าจอ login เข้าสู่ระบบ ทั้งนี้ระบบ PPS สามารถใช้งานได้โดยมีประสิทธิภาพที่ Google Chrome

๓.๓ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการตรวจสุขภาพในระบบ PPS ภายในวันที่ให้บริการ เนื่องจากระบบ PPS สามารถตรวจสอบสิทธิความเป็นผู้ประกันตนและตรวจสอบสิทธิการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์อายุแบบ Real Time ดังนั้น เพื่อประโยชน์ในการรักษาสีทธิและความถูกต้องของข้อมูลในการส่งเบิกรายการที่ได้ให้บริการตรวจสุขภาพแก่ผู้ประกันตนไปแล้ว

๓.๔ ระบบ PPS ขยายเวลาเปิดให้บริการจากเดิมเวลา ๐๖.๐๐ - ๑๘.๓๐ น. เปลี่ยนเป็นเวลา ๐๖.๐๐ - ๒๑.๐๐ น. ของทุกวัน

๓.๕ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องตรวจสอบและบันทึกผลการตรวจ ยืนยันการบันทึกข้อมูลส่งเบิก ในระบบ PPS ตลอดจนส่งค่าขอรับค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันทุกครั้งไปที่ E-mail pps@ssso.go.th ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามตารางแผนการเบิกจ่าย (เอกสารแนบ ๒)

๓.๖ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการตรวจสุขภาพกับผู้ประกันตนในกรณีที่ใช้สิทธิตามหลักเกณฑ์แนบท้ายประกาศ

๓.๗ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องไม่นำรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคประจำตัวของผู้ประกันตนที่สืบทราบได้จากการซักประวัติผู้ประกันตนตามแนวทางการตรวจสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข มาส่งเบิกในระบบ PPS

๓.๘ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องเก็บผลการให้บริการตรวจสุขภาพผู้ประกันตนไว้เป็นหลักฐานสำหรับการตรวจสอบภายหลัง

๔. อัตราค่าบริการ

๔.๑ การตรวจร่างกายตามระบบ ซึ่งสถานพยาบาลจะต้องให้บริการโดยไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายประกอบด้วย

- การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การวัดความดันโลหิต
- การคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test
- การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข
- การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์
- การตรวจสายตาด้วย Snellen eye Char

๔๒-รายการที่สถานพยาบาลมีสิทธิได้รับตามอัตราที่กำหนดในแนบท้ายประกาศ ได้แก่

- ๑) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย
 - ความสมบูรณ์เม็ดเลือด CBC
 - ปัสสาวะ UA
- ๒) การตรวจสารเคมีในเลือด ประกอบด้วย
 - น้ำตาลในเลือด FBS
 - การทำงานของไต Cr
 - ไขมันในเส้นเลือด Total cholesterol & HDL
- ๓) การตรวจอื่นๆ
 - เชื้อไวรัสตับอักเสบบี HbsAg
 - มะเร็งปากมดลูก Pap Smear หรือ มะเร็งปากมดลูก Via
 - เลือดในอุจจาระ FOBT
 - Chest X-ray

๕. การบันทึกส่งเบิกข้อมูลการบริการตรวจสุขภาพ เป็นไปตามแผนผังขั้นตอน (เอกสารแนบ ๓)

การบันทึกส่งเบิกข้อมูล ให้สถานพยาบาลดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- ลำดับการบันทึกรับแจ้งการให้บริการ และบันทึกผลการตรวจ (เอกสารแนบ ๔)
 - (๑) สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิและเงื่อนไขการใช้สิทธิตามเกณฑ์อายุ
 - (๒) ผู้ประกันตนเลือกรายการตรวจสุขภาพตามความประสงค์ของผู้ประกันตน
 - (๓) ผู้ประกันตนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพตามรายการที่ประสงค์ขอตรวจ และเข้าเงื่อนไขการใช้สิทธิ
 - (๔) สถานพยาบาลบันทึกรายละเอียดประวัติผู้ประกันตน เช่น ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ส่วนสูง น้ำหนัก ความดันโลหิต โรคประจำตัว
 - (๕) สถานพยาบาลบันทึกผลการตรวจร่างกายผู้ประกันตน
 - กรณีผลปกติ แนะนำให้ผู้ประกันตนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ตามระยะเวลาที่กำหนด
 - กรณีผลผิดปกติแต่ยังไม่มีอาการป่วย นัดผู้ประกันตนเข้ารับคำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง
 - กรณีผลผิดปกติ พบโรคหรือพบภาวะผิดปกติให้แจ้งผู้ประกันตนให้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามสิทธิการรักษาทันที และการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับสถานพยาบาลตามสิทธิการรักษาได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ
 - (๖) สถานพยาบาลส่งผลการตรวจสุขภาพให้ผู้ประกันตนทราบผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อให้รับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง
- การยื่นยื่นส่งเบิก
 - (๑) สถานพยาบาล กดปุ่ม “ยื่นยื่น”
 - (๒) สำนักงานประกันสังคม ประมวลผลตามตารางปฏิทินการจ่าย
 - (๓) สถานพยาบาลตรวจสอบรายงานส่งเบิกได้ตั้งแต่เวลา ๐๖.๐๐ น. ตามตารางปฏิทินการจ่าย
 - (๔) สถานพยาบาลส่งคำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผ่านทาง E-mail pprs@rsso.go.th
 - (๕) สำนักงานประกันสังคม จะโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารเดิมที่จ่ายให้ผ่านระบบ E-Claim

กรณีสถานพยาบาล กดปุ่ม “ยืนยัน” ในระบบ PPS และส่ง E-mail คำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ไม่ทันกำหนดระยะเวลาในรอบงวดการจ่ายใด สถานพยาบาลยังคงสามารถกดปุ่ม “ยืนยัน” และส่ง E-mail คำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ เพียงแต่ข้อมูลส่งเบิกที่ไม่ทันกำหนดระยะเวลาในรอบนั้นจะถูกนำไปตัดจ่ายเงินให้ในรอบถัดไป กำหนดให้สถานพยาบาลยื่นคำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใน ๒ ปี นับตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนเข้ารับการตรวจสุขภาพ

๖. การประมวลผลข้อมูล

ระบบ PPS จะประมวลผลตัดจ่ายเลขรับแจ้งที่ได้ดำเนินการ ดังนี้

๖.๑ ระบบผลตรวจ ปกติ หรือผิดปกติ ครอบคลุมรายการตามที่ผู้ประกันตนประสงค์ใช้บริการ

๖.๒ กดปุ่ม “ยืนยัน” ได้ที่เมนู บันทึกรักษา/แก้ไข/ยืนยัน ผลการตรวจ

๗. การส่งคำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สถานพยาบาลสามารถ Download คำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ที่เมนู “ตรวจสอบสถานะการขอรับค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค” ตามงวดการจ่าย ได้หลังจากวันที่ออกรายงานการส่งเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (statement) ซึ่งระบบ PPS จะดึงข้อมูลรหัสสถานพยาบาล เลขงวด จำนวนรายการ และจำนวนเงิน ไปไว้ในแบบคำขอรับค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้อัตโนมัติ จากนั้นให้ผู้มีอำนาจลงนามพร้อมประทับตราโรงพยาบาลในหนังสือคำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แล้วส่ง E-mail ไปที่ pps@ssso.go.th

๘. เงื่อนไขและวิธีการจ่ายเงิน

๘.๑ สำนักงานประกันสังคม จะจ่ายเงินค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศ

๘.๒ สำนักงานประกันสังคม จะจ่ายเงินค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ผู้ประกันตนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และสถานพยาบาลได้บันทึกข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เข้าระบบ PPS และมีการกดปุ่ม “ยืนยัน” พร้อมทั้งส่งแบบคำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ผ่าน E-mail pps@ssso.go.th

๘.๓ สำนักงานประกันสังคม จะจ่ายเงินให้สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด (สถานพยาบาลประเภทที่ ๑) เข้าบัญชีธนาคารเดิมที่เคยโอนผ่านระบบ E-Claim กรณีสถานพยาบาลมีความประสงค์ขอเปลี่ยนบัญชีธนาคารสำหรับเบิกจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สามารถแจ้งความประสงค์โดยทำหนังสือถึงกองบริหารการเงินและการบัญชี ก่อนถึงกำหนดวันที่สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้แก่สถานพยาบาล ล่วงหน้า ๓๐ วัน สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ ๒ และ ๓ สำนักงานประกันสังคม จะจ่ายเงินค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่สถานพยาบาลเข้าบัญชีธนาคารตามเอกสารแนบท้ายใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานประกันสังคม

๙. การขอ User เพิ่มเติม สำหรับเข้าใช้งานระบบ PPS (เอกสารแนบ ๕)

กรณีสถานพยาบาลมีความประสงค์ขอ User ใช้งานระบบ PPS เพิ่มเติม สามารถทำหนังสือแจ้งความประสงค์ถึงผู้อำนวยการสำนักบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศ และให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้มีอำนาจลงนามในหนังสือ พร้อมประทับตราโรงพยาบาล และส่งแบบฟอร์มคำขอ User ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ซึ่งสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่หน้าจอ log in เข้าระบบ PPS ส่งไปที่ E-mail pps@ssso.go.th โดยสถานพยาบาล ๑ แห่ง สามารถขอเพิ่ม User ได้ไม่จำกัดจำนวน

๑๐. กรณีแจ้งปัญหาในระบบ PPS ชัดข้อ แจ้งรายละเอียดปัญหาชัดเจน ไปที่ E-mail pps@ssso.go.th โดยระบุชื่อเรื่องว่า “แจ้งปัญหาในระบบ PPS ชัดข้อ” ของสถานพยาบาลชื่อ..... เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถแก้ปัญหาได้รวดเร็ว โปรดระบุรายละเอียดของปัญหาให้ครบถ้วนและชัดเจน พร้อมแจ้งเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ

๑๑. คำอธิบายตารางแผนการเบิกจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- (๑) งวดที่ = ลำดับงวดจ่าย
- (๒) ประจำเดือน = เดือนที่สถานพยาบาลบันทึกยืนยันส่งเบิก
- (๓) สปส. จะดำเนินการคัดข้อมูลประมวลผล เพื่อออกรายงานตามตารางปฏิทินการจ่าย (ข้อมูลที่น่ามาประมวลผลทุกวันที่ ๑ ของเดือน คือข้อมูลยืนยันส่งเบิกตั้งแต่วันที่ ๑ จนถึงวันสุดท้ายของเดือน)
- (๔) สถานพยาบาลตรวจสอบรายงานส่งเบิกได้ ตั้งแต่เวลา ๐๖.๐๐ น. ตามตารางปฏิทินการจ่าย
- (๕) สถานพยาบาลส่งคำขอเบิกผ่าน E-mail ภายใน ๕ วันทำการ
- (๖) สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์จัดทำรายงานและเสนอเรื่องขออนุมัติส่งจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ต่อเลขาธิการ ภายใน ๕ วันทำการ
- (๗) กองบริหารการเงินและการบัญชีโอนเงินให้สถานพยาบาลของเดือนภายใน ๕ วันทำการ



สำนักงานประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่รับ
หมายเลข.....
วันที่รับ.....
เวลา..... น.

ใบสมัครเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

ในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ สถานพยาบาล..... รหัส สถานพยาบาล.....

2. สถานที่ตั้งเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

Website..... email.....

2. สมัครขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของเอกชน และเป็นสถานพยาบาลใบเครือข่ายของสถานพยาบาลประกันสังคมที่กำหนดในประกาศราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่สมัครขึ้นทะเบียน

สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของเอกชนอื่น ซึ่งได้รับอนุญาตและดำเนินการสถานพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ที่มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาล ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เอกสารประกอบการพิจารณาสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง)

<input type="checkbox"/>	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัคร)
<input type="checkbox"/>	สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)
<input type="checkbox"/>	สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19)
<input type="checkbox"/>	สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล)
<input type="checkbox"/>	สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลอื่น
<input type="checkbox"/>	สำเนาใบรับรองอื่นๆ
<input type="checkbox"/>	เอกสารแสดงการรับรองมาตรฐานฯ (ผลตรวจประเมินไม่เกิน 1 ปี หรือผลตรวจประเมินซึ่งยังไม่หมดอายุ)ฉบับ
<input type="checkbox"/>	เอกสาร/หนังสือรับรอง/ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม ที่แสดงสมรรถนะและความเชี่ยวชาญที่จะจัดบริการ จำนวน.....ฉบับ
<input type="checkbox"/>	รายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพ/ผู้ประกอบการโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงาน พร้อมเลขที่ใบอนุญาต จำนวน.....ฉบับ
<input type="checkbox"/>	หนังสือรับรองอื่นๆ ระบุ..... จำนวน.....ฉบับ
<input type="checkbox"/>	สำเนาสมุดบัญชีของธนาคารกรุงไทย (ประเภทออมทรัพย์) พร้อมแบบแสดงความจำนอง รับเงินค่าบริการรัฐบาล/เอกชน

หมายเหตุ : กรุณาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... ขอรับรองว่าข้อความ เอกสารหลักฐานข้างต้นว่าสถานพยาบาลของข้าพเจ้ามีศักยภาพและความพร้อมในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ลงชื่อ
(.....)

ประทับตรานิติบุคคลถ้ามี (หัวหน้าหน่วยงานภาครัฐ/ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคล หรือผู้รับมอบอำนาจ)

สำหรับเจ้าหน้าที่ สำนักงานประกันสังคม ได้พิจารณา และตรวจสอบเอกสารหลักฐานใบสมัครซึ่งแสดงศักยภาพและ
ความพร้อมในการจัดบริการของสถานบริการแล้ว ปรากฏว่า

ผ่านการพิจารณา สามารถขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้

ดำเนินการลงนามบันทึกข้อตกลง

ไม่ต้องลงนามบันทึกข้อตกลง เนื่องจากเป็นสถานพยาบาลเครือข่ายของสถานพยาบาล

ประกันสังคม ที่กำหนดในประกาศราชกิจจานุเบกษา

ไม่ผ่านการพิจารณา

ความเห็นเพิ่มเติม.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

แบบแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลรัฐบาล

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่

ถนน..... ตรอก/ซอย..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต..... จังหวัด

ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามของโรงพยาบาล

ที่ทำการตั้งอยู่ที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... email.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (นิติบุคคล 13 หลัก) เลขที่

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานประกันสังคม โดย โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสถานพยาบาล ดังนี้

ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)

เลขที่บัญชี.....

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)

เลขที่บัญชี.....(รอเคลียร์เช็ค 2 วัน)

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักค่าธรรมเนียมโอนเงินทางธนาคารจากจำนวนเงินที่ได้รับในแต่ละครั้ง จากบัญชีข้างต้น และจะดำเนินการส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานประกันสังคม ภายใน ๗ วัน นับแต่ได้รับทราบ การโอนเงิน

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานดังต่อไปนี้

สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ซึ่งระบุชื่อนิติบุคคลและเลขที่บัญชี

คำสั่งแต่งตั้งผู้มีอำนาจ

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ

เอกสารสำเนาต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องของผู้มีอำนาจ

ดังนั้น ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามของ โรงพยาบาล

จึงขอลงลายมือชื่อเพื่อยืนยันความประสงค์ในการขอรับเงินครั้งนี้ไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

ประทับตราโรงพยาบาล

แบบแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลเอกชน

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

และข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

และข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนาม (บริษัท/หสน./หจก.).....

ที่ทำการตั้งอยู่ที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... email.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (นิติบุคคล 13 หลัก) เลขที่.....

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ จากสำนักงานประกันสังคม

โดย โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสถานพยาบาล ดังนี้

ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี.....

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี..... (รอเคลียร์เช็ค 2 วัน)

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักค่าธรรมเนียมโอนเงินทางธนาคารจากจำนวนเงินที่ได้รับในแต่ละครั้ง จากบัญชีข้างต้น และจะดำเนินการส่งใบเสร็จรับเงินให้สำนักงานประกันสังคม ภายใน ๗ วัน นับแต่ได้รับทราบ การโอนเงิน

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานดังต่อไปนี้

- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ซึ่งระบุชื่อนิติบุคคลและเลขที่บัญชี
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลจากกระทรวงพาณิชย์
- หนังสือรับรองการได้รับยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล (ถ้ามี)
- สำเนาใบอนุญาตผู้ประกอบการสถานพยาบาล (สพ.7)

สำเนาบัตรส่งเสริมจากคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (ถ้ามี)

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจ

เอกสารสำเนาต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องของผู้มีอำนาจ

ดังนั้น ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ประกอบกิจการโรงพยาบาล
จึงขอลงลายมือชื่อเพื่อยืนยันความประสงค์ในการขอรับเงินครั้งนี้ไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ประทับตราบริษัท

- หมายเหตุ 1. การยื่นแบบแสดงความจำนงต้องลงนามโดยผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเท่านั้น หากเป็นบุคคลอื่น จะต้องมิใช่มอบอำนาจประกอบการยื่นแบบแสดงความจำนง
2. กรณีสถานพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล จะต้องแจ้งให้สำนักงานประกันสังคมทราบทันทีและกรอกแบบฟอร์มการแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ใหม่ทุกครั้ง หากผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลรายเดิมยังคงรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ อาจมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานและฐานฉ้อโกง ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 และมาตรา 341 ซึ่งสำนักงานประกันสังคมจำเป็นต้องดำเนินการตามกฎหมายจนถึงที่สุดต่อไป

เอกสารแนบ ๒

คำขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

วันที่ส่งเบิก.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... ชื่อโรงพยาบาล..... (Auto).....
รหัสสถานพยาบาล..... (Auto).....

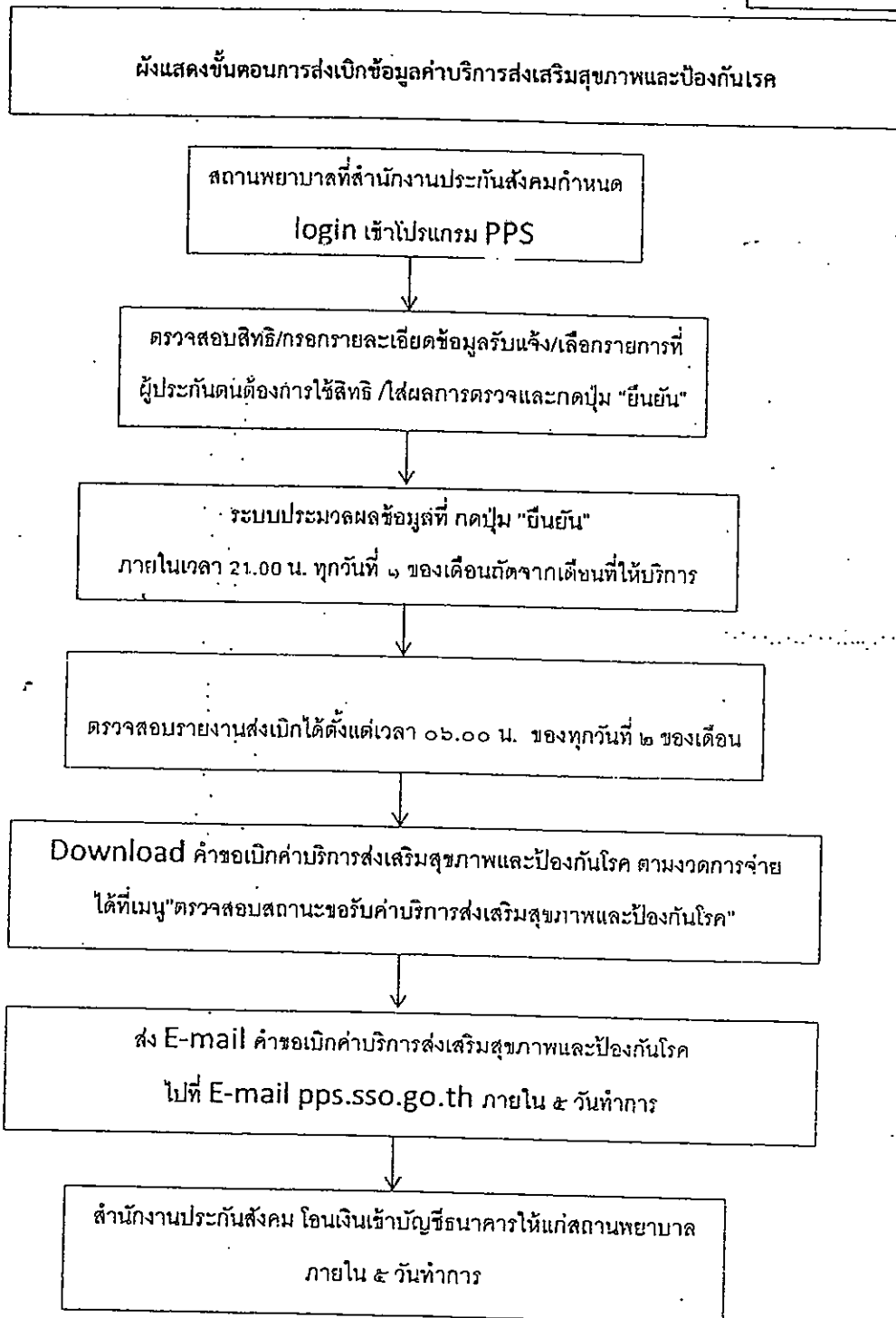
ขอเบิกเงินค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับประโยชน์
ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒
ตามบัญชีสรุปค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เลขที่..... (เลขงวดAuto).....
จำนวนรายการ (Auto) จำนวนเงิน..... (Auto)..... บาท (..... (Auto).....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการเบิกเงินดังกล่าวถูกต้องตามวัตถุประสงค์

ลงนาม.....

(.....)

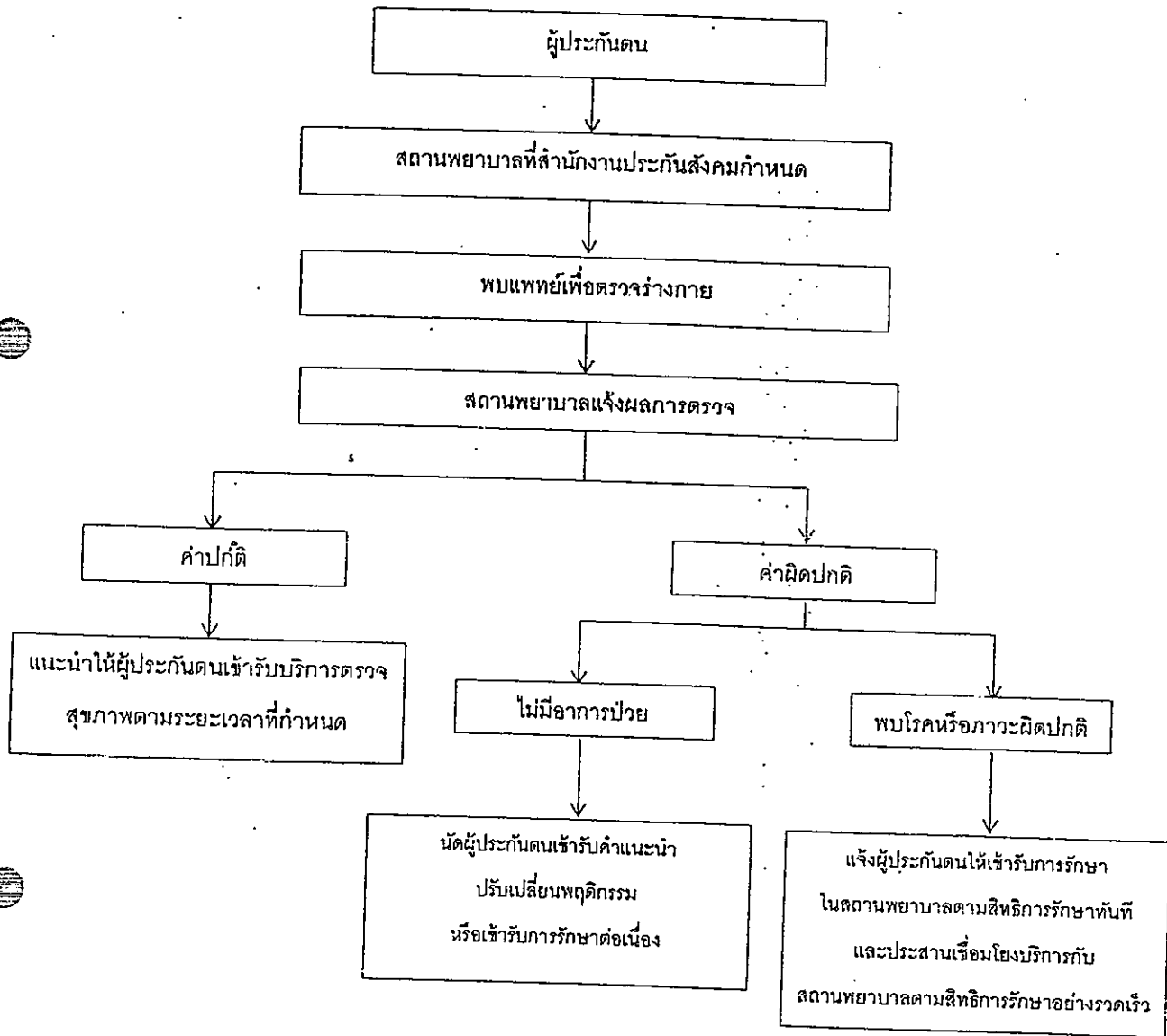
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....



หมายเหตุ 1. กรณีสถานพยาบาล กดปุ่ม "ยืนยัน" และส่ง E-mail ค่าขอเบิกค่าบริการส่งเสริมสุขภาพฯ ไม่ทันตามกำหนดเวลาดังกล่าว สำนักงานประกันสังคมจะนำข้อมูลส่งเบิกไปจ่ายในงวดถัดไป

2. สถานพยาบาลสามารถ Download และส่งค่าขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ ตามงวดการจ่าย ได้หลังวันออกรายงาน (Statement)

ผังแสดงขั้นตอนกรณีผู้ประกันตนขอรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



แบบแจ้งคำขอ Username และ Password

สำหรับเข้าใช้งานในระบบการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ระบบPPS)

๑. ข้อมูลสถานพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาล.....

รหัสโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมขึ้นต้นด้วย h.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

E-mail address กลางของสถานพยาบาล (สำหรับประสานงานในการแจ้งการดำเนินการทางธุรกรรมกรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค).....

๒. ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ให้ดำเนินการธุรกรรมผ่านระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน	E-mail Address
๑.				
๒.				

หมายเหตุ ให้สถานพยาบาลจัดทำหนังสือขอ User Password สำหรับเข้าใช้งานในระบบการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค.(ระบบPPS) เรียนถึง ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ โดยให้ผู้มีอำนาจลงนาม ในหนังสือดังกล่าว พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง) และส่งแบบฟอร์มคำขอ Username และ Password ไปที่ E-mail pps@ssso.go.th

ควมรับเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม



ประกาศสำนักงานประกันสังคม
เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ (ฉบับที่ ๒)

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงการกำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม โดยคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๑) และ (๒) (ก) ของข้อ ๓ แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๐ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) ทุพพลภาพมีระดับความสูญเสียไม่รุนแรง ได้แก่ การสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของร่างกายหรือสูญเสียสมรรถภาพปกติของจิตใจ จนทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงถึงขนาดไม่อาจประกอบการทำงานตามปกติได้ เมื่อประเมินการสูญเสียสมรรถภาพตั้งแต่ร้อยละสามสิบห้าขึ้นไป แต่ไม่ถึงร้อยละห้าสิบของทั้งร่างกาย

(๒) ทุพพลภาพมีระดับความสูญเสียรุนแรง ได้แก่

(ก) การสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของร่างกาย หรือสูญเสียสมรรถภาพปกติของจิตใจ จนทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงถึงขนาดไม่อาจประกอบการทำงานตามปกติได้ เมื่อประเมินการสูญเสียสมรรถภาพตั้งแต่ร้อยละห้าสิบขึ้นไปของทั้งร่างกาย”

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความใน (๑) และ (๒) ของข้อ ๔ แห่งประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๐ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) กรณีผลการประเมินการสูญเสียตั้งแต่ร้อยละสามสิบห้าขึ้นไปแต่ไม่ถึงร้อยละห้าสิบของทั้งร่างกาย ในส่วนกลางให้คณะกรรมการพิจารณาประโยชน์ทดแทนในคณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้มีอำนาจวินิจฉัย ในส่วนภูมิภาคให้คณะกรรมการประกันสังคมจังหวัดในคณะกรรมการประกันสังคมเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัย และรายงานผลให้คณะกรรมการการแพทย์ทราบ

(๒) กรณีผลการประเมินการสูญเสียตั้งแต่ร้อยละห้าสิบขึ้นไปของทั้งร่างกาย ในส่วนกลางให้คณะกรรมการพิจารณาประโยชน์ทดแทนในคณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัย ในส่วนภูมิภาคให้คณะกรรมการประกันสังคมจังหวัดในคณะกรรมการประกันสังคมเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัย และรายงานผลให้คณะกรรมการการแพทย์ทราบ เว้นแต่ กรณีทุพพลภาพตามข้อ ๓ (๒) (ข) การพิจารณาวินิจฉัยให้เป็นอำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงาน ทั้งนี้ โดยให้มีใบรับรองของแพทย์ผู้รักษาและผ่านการประเมินความสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายของแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม”

ประกาศ ณ วันที่ ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายอนันต์ชัย อุทัยพัฒนาชีพ)
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์เกี่ยวกับการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดให้แก่สถานพยาบาลตามมติของคณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๔ คณะกรรมการการแพทย์ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้อ ๒. ให้ยกเลิกความในข้อ ๔.๑ ของหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายตามข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ และให้ใช้ความตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้แทน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายชาติรี บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์และอัตราตามข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

๕.๑ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด
ตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของทางการแพทย์ (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษา
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะที่ทำการรักษาหรือยังอยู่ในช่วงพักรักษาตัวในสถานพยาบาลด้วย
โดยอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในแต่ละแผนการรักษามีอัตราค่าบริการเหมาจ่ายต่อครั้ง ดังนี้

๑) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram : CAG) เหมาจ่ายในอัตรา ๓๒,๐๐๐ บาท

๒) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram : CAG) และการขยายหลอดเลือดหัวใจ
ด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI)

๒.๑) แบบ Simple

เหมาจ่ายในอัตรา ๔๘,๐๐๐ บาท

๒.๒) แบบ Emergency ในรายที่มีภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วน และหรือมีการล้างไต (Acute
Hemodialysis) ร่วมด้วย

เหมาจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

๒.๓) แบบ Complex ในรายที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงในการทำหัตถการ
และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย

เหมาจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

๓) การศึกษาสรีระวิทยาไฟฟ้าหัวใจและการจี้ไฟฟ้าหัวใจ. EPS with RFCA

เหมาจ่ายในอัตรา ๔๕,๐๐๐ บาท

๔) การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยเทคโนโลยีที่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ไฟฟ้าในการสร้างภาพ ๓ มิติ
(EPS with Carto)

เหมาจ่ายในอัตรา ๔๕,๐๐๐ บาท

๕) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (Permanent Pace Maker)

เหมาจ่ายในอัตรา ๘๐,๐๐๐ บาท

๖) การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD)

เหมาจ่ายในอัตรา ๓๔,๐๐๐ บาท

๗) การใส่เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน CRTD
หรือ CRTD

เหมาจ่ายในอัตรา ๓๔,๐๐๐ บาท



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
กรณีบำบัดทดแทนไตและกรณีการให้ยา Erythropoietin เพื่อการเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน

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

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิก

(๑) ความใน (๔) ของข้อ ๘ หมวด ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๙

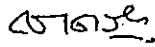
(๒) ความในข้อ ๕ (ฉ) ๑ ของหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต
ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตรา
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม
พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อ ๓ ให้ใช้ความต่อไปนี้เป็น (๔) ของข้อ ๘ หมวด ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖

“(๔) การบำบัดทดแทนไตกรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้น กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
ให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)
ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis) และด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต (Kidney
Transplantation) ตามหลักเกณฑ์ และอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้”

ข้อ ๔ ผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ อยู่ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ ตามประกาศนี้ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒



(นายชาติร์ บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต
ท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

๑. บทนิยาม

“การบำบัดทดแทนไต” หมายความว่า กรรมวิธีบำบัดทดแทนการทำงานของไตเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเกือปกติได้ การบำบัดทดแทนไตมี ๓ วิธี คือ

(๑) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis = HD)

(๒) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis = CPD)

มี ๓ แบบ คือ

(ก) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis = CAPD)

(ข) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบไซคิลิ่ง (Chronic Cycling Peritoneal Dialysis = CCPD)

(ค) การล้างช่องท้องแบบเป็นระยะ (Chronic Intermittent Peritoneal Dialysis = CIPD)

(๓) การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

“สัปดาห์” หมายความว่า ระยะเวลาที่คำนวณตามปฏิทินโดยเริ่มวันจันทร์เป็นวันต้น
แห่งสัปดาห์

“ปี” หมายความว่า ปีหนึ่งมี ๑๒ เดือน โดยให้นับตั้งแต่เดือนที่ผู้ประกันตนปลูกถ่ายไต
เป็นเดือนแรก

๒. ผู้มีสิทธิยื่นขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีการฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียมกรณีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และกรณีการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นผู้ประกันตน
ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีข้อบ่งชี้ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

(๑) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR)
น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. หรือ มีผลเลือดค่า BUN มากกว่า ๘๐ mg/dl และ
ค่า Cr มากกว่า ๘ mg/dl ย้อนหลังติดต่อกันอย่างน้อย ๓ เดือน และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงาน
ชั่วคราว โดยอาจมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังก็ได้ หรือ

(๒) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) ระหว่าง
๖ ถึง ๑๕ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. หรือ มีผลเลือดค่า BUN น้อยกว่า ๘๐ mg/dl และค่า Cr น้อยกว่า
๘ mg/dl ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตเรื้อรัง ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบ
ประคับประคองอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(ก) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกายจนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดัน
โลหิตสูง ควบคุมไม่ได้

(ข) ระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง เลือดเป็นกรด หรือฟอสเฟตในเลือดสูง

(ค) ความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย

(ง) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูริเมีย

(จ) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการ

ทั้งนี้ สูตรการคำนวณระดับอัตราการกรองของเสียของไตโดยประมาณ (eGFR) ใช้วิธีการตรวจและรายงานผลอัตราการกรองของเสียของไต (eGFR) ตามที่สมาคมโรคไตกำหนด ดังนี้

๑) วิธีคำนวณค่า eGFR โดยแทนค่าตัวแปรในสมการ The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation สำหรับผู้ใหญ่และ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (<๑๘ ปี) ตามตาราง

สมการ The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่

เพศ	ระดับ serum creatinine (mg/dl)	สมการ
หญิง	≤ 0.7	$GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-0.724} (0.718)^{Age}$
	> 0.7	$GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-0.724} (0.718)^{Age}$
ชาย	≤ 0.9	$GFR = 141 \times (Scr/0.9)^{-0.711} (0.756)^{Age}$
	> 0.9	$GFR = 141 \times (Scr/0.9)^{-0.711} (0.756)^{Age}$

สมการ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (อายุ<๑๘ ปี)

$$\text{สูตรใหม่ } GFR \text{ (mL/min/1.73 m}^2\text{)} = (0.413 \times \text{Height in cm}) / \text{Creatinine in mg/dl}$$

๒) ใช้วิธีการวัดค่าครีเอตินินในเลือดโดยวิธี Enzymatic และให้ใช้ค่าระดับครีเอตินินโดยใช้ค่าศนิยม ๒ ตำแหน่ง เพื่อความแม่นยำในการคำนวณมากขึ้น

๓. ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต จะต้องยื่นคำขอต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิ และแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอ คือ หนังสือรับรองการเจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษา ในกรณีที่โรงพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไต โดยมีผลการตรวจพิสูจน์ Serum BUN, Serum Creatinine หรืออัตราการกรองของเสียของไต หรือ Creatinine Clearance และขนาดของไต ยกเว้นกรณีผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตมาแล้วจากสิทธิอื่น เช่น สิทธิข้าราชการ หรือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง โดยให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาสามารถอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตนได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองการได้รับบำบัดทดแทนไตจากสิทธิอื่นตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๔. ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบการบำบัดทดแทนไต ดังนี้

๔.๑ ให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือประกันสังคมจังหวัด หรือหัวหน้าประกันสังคมจังหวัดสาขา เป็นผู้พิจารณาวินิจฉัยอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตน หากมีผลการตรวจตามหลักเกณฑ์ครบทั้ง ๓ ข้อ ดังนี้

๑) มีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)

๒) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม. หรือ มีผลเลือดค่า BUN มากกว่า ๘๐ mg/dl และ ค่า Cr มากกว่า ๘ mg/dl ให้มีผลเลือดถึงเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง ในระยะเวลาห่างกันอย่างน้อย ๓ เดือน ขึ้นไป

๓) มีขนาดของไต น้อยกว่า ๙ cm ทั้ง ๒ ข้าง

๔.๒ กรณีนอกเหนือหลักเกณฑ์ ตามข้อ ๔.๑ ให้ส่งหรือคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย

การกำหนดวันเริ่มมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือกรณีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย แต่ต้องไม่ก่อนวันที่ยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตเกินกว่าสามสิบวัน

สำหรับการขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีปลูกถ่ายไต ผู้ประกันตนสามารถยื่นขอรับสิทธิพร้อมกันกับการขอรับสิทธิกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรได้ และเมื่อแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าคุณประกันตนมีความจำเป็นเหมาะสมที่จะเริ่มรับการบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการปลูกถ่ายไตแล้ว ผู้ประกันตนจะต้องยื่นความจำนงเพื่อขอเริ่มใช้สิทธิต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ประสงค์จะใช้สิทธิเพื่อให้ตรวจสอบสิทธิและมีหนังสือส่งตัวไปยังสถานพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไตที่ผู้ประกันตนประสงค์จะเข้ารับการปลูกถ่ายไตหรือเข้ารับการดูแลรักษากรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยมีเอกสารประกอบการยื่นคำขอเพื่อเริ่มใช้สิทธิ ดังนี้

(๑) หนังสือรับรองการเจ็บป่วยประกอบการขอเริ่มใช้สิทธิบำบัดทดแทนไตกรณีปลูกถ่ายไต โดยอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในกรณีที่สถานพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไต

(๒) หนังสือรับรองการขอเข้ารับการปลูกถ่ายไต หรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต และรับยากดภูมิคุ้มกันจากสถานพยาบาลในความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมที่ประสงค์จะใช้สิทธิ (ในกรณีไม่มีประวัติการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไตที่ประสงค์ใช้สิทธิ)

๕. ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

(ก) การอนุมัติค่าเตรียมหลอดเลือดชนิด AV fistula สำหรับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม โดยให้เริ่มเตรียมหลอดเลือดชนิด AV fistula ตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนมีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม.

(ข) การอนุมัติค่าเตรียมหลอดเลือดชนิด AV graft for hemodialysis สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยให้เริ่มเตรียมหลอดเลือดชนิด AV graft ตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนมีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม.

(ค) การอนุมัติค่าเตรียมสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้ง Double lumen catheter insertion for hemodialysis และ Tunnel cuff catheter (Perm catheter) insertion for hemodialysis ตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนมีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. และมีข้อบ่งชี้ที่จะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามข้อ ๒

ทั้งนี้ หากไม่เข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ตามข้อ (ก) - (ค) ไม่สามารถจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ได้ ยกเว้น ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรกภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่เข้ารับบริการเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์การเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พร้อมอุปกรณ์ ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันตนในอัตราไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปี กรณีที่ผู้ประกันตนได้ใช้สิทธิค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวครบ ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปีแล้ว หากในระยะเวลา ๒ ปี นั้นผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องเตรียมหรือแก้ไขหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถยื่นเรื่องเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน โดยให้อำนาจการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาสามารถอนุมัติสิทธิให้แก่ผู้ประกันตนได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๖. ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตเท่าที่จ่ายจริงหรือเหมาจ่ายแล้วแต่กรณี โดยเป็นไปตามที่กำหนดดังต่อไปนี้

(๑) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(ก) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิจะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๒ ครั้งๆ ละไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง เว้นแต่การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสัปดาห์แรกหรือผู้ประกันตนเสียชีวิตหรือเข้าข่ายหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

การฟอกเลือดไม่ครบ ๔ ชั่วโมง/ครั้ง

- ๑) กรณีเส้นเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือดมีปัญหาใช้งานไม่ได้
- ๒) กรณีความดันโลหิตต่ำ
- ๓) กรณีช็อก หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว เช่น ซึมลง หรือหมดสติ
- ๔) กรณีมีภาวะไข้สูง และหนาวสั่น
- ๕) กรณีมีอาการเจ็บป่วยของร่างกายอย่างรุนแรง เช่น ปวดท้อง หรือหน้าอก

การฟอกเลือดไม่ครบ ๒ ครั้ง/สัปดาห์

- ๑) กรณีต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนไต
- ๒) กรณีต้องเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยในห้อง ICU

โดยให้สำนักงานประกันสังคม หรือสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ เป็นผู้พิจารณาจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลได้

สำหรับกรณีนอกเหนือหลักเกณฑ์ดังกล่าวให้ส่งหาหรือคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย

(ข) กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง และไม่เกิน ๔,๕๐๐ บาทต่อสัปดาห์ สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

ทั้งนี้ หากผู้ประกันตนได้สำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ก่อนวันที่ได้รับทราบสิทธิ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนตั้งแต่วันที่ได้รับสิทธิจนถึงวันที่สถานพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งสิทธิจากสำนักงานประกันสังคม โดยสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนมีสิทธิยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์คืนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น

(๒) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้ได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องได้รับการตรวจรักษาจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในกรณี ที่สถานพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไตในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าเดือนละ ๑ ครั้ง

(ก) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรให้แก่สถานพยาบาลดังกล่าวเป็นค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ ไม่เกินเดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท เว้นแต่ภายในเดือนแรกและเดือนสุดท้ายที่ได้รับอนุมัติจะจ่ายค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ไม่เกินวันละ ๗๕๐ บาท ตามจำนวนวันที่เหลือในเดือนนั้น สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินให้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

ทั้งนี้ หากผู้ประกันตนได้สำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรก่อนวันที่ได้รับทราบสิทธิ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน ตั้งแต่วันที่ได้รับสิทธิจนถึงวันที่สถานพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งสิทธิจากสำนักงานประกันสังคม โดยสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนมีสิทธิยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์คืน จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น

(ข) กรณีการวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ วันเริ่มมีสิทธิต้องไม่ก่อนวันที่ล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรครั้งแรกเกินกว่า ๑๘๐ วัน หรือให้มีสิทธิการวางท่อรับส่งน้ำยาสำหรับล้างช่องท้อง ตั้งแต่วันที่ผลการตรวจระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันตน ไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท ต่อรายต่อ ๒ ปี กรณีที่ผู้ประกันตนได้ใช้สิทธิค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวครบ ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปีแล้ว หากในระยะเวลา ๒ ปี นั้น ผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องทำการวางท่อรับส่งน้ำยาล้างช่องท้อง สามารถยื่นเรื่องเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน โดยให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา สามารถอนุมัติสิทธิให้แก่ผู้ประกันตนได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(๓) การปลูกถ่ายไต

(ก) ผู้ประกันตนที่ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) และอยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยา (Peritoneal Dialysis) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) โดยใช้สิทธิประกันสังคมให้มีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตกรณีการปลูกถ่ายไต โดยมีต้องอนุมัติสิทธิใหม่ สำหรับผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคม จะต้องให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาเห็นชอบก่อนการปลูกถ่ายไต

(ข) ผู้ประกันตนจะต้องปลูกถ่ายไตในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม และสถานพยาบาลดังกล่าวจะดำเนินการให้บริการตามแนวทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

๑) คุณสมบัติของผู้รับไต (recipient)

๑.๑) อายุไม่ควรเกิน ๖๕ ปี

๑.๒) ไม่มี Active infection

๑.๓) ไม่เป็นโรคผู้ที่ติดเชื้อ HIV

๑.๔) ไม่เป็นโรคตับเรื้อรัง (Chronic liver disease) ตามหลักเกณฑ์

ข้อบังคับของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๑.๕) ไม่เป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาให้หายขาด

มานานกว่า ๓ ปีขึ้นไป

๑.๖) ไม่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด เช่น Ischemic heart disease,

Congestive heart failure; Chronic obstructive pulmonary disease เป็นต้น

๑.๗) ไม่มี Persistent coagulation abnormality

๑.๘) ไม่มี Psychiatric disorder

๑.๙) ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด

๒) คุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่มีชีวิต (Living related donor)

๒.๑) มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า ๒๐ ปี และไม่ควรมีอายุเกิน ๖๐ ปี

๒.๒) ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง (ค่าความดันโลหิต Systolic ไม่มากกว่า

๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท และค่า Diastolic ไม่มากกว่า ๙๐ มิลลิเมตรปรอท)

๒.๓) ไม่เป็นโรคเบาหวาน

๒.๔) ไม่มีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรัง

๒.๕) มีค่าโปรตีนในปัสสาวะไม่เกิน ๓๐๐ มิลลิกรัมต่อ ๒๔ ชั่วโมง

๒.๖) มีค่า Creatinine clearance มากกว่า ๘๐ ml/min ๑.๗๓ ตารางเมตร

๒.๗) ไม่มีภาวะโรคอ้วน (ค่า BMI ไม่มากกว่า ๓๕)

๒.๘) ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงทางอายุรกรรม เช่น COPD, Ischemic heart disease, Malignancy, Active infectious disease, Drug addiction เป็นต้น

๒.๙) Negative test for anti HIV, HBsAg, Anti HCV

๒.๑๐) ต้องมี Informed consent

๒.๑๑) ผ่านการประเมินทางจิตเวช (Psychiatric evaluation) ก่อน

๒.๑๒) ต้องเป็นญาติโดยสายเลือดหรือคู่สมรสตามกฎหมายข้อบังคับแพทยสภา

๒.๑๓) ต้องไม่เป็นการซื้อขายไต

๓) คุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต (Deceased donor) ให้เป็นตามกฎข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม และตามประกาศแพทยสภา เรื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย และตามหลักเกณฑ์ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) ให้กับศูนย์บริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาทต่อไต ๑ ข้าง

(ค) สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตจะต้องเป็นสถานพยาบาลหลักในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามระบบเหมาจ่ายเป็นเวลาอย่างน้อย ๒ ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหลักตามระบบเหมาจ่ายในการรักษาพยาบาลตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดตั้งแต่ปีที่ ๓ ภายหลังจากการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นอย่างน้อย และต้องได้รับการดูแลรักษาโดยอายุรแพทย์โรคไตตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(ง) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนตามที่กำหนดไว้ใน ๕ (๓) (จ) จะต้องรับบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไต ได้แก่ การตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิด และอื่นๆ ตามดุลพินิจของแพทย์กับสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกรณีปลูกถ่ายไตกับสำนักงานประกันสังคม

(จ) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ก่อนการปลูกถ่ายไต และระหว่างปลูกถ่ายไตให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไต โดยเหมาจ่ายต่อรายต่อการปลูกถ่ายไต ๑ ครั้งตามแผนการรักษาชุดบริการ (Protocol) ดังนี้

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
๑) สำหรับผู้บริจาค (Donor)		
๑.๑) ผู้บริจาคที่มีชีวิต (living donor)		
๑.๑.๑) ค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) ก่อนการเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๕. จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้บริจาค ๑ ราย	๔๐,๐๐๐
๑.๑.๒) ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) ระหว่างเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๒,๘๐๐
๑.๒) ผู้บริจาคสมองตาย (deceased donor)		
ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor)	๑. ค่าดูแล donor ๒. ค่าผ่าตัด ๓. ค่านํ้ายาถนอมอวัยวะ ๔. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๕. ค่าดำเนินการเกี่ยวกับศพ	๔๐,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
๒) สำหรับเตรียมผู้รับบริจาค (recipient)		
๒.๑) ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิต		
ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับ การผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๑,๓๐๐
๒.๒) ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคสมองตาบ		
๒.๒.๑) ค่าเตรียมผู้รับบริจาค ก่อนเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๑,๓๐๐
๒.๒.๒) ค่าส่งตรวจ panel reactive antibody	๑. ค่าตรวจ panel reactive antibody ทุก ๓ เดือน/ครั้ง จ่ายครั้งละ	๑,๘๐๐
๓) ค่าใช้จ่ายผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด		
๓.๑) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัดกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-I ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วย กลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคม ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน cyclosporine + mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๘. ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๑๔๓,๐๐๐
Protocol-II ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วย กลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคม ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน tacrolimus + mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๘. ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๑๔๘,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
<p>Protocol-III</p> <p>๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย</p> <p>๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน basiliximab + cyclosporine + mycophenolate</p> <p>๓) ไม่รวม complication ต่างๆ</p>	<p>๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๒. ค่าตรวจเอกซเรย์</p> <p>๓. ค่าผ่าตัด</p> <p>๔. ค่าห้องและค่าอาหาร</p> <p>๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p> <p>๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>๗. ค่ายา basiliximab x 2 doses</p> <p>๘. ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>๙. ค่าตรวจวิเคราะห์ระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>๒๘๗,๐๐๐</p>
<p>Protocol-IV</p> <p>๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วยกลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย</p> <p>๒) ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน basiliximab + tacrolimus + mycophenolate</p> <p>๓) ไม่รวม complication ต่างๆ</p>	<p>๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๒. ค่าตรวจเอกซเรย์</p> <p>๓. ค่าผ่าตัด</p> <p>๔. ค่าห้องและค่าอาหาร</p> <p>๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p> <p>๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>๗. ค่ายา basiliximab x 2 doses</p> <p>๘. ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>๙. ค่าตรวจวิเคราะห์ระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>๒๙๒,๐๐๐</p>
<p>๓.๒) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัดกรณีมีภาวะแทรกซ้อน</p>		
<p>Protocol ACRA (acute cellular rejection)</p> <p>๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ acute cellular rejection</p> <p>๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย</p>	<p>๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ</p> <p>๒. ค่ายา methylprednisolone</p> <p>๓. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p> <p>๕. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย protocol DGF-B)</p>	<p>๒๓,๐๐๐</p>
<p>Protocol ACR-B (refractory acute cellular rejection)</p> <p>๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ refractory acute cellular rejection</p> <p>๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย</p>	<p>๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ</p> <p>๒. ค่ายา methylprednisolone</p> <p>๓. ค่ายา anti-thymocyte globulin</p> <p>๔. ค่ายา ganciclovir</p> <p>๕. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๖. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p> <p>๗. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย protocol DGF-B)</p>	<p>๔๙๓,๐๐๐</p>

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
<p>Protocol AMB-A (antibody mediated rejection)</p> <p>๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ antibody mediated rejection</p> <p>๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย</p>	<p>๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ</p> <p>๒. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๓. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p> <p>๔. ค่ายา methylprednisolone</p> <p>๕. ค่ายา intravenous immunoglobulin</p> <p>๖. ค่า plasmapheresis และตัวกรอง plasmaflux</p> <p>๗. ค่าสาย double lumen catheter</p> <p>๘. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย protocol DGF-L)</p>	๓๔๐,๐๐๐
<p>Protocol AMB-B (refractory antibody mediated rejection)</p> <p>๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ refractory antibody mediated rejection</p> <p>๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย</p>	<p>๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ</p> <p>๒. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๓. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p> <p>๔. ค่ายา methylprednisolone</p> <p>๕. ค่ายา intravenous immunoglobulin</p> <p>๖. ค่ายา rituximab</p> <p>๗. ค่า plasmapheresis และตัวกรอง plasmaflux</p> <p>๘. ค่าสาย double lumen catheter</p> <p>๙. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มด้วย protocol DGF-C)</p>	๔๒๖,๐๐๐
<p>Protocol DGF-A (delay graft function)</p> <p>๑) ใช้ร่วมกับ protocol I-IV ในกรณีที่มีภาวะ delay graft function</p> <p>๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย</p>	<p>๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ</p> <p>๒. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๓. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p> <p>๔. ค่าสาย double lumen catheter</p> <p>๕. ค่าทำ acute hemodialysis</p>	๕๖,๐๐๐
<p>Protocol DGF-B (delay graft function with acute cellular rejection)</p> <p>๑) ใช้ร่วมกับ protocol I-IV และ protocol- ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ delay graft function ร่วมกับ acute cellular rejection</p> <p>๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย</p>	<p>๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๒. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง</p> <p>๓. ค่าสาย double lumen catheter</p> <p>๔. ค่าทำ acute hemodialysis</p> <p>๕. ไม่รวมค่า ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน protocol ACR-A และ ACR-B แล้ว)</p>	๔๐,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
Protocol DGF-C (delay graft function with antibody mediated rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol HV และ protocol AMR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ delay graft function ร่วมกับ antibody mediated rejection ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๓. ค่าทำ acute hemodialysis ๔. ไม่รวมค่า ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อและค่าสาย double lumen catheter (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน protocol AMR-A และ AMR-B แล้ว)	๓๕,๐๐๐

(ฉ) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไตให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไตตามประเภทของการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๑) กรณีผู้ป่วยนอก ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิด เหมาะจ่ายในอัตรา ดังนี้

ปีที่ ๑ - ปีที่ ๒	เดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท
- ปีที่ ๓ - ปีที่ ๔	เดือนละ ๒๕,๐๐๐ บาท
- ปีที่ ๕ เป็นต้นไป	เดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท

๒) กรณีผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมกรณีมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

๒.๑) ภาวะ Transplant renal artery stenosis (ตามกรณีวินิจฉัยทางการแพทย์)

๒.๑.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาะสมจ่าย ๓๒,๗๔๑ บาท

๒.๑.๒) ค่าอุปกรณ์จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

๒.๑.๒.๑) กรณีการขยายหลอดเลือดไตโดยการใช้บอลูนอย่างเดียว ให้จ่ายค่าอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละ ๓๐,๐๐๐ บาท

๒.๑.๒.๒) กรณีต้องใส่ Stent ร่วมกับการขยายหลอดเลือดไตโดยการใช้บอลูน ให้จ่ายค่า Stent เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอันละ ๓๕,๐๐๐ บาท และให้มีสิทธิได้รับไม่เกินสองอัน

๒.๒) ภาวะ CMV infection (กรณีที่ยืนยันว่ามี การติดเชื้อ CMV)

๒.๒.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาะสมจ่าย ๑๔,๗๗๐ บาท

๒.๒.๒) ค่ายาและค่าตรวจหา CMV viral load เหมาะจ่าย ๔๑,๒๖๐ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย โดยให้มีสิทธิจ่ายได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง

๒.๓) ภาวะ CMV disease (กรณีที่ยืนยันว่ามี การติดเชื้อ CMV และมีอาการแสดงทางคลินิก)

๒.๓.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาะสมจ่าย ๒๖,๒๖๙ บาท

๒.๓.๒) ค่ายาและค่าตรวจหา CMV viral load เหมาะจ่าย ๑๙๐,๘๘๐ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๒.๔) ภาวะการติดเชื้อรา Aspergillosis (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ Aspergillosis และมีอาการแสดงทางคลินิก)

๒.๔.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๕๐,๑๕๔ บาท

๒.๔.๒) ค่ายาและการตรวจ Serum galactomannan เหมาจ่าย ๓๔๕,๒๒๐ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๒.๕) ภาวะการติดเชื้อราอื่นๆ (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ fungus และจำเป็นต้องใช้ยา Liposomal amphotericinB)

๒.๕.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๖๖,๐๖๐ บาท

๒.๕.๒) ค่ายาด้านเชื้อราเพิ่มเติมเหมาจ่าย ๑๕,๐๐๐ บาท

๒.๖) ภาวะ Allograft dysfunction (ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติ ระหว่างติดตามการรักษา) ให้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเหมาจ่าย ๑๐,๐๔๕ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

๒.๗) กรณีมีภาวะ Acute rejection ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามตารางค่าใช้จ่ายกรณีเข้ารับการรักษาผ่าตัดหลังปลูกถ่ายไต และมีภาวะแทรกซ้อน ตามข้อ ๓.๒ แผนการรักษาชุดบริการ Protocol ACR-A, ACR-B, AMR-A และ AMR-B

(ข) สิทธิประโยชน์ทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไตสิ้นสุดลง นับตั้งแต่วันที่ ๑ ของเดือนถัดไป ในกรณีดังต่อไปนี้

๑) กลับเข้ารับการรักษาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้อง ด้วยน้ำยาอย่างถาวร

๒) สิ้นสุดการได้รับความคุ้มครองการบริการทางการแพทย์

๓) เสียชีวิต

(ข) ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติสิทธิกรณีปลูกถ่ายไตแต่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ยังคงใช้สิทธิประโยชน์กรณีบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้อง ด้วยน้ำยาอย่างถาวรจนกว่าจะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

(ค) ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติและได้ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตแล้ว ต่อมาไต ที่เปลี่ยนไม่สามารถทำงานได้ให้สามารถยื่นขอรับบริการทางการแพทย์เพื่อขอรับสิทธิการบำบัดทดแทนไตใหม่ได้ ทั้งนี้ สำหรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ๑ ครั้ง กำหนดให้จ่ายค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิตได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง หากเป็นกรณีผู้บริจาคสมองตายให้เบิกค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตายได้ไม่เกิน ๑ ครั้ง

๗. กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตแล้วโดยมิได้ใช้สิทธิประกันสังคม ถือเป็นผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีหลังปลูกถ่ายไต และจะต้องขอรับการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาควบคุมภูมิคุ้มกัน และรับยาควบคุมภูมิคุ้มกันในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไตเท่านั้น ทั้งนี้ ผู้ประกันตนจะต้องยื่นคำขอตามที่กำหนดไว้ใน ๒ และ ๓ เพื่อให้ผู้มีอำนาจพิจารณาการได้รับสิทธิดังกล่าว

๘. กรณีการให้ยา Erythropoietin

(๑) ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin สามารถยื่นขอรับสิทธิพร้อมกับการขอรับสิทธิประโยชน์กรณีบำบัดทดแทนไตได้ แต่จะได้รับสิทธิต่อเมื่อได้รับอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไตก่อน

(๒) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคมที่มีภาวะโลหิตจางระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๔% อันมีสาเหตุจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสิทธิได้รับยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคม ในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และให้สถานพยาบาลดังกล่าวขอเบิกค่ายาตามที่กำหนดไว้ใน ๘ (๓) และ ๘ (๔)

(๓) สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ให้กับผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตตามระดับความเข้มข้นของโลหิตในแต่ละเดือนดังต่อไปนี้

(ก) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๖% สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคาขายที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดและไม่เกินสี่พันห้าร้อยยี่สิบห้าบาท ยกเว้นยาบางรายการที่กำหนดในประกาศราคาขาย Erythropoietin ที่สามารถเบิกได้ในอัตราไม่เกินสองพันสองร้อยห้าสิบบาทต่อสองสัปดาห์ หรือไม่เกินสี่พันห้าร้อยบาทต่อสี่สัปดาห์ รวมทั้งจ่ายค่าฉีดยาเข็มละห้าสิบบาทต่อครั้ง

(ข) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) มากกว่า ๓๖% ให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาฉีดยา Erythropoietin เพื่อรักษาระดับความเข้มข้นของโลหิตตามความจำเป็น โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคาขายที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และไม่เกินสี่พันห้าร้อยยี่สิบห้าบาท ยกเว้นยาบางรายการที่กำหนดในประกาศราคาขาย Erythropoietin ที่สามารถเบิกได้ในอัตราไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อสองสัปดาห์ หรือไม่เกินสามพันบาทต่อสี่สัปดาห์ รวมทั้งจ่ายค่าฉีดยาเข็มละห้าสิบบาทต่อครั้ง

(ค) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) มากกว่า ๓๔% สถานพยาบาลไม่มีสิทธิเบิกจ่ายค่ายา Erythropoietin จากสำนักงานประกันสังคม

(๔) สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องจัดยา Erythropoietin ในราคาตามประกาศนี้ หากผู้ประกันตนประสงค์ใช้ยาที่มีราคาสูงกว่าที่กำหนด สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ายาเฉพาะส่วนเกิน แต่ทั้งนี้จะต้องเป็นไปตามราคาขาย Erythropoietin ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๔. กรณีที่สำนักงานประกันสังคม เห็นว่าผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร กรณีปลูกถ่ายไต และกรณียา Erythropoietin สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่ผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้มี
ความเหมาะสมยิ่งขึ้น คณะกรรมการการแพทย์มีมติให้แก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ซึ่งคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๘ คณะกรรมการการแพทย์
จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (ข) (๒) ข้อ ๕ หมวด ๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๑ และให้ใช้
ความต่อไปนี้แทน

(ข) การรักษาโรคมะเร็งให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังนี้
๑) การรักษาโรคมะเร็ง ๒๐ ชนิด ดังต่อไปนี้ จะต้องให้การรักษาตามแนวทาง
ที่กำหนด (Protocol) และให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามอัตราที่กำหนดไว้ในแนวทางการรักษาโรคมะเร็ง
และอัตราจ่ายค่ารักษาพยาบาลแนบท้ายประกาศนี้

- ๑.๑) โรคมะเร็งเต้านม
- ๑.๒) โรคมะเร็งปากมดลูก
- ๑.๓) โรคมะเร็งรังไข่
- ๑.๔) โรคมะเร็งมดลูก
- ๑.๕) โรคมะเร็งโพรงหลังจมูก
- ๑.๖) โรคมะเร็งปอด
- ๑.๗) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ตรง
- ๑.๘) โรคมะเร็งหลอดอาหาร
- ๑.๙) โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
- ๑.๑๐) โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
- ๑.๑๑) โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

- ๑.๑๒) โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร
- ๑.๑๓) โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบปรีลิมโฟไซต์ในผู้ใหญ่
- ๑.๑๔) โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในผู้ใหญ่
- ๑.๑๕) โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่
- ๑.๑๖) โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่
แบบ Acute Promyelocytic leukemia (APL)
- ๑.๑๗) โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ในผู้ใหญ่
- ๑.๑๘) โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมาในผู้ใหญ่
- ๑.๑๙) โรคมะเร็งกระดูกชนิด Osteosarcoma ในผู้ใหญ่
- ๑.๒๐) โรคมะเร็งเด็ก

๒) กรณีการรักษาโรคมะเร็ง ๒๐ ชนิด ตามที่กำหนดใน ๑) ที่ไม่สามารถรักษาตามแนวทางที่กำหนด (Protocol) และมีความจำเป็นที่ต้องให้การรักษาดูแลด้วยยาโรคมะเร็งและหรือเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา ให้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินห้าหมื่นบาทต่อรายต่อปี

๓) กรณีการรักษาโรคมะเร็งชนิดอื่นนอกเหนือจากโรคมะเร็ง ๒๐ ชนิด ตามที่กำหนดใน ๑) ที่มีความจำเป็นต้องให้การรักษาดูแลด้วยยาโรคมะเร็งและหรือเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินห้าหมื่นบาทต่อรายต่อปี

ข้อ ๓ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับรวมถึงผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานอยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ซึ่งยังคงรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในอยู่ถึงวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศนี้ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒



(นายชาติ บานชื่น)
ผู้อำนวยการการแพทย์

แนวทางการรักษามะเร็งเต้านม

1. โรคมะเร็งเต้านม (Breast cancer)

Protocol 1: ขั้นตอนการรักษามะเร็งเต้านมระยะแรก

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ยาที่ใช้	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนไขวมน (mg/m ²)
1	CMF (preferably oral regimen)	q 28 days	Cyclophosphamide	100 mg/m ² /day PO day 1-14	100	14	6	8,400
			Methotrexate	40 mg/m ² IV day 8	40	2	6	480
2	AC	q 21 days	5-fluorouracil	600 mg/m ² IV day 1,8	600	2	6	7,200
			Doxorubicin	60 mg/m ² IV day 1	60	1	4	240
3	FAC (CAF)	q 21 days	Cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day 1	600	1	4	2,400
			Cyclophosphamide	500 mg/m ² IV day 1	500	1	6	3,000
			Doxorubicin	50 mg/m ² IV day 1	50	1	6	300
			5-fluorouracil	500 mg/m ² IV day 1	500	1	6	3,000
4	AC followed by paclitaxel as described	q 21 days	Doxorubicin	60 mg/m ² IV day 1	60	1	4	240
			Cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day 1	600	1	4	2,400
			followed by paclitaxel	175 mg/m ² IV day 1	175	1	4	700
			Doxorubicin	60 mg/m ² IV day 1	60	1	4	240
5	TC*	q 21 days	Cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day 1	600	1	4	2,400
			followed by paclitaxel	80 mg/m ² IV day 1	80	1	12	960
			Docetaxel	75 mg/m ² IV day 1	75	1	4	300
			Cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day 1	600	1	4	2,400

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ชนิดยา	ขนาดยาที่ใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนวัฏจักร (mg/m ²)
6	Trastuzumab**	q 21 days	Trastuzumab	loading dose 8 mg/kg IV	8 mg/kg IV หลังจก	1	1	8 mg/kg
				หลังจากนั้น 6 mg/kg	6 mg/kg	1	17	102 mg/kg (1 D)
		Weekly	Trastuzumab	loading dose 4 mg/kg IV	4 mg/kg IV หลังจก	1	1	4 mg/kg
				หลังจากนั้น 2 mg/kg	2 mg/kg	1	51	102 mg/kg (1 D)
Weekly x 12 Then q 3 w x 13	Trastuzumab	loading dose 4 mg/kg IV	4 mg/kg IV หลังจก	1	1	4 mg/kg		
		หลังจากนั้น 2 mg/kg	2 mg/kg	1	11	22 mg/kg		
		8 mg/kg IV q 3wk	8 mg/kg IV	1	13	78 mg/kg		

การให้ยาเคมีบำบัดระยะแรกเลือกสูตรใดขึ้นอยู่กับภาวะผู้ป่วยและพยาธิสภาพของแพทย์ผู้รักษา

* สูตร TC สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใช้ Doxorubicin ได้แก้ไขให้ได้รับ doxorubicin มาก่อน หรือ LVEF < 50% หรือมีประวัติหัวใจวายเท่านั้น

** เป็นการให้ยาเจาะจงเซลล์มะเร็ง (Targeted Therapies) โดยระยะเวลาที่ใช้ยาไม่เกิน 1 ปี ในกรณีที่เกิด Symptomatic Heart failure (หัวใจหยุดและต้องใช้ยา หรือกรณี
เมื่อมีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ (LVEF < 50%) โดยไม่ใช่อาการของโรคหัวใจ ให้หยุดยา และระงับกลับมารับยาใหม่เมื่อ LVEF ≥ 50% ภายในเวลา 4-8 สัปดาห์

Protocol 2 ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนวัฏจักร
1	CMF	q 28 days	cyclophosphamide	100 mg/m ² /day PO day 1-14	100	14	6	8,400
2	FAC (CAF)	q 21 days	Methotrexate	40 mg/m ² IV day 1, 8	40	2	6	480
			5-FU	600 mg/m ² IV day 1, 8	600	2	6	7,200
3	AC	q 21 days	5-FU	500 mg/m ² IV	500	1	6	3,000
			Doxorubicin	50 mg/m ² IV	50	1	6	300
4	Paclitaxel	q 21 days	Cyclophosphamide	500 mg/m ² IV	500	1	6	3,000
			Doxorubicin	60 mg/m ² IV	60	1	6	360
5	Docetaxel	q 21 days	Cyclophosphamide	600 mg/m ² IV	600	1	6	3,600
			Paclitaxel	175 mg/m ² IV over 3 hours	175	1	6	1,050
6	Capecitabine	q 21 days	Docetaxel	75-100 mg/m ² IV over 1 hours	75-100	1	6	450-600
			Capecitabine	1,000-1,250 mg/m ² PO bid pc days 1-14	2,000-2,500	14	8	240,000-280,000

การให้ยาตามลำดับ (ยกเว้นมีข้อห้ามในการใช้ยา)

1. สูตร 1 หรือ 2 หรือ 3. 6 ครั้ง
2. หาก progress ให้สูตร 4. 6 ครั้ง
3. หาก progress ให้สูตร 5. 6 ครั้ง
4. หาก progress ให้สูตร 6. 8 ครั้ง
5. หาก progress ให้ CMF ในกรณีที่ไม่เคยได้มาก่อน

Protocol 3 ชนิดและขนาดของฮอร์โมนที่กดตัวด้วยเมเร็งเต้านมระยะแรก

ลำดับที่	กลุ่มฮอร์โมน	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/day)	Day	จำนวนที่ควรใช้(mg)****
1	Anti-estrogen: Tamoxifen*	20 mg/day per oral	20	1,825	36,500
2	Aromatase Inhibitors (AI)** Letrozole	2.5 mg/day per oral	2.5	1,825	4,562.5

- * สำหรับ Tamoxifen ระยะเวลาที่ใช้คือวันละ 5-10 ปี (ในกรณีที่มีการแพร่กระจายในช่องแม่เต้านมคือ 10-10 ปี)
- ** ในผู้ป่วยที่พบต่อมเต้านมที่กลายเป็นต่อมไขมัน (ไขมันที่เห็นแบบ sequential คือ AI 2 ปีต่อด้วย tamoxifen 3 ปี หรือ tamoxifen 3 ปีต่อด้วย AI 2 ปี)
- *** ในผู้ป่วยที่มีมะเร็งลำไส้เดือนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่โรคกระดูกงอก ใต้เท้า กลุ่มที่มีการแพร่กระจายไปต่อมไขมันเต้านมถือว่ามีความเสี่ยงต่อปฏิกิริยาต่อต้านของ Tamoxifen ตรง 5 ปี อาจพิจารณาให้ AI ต่อระยะต่อไปอีก 5 ปี (กรณีที่ไม่เคยได้ AI มาก่อน)
- **** การจ่ายขนาดครั้งละไม่เกิน 3 เดือนใน 2 ปีแรก หลังจากนั้นจ่ายครั้งละไม่เกิน 5 เดือน

Protocol 4: ชนิดและขนาดของฮอร์โมนที่ศึกษาในระบบแทรกซ้อน

ลำดับที่	กลุ่มฮอร์โมน	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/day)	จำนวนที่ศึกษา (mg/visit)*
1	Antiestrogen: Tamoxifen	20 mg/day per oral	20	Maximum ≤ 1,800 mg/visit (≤90 days/visit)
2	Selective aromatase inhibitors: Letrozole	2.5 mg/day per oral	2.5	Maximum ≤ 225 mg/visit (≤90 days/visit)
3	Progestin: Megestrol acetate	160 mg/day per oral	160	Maximum ≤ 14,400 mg/visit (≤90 days/visit)

ระยะเวลาที่เพิ่มปริมาณจนกว่าโรคกลับ

* ค่าจำนวนที่ศึกษาเป็นวัน 3 เดือน

2. ไตรเตรียมการ (Cervical cancer)

Protocol 1 : Concurrent chemotherapy

ลำดับ	ยา	ความถี่	ขนาดยา	ขนาดการฉีด	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	ขนาดยาทั้งหมด (mg/m ²)
1	Cisplatin	q 7 days	Cisplatin	40 mg/m ² IV day 1	40	1	6	240
2	Cisplatin	q 21-28 days	Cisplatin	70-75 mg/m ² IV day 1	70-75	1	3	210-225
3	Cisplatin / 5-FU	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	75	1	3	225
		q 21 days	5-Fluorouracil**	1,000 mg/m ² IV days 1-4	1,000	4		12,000
4	Carboplatin*	q 7 days	Carboplatin	AUC** 2 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 300	1	5-6	1,500-1,800

Dose** AUC* (GFR ÷ 25)

GFR = [(140-age) × body wt. / 72 × Cr] × 0.85

Cr* mg/ml

*Carboplatin: ใช้ในกรณีที่มีปัญหาไต/renal insufficiency, หมดใจ cardiac disease, หรือ hypertensive disorders

** Be cautious of severe side-effects of fluorouracil with radiotherapy in this setting

Protocol 2.: Neoadjuvant chemotherapy

ลำดับที่	ยา	ความถี่	ชนิดยา	ขนาดยา/รอบ	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนยา (mg/m ²)
1	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² / day 1	75	1	1-2	75-150
2	Cisplatin / 5-FU	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² / day 1	75	1	3	225
		q 21 days	5-fluorouracil**	1,000 mg/m ² / days 1-4	1,000	4		

** Be cautious of severe side effects of fluorouracil with radiotherapy in this setting

Protocol 3: First-Line chemotherapy for Advanced/Recurrent cervical cancer

ลำดับ ตอนที่	สูตร	ความถี่	ยาที่ใช้	ขนาดยา/วิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนวันที่ รวม (mg/m ²)
1	Cisplatin/ Paclitaxel	q 21-28 days	Cisplatin	50-75 mg/m ² IV day 1	50-75	1	6	300-450
		q 21-28 days	Paclitaxel	135 mg/m ² IV day 1	135	1		810
2	Carboplatin/ Paclitaxel	q 21-28 days	Carboplatin	AUC 4-6 mg/ml/min, IV day 1	Maximum total dose ≤ 750	1	6	4,500
		q 21-28 days	Paclitaxel	175 mg/m ² IV day 1	175	1		1,050
3	Cisplatin/ 5-FU	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	75	1	6	450
		q 21 days	5-FU**	1,000 mg/m ² IV days 1-4	1,000	4		24,000
4	Cisplatin/ Carboplatin*	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	75	1	6	450
		q 21-28 days	Carboplatin	AUC 4-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750	1		4,500
6	Paclitaxel	q 21 days	Paclitaxel	175 mg/m ² , 3hr IV day 1	175	1	6	1,050

* Carboplatin ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มี renal insufficiency, หรือ มี cardiac disease, หรือ มี hypertensive disorders

** Be cautious of severe side effects of fluorouracil with radiotherapy in this setting

Protocol 4 : Second - Line chemotherapy for Advanced/Recurrent cervical cancer

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ท่อนยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนวันที่ให้
1	Mitomycin	q 42-56 days	Mitomycin*	10 mg/m ² IV day 1	10	1	4	57M (mg/m ²)
2	5-FU	q 28 days	5-fluorouracil**	1,000 mg/m ² IV days 1-4	1,000	4	6	40
3	Paclitaxel	q 21 days	Paclitaxel	175 mg/m ² , 3hr IV day 1	175	1	6	24,000
								1,050

* Mitomycin ให้จำนวนวันที่ 42-56 วัน ให้กิน 4 cycles จนมีอาการดีขึ้น, ระวัง severe bone marrow suppression.

** Be cautious of severe side effects of fluorouracil with radiotherapy in this setting.

3. โรคมะเร็งรังไข่ (Ovarian cancer)

Protocol 1 : Chemotherapy in Epithelial Ovarian Cancer (EOC), Borderline Epithelial Ovarian Tumors & Carcinosarcoma (malignant mixed Mullerian tumor ; MMMT)

Primary chemotherapy, Adjuvant chemotherapy & Neoadjuvant chemotherapy :

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1.1	Carboplatin / Paclitaxel	q 21-28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750	1	3-8	2,250-6,000
				Paclitaxel	175	1		
1.2	Carboplatin / Paclitaxel	q 21 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV over 1 hr	Maximum total dose ≤ 750	1	6	4,500
				Paclitaxel	80	3		
				Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750		
2	Carboplatin / Cyclophosphamide	q 21-28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750	1	3-6	2,250-4,500
				Cyclophosphamide	600	1		
3	Cisplatin / Paclitaxel	q 21-28 days	Cisplatin	75-100 mg/m ² , IV	75-100	1	3-6	225-600
				Paclitaxel	135	1		
				Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750		
4	Carboplatin	q 28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750	1	3-8	2,250-6,000

สูตรที่ 2 ใช้ในรายที่ไม่สามารถให้ Paclitaxel ในสูตร 1 ได้

สูตรที่ 3 ใช้ในรายที่ไม่สามารถให้ Carboplatin ในสูตร 1 ได้

สูตรที่ 4 ใช้ในผู้สูงอายุ หรือในรายที่มี Performance status (ECOG score) ไม่ดี

Dose = AUC (GFR + 25)

GFR = [(140 - age) x body wt. / 72 x Cr] x 0.85

โดย Cr = mg/ml

Protocol 2 : Chemotherapy in Epithelial Ovarian Cancer (EOC), Borderline Epithelial Ovarian Tumors & Carcinosarcoma (malignant mixed Mullerian tumor ; MIMMT)

Second - line Chemotherapy :

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่รับ (mg/m ²)
1	Carboplatin	q 28 days	Carboplatin	AUC 6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750	1	6	4,500
2.1	Paclitaxel	q 21-28 days	Paclitaxel	175-200 mg/m ² , IV	175-200	1	6	1,050-1,200
2.2	Paclitaxel	q 28 days	Paclitaxel	80 mg/m ² , IV day 1,8,15	80	3	6	1,440
3.1	Gemcitabine**	q 21 days	Gemcitabine	800-1,250 mg/m ² , IV day 1,8	800-1,250	2	6	9,600-15,000
3.2	Gemcitabine**	q 28 days	Gemcitabine	1,000 mg/m ² , IV day 1,8,15	1,000	3	6	18,000
4	Etoposide	q 28 days	Etoposide	50 mg/m ² , PO day 1-21	50	21	6	6,300
5*	Carboplatin / Paclitaxel	q 21-28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750	1	3-6	2,250-4,500
6*	Cisplatin / Gemcitabine	q 21-28 days	Paclitaxel	175 mg/m ² , IV	175	1		525-1,050
			Cisplatin	75-100 mg/m ² , IV	75-100	1	3-6	225-600
			Gemcitabine	800-1,250 mg/m ² , IV day 1,8	800-1,250	2		4,800-15,000

* สูตรที่ 5, 6 ใช้ในรายที่ Recurrent (Platinum - sensitive)

* สูตรที่ 6 ในบางกรณีที่ไม่สามารถให้ cisplatin ได้ พิจารณาให้ carboplatin (AUC 5-6, max ≤ 750 mg) แทน

** Gemcitabine ใช้เป็น subsequent-line ใน Advanced ovarian cancer ที่กลับเป็นซ้ำโดยไม่ Taxane

Protocol 3: Chemotherapy in Malignant Ovarian Germ Cell Tumors & Malignant Sex Cord - Stromal tumors
 First - line/Adjuvant chemotherapy:

ลำดับ ที่	ชื่อ	ความถี่	ชนิดยา	ขนาดยา/วิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่บรรจุ (mg/m ³)
1	BEP (1)	q 28 days	Bleomycin	12-15 U/d, IV day 1,2,3	12-15 U	3	3-6	108-270 U
			Etoposide	100 mg/m ² , IV day 1-5	100	5		1,500-3,000
			Cisplatin*	75-100 mg/m ² , IV	75-100	1		225 - 600
2	BEP (2)	q 7 days	Bleomycin	10-20 U/d, IV day 1	10-20 U	1	12	120-240 U
			Etoposide	100 mg/m ² , IV day 1-5	100	5		1,500-3,000
		q 28 days	Cisplatin*	20 mg/m ² , IV day 1-5	20	5		3-6
3	VBP	q 21 days	Vinorelbine	12 mg/m ² , IV	12	1	3-6	36-72
			Bleomycin	20 units/d, IV day 1	20 U	1		240 U
		q 21 days	Cisplatin*	20 mg/m ² , IV day 1-5	20	5		3-6
4	VAC	q 28 days	Vincristine	1 mg/m ² , IV	1	1	3-6	3-6
			Dactinomycin	300 microgram/m ² , IV day 1-5	300 microgram	5		4,500-9,000 microgram
			Cyclophosphamide	150 mg/m ² , IV day 1-5	150	5		2,250-4,500

หมายเหตุ *ในบางกรณีที่สามารถใช้ cisplatin ได้ ให้พิจารณาใช้ carboplatin แทน

Protocol 4 : Chemotherapy in Malignant Ovarian Germ Cell Tumors & Malignant Sex Cord – Stromal tumors
 Second – line Chemotherapy :

ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ขนาด	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่รับ (mg/m ²)	
1.1	PE	q 28 days	Cisplatin*	20 mg/m ² IV day 1-5	20	5	6	600	
				Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5		2,250 – 3,000
1.2	PE	q 28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/m ² /min, IV	Maximum total doses 750	1	6	4,500	
				Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5		2,250 – 3,000
2.1	VIP	q 28 days	Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5	6	2,250 – 3,000	
				Ifosfamide	4 gm/m ² IV in 24 hrs	4,000	1		24,000
				Mesna	4 gm/m ² IV in 24 hrs day 1,2	4,000	2		48,000
				Cisplatin*	20 mg/m ² IV day 1-5	20	5		600
2.2	VIP	q 28 days	Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5	6	2,250 – 3,000	
				Ifosfamide	4 gm/m ² IV in 24 hrs	4,000	1		24,000
				Mesna	4 gm/m ² IV in 24 hrs day 1,2	4,000	2		48,000
				Carboplatin	AUC 5-6 mg/m ² /min, IV	Maximum total doses 750	1		4,500
3	Carboplatin / Paclitaxel	q 21-28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/m ² /min, IV	Maximum total doses 750	1	6	4,500	
				Paclitaxel	175 mg/m ² IV	175	1		1,050
4	Paclitaxel	q 21-28 days	Paclitaxel	175 – 200 mg/m ² IV	175-200	1	6	1,050 – 1,200	

หมายเหตุ *ในบางกรณีที่ไม่สามารถให้ cisplatin ได้ให้พิจารณาใช้ carboplatin แทน

4. โรคมะเร็งมดลูก (Uterine Cancer)

Protocol 1: Chemotherapy and Hormone Therapy In Endometrial Carcinoma. ในรายที่พบพยาธิวิทยาของโรคจัดเป็นพวกมีความเสี่ยงสูง (High - risk diseases) ซึ่งมีในรายที่มีการแพร่กระจายของโรค (Advanced diseases) หรือในรายที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค (Recurrence)

ลำดับที่	ชื่อ	ความถี่	ชื่อยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใส่ยา (mg/m ²)
1	Carboplatin / Paclitaxel	21-28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/m ² /m ² , IV	Maximum total dose < 750	1	6	4,500
			Paclitaxel	175 mg/m ² , IV	175	1		1,050
2	Cisplatin / Doxorubicin	q 21 days	Cisplatin	50 mg/m ² , IV	50	1	6	300
			Doxorubicin	60 mg/m ² , IV	60	1		360
3	Cisplatin / Ifosfamide	q 21 days	Cisplatin	20 mg/m ² /d, IV days 1-5	20	5	6	600
			Ifosfamide	1.5 g/m ² /d, IV days 1-4	1,500	4		36,000
			Mesna	1,000 mg/m ² , IV days 1-4	1,000	4		24,000
4	Carboplatin	q 28 days	Carboplatin	300-400 mg/m ² , IV	300-400	1	6	1,800-2,400
5	Cisplatin	21-28 days	Cisplatin	50-100 mg/m ² , IV	50-100	1	6	300-600
6	Doxorubicin	21-28 days	Doxorubicin	50 mg/m ² , IV	60	1	6	360
7	Ifosfamide	q 28 days	Ifosfamide	1.2 g/m ² , IV days 1-5	1,200	5	6	36,000
			Mesna	800 mg/m ² , IV days 1-5	800	5		24,000
8	Megestrol acetate	Daily	Megestrol acetate	160 mg/d, oral	160 mg/d	until disease progress		14,400**

* สูตรที่ 3.7 ที่จรรยาไชนผู้ป่วยที่มีพยาธิวิทยาเป็น carcinoma

** การจ่ายยาฮอร์โมน ครั้งละไม่เกิน 3 เดือน

Protocol 2 : Chemotherapy and Hormone Therapy In Uterine Sarcoma
 2.1 Chemotherapy Regimens

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ความถี่	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่เข้าร่วม (mg/m ²)
1	Doxorubicin/ ifosfamide	q 21 days	Doxorubicin	.50 mg/m ² , IV (over 15 min), before ifosfamide	50	1	6	300 (Max total dose 450 mg/m ²)
					1,200	5		
					800	5		
2	Doxorubicin	q 21 days	Doxorubicin	800 mg/m ² , IV days 1-5	60	1	6	360
					1,200	5		
3	ifosfamide	q 28 days	ifosfamide	1.2 g/m ² , IV, days 1-5	800	1	6	36,000
					800	5		

2.2 Hormone Therapy (สำหรับผู้ที่พบพยาธิสภาพเป็น ESS เท่านั้น)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ความถี่	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/day)	Day	Cycle	จำนวนที่เข้าร่วม (mg/visit)
1	Megestrol Acetate	daily	Megestrol Acetate	160 mg/d, oral	160 mg/d	until progress		14,400* (390 days/visit)

* การจ่ายยาฮอร์โมน ครั้งละไม่เกิน 3 เดือน

5. โรคมะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal cancer)

Protocol 1.1 การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยรังสีรักษาหรือโรคมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะที่ II - IV

- 1) สำหรับผู้ป่วยมีโรคอยู่ในระยะ T2 หรือมากกว่า หรือมีการลุกลามของมะเร็งต่อเนื้องอกหรือถึงบริเวณคอ. โดยไม่มีภาวะแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นที่ไกลออกไป (Distant metastasis)
- 2) ผู้ป่วยควรมี Performance status (ECOG 0 -1) และไม่มีภาวะโรคอื่นที่เป็นอันตรายจากผลการให้ยารักษาตัวร่วมกัน

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกฉบับการฉบับร่าง

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ได้รับ (mg/m ²)
1A	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin*	100 mg/m ² day 1	100	1	3	300
1B	Carboplatin (แทน Cisplatin)	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/m ² /min, IV day 1	Maximum total dose ≤ 750	1	3	2,250
2A	Weekly Cisplatin*	q 7 days	Cisplatin*	40 mg/m ² weekly ของการฉบับร่าง ระยะเวลาประมาณ 8 สัปดาห์	40	1	8	320
2B	Carboplatin (แทน Cisplatin)	q 7 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 2 mg/m ² /min, IV weekly ของการ ฉบับร่างระยะเวลาประมาณ 8 สัปดาห์	Maximum total dose ≤ 300	1	8	2,400

* ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อ Cisplatin ได้แก่ มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับพิษไต Cisplatin หรือมีภาวะการทำงานของไตบกพร่องโดยมีค่า Creatinine clearance น้อยกว่า 50 ml/min ให้หยุดการให้ยา Cisplatin โดยอาจใช้สูตรตามแผน หรือใช้ Carboplatin แทน สูตรที่ 1 ใช้ขนาด AUC 5-6 mg/m²/min, day 1, 3 cycles สูตรที่ 2 ใช้ขนาด AUC 2 mg/m²/min, IV weekly ของการฉบับร่างระยะเวลาประมาณ 8 สัปดาห์, 8 cycles

Protocol 1.2 การให้ยาเคมีบำบัดรักษาสตรีมะเร็งทางรังสีวิทยาเคมีบำบัดร่วมกับทามอกซิเฟนระยะที่ II - IV

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาเริ่มภายหลังจากการฉายรังสีเคมีบำบัดร่วมกับทามอกซิเฟนระยะที่ II - IV

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ทามอกซิเฟน	ขนาดและวิธีให้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	ขนาดรวมทั้งรวม (mg/m ²)
1	PF 1**	q 28 days	Cisplatin*	80 mg/m ² /day day 1	80	1	3	240
			5-FU	1,000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	3	12,000
2	PF 2	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min, IV day 1	Maximum total dose ≤ 750	1	3	2,250
			5-FU	1,000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	3	12,000

* ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา Cisplatin ได้ก็มีความเสี่ยงที่จะรับสารก่อมะเร็ง Cisplatin, มีภาวะการทำงานของไตของไตที่มีค่า

Creatinine clearance น้อยกว่า 50 ml/min ให้หยุดการให้ยาเคมีบำบัด หรือใช้ Carboplatin แทน ขนาด AUC 5 mg/ml/min, day 1, 3 cycles

** ใช้สูตรรักษาสตรีมะเร็งทางรังสีวิทยา Cisplatin ชนิดเดียวกับกับการฉายรังสี

Protocol 2

การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดรังสีสำหรับโรคมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะที่ II-IV

- 1) สัตว์รับผู้ช่วยมีโรคอยู่ในระยะ T2 หรือมากกว่า หรือมีการลุกลามของมะเร็งต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ โดยไม่มีการแพร่กระจายไปยังอะกซิมที่ไกลออกไป (Distant metastasis)
- 2) ผู้ป่วยควรมี Performance status ที่ (ECOG 0-1) และไม่มีภาวะโรคแทรกซ้อนให้ยากับชนิดนี้ ต้องงดการลดขนาดของก้อนมะเร็งก่อนการให้รังสีหรือไม่สามารถเริ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ร่วมกับก้อนมะเร็งก้อนอื่นกับก้อนมะเร็งรังสีได้

ขนาดและสูตรยาเคมีบำบัดสูตรแรกสำหรับโรคมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะที่ II-IV

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ทายา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	PF 1	q 28 days	Cisplatin*	80-100 mg/m ² /day day 1	80-100	1	3	300
			5FU	1,000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	3	12,000
2	PF 2	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min day 1	Maximum total dose ≤ 750	1	3	2,250
			5FU	1,000 mg/m ² /day-day 1-4	1,000	4	3	12,000

* ในกรณีผู้ป่วยไม่ทนต่อขนาดของ Cisplatin ได้แก่ มีความเสี่ยงที่จะรับสารก่อมะเร็ง Cisplatin มีภาวะการทำงานของไตปกติ Creatinine clearance น้อยกว่า 50 ml/min ให้หยุดการรักษาเคมีบำบัด หรือใช้ Carboplatin แทนขนาด AUC 5 mg/ml/min day 1-4 cycles

Protocol 3

การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีสำหรับโรคมะเร็งโพรงจมูกระยะที่ II - IV

- 1) ยังไม่มีข้อมูลยืนยันจากการศึกษา Randomized control trial ว่าการให้ยาเคมีบำบัดมีประโยชน์ที่จะช่วยเพิ่มอัตราการมีชีวิตรอด แต่ข้อมูลในการศึกษาแบบ Non - randomized control trials พบว่าอาจมีประโยชน์กับ Palliative
- 2) การให้ยาเคมีบำบัดต้องมีการติดตามผลการรักษาโดยผู้ดูแลการตอบสนองของทางรังสีวิทยา ร่วมกับ Performance status ของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยโยกย้ายจากการรักษาหรือไม่ และให้ยาเคมีบำบัดได้ไม่เกิน 6 ชุด
- 3) การให้ยาเคมีบำบัดให้เล็กลงใช้เพียงสูตรใดสูตรหนึ่งเท่านั้น ผู้ป่วยหนึ่งรายใช้ได้ไม่เกิน 2 ชุด และแต่ละสูตรใช้ได้ไม่เกิน 6 cycles

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกระยะแพร่กระจายหรือกลับมาเป็นซ้ำ

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่รวม (mg/m ²)
1A	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin*	80 mg/m ² /day, day 1	80	1	6	480
1B	Carboplatin (แทน Cisplatin)	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min day 1	Maximum total dose ≤ 750	1	6	2,250
2A	PF-1	q 28 days	Cisplatin* 5FU	80 mg/m ² /day day 1	80	1	6	480
2B	PF-2	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	1,000 mg/m ² /day, day 1-4 AUC 5 mg/ml/min day 1	1,000 Maximum total dose ≤ 750	4	6	24,000
3A	Carboplatin/ Paclitaxel	q 21 days	Carboplatin Paclitaxel	1,000 mg/m ² /day, day 1-4 AUC 5 mg/ml/min day 1	1,000 Maximum total dose ≤ 750	4	6	24,000
3B	Paclitaxel	q 21 days	Paclitaxel	175 mg/m ² /day 1	175	1	6	1,050
				175 mg/m ² /day 1	175	1	6	1,050

*สามารถให้ Carboplatin AUC 5 mg/ml/min, day-1 แทน Cisplatin ได้ในการพิจารณาของแพทย์รักษา

6. โรคเนื้องอก (lung cancer)

Protocol 1: การศึกษาเสริมฤทธิ์การผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy)

ขนาดและสูตรของยาเคมีบำบัด การรักษาเสริมหลังผ่าตัดมะเร็ง non-small cell lung cancer

ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ ใช้รวม(mg/m ²)
1A**	Cisplatin*	q 21 days	Cisplatin	75-80 mg/m ² IV day 1	75-80	1	4	300-320
	Vinorelbine		Vinorelbine	25-30 mg/m ² IV day 1,8	25-30	1,8	4	200-240
1B**	Cisplatin/	q 21 days	Cisplatin	50 mg/m ² / day 1,8	50	1,8	4	400
	Vinorelbine		Vinorelbine	25-30 mg/m ² IV day 1,8	25-30	1,8	4	200-240
2A	PE	q 21 days	cisplatin*	75-80 mg/m ² IV day 1	75-80	1	4	300-320
			Etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4	1,200
2B	Carboplatin/ Etoposide	q 21 days	carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min in day 1	maximum total dose ≤ 750	1	4	3,000 mg
			Etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4	1,200

* สามารถใช้ Carboplatin AUC 5-6 mg/ml/min. In day 1 แทน Cisplatin ได้

** ทางเลือกอื่น cisplatin/ vinorelbine สามารถใช้แบบ 1A หรือ 1B อย่างใดอย่างหนึ่ง

Protocol 2 : การรักษาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยรังสี สำหรับมะเร็งปอดระยะที่ II-III ที่มีข้อห้ามไม่ครบทุกข้อ และมะเร็งปอดระยะสุดท้ายที่ระยะ III

ชนิดและสูตรยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยรังสี มะเร็ง non-small cell lung cancer

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่รวม (mg/m ²)
1A	PE STEP 1	q 42 days	Cisplatin*	50 mg/m ² IV day 1,8,29,36	50	4	1	200
			Etoposide	50 mg/m ² IV day 1,5,29,33,ของถาวร ตามรังสีระยะเวลารวม 6-7 สัปดาห์	50	10	1	500
1B	PE STEP 2***	q 21-days	Cisplatin*	80 mg/m ² IV day 1	80	1	2	160
			Etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	2	600
			Carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min IV day 1,29	maximum total dose	2	1	1,500 mg
			Etoposide	50 mg/m ² IV day 1,5,29,33,ของถาวร ตามรังสีระยะเวลารวม 6-7 สัปดาห์	≤ 750	10	1	500
2	PE STEP 2***	q 21 days	Carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min IV day 1	maximum total dose	1	2	1,500 mg
			Etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	≤ 750	3	2	600
2	CbPac STEP 1	q 7 days	Carboplatin	AUC 2 mg/ml/min day	maximum total dose	1	6	1,800 mg
			Paclitaxel	1,8,15,22,29,36 50 mg/m ² IV day 1,8,15,22,29,36 ของการฉายรังสี ระยะเวลารวม 6-7 สัปดาห์	≤ 300	1	6	300
	CbPac STEP 2	q 21 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	maximum total dose	1	2	1,500 mg

ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ชื่อยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
			Paclitaxel	200 mg/m ² IV day 1	≤ 750 200	1	2	400

* สามารถใช้ carboplatin AUC 5-6 mg/ml/mk ใน day 1 และ 29 แทน cisplatin ได้

** สามารถใช้ในสูตรที่มีข้อจำกัดในการรักษาเสริม (Protocol 7) ให้เพิ่มปริมาณการให้ยา ขึ้นถึงการถ่วงรังสีได้อีก 2 cycle

*** PE STEP 2 อาจพิจารณาใช้ในรายที่มีการตอบสนองตั้งแต่ residual tumor, PS ≤ ECOG 0-2

หมายเหตุ 1) ขั้นตอนให้สื่อที่ใช้ สูตรลดสูตรหนึ่ง (ใน 1A, 1B, 2) STEP1 สามารถต่อด้วย STEP2 ของสูตรนี้ได้ (กรณีใช้ carboplatin แทน cisplatin)

Protocol 3 : การศึกษาความเป็นพิษของยาตัวนำ (neoadjuvant chemotherapy) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 (potential resectable stage II/III)

กลุ่ม	สูตร	ขนาด	ชนิด	ขนาด/ความถี่	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนครั้งที่รวม (mg/m ²)
1A	PE	q 21 days	Cisplatin*	80 mg/m ² IV day 1	80	1	3-4	240-320
			Etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	300	3	3-4	900-1,200
1B	Carboplatin/etoposide	q 21 days	Carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min in day 1	maximum total dose	1	3-4	2,250-3,000 mg
			Etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	≤750	3	3-4	900-1,200
2A	CG	q 21 days	Cisplatin*	80 mg/m ² IV day 1	80	1	3-4	240-320
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² IV day 1,8	1,000	2	3-4	6,000-8,000
2B	Carboplatin/gemcitabine	q 21 days	Carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min in day 1	maximum total dose	1	3-4	2,250-3,000 mg
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² IV day 1,8	1,000	2	3-4	6,000-8,000
3	CbPac	q 21 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	maximum total dose	1	3	2,250 mg
			Paclitaxel	200 mg/m ² IV day 1	200	1	3	600

* สามารถใช้ carboplatin AUC 5-6 mg/ml/min in day 1 แทน cisplatin ได้

Protocol 4 : การวัดขนาดยาเคมีบำบัดมะเร็งปอดที่ระยะแรกๆ (First line drugs)

ขนาดยาเคมีบำบัดของยาเคมีบำบัดมะเร็งปอด - small cell lung cancer ระยะแรกๆ (First line drugs)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดยาที่ใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ได้รับ (mg/m ²)
1A	PE	q 21 days	Cisplatin*	80 mg/m ² IV day 1	80	1	4-6	80-480
1B	Carboplatin/etoposide	q 21 days	Etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4-6	1,200-1,800
			Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	maximum total dose ≤ 750	1	4-6	3,000-4,500 mg
2A	CG	q 21 days	Etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4-6	1,200-1,800
			Cisplatin*	80 mg/m ² IV day 1	80	1	4-6	320-480
2B	Carboplatin/gemcitabine	q 21 days	Gemcitabine	1,000 mg/m ² IV day 1,8	1,000	2	4-6	8,000-12,000
			Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min day 1	maximum total dose ≤ 750	1	4-6	3,000-4,500 mg
3	CbPac	q 21 days	Gemcitabine	1,000 mg/m ² IV day 1,8	1,000	2	4-6	8,000-12,000
			Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	maximum total dose ≤ 750	1	4-6	3,000-4,500 mg
			Paclitaxel	200 mg/m ² IV day 1	200	1	4-6	800-1,200

* สามารถใช้ Carboplatin AUC 5-6 mg/ml/min ใน day 1 แทน Cisplatin ได้

Protocol 5: การรักษารวมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาโรคระยะแพร่กระจาย IIIB และ IV (Second line drugs)

ขนาดและระยะเวลาของยาที่ใช้คือ - small-cell lung cancer ระยะแพร่กระจาย IIIB และ IV (Second line drugs)

ลำดับ	ยา	ความถี่	ความถี่	ชื่อยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่เตรียม (mg/m ²)
1	Doxetaxel	q 21 days	Doxetaxel	60-75 mg/m ² IV day 1	60-75	1	4-6	300-450	

ขนาดและระยะเวลาของยาที่ใช้คือ - small-cell lung cancer

ลำดับ	ชื่อยา	ความถี่	ชื่อยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่เตรียม (mg/m ²)
1	CAV	q 21 days	cyclophosphamide	800-1,000 mg/m ² IV day 1	800-1,000	1	4-6	4,000-6,000
			doxorubicin	40-50 mg/m ² IV day 1				
			vincristine	1.4 mg/m ² IV (maximum total dose 2 mg per injection) day 1				
2	PE 1	q 21 days	cisplatin	25 mg/m ² IV day 1-3	25	3	4-6	300-450
			etoposide	100 mg/m ² IV day 1-3				
3A	PE 2	q 21 days	cisplatin*	80 mg/m ² IV day 1	80	1	4-6	1,200-1,800
			etoposide	100 mg/m ² IV day 1-3				
3B	PE 2	q 21 days	carboplatin*	AUC 5-6 mg/ml/min ใน day 1	maximum total dose ≤ 750	1	4-6	3,000-4,500 mg
			etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3				

หมายเหตุ ใช้สูตรสูตรหนึ่ง ให้ 4-6 cycle

* สามารถใช้ carboplatin AUC 5-6 mg/ml/min ใน day 1 แทน cisplatin ได้

7. วัตถุประสงค์การวิจัย (Colo-Rectal cancer)

Protocol 1.1 : Adjuvant Chemotherapy สำหรับผู้ป่วยระยะเริ่มต้นหลังการผ่าตัด

1) ให้ผู้ป่วยรายที่โรคอยู่ในระยะที่ II ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยง (สูตรที่ 1, 2 และ 3) และระยะที่ III (สูตรที่ 1, 2, 4 และ 5)

ซึ่งมีผลเสียสำหรับในระยะที่ II ได้แก่ poorly differentiation, lymphatic/vascular invasion, bowel obstruction, < 12 lymph nodes examined หรือ T4, NO, MO หรือ T3 with localized perforation หรือ close, indeterminate หรือ positive margins

2) ผู้ป่วยต้องมีการประเมิน performance status หรือ 1

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดในกรณีที่เป็นผู้ป่วยระยะแรก หลังการผ่าตัด

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่รับรวม (mg/m ²)
1	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	375-425 mg/m ² /d IV day 1-5	375-425	5	6	11,250-12,750
			leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600
2	LV5FU2	q 14 days	5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1-2	400	2	12	9,600
			5-fluorouracil	600 mg/m ² /d IV drip in 22 hours day 1-2	600	2	12	14,400
			leucovorin	200 mg/m ² /d IV day 1-2	200	2	12	4,800
			Tegafur uracil	300 mg/m ² /d PO day 1-28 (4 wks stop 1 wk)	300	28	5	42,000
3	Tegafur uracil/Leucovorin	q 5 wks	leucovorin	90 mg/d PO day 1-28 (4 wks stop 1 wk)	90	28	5	12,600
			5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1-2	400	2	12	9,600
4	FOLFOX4	q 14 days	5-fluorouracil	600 mg/m ² /d IV drip in 22 hours day 1-2	600	2	12	14,400
			leucovorin	200 mg/m ² /d IV day 1-2	200	2	12	4,800

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ได้รับรวม (mg/m ²)
5	mFOLFOX6	q 14 days	Oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	12	1,020
			5-Fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1	400	1	12	4,800
			5-Fluorouracil	2,400 mg/m ² /d IV drip in 46 hours	2,400	1	12	28,800
			Leucovorin	400 mg/m ² /d IV day 1	400	1	12	4,800
			Oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	12	1,020

- หมายเหตุ 1. การพิจารณาผลเลือดครั้งที่ 4 หรือ 5 ก่อนให้กลุ่มผู้ป่วยระยะที่ III อย่างต่ำค่า 75 ปี
2. ในกรณีที่เกิดกรดยังสูงรุนแรง (Grades 3-4) ควรพิจารณาปรับเปลี่ยนสูตรตามข้อ 1 หรือ 2
3. ในกรณีมีข้อจำกัดที่ 4 หรือ 5 ให้ติดตามผลข้างเคียง peripheral neuropathy อย่างใกล้ชิด และแนะนำให้หยุดใช้ oxaliplatin เมื่อมี peripheral neuropathy grade 2 ขึ้นไป

Protocol 1.2 : Adjuvant Chemotherapy แบบเรียงลำดับให้ใน 4 ระยะที่ 4 ที่มี lung, liver หรือ other metastasis ที่คาดว่าจะหายขาด
 1) ให้เฉพาะในรายที่โรคอยู่ในระยะที่ IV (any T any N M1) และตามขนาดตัดส่วนของ metastasis ออกให้หมด (Curative resection)
 2) ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 หรือ 1

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดในตารางข้างล่างนี้ 4 ชนิด lung, liver หรือ other metastasis ที่คาดว่าจะหายขาด

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ขนาด	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่สรุป (mg/m ²)
1	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	375-425 mg/m ² /d IV day 1-5	375-425	5	6	11,250-12,750
			Leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600
2	LV5FU2	q 14 days	5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1-2	400	2	12	9,600
			5-fluorouracil	600 mg/m ² /d IV drip in 22 hours day 1-2	600	2	12	14,400
			Leucovorin	200 mg/m ² /d IV day 1-2	200	2	12	4,800

Protocol 2:

Adjuvant Chemotherapy for early-stage breast cancer. หลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา

- 1) เพื่อหาประโยชน์ที่ตรงไปตรงมาในผู้ป่วย (pT3 - 4, N1 - 2)
- 2) ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 หรือ 1

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดในแต่ละระยะแรก หลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่เข้าร่วม (mg/m ²)
1	5-fluorouracil / leucovorin x 6 cycles	q 28 days*	5-fluorouracil	C1-2: 375-425 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	375-425	5	2	3,750-4,250
				C3-4: 400 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	400	4	2	
				C5-6: 380-400 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	380-400	5	2	3,800-4,000
				C1,2,5,6: 20 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	20	5	4	400
				C3-4: 20 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	20	4	2	160
				C5-6: 450 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	450	5	2	4,500
2	5-fluorouracil	q 28 days*	5-fluorouracil	C1-2: 500 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33 C3-4: 500 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-31 of RT C5-6: 450 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	500 500 450	5 3 5	2 2 2	5,000 3,000 4,500

* q 28 days นับ day 1 หลังจาก day 29

Protocol 3 :

Adjuvant Chemotherapy. มะเร็งเต้านมได้ตรงระยะแรก ก่อนและหลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา
 1) ให้เฉพาะในรายที่โรคอยู่ในระยะที่ II (PT3 - 4, N0, MO) และระยะที่ III (PT1 - 4, N1 - 2)
 2) ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 หรือ 1

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดมีดังนี้
 ก่อนและหลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ท่อน้ำยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	5-fluorouracil / leucovorin (L) x 6 cycles	q 28 days	5-fluorouracil	C1-2: 350 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33 of RT*	350	5	2	3,500
				C3-6: 350 mg/m ² /d IV day 1-5				
				C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33 of RT*				
2	5-fluorouracil x 6 cycles	q 28 days	leucovorin	C3-6: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	4	7,000
				C1-2: 1,000 mg/m ² /d CIV day 1-5, 29-33 of RT*				
				C3-6: 500 mg/m ² /d IV day 1-5				

* q 28 days เป็น day 1 ถึง day 29

Protocol 4: Adjuvant Chemotherapy (First-line drug) มะเร็งเต้านมโตใหญ่ระยะ V

การรักษาคือยาเคมีบำบัดสูตรแรกในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมโตใหญ่ระยะ IV หรือมีโรคค้ำใจ

- 1) ให้เฉพาะในรายที่มี performance status 0 หรือ 1
- 2) ผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ไม่มี performance status 2 ให้พิจารณาการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นรายๆไป
- 3) พิจารณาให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการที่ได้รับจากการผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่แพร่กระจายไปยังปอดหรือตับ
- 4) การให้ยาเคมีบำบัดต้องมีการติดตามผลการรักษา โดยผู้ผลิตรของสถานของทางรังสีรักษา ร่วมกัน performance status ของผู้ป่วยให้ได้
ประโยชน์จากการรักษาหรือไม่ และให้ยาเคมีบำบัดไม่เกิน 6 เดือน

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ควรเลือกใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโตใหญ่ระยะแพร่กระจาย

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใส่รวม (kg/m ²)
1	5-fluorouracil / leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	375-425 mg/m ² /d IV day 1-5	375-425	5	6	11,250-12,750
			leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600
2	LV5FU2	q 14 days	5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1-2	400	2	12	9,600
			5-fluorouracil	600 mg/m ² /d IV drip in 22 hours day 1-2	600	2	12	14,400
			leucovorin	200 mg/m ² /d IV day 1-2	200	2	12	4,800

8. โรคมะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)

Protocol 1.1 : การให้ยาเคมีบำบัดโรคมะเร็งหลอดอาหาร หลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา (Postoperative concurrent chemoradiation)

- 1) ไม่เฉพาะในรายที่โรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ I - II B (T1 - 2, NO - 1, MO) และ T3, NO, MO) แต่ในระยะที่ III (T3, N1, MO)
- 2) ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 - 2.

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาขึ้นอยู่กับระยะโรคหลอดอาหาร ก่อนการผ่าตัด

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	Cisplatin/ 5-fluorouracil x 2 cycles.	q 28 days	Cisplatin*	75 mg/m ² /d IV day 1, 29 of RT	75	1	2	150
			5-fluorouracil	750-1000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT**	750-1,000	4	2	6,000-8,000
2	Carboplatin /5-fluorouracil x 2 cycles	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min day 1	Maximum total dose ≤ 750	1	2	1,500 mg
			5-fluorouracil	750-1000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT**	750-1,000	4	2	6,000-8,000
3	5-fluorouracil / leucovorin x 5 cycles.	q 28 days	5-fluorouracil	C1: 425 mg/m ² /d IV day 1-5 C2: 400 mg/m ² /d IV day 1-4 of RT	425 400	5 4	1 1	2,125 1,600

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
				CA: 400 mg/m ² /d IV day 33-35 of RT	400	3	1	400
				C4: 5: 425 mg/m ² /d IV day 1-5	425	5	2	4,250
		q 28 days	leucovorin	C1: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	1	100
				C2: 20 mg/m ² /d IV day 1-4 of RT	20	4	1	80
				C3: 20 mg/m ² /d IV day 33-35 of RT	20	3	1	60
				C4: 5: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	2	200

* สามารถใช้ Carboplatin AUC 5 mg/m²/min ใน day 1 และ 29 แทน Cisplatin ได้ในกรณีที่ GFR < 60 ml/min

** q 28 days นับ day 1 หลังจาก day 29

Protocol 1.2 : การศึกษาเกี่ยวกับเคมีบำบัดโรคมะเร็งหลอดอาหาร ก่อนการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา (Postoperative concurrent chemoradiation)

- 1) วัตถุประสงค์เป็น T1b, N+, T2 - T4a, และ NO - 3
- 2) ผู้ป่วยต้อง performance status 0 - 2.

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้ขึ้นอยู่กับระยะเริ่มหลอดอาหาร-ก่อนการผ่าตัด

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	วัน	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่รวม (mg/m ²)
1	Cisplatin/ 5-fluorouracil x 2 cycles	q 28 days	Cisplatin*	75 mg/m ² /d IV day 1, 29 of RT	75	1	2	150
			5-fluorouracil	750-1000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT**	750-1,000	4	2	6,000-8,000
2	Carboplatin /5-fluorouracil x 2 cycles	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min day 1	Maximum total dose ≤ 750	1	2	1,500 mg
			5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT**	750-1,000	4	2	6,000-8,000
3	Paclitaxel/Carbo***	q 7 days	Paclitaxel	40-50 mg/m ² day 1, 8, 15, 22, 29 of RT	40-50	1	5	200-250
			Carboplatin	AUC 2 mg/ml/min day 1, 8, 15, 22, 29 of RT	Maximum total dose ≤ 300	1	5	1,500 mg

* สามารถให้ Carboplatin AUC 5 mg/ml/min ใน day 1 และ 29 แทน Cisplatin ได้ ในกรณีที่ GFR < 60 ml/min

** q 28 days นั้น day 1 ห่างจาก day 29

*** สูตรที่ 3 Paclitaxel/Carbo สามารถพิจารณาใช้ได้ในการที่มีผู้ป่วยสูงอายุ มากกว่า 65 ปีขึ้นไป หรือ ผู้ป่วยไม่สามารถรับยา cisplatin ได้

Protocol 2 :

- การให้ยาตามขั้นตอนโรคมะเร็งหลอดอาหารร่วมกับรังสีรักษาในกรณีที่ไม่ตัดเนื้องอก (Definitive concurrent chemoradiation)
- 1) ให้ยาทางหลอดเลือดดำในปริมาณที่ระบุไว้ (RT4, Any N, MO) cervical Esophageal tumor หรือผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพไม่ดี
 - 2) ผู้ป่วยต้องมีการประเมิน performance status 0 - 2

ขนาดและระยะเวลาของยาขึ้นอยู่กับปริมาณและรังสีรักษาที่ได้รับจากแพทย์ผู้ดูแลรักษา

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่รวม (mg/m ²)
1	Cisplatin/ 5-fluorouracil x 4 cycles	q 28 days	Cisplatin*	C1-2: 75 mg/m ² /d IV day 1, 29 of RT	75	1	2	150
				C3-4: 75 mg/m ² /d IV day 1	75	1	2	150
		q 28 days	5-Fluorouracil	C1-2: 750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT**	750-1,000	4	2	6,000-8,000
				C3-4: 750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4	2	6,000-8,000
2	Carboplatin / 5-fluorouracil x 4 cycles	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	Maximum total dose		1	2	1,500 mg
				≤750				
		q 28 days	5-Fluorouracil	Maximum total dose		1	2	1,500 mg
				≤750				
				750-1,000	4	2	6,000-8,000	
				750-1,000	4	2	6,000-8,000	

* สามารถใช้ Carboplatin AUC 5 mg/m²/min 1hr day 1 และ 29 แทน Cisplatin ได้ ในกรณีที่ GFR < 60 mL/min

** q 28 days นับ day 1 ของ day 29

Protocol 3.1 : การให้ยาเคมีบำบัดโรคมะเร็งหลอดอาหาร (Squamous cell carcinoma) ระยะ IV (Any T, Any N, M1) หรือมีโรคกักเรื้อรัง

- 1) ให้เฉพาะในรายที่มี performance status 0 - 2
- 2) การให้ยาเคมีบำบัดต้องมีการติดตามผลการรักษา โดยดูผลการตอบสนองทางรังสีวิทยาพร้อมกับ performance status ของผู้ป่วยว่า
ได้ประโยชน์จากการรักษาหรือไม่

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาเป็นระยะเริ่มแรกของมะเร็งหลอดอาหาร

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	लयง	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่รับรวม (mg/m ²)
1	Cisplatin/ 5-fluorouracil	q 28 days	Cisplatin*	75-80 mg/m ² /d IV day 1	75-80	1	6	450-480
			5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4	6	18,000-24,000
2	Carboplatin/ 5-fluorouracil	q 28 days	Carboplatin	AUC 5 mg/ml/min day 1	Maximum total dose	1	6	4,500 mg
			(แทน Cisplatin) 5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	≤ 750 750-1,000	4	6	18,000-24,000

*สามารถให้ Carboplatin AUC 5 mg/ml/min ใน day 1 และ 29 แทน Cisplatin ได้ ในกรณีที่ GFR < 60 ml/min

Protocol 3.2 : การให้ยาเคมีบำบัดโรคมะเร็งหลอดอาหาร (Adenocarcinoma) ระยะ IV (Any T, Any N, M1) หรือโรคลำไส้ใหญ่

- 1) ให้เฉพาะในรายที่มี performance status 0 - 2
- 2) ควรให้ยาเคมีบำบัดต้องมีการติดตามผลการรักษา โดยดูผลการตอบสนองทางรังสีวิทยา ร่วมกับ performance status ของผู้ป่วย
- 3) ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการรักษาหรือไม่
- 3) ผู้ที่ 3 ควรใช้ผู้ป่วยที่มีมะเร็งหลอดอาหารที่กลับเป็น adenocarcinoma เท่านั้น แต่ไม่ใช่นายาเคมีบำบัดชนิดอื่นที่ 2

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารระยะแพร่กระจาย

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่รวม (mg/m ²)
1	Cisplatin/ 5-fluorouracil	q 28 days	Cisplatin*	75-80 mg/m ² /d IV day 1	75-80	1	6	450-480
			5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4	6	18,000-24,000
2	Carboplatin/ 5-fluorouracil	q 28 days	Carboplatin	AUC 5 mg/ml/min day 1	Maximum total dose ≤ 750	1	6	4,500 mg
			5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4	6	18,000-24,000
3	Paclitaxel	q 21 days	Paclitaxel	175 mg/m ² /d IV	175	1	6	1,050

*สามารถให้ Carboplatin AUC 5 mg/ml/min ใน day 1 และ 29 แทน Cisplatin ได้ ในกรณีที่ GFR < 60 ml/min.

9. ไทรมะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver and cholangiocarcinoma)

Protocol 1: Postoperative Chemoradiation สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี หลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา

- 1) ไม่เฉพาะเจาะจง Positive margin, lymph node positive
- 2) ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 หรือ 1

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดมะเร็งท่อน้ำดี หลังผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ท่อน้ำดี	ขนาดเคมีบำบัด	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่บริหาร (mg/m ²)
1	5-fluorouracil / leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	C1-2: 400 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	400	4	2	3,200
			Leucovorin	C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	20	4	2	160
2	5-fluorouracil / leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	375-425 mg/m ² /d IV day 1-5	375-425	5	6	11,250-12,750
			Leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600

Protocol 2 : ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าผู้ควบคุมหรือผู้ป่วยที่มีภาวะไตและ/หรือตับผิดปกติและ/หรือภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่สามารถหยุดยั้งได้ หรือระยะขั้นสุดท้าย

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ส่ง (mg/m ²)
1	Cisplatin/5-FU	q 28 days	Cisplatin 5-fluorouracil	75 - 100 mg/m ² /d IV day 1 1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	75 - 100 1,000	1 4	6 6	450 - 600 24,000
2	Carboplatin/5-FU	q 28 days	Carboplatin (ตาม Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750	1	6	4,500
3	Cisplatin/ gemcitabine***	q 21 days	5-fluorouracil	1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	1,000	4	6	24,000
			Cisplatin Gemcitabine	25 mg/m ² /d IV day 1 and day 8 1,000 mg/m ² /d IV day 1 and day 8	25 1,000	2 2	6 6	300 12,000
4	Cisplatin/ gemcitabine***	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² /d IV day 1	75	1	6	450
			Gemcitabine	1,000-1,250 mg/m ² /d IV day 1 and day 8	1,000-1,250	2	6	12,000-15,000

10. วัตนเนื้องอกกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer)

Protocol 1 : การสังเคราะห์ก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant chemotherapy)

ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
1A	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	3	180
			Vinblastine	4 mg/m ² /q IV day 1, 8	4	2	3	24
			Cisplatin*	70-100 mg/m ² /d IV day 2	70-100	1	3	210-300
1B	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	3	180
			Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	3	24
			Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 2	Maximum total dose ≤ 750	1	3	2,250
2A	GC	q 21 days	Cisplatin*	70 mg/m ² /q IV day 1	70	1	3	210
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	3	6,000
			Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750	1	3	2,250
2B	GC	q 21 days	Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	3	6,000

Protocol 2: การรักษามะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัด (Adjuvant chemotherapy)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนวัฏจักร (mg/m ²)
1A	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	4	240
			Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	4	32
			Cisplatin*	70-100 mg/m ² /d IV day 2	70-100	1	4	280-400
1B	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	4	240
			Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	4	32
			Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 2	Maximum total dose ≤ 750	1	4	5,000
2A	GC	q 21 days	Cisplatin*	70 mg/m ² /d IV day 1	70	1	4	280
			Gemclabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	4	8,000
			Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750	1	4	3,000
2B	GC	q 21 days	Gemclabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	4	8,000

Protocol 3 : การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี (Concurrent chemoradiation)

ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนไซครอล (mg/m ²)
1	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin	70-100 mg/m ² /d IV day 1	100	1	3	300
2	PF	q 28 days (2 cycles)	Cisplatin 5FU	20 mg/m ² /d IV day 1-5 500 mg/m ² /d IV day 1-5	20 500	5	2	200
3	MF	-	5FU Mitomycin C	500 mg/m ² /d IV day 1-5, 22-26 12 mg/m ² /d IV day 1	500 12	10	1	5,000
4	Carboplatin	-	5FU Carboplatin	500 mg/m ² /d IV day 1-5, 22-26 AUC 2 mg/m/min IV day 1, 8, 15, 22, 29, 36	500 Maximum total dose ≤ 300	10 6	1	5,000 1,800

Protocol 4: การให้ยาเคมีบำบัดในมะเร็งเยื่อหุ้มสมองหรือกลับมาเป็นซ้ำ (Metastatic or recurrent cancer)*

ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ยา	ขนาดและวิธีให้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
1A	GC	q 21 days	Cisplatin*	70 mg/m ² /q IV day 1	70	1	6	420
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000
1B	GC	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750	1	6	4,500
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000
2A	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	6	360
			Vinorelbine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	6	48
			Cisplatin*	70-100 mg/m ² /d IV day 2	70-100	1	6	420-600
2B	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	6	360
			Vinorelbine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	6	48
			Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750	1	6	4,500

* เลือกใช้ตัวยัง 1 สูตร ต่อผู้ป่วย โดยพิจารณาจากสูตรยาที่ไม่เคยได้รับมาก่อน

Protocol 5 : การรักษาเสริมด้วยสารเคมีบำบัด หรือยาเสริมภูมิคุ้มกันชนิดใส่ลงไปในกระแสเลือดเป็นสภาวะ
(Intravesical Chemotherapy and Immunotherapy)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	ขนาดที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	BCG	q 7 days	BCG	81 mg Intravesical	81	1	6	486
		Maintenance q 90-180 days	BCG	81 mg Intravesical weekly x 3	81	3	3-7	729-1,701
2	Mitomycin C	Induction q 7 days	Mitomycin C	20-40 mg Intravesical	20-40	1	6-8	120-320
		Maintenance q 90 days	Mitomycin C	20-40 mg Intravesical	20-40	1	4	80-160

11. ไรดเนเร็งคองตุมทาก (Prostate cancer)

Protocol 1 : การให้ยา LHRH agonist ร่วมกับกฤตวิทยารังสีแบบ Definite radiotherapy

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ความถี่	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/ตัว)
1 *	LHRH agonist	ทุก 3 เดือน	Leuporelin DPS 11.25 mg (Enantone) Leuporelin vial 22.5 mg (Eligard) Triptorelin vial 11.25 mg (Diphereline)	1 vial IM or SC				ไม่เกิน 2 cycles
2 **	LHRH agonist	ทุก 3 เดือน	Leuporelin DPS 11.25 mg (Enantone) Leuporelin vial 22.5 mg (Eligard) Triptorelin vial 11.25 mg (Diphereline)	1 vial IM or SC				ไม่เกิน 8 cycles

*ข้อบ่งชี้ ใช้เป็น adjuvant therapy ร่วมกับกฤตวิทยารังสีสำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีความเสี่ยงปานกลาง (intermediate risk of recurrence) คือผู้ที่อยู่ในระยะโรค cT2b ถึง cT2c ตาม TNM staging system หรือมีค่า Gleason score เท่ากับ 7 หรือมีค่า serum PSA เท่ากับ 10-20 ng/ml อย่างใดอย่างหนึ่ง

**ข้อบ่งชี้ ใช้เป็น adjuvant therapy ร่วมกับกฤตวิทยารังสีสำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีความเสี่ยงสูง (high risk of recurrence) คือผู้ที่อยู่ในระยะโรค cT3a ตาม TNM staging system หรือมีค่า Gleason score เท่ากับ 8-10 หรือมีค่า serum PSA มากกว่า 20 ng/ml อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก (Very high risk of recurrence) คือผู้ที่อยู่ในระยะโรค cT3b ถึง cT4

Protocol 2 : การให้ฮอร์โมนบำบัดในการรักษา Prostate cancer (ADT)

ลำดับที่	กลุ่มฮอร์โมน	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/day)	จำนวนที่รับรวม (mg/visit)*
1	Anti-Androgen: Flutamide	250 mg per oral Tid (250mg/tab)	750	67,500
2	Ketoconazole PO ร่วมกับ Prednisolone 5 mg bid po	800-1,200 mg/day	800-1,200	(≤90 days/visit)

*การรับรวมต่อครั้งจะไม่เกิน 3. เท่ากับ
ระยะเวลาที่ใช้ให้ฮอร์โมนบำบัดรักษา

Protocol 3 : การให้ยาเคมีบำบัดรักษาใน Castration resistant prostate cancer (CRPC)

ลำดับที่	ยา	ความถี่	ยี่ห้อ	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่รับรวม (mg/m ²)
1	Docetaxel	q 21 days	docetaxel	60-75 mg/m ² IV	60-75	1	6	360-450

12. โภชนะรังกระเพาะอาหาร (Stomach cancer)

Protocol 1.1 :

- การรักษาสเสริมด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ภายหลังการผ่าตัด D2 resection (Adjuvant therapy)
- 1) ให้เฉพาะในรายที่โรคอยู่ในระยะที่ IA (T1N1, T2N1, T3N0), IB (T1N3, T2N2, T3N1, T4N0), IIIA (T2N3, T3N2, T4aN1), IIIB (T3N3, T4aN2, T4bN0 - 1) และ IIIC (T4aN3, T4bN2 - 3)
- 2) ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 - 2

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งกระเพาะอาหาร ภายหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ได้รับ
1	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-Fluorouracil	425 mg/m ² /d IV day 1-5	425	5	6	12,750
			Leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600

Protocol 1.2 : การรักษาสหรั่วด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะออกฤทธิ์ ภายหลังจากการผ่าตัดที่น้อยค่า D2 resection (Adjuvant chemoradiotherapy)

1) ที่เฉพาะในรายที่โรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ IA (T1N2, T2N1, T3N0), IB (T1N3, T2N2, T3N1, T4aN0), IIIA (T2N3, T3N2, T4aN1), IIIB (T3N3, T4aN2, T4bN0 - 1) และ IIIC (T4aN3, T4bN2 - 3)

2) ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 - 1

ชนิดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะออกฤทธิ์ ภายหลังจากการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ท่อน้ำดี	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่รวม (mg/m ²)
1	5-fluorouracil / leucovorin x 5 cycles	q 28 days	5-fluorouracil	C1: 425 mg/m ² /d IV day 1-5	425	5	1	425
				C2: 400 mg/m ² /d IV day 1-4 of RT	400	4	1	1,600
				C3: 400 mg/m ² /d IV day 33-35 of RT	400	3	1	1,200
				C4-5: 425 mg/m ² /d IV day 1-5	425	5	2	4,250
				C1: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	1	100
		q 28 days	leucovorin	C2: 20 mg/m ² /d IV day 1-4 of RT	20	4	1	80
				C3: 20 mg/m ² /d IV day 33-35 of RT	20	3	1	60
				C4-5: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	2	200

Protocol 1.3 : การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ภายหลังจากผ่าตัดก้อนยอก D2 resection แต่ไม่สามารถรับการรักษาดังกล่าวได้

- 1) ให้ข้อต่อในรายที่โรคมะเร็งระยะที่ Ib (T1 N1 M0), T1 N2 M0, T2 N1 M0, T3 N0 M0, II (T2 N2 M0), III (T3 N1 - 2 M0, T4 N0 M0) และ IV (T4 N1 - 3 M0, T1 - 3 N3 M0)
- 2) ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 - 2

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ผู้รักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร ภายหลังจากผ่าตัดก้อนยอก D2 resection แต่ไม่สามารถรับการรักษาดังกล่าวได้ ให้ Adjuvant chemotherapy อย่างเป็นทางการ

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ประเมิน (mg/m ²)
1	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	425 mg/m ² /d IV day 1-5	425	5	6	12,750
			Leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600

Protocol 2 : ทดสอบรักษาด้วยเคมีบำบัดชนิดผสมในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ระยะแพร่กระจาย

- 1) ให้เฉพาะในรายที่มี performance status 0 - 2
- 2) การให้ยาเคมีบำบัดต้องปฏิบัติตามผลการรักษา โดยผลการตอบสนองของร่างกายสัมพันธ์กับ performance status ของผู้ป่วยว่า
ได้ประโยชน์จากวิธีการหรือไม่

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ 1 สำหรับใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารระยะแพร่กระจาย

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/ตัว)
1	Cisplatin / 5-fluorouracil	q 28 days	Cisplatin	75-100 mg/m ² /d IV day 1	75-100	1	6	450-600
		q 28 days	5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4		
2	Carboplatin / 5-fluorouracil	q 28 days	Carboplatin	AUC 5 day 1	Maximum total dose ≤750	1	6	4,500 mg
			5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4		
3	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	425 mg/m ² /d IV day 1-5	425	5	6	12,750
			Leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5		

*สามารถใช้ Carboplatin AUC 5 mg/ml/min ใน day 1 และ 29 แทน Cisplatin ได้ในกรณีที่ GFR < 60 ml/min

Protocol 3 : การรักษารักษาเคมีบำบัดต่อเนืองในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูกทางอาหาร ระยะแพร่กระจาย

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดสูตรที่ 2 สำหรับใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งกระดูกทางอาหารระยะแพร่กระจาย (กรณีโรครักษาเริ่มภายใน 6 เดือน หลังหยุดยาสูตรแรก)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ยี่ห้อ	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่รวม (mg/m ²)
1	Paclitaxel	q. 28 days	Paclitaxel	80 mg/m ² /d IV day 1, 8,15, 22	80	4	4-6	1,920
2	Paclitaxel	q. 21 days	Paclitaxel	175 mg/m ² /d IV day 1	175	1	4-6	1,050

19. โทษเริ่มมีคลื่นไส้อาเจียนที่ลดน้อยลงตามรูปแบบที่แนะนำ (ผู้ใหญ่) (Adult Acute Lymphoblastic leukemia : ALL)
 Hyper - CVAD therapy (1, 3, 5, 7) alternating with high - dose MTX and ara - C (2, 4, 6, 8)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ชื่อยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /d)	Days	Cycles	จำนวนที่ได้รับรวม (mg/m ²)
1	Hyper-CVAD therapy (1, 3, 5, 7)	q 56 days (ให้ครั้งละ 1 สัปดาห์ ทุก 28 วัน)	Cyclophosphamide	300 mg/m ² IV over 3 hours every 12 hours Day 1-3	300	3	4	3,600
			Mesna	600 mg/m ² IV drip in 24 hours, Day 1-3	600	3	4	7,200
			Vincristine	2 mg IV, Day 4, 11	2	2	4	16
			Doxorubicin	50 mg/m ² IV, Day 4	50	1	4	200
			Dexamethasone	40 mg/d daily PO, Day 1-4 and 11-14	40	8	4	1,280
			Methotrexate	12 mg IV, Day 2	12	1	4	48
			Cytarabine	100 mg IV, Day 6	100	1	4	400

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ชื่อยา	ขนาดและวิธีการ	Dose (mg/m ² /d)	Days	Cycles	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
2	High-dose MTX and Ara-C (2, 4, 6, 8)	q 56 days (ให้ครั้งกับ ผู้ป่วย-มารีเมกซ์ ทุก 28 วัน)	Methotrexate	200 mg/m ² IV, over 2 hours followed by 800 mg/m ² IV, over 24 hours, Day 1.	1,000	1	4	4,000
			Leucovorin	50 mg IV then 15 mg IV, every 6 hours x 16 doses.	110 (total D)	1	4	290
			Ara-C	3 g/m ² over 2 hours every 12 hours, Days 2, 3	6,000	2	4	48,000
			Methylprednisolone	50 mg IV twice daily on Day 1-3	100	3	4	1,200
			Methotrexate	12 mg IV, Day 2	12	1	4	48
			Cytarabine	100 mg IV, Day 6	100	1	4	400
3	Maintenance	4 weeks for 2 years	Vincristine	1.4 mg/m ² IV, Day 1 q 4 weeks	1.4	1	24	33.6
			Prednisolone	40 mg/kg/d PO, Day 1-5	40	5	24	4,800
			Mercaptopurine	50 mg/m ² /d PO, OD	50	30	24	36,000
			Methotrexate	20 mg/m ² PO, weekly	20	4	24	1,920

GWALL Protocol

Phase	Drug	Regimen	Dose (mg/m ² /d)	Days	Cycles	Maximum Dose (mg/m ²)
Pretreatment for patients with large tumor burden	Vincristine	2 mg IV, Day 1	2	1	1	2
	Prednisolone	60 mg/kg/d PO, Day 1-7	60	7	1	420
Induction: Phase I	Prednisolone	60 mg/kg/d PO, Day 1-28	60	28	1	1,680
	Vincristine	1.4 mg/m ² IV, Day 1, 8, 15, 22	1.4	4	1	5.6
	Doxorubicin	25 mg/m ² IV, Day 1, 8, 15, 22	25	4	1	100
	L-asparaginase	5,000 U/m ² IV, Day 15-28	5,000	14	1	70,000
	Cyclophosphamide	1,000 mg/m ² IV, Day 29, 43, 57 75 mg/m ² IV SC, Day 31, 34, 38-41, 45-48, 52-55	1,000 75	3 16	1	1,200
Induction: Phase II	6-mercaptopurine	60 mg/m ² PO, Day 29-57	60	28	1	1,580
	Methotrexate	10 mg (total) IT, Day 31, 38, 45, 52	10	4	1	40

Phase	ยาที่ใช้	ขนาดยา/วิธีการใช้	Dose (mg/m ² /d)	Days	Cycles	จำนวนผู้ป่วย (mg/m ²)
Initiation: Maintenance	6-mercaptopurine	50 mg/m ² PO, QD for 2 months	50	60	1	3,000
	Methotrexate	20 mg/m ² PO, weekly for 2 months	20	8	1	160
Consolidation: Phase I	Dexamethasone	10 mg/d PO, Day 1-28	10	28	1	280
	Vincristine	1.4 mg/m ² IV, Day 1, 8, 15, 22	1.4	4	1	5.6
	Doxorubicin	25 mg/m ² IV, Day 1, 8, 15, 22	25	4	1	100
Consolidation: Phase II	Cyclophosphamide	1,000 mg/m ² IV, Day 29	1,000	1	1	1,000
	Ara-C	75 mg/m ² IV/SC, Day 31-34, 38-41	75	8	1	600
	6-mercaptopurine	60 mg/m ² PO, Day 29-42	60	14	1	840
Maintenance	Mercaptopurine	50 mg/m ² PO, QD	50	30	24	36,000
	Methotrexate	20 mg/m ² PO, weekly	20	4	24	1,920

Adapted TPOG

Phase	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนที่รวม (mg/m ²)
Phase I Induction	Prednisolone	60 mg/kg/d PO, Day 1-28	60	28	1	1,680
	Mincristine	1.4 mg/m ² (max 2 mg) IV, Day 1, 8, 15, 22	1.4	4	1	5.6
	Doxorubicin	25 mg/m ² IV, Day 1, 8, 15, 22	25	4	1	100
	L-asparaginase	10,000 U/m ² IM, Day 4, 6, 8, 10, 12, 14	10,000	6	1	60,000
	Methotrexate	12 mg/m ² , Day 1, 8, 22	12	3	1	36
	Cyclophosphamide	1,000 mg/m ² IV, Day 1, 29	1,000	1	1	1,000
	Ara-C	75 mg/m ² IV, Day 1-4, 8-11	75	8	1	600
	6-mercaptopurine	60 mg/m ² PO, Day 1-14	60	14	1	840
	Cyclophosphamide	440 mg/m ² IV, Day 29-33	440	5	1	2,200
	Etoposide	100 mg/m ² IV, Day 29-33	100	5	1	500
Phase II Augmented consolidation	L-asparaginase	10,000 U/m ² IM, Day 15, 22, 43, 50	10,000	4	1	40,000
	Vincristine	1.4 mg/m ² (max 2 mg) IV, Day 15, 22, 43, 50	1.4	4	1	5.6

Phase	ชื่อยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนเม็ด/ลิตร (mg/m ²)
Phase III Augmented Interim maintenance	Methotrexate	12 mg/m ² Day 1, 8, 15, 22	12	4	1	48
	Vincristine	1.4 mg/m ² (max 2 mg) IV, Day 1, 15, 29, 43	1.4	4	1	5.6
	Methotrexate	3.0 g/m ² IV drip in 24 hours, Day 1, 15, 29, 43	3,000	4	1	12,000
	Leucovorin	15 mg/m ² IV/PO, q 6 hours	60	4	1	240
	Mercaptopurine	25 mg/m ² PO, Day 1-56	25	56	1	1,400
	Methotrexate	12 mg/m ² Day 1, 29	12	2	1	24
	Dexamethasone	10 mg/d PO, Day 1-7, 15-21	10	14	1	140
	Vincristine	1.4 mg/m ² IV (max 2 mg), Day 1, 8, 15, 43, 50	1.4	5	1	7.0
	Doxorubicin	25 mg/m ² IV, Day 1, 8, 15	25	3	1	75
	L-asparaginase	10,000 IU/m ² IM, Day 8, 15, 43, 50	10,000	4	1	40,000
Phase IV Augmented delayed Intensification	Cyclophosphamide	440 mg/m ² IV, Day 29-33	440	5	1	2,200
	Etoposide	100 mg/m ² IV, Day 29-33	100	5	1	500

Phase	ตัวยา	ขนาดยา/วิธีการใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	ขนาดยาทั้งหมด (mg/m ²)
Phase V Interim maintenance	Methotrexate	12 mg/m ² Day 1, 29, 36	12	3	1	36
	Vincristine	1.4 mg/m ² (max 2 mg) IV; Day 1, 15, 29, 43	1.4	4	1	5.6
	Methotrexate	250 mg/m ² IV; Day 1, 15, 29, 43	250	4	1	1,000
	Methotrexate	12 mg/m ² Day 1, 29	12	2	1	24
Phase VI Augmented maintenance	Vincristine	1.4 mg/m ² IV; q 4 weeks for 2 years	1.4	1	24	33.6
	Prednisolone	40 mg/kg/d PO, Day 1-5 q 4 weeks for 2 years	40	5	24	4,800
	Mercaptopurine	50 mg/m ² /d PO, OD for 2 years	50	30	24	36,000
	Methotrexate	20 mg/m ² PO, weekly for 2 years	20	4	24	1,920
	Methotrexate	12 mg/m ² Day 1 every 3 months	12	1	8	96

14. โดลมะเร็งต่อมน้ำเหลืองใหญ่ (Lymphoma)

ชนิดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาสู่ระยะเริ่มต่อมาเรื่อยๆ

สูตร	ชนิดเคมี	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนเม็ดรวม (mg/m ²)
CVP	q 21 days	Cyclophosphamide	750 mg/m ² /d IV, Day 1	750	1	8	6,000
		Vincristine	1.4 mg/m ² (max 2 mg) IV, Day 1	1.4 (max 2)	1	8	(max 16)
		Prednisolone	100 mg/d PO, Day 1-5	100	5	8	4,000
R ² -CVP	q 21 days	Rituximab	375 mg/m ² /d IV, Day 1	375	1	8	4,800
		Cyclophosphamide	750 mg/m ² /d IV, Day 1	750	1	8	6,000
		Mincristine	1.4 mg/m ² (max 2 mg) IV, Day 1	1.4 (max 2)	1	8	(max 16)
CHOP	q 21 days	Prednisolone	100 mg/d PO, Day 1-5	100	5	8	4,000
		Vincristine	1.4 mg/m ² (max 2 mg) IV, Day 1	1.4 (max 2)	1	8	(max 16)
		Doxorubicin	50 mg/m ² IV, Day 1	50	1	8	400
R-CHOP	q 21 days	Cyclophosphamide	750 mg/m ² IV, Day 1	750	1	8	6,000
		Prednisolone	100 mg/d PO, Day 1-5	100	5	8	4,000
		Rituximab	375 mg/m ² /d IV, Day 1	375	1	6	2,250
		Vincristine	1.4 mg/m ² (max 2 mg) IV, Day 1	1.4 (max 2)	1	8	(max 16)
		Etoposide	50 mg/m ² IV, Day 1	50	1	6	300
		Etoposide	100 mg/m ² IV, Day 2-3	100	2	6	1,200
		Cyclophosphamide	750 mg/m ² IV, Day 1	750	1	6	4,500
		Prednisolone	100 mg/d PO, Day 1-5	100	5	8	4,000

สูตร	การฉีด	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนครั้ง (mg/m ²)
R-CEOP	q 21 days	Rituximab	375 mg/m ² /d IV, Day 1	375	4	8	3,000
		Mineristine	1-4 mg/m ² (max 2 mg) IV, Day 1	1-4 (max 2)	1	8	(max 16)
		Etoposide	50 mg/m ² IV, Day 1	50	1	8	400
		Cyclophosphamide	750 mg/m ² IV, Day 1	750	1	8	6,000
FC	q 28 days	Fluorouracil	100 mg/d PO, Day 1-5	100	5	8	4,000
		Fludarabine	25 mg/m ² IV, Day 1-3	25	3	6	450
		Cyclophosphamide	250 mg/m ² IV, Day 1-3	250	3	6	4,500
R ² -Chlorambucil	q 28 days	Rituximab* (for CLL)	375 mg/m ² /d IV, Day 1	375	1	1	375
		Rituximab* (for CLL)	500 mg/m ² /d IV, Day 1	500	1	5	2,500
		Chlorambucil	0.14 mg/kg/d PO, Day 1-7	0.14 mg/kg/d	7	6	5.88 mg/kg
		หรือ Chlorambucil	0.5 mg/kg/d PO, Day 1, 15	0.5 mg/kg/d	2	6	6 mg/kg

สูตร	ความถี่	ชื่อยา	ขนาดยา/วิธีใช้	Dose, mg/m ² /d	Days	Cycles	ปริมาณยาที่ได้รับ (mg/m ²)
G* Chlorambucil	q 28 days	Obinutuzumab*	1,000 mg IV on Day 1, 8, 15 of 1st cycle	1,000	3	1	3,000
		Obinutuzumab*	1,000 mg IV on Day 1 of subsequent cycles	1,000	1	6	6,000
		Chlorambucil	0.5 mg/kg/d PO, Day 1, 15	0.5	2	6	6 mg/kg
Bendamustine*	q 28 days	Bendamustine*	70-90 mg/m ² /d IV, Day 1-2	70-90	2	6	1,080
R* Bendamustine*	q 28 days	Bendamustine*	70-90 mg/m ² /d IV, Day 1-2	70-90	2	6	1,080
		Rituximab* (for CLL)	375 mg/m ² /d IV, Day 1	375	1	1	375
		Rituximab* (for CLL)	500 mg/m ² /d IV, Day 1	500	1 (1st cycle)	5	2,500
Ibrutinib*	q 28 days	Ibrutinib	420 mg PO, QD	420	20	12 or until disease progression	144,120
Rituximab* single agent	q 7 days	Rituximab*	375 mg/m ² /d IV, Day 1, 8, 15, 22, 29, 36	375	5	1	2,250

ชื่อ	ความถี่	ตัวยา	ขนาด/ความถี่	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนวัฏจักร (mg/m ²)
R- Cyclophosphamide - Dexamethasone	q 21 days	Rituximab*	275 mg/m ² /d IV, Day 1	375	1	6	2,250
		Cyclophosphamide	200 mg/m ² /d (in 2 divided dose) PO, Day 1-5	200	5	6	6,000
ESHAP	q 21 days	Dexamethasone	20 mg/d IV, then 16 mg rituximab, Day 1	20	1	6	120
		Etoposide	40 mg/m ² /d IV, Day 1-4	40	4	6	960
		Methyprednisolone	500 mg/m ² IV, Day 1-4	500	4	6	12,000
		Cisplatin	25 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	25	4	6	600
		Cytarabine	2 g/m ² IV over 2 hours, Day 5	2,000	1	6	12,000
		Rituximab*	375 mg/m ² /d IV, Day 1	375	1	6	2,250
R-ESHAP	q 21 days	Etoposide	40 mg/m ² /d IV, Day 1-4	40	4	6	960
		Methyprednisolone	500 mg/m ² IV, Day 1-4	500	4	6	12,000
		Cisplatin	25 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	25	4	6	600
		Cytarabine	2 g/m ² IV over 2 hours, Day 5	2,000	1	6	12,000
		Dexamethasone	40 mg/d PO or IV, Day 1-4	40	4	6	960
		Cisplatin	100 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	100	4	6	600
DHAP	q 21 days	Cytarabine	2 g/m ² IV over 2 hrs q 12 hours, Day 2	4,000	1	6	24,000

ชื่อ	ตารางที่	ชื่อยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
R-DHAP	q 21 days	Eltuximab*	375 mg/m ² /d IV, Day 1	375	1	6	2,250
		Dexamethasone	40 mg/d PO qd IV, Day 1-4	40	4	6	960
		Cisplatin	100 mg/m ² continuous IV, Day 1	100	1	6	600
		Cytarabine	2 g/m ² IV over 2 hrs q 12 hours, Day 2	4,000	1	6	24,000
EPOCH	q 21 days	Etoposide	50 mg/m ² /d continuous IV, Day 1-4	50	4	6	1,200
		Vincristine	0.4 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	0.4	4	6	9.6 mg
		Doxorubicin	30 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	30	4	6	720
		Cyclophosphamide	750 mg/m ² IV, Day 5	750	1	6	4,500
R-EPOCH	q 21 days	Prednisolone	60 mg/kg/d PO, Day 1-5	60	5	6	1,800
		Eltuximab*	375 mg/m ² /d IV	375	1	6	2,250
		Etoposide	50 mg/m ² /d continuous IV, Day 1-4	50	4	6	1,200
		Vincristine	0.4 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	0.4	4	6	9.6
		Doxorubicin	30 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	30	4	6	720
		Cyclophosphamide	750 mg/m ² IV, Day 5	750	1	6	4,500
		Prednisolone	60 mg/kg/d PO, Day 1-5	60	5	6	1,800
		Etoposide	50 mg/m ² /d continuous IV, Day 1-4	50	4	6	1,200
		Vincristine	0.4 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	0.4	4	6	9.6
		Doxorubicin	30 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	30	4	6	720
		Cyclophosphamide	750 mg/m ² IV, Day 5	750	1	6	4,500
		Prednisolone	60 mg/kg/d PO, Day 1-5	60	5	6	1,800

ชุด	ความถี่	ชื่อยา	ขนาดและวิธีใช้	Pose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนผู้ป่วย (mg/m ²)
ICE	q 21 days	Ifosfamide	5,000 mg/m ² IV, Day 2	5,000	1	6	30,000
		Mesna	5,000 mg/m ² IV, Day 2	5,000	1	6	30,000
		Carboplatin	5 AUC (max 800 mg), Day 2	800	1	6	4,800
R ⁺ -ICE	q 21 days	Etoposide	100 mg/m ² IV, Day 1-3	100	3	6	1,800
		Rituximab*	375 mg/m ² /d IV	375	1	6	2,250
		Ifosfamide	5,000 mg/m ² IV, Day 2	5,000	1	6	30,000
		Mesna	5,000 mg/m ² IV, Day 2	5,000	1	6	30,000
		Carboplatin	5 AUC (max 800 mg), Day 2	800	1	6	4,800
GDP	q 21 days	Etoposide	100 mg/m ² IV, Day 1-3	100	3	6	1,800
		Gemcitabine	1,000 mg/m ² IV, Day 1, 8	1,000	2	6	12,000
		Dexamethasone	10 mg/d PO q 6 hours, Day 1-4	40	4	6	960
		Cisplatin	75 mg/m ² IV, Day 1	75	1	6	450
		Rituximab*	375 mg/m ² /d IV, Day 1	375	1	6	2,250
R ⁺ -GDP	q 21 days	Gemcitabine	1,000 mg/m ² IV, Day 1, 8	1,000	2	6	12,000
		Dexamethasone	10 mg/d PO q 6 hours, Day 1-4	40	4	6	960
		Cisplatin	75 mg/m ² IV, Day 1	75	1	6	450

ชุด	ความถี่	ชื่อยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนที่รวม (mg/m ²)
R-Hyper- CVAD (course ที่ 1, 3, 5, 7)	q 21 days	Rituximab*	375 mg/m ² /d IV, Day 1	375	1	4	1,500
		Vincristine	1.4 mg/m ² (max 2 mg) IV, Day 1, 4	1.4 (max 2)	2	8	(max 32)
		Doxorubicin	50 mg/m ² IV, Day 4	50	1	4	200
		Cyclophosphamide	300 mg/m ² IV q 12 hours, Day 1-3	600	3	4	7,200
		Mesna	600 mg/m ² continuous IV, Day 1-3	600	3	4	7,200
		Dexamethasone	40 mg/d PO/IV, Day 1-4	40	4	4	960
		Rituximab*	375 mg/m ² /d IV, Day 1	375	1	4	1,500
		Methotrexate	1,000 mg/m ² continuous IV, Day 1	1,000	1	4	4,000
		Leucovorin	50 mg PO or IV q 6 hrs, 24 hours after the start of MTX until MTX level < 0.05 µM	200	5	4	4,000
		Cytarabine	3 g/m ² IV over 2 hrs q 12 hours, Day 1-2	6,000	2	4	48,000

ชื่อ	ขนาด	ยี่ห้อ	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /d)	Days	Cycles	จำนวนหลอด
CODOX-M	q 2 weeks	Cyclophosphamide	800 mg/m ² IV, Day 1	800	1	3	2,400
		Cyclophosphamide	200 mg/m ² IV, Day 2-5	200	4	3	2,400
		Methotrexate (age <60 years)	300 mg/m ² IV 1-hour then 2,700 mg/m ² /h continuous IV x 23 hours, Day 10	3,000	1	3	9,000
		Methotrexate (age >60 years)	100 mg/m ² IV 1-hour then 900 mg/m ² /h continuous IV x 23 hours, Day 10	1,000	1	3	3,000
IVAC	q 3 weeks	Leucovorin	50 mg IV q 6 bis 24 hours after the start of MTX until MTX level <0.05 μM	200	5	3	3,000
		Micristine	14 mg/m ² IV (max 2 mg), Day 1, 8	14 (max 2)	2	3	(max 12)
		Doxorubicin	40 mg/m ² IV, Day 1	40	1	3	120
		Cytarabine	70 mg IV, Day 1, 3	70	2	3	420
		Methotrexate	12 mg IV, Day 15	12	1	3	36
IVAC	q 3 weeks	Ifosfamide (age <60 years)	1,500 mg/m ² IV, Day 1-5	1,500	5	2	15,000
		Ifosfamide (age >60 years)	1,000 mg/m ² IV, Day 1-5	1,000	5	2	10,000

ชื่อ	ความถี่	ชื่อยา	ขนาดยา/วิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนผู้ป่วย (mg/m ²)
Mesna			300 mg/m ² IV mixed with ifosfamide, Day 1-5	300	5	2	3,000
			600 mg/m ² IV drip in 8 hours, Day 1-5	600	5	2	6,000
Etoposide			60 mg/m ² IV, Day 1-5	60	5	2	600
			2 g/m ² IV over 2 hrs q 12 hours, Day 1-2	4,000	2	2	16,000
Cytarabine (age <60 years)			1 g/m ² IV over 2 hrs q 12 hours, Day 1-2	2,000	2	2	8,000
			12 mg IV, Day 5	12	1	2	24
LVP	q 21 days		6,000 IU/m ² /d IM, Day 1-5	6,000	5	6	180,000 IU/m ²
			1.4 mg/m ² IV (max 2 mg), Day 1	1.4 (max 2)	1	6	(max 12)
L-asparaginase- CHOP	q 21 days		60 mg/kg/d, Day 1-5	60	5	6	1,800
			1.4 mg/m ² (max 2 mg) IV, Day 1	1.4 (max 2)	1	6	(max 12)
Doxorubicin			50 mg/m ² IV, Day 1	50	1	6	300
			750 mg/m ² IV, Day 1	750	1	6	4,500
L-asparaginase			10 mg/d IV, Day 1-8	10	8	6	480
			6,000 IU/m ² IM, Day 2-8	6,000	7	6	252,000

ชื่อ	ความถี่	ยา	ขนาดยา/วิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนเม็ด (mg/m ²)
SMILE	q 28 days	Mathotrexate	2 g/m ² /d IV, Day 1	2,000	1	6	12,000
		Leucovorin	200 mg/m ² IV 24 hours after the start of MTX and then 15 mg/m ² IV q 6 hrs until MTX level < 0.05 µM	200 150	1 5	6 6	3,000
		L-asparaginase	6,000 U/m ² IV, Day 2, 4, 6, 8	6,000 U	4	6	144,000 U
		Dexamethasone	10 mg/d PO/IV, Day 1-4	40	4	6	960
		Doxorubicin	25 mg/m ² IV, Day 1, 15	25	2	6	300
		Bleomycin	10 mg/m ² IV, Day 1, 15	10	2	6	120
ABVD	q 28 days	Vinblastine	6 mg/m ² IV, Day 1, 15	6	2	6	72
		Dacarbazine	375 mg/m ² IV, Day 1, 15	375	2	6	4,500
		Cyclophosphamide	1,250 mg/m ² IV, Day 1	1,250	1	6	7,500
		Mesna	1,000 mg/m ² IV before and at 4 hours after cyclophosphamide infusion.	2,000	1	6	12,000
		Doxorubicin	35 mg/m ² IV, Day 1	35	1	6	210
		Etoposide	200 mg/m ² IV, Day 1-3	200	3	6	3,600
Escalated BEACOPP	q 21 days	Dacarbazine	250 mg/m ² PO, Day 2-3	250	2	6	3,000
		Dexamethasone	40 mg/d PO, Day 1-4	40	4	6	960
		Vincristine	1.4 mg/m ² IV, Day 8	1.4	1	6	8.4

วันที่	ความถี่	ชนิดยา	ขนาดยา/วิธีการ	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนเม็ด/วัน (mg/m ²)		
Baseline BEACOPP	q 21 days	Bleomycin	10 mg/m ² IV, Day 8	10	1	6	60		
		Cyclophosphamide	650 mg/m ² IV, Day 1	650	1	6	3,900		
		Doxorubicin	25 mg/m ² IV, Day 1	25	1	6	150		
		Etoposide	100 mg/m ² IV, Day 1-3	100	3	6	1,800		
		Dacarbazine	250 mg/m ² PO, Day 2-3	250	2	6	3,000		
		Dexamethasone	40 mg/d PO, Day 1-4	40	4	6	240		
		Vincristine	1.4 mg/m ² IV, Day 8	1.4	1	6	8.4		
		Bleomycin	10 mg/m ² IV, Day 8	10	1	6	60		
		Rituximab*	375 mg/m ² IV, Day 1	375	1	6	2,250		
		Vincristine	0.4 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	0.4	4	6	2,400		
		Prednisolone	60 mg/kg/d PO, Day 1-5	60	5	6	3,600		
		Doxorubicin	10 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	10	4	1	40		
DA-R* EPOCH	q 21 days	Etoposide	50 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	50	4	1	200		
		Cyclophosphamide	750 mg/m ² IV, Day 5	750	1	1	750		
		Doxorubicin	12 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	12	4	1	48		
		Etoposide	60 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	60	4	1	240		
		Cyclophosphamide	900 mg/m ² IV, Day 5	900	1	1	900		
		1 st cycle	q 21 days	Bleomycin	10 mg/m ² IV, Day 8	10	1	6	60
				Cyclophosphamide	650 mg/m ² IV, Day 1	650	1	6	3,900
				Doxorubicin	25 mg/m ² IV, Day 1	25	1	6	150
				Etoposide	100 mg/m ² IV, Day 1-3	100	3	6	1,800
				Dacarbazine	250 mg/m ² PO, Day 2-3	250	2	6	3,000
				Dexamethasone	40 mg/d PO, Day 1-4	40	4	6	240
		2 nd cycle (if ANC nadir >500/uL)	q 21 days	Bleomycin	10 mg/m ² IV, Day 8	10	1	6	60
Cyclophosphamide	650 mg/m ² IV, Day 1			650	1	6	3,900		
Doxorubicin	25 mg/m ² IV, Day 1			25	1	6	150		
Etoposide	100 mg/m ² IV, Day 1-3			100	3	6	1,800		
Dacarbazine	250 mg/m ² PO, Day 2-3			250	2	6	3,000		
Dexamethasone	40 mg/d PO, Day 1-4			40	4	6	240		

ပုံစံ	အမျိုးအမည်	အသုံးပြု	ပုံစံ	ပုံစံ	Days	Cycles	အသုံးပြုပမာဏ (mg/m ²)
10/2	3 rd cycle (if ANC nadir >500/ul)	Doxorubicin	10.4 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	10.4	4	1	57.6
		Etoposide	72 mg/m ² /d continuous IV, Day 1-4	72	4	1	288
		Cyclophosphamide	1080 mg/m ² IV, Day 5	1080	1	1	1080
		Doxorubicin	173 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	173	4	1	692
	4 th cycle (if ANC nadir >500/ul)	Etoposide	86.4 mg/m ² /d continuous IV, Day 1-4	86.4	4	1	345.6
		Cyclophosphamide	1,296 mg/m ² IV, Day 5	1,296	1	1	1,296
		Doxorubicin	207 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	207	4	1	82.8
		Etoposide	102.7 mg/m ² /d continuous IV, Day 1-4	102.7	4	1	414.8
	5 th cycle (if ANC nadir >500/ul)	Cyclophosphamide	1,555 mg/m ² IV, Day 5	1,555	1	1	1,555

โรค	ความถี่	ยา	ขนาดยา	สูตรยา	ขนาดยา (mg/m ² /d)	Days	Cycles	ขนาดยา (mg/m ²)
	6 th cycle (if ANC nadir >500/L)	Doxorubicin		24.8 mg/m ² continuous IV, Day 1-4	24.8	4	1	99.2
		Etoposide		124.4 mg/m ² /d continuous IV, Day 1-4	124.4	4	1	497.6
		Cyclophosphamide		1,866 mg/m ² IV, Day 5	1,866	1	1	1,866
	q 21 days	Methotrexate		12 mg IV	12	1	4	48
	q 21 days	Cytarabine		50 mg IV	50	4	4	200
		Methotrexate		3.5 g/m ²	3,500	1	2	7,000
		Leucovorin		50 mg IV q 6 hrs 24 hours after the start of MTX until MTX level < 0.05 μM	200	5	2	2,000
CNS prophylaxis with intrathecal chemotherapy	q 21 days							
CNS prophylaxis with high dose methotrexate	q 21 days							

רמת	התדירות	הרכיב	התנאים להחלטה	Dose mg/m ² /d.	Days	Cycles	התחלתי (mg/m ²)
High dose methotrexate and ifosfamide for PCNSL	q 14 days	Methotrexate	4 g/m ² IV, Day 1	4,000	1	6	24,000
		Leucovorin	50 mg IV q 6 hrs 24 hours after the start of MTX until MTX level < 0.05 μM.	200	5		
High dose Methotrexate for PCNSL	q 14 days	Ifosfamide	1.5 g/m ² IV, Day 3-5	1,500	3	6	27,000
		Mesna	400 mg before ifosfamide and at 4 and 8 hours after ifosfamide, Day 3-5.	1,200	3		
High dose Methotrexate and cytarabine for PCNSL	q 21 days	Methotrexate	3-8 g/m ² IV	(Max: 8,000)	1	6	(max 48,000)
		Leucovorin	50 mg IV q 6 hrs 24 hours after the start of MTX until MTX level < 0.05 μM	200	5		
High dose Methotrexate and cytarabine for PCNSL	q 21 days	Methotrexate	3.5 g/m ² IV, Day 1	3,500	1	4	14,000
		Leucovorin	50 mg IV q 6 hrs 24 hours after the start of MTX until MTX level < 0.05 μM	200	5		
		Cytarabine	2 g/m ² IV q 12 hours, Day 2, 3	4,000	2	4	92,000

15. ไขกระดูกอักเสบเฉียบพลันชนิดมีไขกระดูกไขว้ (Acute Myeloid leukemia : AML) ชนิดที่มีโปร M3

Protocol การรักษาคู่ขนาน AML ชนิดที่มีโปร M3

Induction therapy

สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนไขกระดูก (mg/m ²)
Cytarabine (7) + Idarubicin (3)	q 28 days	Cytarabine	100 mg/m ² /d IV continuous infusion Day 1-7	100	7	2	1,400
		Idarubicin	12 mg/m ² IV Day 1-3	12	3		
Cytarabine alone	q 28 days	Cytarabine	20 mg SC BID for 10 Days	40	10	12	4,800

Post → remission therapy

สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนไขกระดูก (mg/m ²)
High dose cytarabine สำหรับผู้ป่วย อายุ < 65 ปี	q 28 days	Cytarabine	3 g/m ² IV q 12 hours Day 1, 3, 5	3,000	3	4	12,000
High dose cytarabine สำหรับผู้ป่วย อายุ ≥ 65 ปี	q 28 days	Cytarabine	1.5 g/m ² IV q 12 hours Day 1, 3, 5	3,000	3	2	18,000

Salvage induction therapy for relapsed AML:

ประเภท	ขนาด	ยา	ขนาดยา	Dose mg/m ² /day	Days	Cycles	ความเข้มข้น (mg/m ³)
MEC	q 28 days	Cytarabine	1 g/m ² IV Day 1-5	1,000	5	2	10,000
		Mitoxantrene	8 mg/m ² IV Day 1-5	8	5	2	80
		Etoposide	100 mg/m ² IV Day 1-5	100	5	2	1,000

16. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่กลุ่ม Acute Promyelocytic leukemia (APL)

Protocol การรักษากลุ่ม Acute Promyelocytic Leukemia

1. Induction therapy

สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
LPA2005		ATRA	45 mg/m ² /d PO, Day 1-90	45	90	1	4,050
		Idarubicin	12 mg/m ² /d IV, Day 2, 4, 6, 8	12	4	1	48

Induction หนึ่งเดือนในทุกชุดและหากมีความเสี่ยงภาวะ ATRA ให้อินให้ complete remission ถึงสุดเป็น 90 วัน

2. Consolidation therapy : High-risk group และอายุน้อยกว่า 65 ปี

สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
LPA2005 Consolidation 3 ครั้งทุกเดือน รวม 3-courses	Course 1	ATRA	45 mg/m ² /d PO, Day 1-15	45	15	1	675
		Idarubicin	5 mg/m ² IV, Day 1-4	5	4	1	20
		Cytarabine	1-g/m ² /d continuous infusion, Day 1-4	1,000	4	1	4,000

2.1 Consolidation therapy: High risk group และกลุ่มอื่นๆ 65 ปี

สูตร	จำนวนครั้ง	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนเม็ดรวม (mg/m ²)	
LPA2005 Consolidation 3 ครั้งยกเว้น รวม 3 courses	Course 2	ATRA	45 mg/m ² /d PO, Day 1-15	45	15	1	675	
		Mitoxantrone	10 mg/m ² /d IV, Day 1-5	10	5	1	50	
	Course 3	ATRA	45 mg/m ² /d PO, Day 1-15	45	15	1	675	
		Idarubicin	12 mg/m ² IV, Day 1	12	1	1	12	
			Cytarabine	150 g/m ² /dose SC, q 8 hours Day 1-4	450	4	1	1,800

2.2 Consolidation therapy: Intermediate - low risk group และกลุ่มอื่นๆ 65 ปี

สูตร	จำนวนครั้ง	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /day	Days	Cycles	จำนวนเม็ดรวม (mg/m ²)	
LPA2005 Consolidation 3 ครั้งยกเว้น รวม 3 courses	Course 1	ATRA	45 mg/m ² /d PO, Day 1-15	45	15	1	675	
		Idarubicin	5 mg/m ² IV, Day 1-4 (low risk)	5	4	1	20 (low risk)	
				7 mg/m ² IV, Day 1-4 (intermediate risk)	7	4	1	28 (intermediate risk)
	Course 2	ATRA	45 mg/m ² /d PO, Day 1-15	45	15	1	675	
		Mitoxantrone	10 mg/m ² /d IV, Day 1-3	10	3	1	30	
	Course 3	ATRA	45 mg/m ² /d PO, Day 1-15	45	15	1	675	
		Idarubicin	12 mg/m ² IV, Day 1 (low risk)	12	1	1	12 (low risk)	
		Idarubicin	12 mg/m ² IV, Day 1-2 (intermediate risk)	12	2	1	24 (intermediate risk)	

3. Maintenance

แนะนำให้ใช้ ATRA ร่วมกับยาเคมีบำบัด เช่น 6-mercaptopurine (6-MP) และ methotrexate เป็นเวลา 2 ปี ทุกกลุ่มความรุนแรง

ตัวยา	ความถี่	ขนาดการใช้	Dose mg/m ² /day	Days	จำนวนโดยรวม (mg/m ²)
ATRA	q 3 months	ขนาดคงที่	45	120	5,400
Mercaptopurine	QD	ขนาดคงที่	90	730	65,700
Methotrexate	weekly	ขนาดคงที่	15	104	1,560

4. การรักษามือถือกลับมาเป็นข้อครั้งแรก (first relapse)

ผู้ดูแล	ความถี่	ตัวยา	ขนาดการใช้	Dose mg/m ² /day	Days	cycles	จำนวนโดยรวม (mg/m ²)
Arsenic trioxide (ATO)		Arsenic trioxide	0.15 mg/kg/d IV	0.15 mg/kg	60	1	9 mg/kg
LPA27R		ATRA	45 mg/m ² /d PO, Day 1-90	45	90	1	4,050
		Cytarabine	500 mg/m ² /d continuous infusion Day 2-4 และ 9-11	500	6	1	3,000
		Mitoxantrone	12 mg/m ² /d IV, Day 1-3	12	3	1	36
		Etoposide	200 mg/m ² /d IV, Day 1-3	200	3	1	600

สูตร	ภาวณัติ	ชื่อยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /day	Days	Cycles	จำนวนเม็ดรวม (mg/m ²)
LFA99R	Induction	ATRA	45 mg/m ² /d PO, Day 1-90	45	90	1	4,050
		Cytarabine	1,000 mg/m ² /d continuous infusion 2 hours, Day 1-6	1,000	6	1	6,000
		Mitoxantrone	6 mg/m ² /d IV, Day 1-4	6	4	1	24
	Consolidation	ATRA	45 mg/m ² /d PO, Day 1-15	45	15	1	675
		Cytarabine	1,000 mg/m ² /d continuous infusion 2 hours, Day 1-4	1,000	4	1	4,000
		Mitoxantrone	6 mg/m ² /d IV, Day 1-4	6	4	1	24

17. โรคเนื้องอกเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมีอิลลยทไคโบสใหญ่ (Chronic Myeloid Leukemia : CML)

ระยะของโรค	แนวทางการรักษา
Chronic phase	
First line	Imatinib 400 mg/d
Imatinib suboptimal response	Imatinib ขนาดเท่าเดิม (400 mg/d) หรือ เพิ่มขนาด Imatinib เป็น 600-800 mg/d
Imatinib intolerance	Nilotinib* 600-800 mg/d
Imatinib failure หรือ resistance	Nilotinib* 800 mg/d หรือ allogeneic stem cell transplantation ในรายที่ลุกลามเข้าสู่ CML-AP หรือ CML-BP หรือในรายที่มีภาวะกลายพันธุ์ชนิด T315I
Nilotinib* intolerance	Dasatinib 100 mg/d
Nilotinib* failure หรือ resistance	Dasatinib 100 mg/d หรือ allogeneic stem cell transplantation ในรายที่ลุกลามเข้าสู่ CML-AP หรือ CML- BP หรือในรายที่มีภาวะกลายพันธุ์ชนิด T315I
Accelerated phase	Imatinib 600-600 mg/d สำหรับในรายที่พบการกลายพันธุ์ชนิดที่คือคือยา Imatinib -พิจารณา nilotinib* 800 mg/d หรือ dasatinib 140 mg/d ซึ่งขึ้นอยู่กับภาวะการกลายพันธุ์ที่ตอบสนองต่อยา -หรือ allogeneic stem cell transplantation
Elastic phase	
Imatinib naive	Imatinib 600-800 mg/d หรือหากมีน้ำหนักมาตรฐานแล้ว ตามด้วย allogeneic stem cell transplantation
Imatinib failure	Dasatinib 140 mg/d หรือหากมีน้ำหนักมาตรฐานแล้วตาม ด้วย allogeneic stem cell transplantation

หมายเหตุ: ในรายที่ผู้ป่วยมาวัดให้การรักษาด้วยยา tyrosine kinase inhibitor (TKI) ได้ ให้พิจารณา
ทำ allogeneic stem cell transplantation ถ้าผู้ป่วยมี matched donor

การตรวจหาสิ่งผิดปกติการในผู้ป่วย CML ที่ได้รับการรักษาด้วย tyrosine kinase inhibitor

การทดสอบสิ่ง	วิธีการตรวจ	ระยะเวลาของการติดตามหาค้นพบ
Hematology	CBC	เปลี่ยนแปลงครั้งแรกต่อไปทุก 15 วัน จนกระทั่งได้ CHR หลังจกนั้นทุก 3 เดือนหรือตามความจำเป็น
Cytogenetic	Chromosome analysis	- เมื่อวินิจฉัยครั้งแรกต่อไปที่ 3 และ 6 เดือน - หลังการรักษามูลค่าที่ทุก 6 เดือนจนกระทั่งได้ CCYR หลังจกนั้นทุก 12 เดือน ถ้าไม่สามารถติดตามการตอบสนองทางคลินิกทางอ้อมได้ - เมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองน้อยกว่าที่ควรหรือสงสัยว่า relapse - เมื่อสงสัยว่ามีการ myelocytosis เนื่องจากมีภาวะ unexplained anemia แขนงหรือ leukopenia และ/หรือ thrombocytopenia
Molecular	RO-PCR	เมื่อวินิจฉัยครั้งแรก ให้ได้ CCYR หลังจกนั้นตรวจทุก 3 เดือน จนกระทั่งได้ MMoR หลังจกนั้นอย่างน้อยทุก 6 เดือน
Mutation analysis	Mutation analysis	- Suboptimal response หรือ treatment failure และ/หรือการกลับเป็นเป็น TKR คำอื่น

CHR = complete hematologic response; CCYR = complete cytogenetic response;
MMoR = Major molecular response

การตรวจหาสิ่งผิดปกติการในผู้ป่วย imatinib เป็น first line

- ตรวจหาสิ่งผิดปกติการในผู้ป่วย CML โดยตรวจหาการเปลี่ยนแปลงโครโมโซม
 - Philadelphia chromosome positive
 - BCR-ABL gene positive โดยทำการตรวจด้วย polymerase chain reaction (PCR)
 - BCR-ABL gene positive โดยทำการตรวจด้วย fluorescence in situ hybridization (FISH)
- ตรวจหาสิ่งผิดปกติการในผู้ป่วย (chemically)
- ตรวจหาสิ่งผิดปกติการในผู้ป่วย CML ใน chronic หรือ accelerated phase หรือ blast phase

การตอบสนองต่อ Imatinib ที่ควรได้ เพื่อพิจารณาให้การรักษาคือเมื่อ

- Complete hematologic response ที่ 3 เดือน
- BCR-ABL gene < 10% หรือ Ph+ < 35% ที่ 6 เดือน
- ได้ complete cytogenetic response (BCR-ABL gene < 1% หรือ Ph+ 0%) ที่ 12 เดือน

คุณสมบัติของผู้ป่วยที่เหมาะสมที่จะได้รับ Imatinib* เป็น second-line

- ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)
- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น CML ระยะ chronic หรือ accelerated phase
- ต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ blastic phase CML
- สัมผัสจากการรักษาด้วย Imatinib ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - ตรวจพบยีน mutation ที่คือคือยา imatinib แต่ไม่คือคือ nilotinib*
 - รับประทาน 3 เดือนแล้วยังไม่ได้ complete hematologic response หรือ Ph+ > 95%
 - รับประทาน 6 เดือนแล้ว BCR-ABL gene > 10% หรือ Ph+ > 35%
 - รับประทาน 12 เดือนแล้ว BCR-ABL gene > 1% หรือ Ph+ > 0%
 - เกิดสูญเสียภาวะ complete hematologic response
 - หลังจากได้ complete cytogenetic response แล้ว เกิดภาวะ cytogenetic relapse หรือตรวจพบ BCR-ABL gene > 1% สองครั้งต่อเนื่องกันโดยห่างกันประมาณ 2 เดือน
 - เกิด chromosome ผิดปกติขึ้นในเซลล์ที่มี Philadelphia chromosome positive
 - โรคกำเริบจากระยะ chronic phase ไปสู่ระยะ accelerated

หมายเหตุ: กรณีผู้ป่วยที่ได้รับ imatinib แล้วเกิด blast crisis ให้ไปใช้ dasatinib

ไม่สามารถทนต่อการรักษาด้วย Imatinib ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- เกิดอาการไม่พึงประสงค์คือระบบเลือดที่มีความรุนแรงระดับ 4 ติดต่อกันนานเกิน 7 วัน
- เกิดอาการไม่พึงประสงค์คือระบบอื่นที่ไม่ใช่ระบบเลือดที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป ติดต่อกันนานเกิน 1 เดือน
- เกิดอาการไม่พึงประสงค์คือระบบอื่นที่ไม่ใช่ระบบเลือดที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป อาการเดียวกันซ้ำมากกว่า 3 ครั้ง

หมายเหตุ: mutation ที่คือคือ imatinib แต่ไม่ใช่ nilotinib* เช่น F317L, V299L, M224V, G250E, Q252H, H396R

ภาวะตอบสนองต่อ nilotinib* ที่ตรวจได้ เพื่อพิจารณาให้การรักษาต่อเนือง

- Complete hematologic response ที่ 3 เดือน
- BCR-ABL gene <10% หรือ Ph+ <65% ที่ 6 เดือน
- BCR-ABL gene <10% หรือ Ph+ <35% ที่ 12 เดือน
- ได้ complete cytogenetic response (BCR-ABL gene <1% หรือ Ph+ 0%)

คุณสมบัติของผู้ป่วยที่ควรได้รับ dasatinib เป็น third line

- ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)
- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย CML ระยะ chronic หรือ accelerated phase หรือ blastic phase
- มีผลจากการรักษาด้วย nilotinib* ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - ตรวจพบยีน mutation ที่คือต่อ imatinib และ nilotinib*
 - ใช้ยาติดต่อกัน 3 เดือนแล้วยังไม่ได้ complete hematologic response หรือ Ph+ >95%
 - ใช้ยาติดต่อกัน 6 เดือนแล้ว BCR-ABL gene >10% หรือ Ph+ >65%
 - ใช้ยาติดต่อกัน 12 เดือนแล้ว BCR-ABL gene >10% หรือ Ph+ >35%
- เกิดสูญเสียภาวะ complete hematologic response
- หลังจากได้ complete cytogenetic response แล้ว เกิดภาวะ cytogenetic relapse หรือ ตรวจพบ BCR-ABL gene >1% สองครั้งต่อเนื่องกันโดยห่างกันประมาณ 2 เดือน
- เกิด chromosome คือผิดปกติในเซลล์ที่มี Philadelphia chromosome positive
- โรคกำเริบจากระยะ chronic phase ไปสู่ระยะ accelerated หรือ blastic crisis
- ไม่สามารถทนต่อการรักษาด้วย nilotinib* ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - เกิดอาการไม่พึงประสงค์ระดับเล็กรุนแรงกว่าระดับ 4 ติดต่อกันนานเกิน 7 วัน
 - เกิดอาการไม่พึงประสงค์ระดับอื่นที่ไม่ใช่ระดับเล็กรุนแรงกว่าระดับ 3 ขึ้นไป ติดต่อกันนานเกิน 1 เดือน
 - เกิดอาการไม่พึงประสงค์ระดับอื่นที่ไม่ใช่ระดับเล็กรุนแรงกว่าระดับ 3 ขึ้นไป อาการเดียวกันซ้ำมากกว่า 3 ครั้ง
- ตรวจพบ mutation ที่คือต่อ nilotinib* เช่น Y253H, E255V/K, F359 C/A/L ให้ใช้ dasatinib เลือ โดยไม่ต้องผ่านการใช้ nilotinib* ก่อน

การตอบสนองต่อ dasatinib ที่คาดหวัง เพื่อพิจารณาใช้การรักษาคือเมื่อ

- Complete hematologic response ที่ 3 เดือน
- BCR-ABL gene <10% หรือ Ph+ <65% ที่ 6 เดือน
- BCR-ABL gene <10% หรือ Ph+ <35% ที่ 12 เดือน
- ได้ complete cytogenetic response (BCR-ABL gene <1% หรือ Ph+ 0 %)

ข้อบ่งชี้การแทนที่การรักษาคือ TKI

- ตรวจพบ mutation T315I
- ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย dasatinib ตามที่ระบุไว้ข้างต้น
- สูญเสียภาวะ complete cytogenetic response หรือ complete hematologic response ภายใต้อิน dasatinib

พิจารณาใช้ hydroxyurea ในการรักษา CML

- เพื่อควบคุมระดับเม็ดเลือดขาวในช่วงแรกก่อนได้รับยา chromosome
- กรณีที่ใช้ imatinib, dasatinib และ nilotinib แล้วไม่เกิด หรือ mutation T315I

10. โสภนะเร่งเนื้อกระดูกที่มีไขในไขกระดูก (Myeloma)

Protocol ที่ออกแบบโดยคณะผู้ทำงานในผู้ป่วยระยะเริ่มต้นที่ถือไขกระดูกไขในไขกระดูก

1. Induction regimens สำหรับผู้ป่วย transplant - candidate myeloma.

สูตร	ความถี่	คำยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนไขกระดูก (mg/m ²)
Bortezomib* Cyclophosphamide -Dexamethasone (BCD)	q 21 days	Bortezomib*	1.3 mg/m ² /d IV/SC, Day 1, 4, 8, 11	1.3	4	4-6	31.2
		Cyclophosphamide	500 mg/m ² PO, Day 1, 8, 15	500	3	4-6	9,000
		Dexamethasone	40 mg/d PO, Day 1-4 and 9-12	40	8	4-6	1,920
Bortezomib* Dexamethasone (BD)	q 21 days	Bortezomib*	1.3 mg/m ² /d IV/SC, Day 1, 4, 8, 11	1.3	4	4-6	31.2
		Dexamethasone	40 mg/d PO, Day 1-4 and 9-12	40	8	4-6	1,920
			25 mg/d PO, Day 1-21	25	21	4	2,100
Lenalidomide* Dexamethasone (LD)	q 4 weeks	Lenalidomide*	40 mg/d PO, Day 1, 8, 15, 22	40	4	4	640
		Dexamethasone					

ชื่อ	ขนาด	ชนิด	ขนาดการใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนครั้ง (mg/m ²)
Cyclophosphamide -Thalidomide*- Dexamethasone (CTD)	q 21 days	Cyclophosphamide	300 mg/m ² PO, Day 1,8,15	300	3	4-6	5,400
		Thalidomide	100 mg/d, Day 1-21	100	21	4-6	12,600
		Dexamethasone	40 mg/d PO, Day 1-4 and 12-15	40	8	4-6	1,920
Cyclophosphamide -Dexamethasone (CyD)	q 21 days	Cyclophosphamide	500 mg/m ² PO, Day 1, 8, 15	500	3	4-6	9,000
		Dexamethasone	40 mg/d PO, Day 1-4 and 9-12	40	8	4-6	1,920

2. Induction regimens สำหรับ non - transplant candidate myeloma

ยา	ขนาด	ชนิด	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	จำนวนเม็ดรวม (mg/m ²)
Melphalan- Prednisolone- Thalidomide* (MPT)	q 4 weeks	Melphalan	4 mg/m ² /d PO, Day 1-7	4	7	12	356
		Thalidomide*	300 mg/d PO, Day 1-28	100	28	12	3,600
		Prednisolone	40 mg/kg/d PO, Day 1-7	40	7	12	3,360
Melphalan- Prednisolone- Bortezomib* (VMPB)	q 6 weeks	Melphalan	9 mg/m ² /d PO, Day 1-7	9	7	9	324
		Prednisolone	60 mg/kg/d PO, Day 1-4	60	4	9	2,160
		Bortezomib*	1.3 mg/m ² IV/SC, Day 1, 8, 15, 22	1.3	4	9	46.8
Bortezomib* Dexamethasone (BD)	q 4 weeks	Bortezomib*	1.3 mg/m ² IV/SC, Day 1, 8, 15, 22	1.3	4	8	41.6
		Dexamethasone	40 mg/d PO, Day 1, 8, 14, 22	40	4	8	1,280

ឈ្មោះថ្នាំ (Drug Name)	ប្រេង (Frequency)	ឈ្មោះថ្នាំ (Drug Name)	របៀបប្រើប្រាស់ (Route)	កម្រិត (Dose)	ថ្ងៃ (Days)	រង្វង់ (Cycles)	កម្រិតសរុប (Total Dose)
Lenalidomide* Dexamethasone (LD)	q 4 weeks	Lenalidomide*	25 mg/d PO, Day 1-21	25	21	8 (or until disease progression)	4,200
		Dexamethasone	40 mg/d PO, Day 1, 8, 15, 22	40	4	8 (or until disease progression)	1,280
Cyclophosphamide Dexamethasone (CyD)	q 4 weeks	Cyclophosphamide	300 mg/m ² PO, Day 1, 8, 15, 22	300	4	8-12	(max: 14,400)
		Dexamethasone	40 mg/d PO, Day 1, 8, 15, 22	40	4	8-12	1,920
Melfalan* Prednisolone (MP)	q 6 weeks	Melfalan*	9 mg/m ² /day PO, Day 1-4	9	4	8-12	432
		Prednisolone	60 mg/kg/d PO, Day 1-4	60	4	9	2,160

3. Induction regimens for relapsed/refractory myeloma (เห็นได้จากชุดมาตรการรักษารักษาขั้นต้น)

สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	ทั้งหมดให้รวม (mg/m ²)
Lenalidomide* Dexamethasone (LD)	q 4 weeks	Lenalidomide*	25 mg/d PO, Day 1-21	25	21	8 (for until disease progression)	4,200
		Dexamethasone	40 mg/d PO, Day 1, 8, 15, 22	40	4	8 (for until disease progression)	1,280
Bortezomib* Thalidomide* Prednisolone (BTD)	q 3 weeks	Bortezomib*	1.3 mg/m ² /d IV/SC, Day 1, 4, 8, 11	1.3	4	12	62.4
		Thalidomide	200 mg/d PO, Day 1-21	200	21	12	50,400
		Dexamethasone	40 mg/d PO, Day 1-4	40	4	12	1,920
Bortezomib* Liposomal Doxorubicin*	q 3 weeks	Bortezomib*	1.3 mg/m ² /d IV/SC, Day 1, 4, 8, 11	1.3	4	8 (for until disease progression)	41.6
		Liposomal Doxorubicin*	50 mg/m ² /d IV, Day 4	50	1	8	240

ชื่อ	ขนาด	ชนิด	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /d	Days	Cycles	ขนาดสูงสุด (mg/m ²)
Bortezomib*	q 4 weeks	Bortezomib*	1 mg/m ² IV/SC, Day 1, 4, 8, 11	1	4	8	32
Lenalidomide*		Lenalidomide*	15 mg/d PO, Day 1-14	15	14	8	1,680
Dexamethasone (BLD)		Dexamethasone	20 mg/d PO, Day 1-2, 4-5 8-9, 11-12	20	8	8	1,280

19. โภคภัณฑ์มะเร็งกระดูกชนิด Osteosarcoma ในผู้ใหญ่
 Protocol ในการบำบัดมะเร็งกระดูกชนิด Osteosarcoma

ลำดับ	สูตร	ความถี่	จำนวน	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ได้รับ (mg/m ²)
1	Doxorubicin	q 21 days	1	Doxorubicin	20-25	3	6	360-450
	Cisplatin				60-70			
2	Etoposide ifosfamide and Mesna	q 21 days	1	Etoposide ifosfamide Mesna	75-100	5	6	450-600
					80-100			2,400-3,000
					1,200-1,800			36,000 -54,000
					720-1,080			21,600-32,400

20. โรคมะเร็งเด็ก (Pediatric cancer) ที่มีอายุระหว่าง 15 - 18 ปี. (จำนวน 21 รายการ)

- 1) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟอัยด์ในเด็ก
Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL)
- 2) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลออัยด์ในเด็ก
Acute Myeloid Leukemia (AML)
- 3) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลออัยด์ในเด็ก:
โรคดาวน์ซินโดรม Acute Myeloid Leukemia (AML) with Down Syndrome (DS)
- 4) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลออัยด์ในเด็ก Chronic Myeloid Leukemia (CML)
- 5) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลออัยด์ (M3) ในเด็ก
Acute Promyelocytic Leukemia (APL)
- 6) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Hodgkin ในเด็ก Pediatric Hodgkin disease (HD)
- 7) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Non-Hodgkin ในเด็ก
Childhood Non-Hodgkin Lymphoma
- 8) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งสมองชนิด CNS germ cell tumor
- 9) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งสมองชนิด Medulloblastoma
- 10) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งสมอง (brain tumor) ในเด็กทารกและเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี
- 11) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมหมวกไตในเด็ก (Neuroblastoma)
- 12) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งจอตา Retinoblastoma ในเด็ก
- 13) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งไตในเด็ก (Wilms' tumor และ clear cell sarcoma of kidney)
- 14) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตับชนิด Hepatoblastoma
- 15) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูก Osteosarcoma
- 16) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันชนิด Ewing's Sarcoma
- 17) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกล้ามเนื้อลาย Rhabdomyosarcoma
- 18) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกล้ามเนื้อลายชนิด Non-rhabdomyosarcoma
- 19) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง Extracranial Germ Cell Tumors ในเด็ก
- 20) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง Langerhans Cell Histiocytosis
- 21) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรค Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) ในเด็ก

สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเด็กที่มีอายุระหว่าง 15 - 18 ปี สามารถรักษาตามแนวทางที่กำหนด (Protocol) 20 ชนิด ได้

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการรักษาโรคมะเร็ง อ้างอิงแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง รายการของรพ. ตายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษา ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

รายการของราคายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาดความแรง	หน่วย	ราคา (บาท)
1.	5 - Fluorouracil (ค)	250 mg	vial	67.50
2.	5 - Fluorouracil (ค)	500 mg	vial	135.00
3.	5 - Fluorouracil (ค)	1,000 mg	vial	270.00
4.	All - transretinoic Acid (ATRA) (ง) (Tretinoin)	10 mg	cap	105.00
5.	Allopurinol	100 mg	tab	1.00
6.	Arsenic trioxide (ATO) (ก)	100 mg	vial	1,335.00
7.	Asparaginase (ค)	10,000 U	vial	1,725.00
8.	ATG (จ2)	25 mg	vial	(จ2)
9.	BCG (ง)	81 mg	vial	5,885.00
10.	Bleomycin (ค)	15 iu	amp	1,500.00
11.	Capecitabine (ง)	150 mg	tab	46.00
12.	Capecitabine (ง)	500 mg	tab	153.00
13.	Carboplatin (ง)	150 mg	vial	500.00
14.	Carboplatin (ง)	450 mg	vial	1,500.00
15.	Cisplatin (ค)	10 mg	vial	134.00
16.	Cisplatin (ค)	50 mg	vial	670.00
17.	Cyclophosphamide (ค)	50 mg	tab	10.00
18.	Cyclophosphamide (ค)	200 mg	vial	126.00
19.	Cyclophosphamide (ค)	1 gm	vial	630.00
20.	Cytarabine (ค)	20 mg	vial	56.00
21.	Cytarabine (ค)	100 mg	vial	279.00
22.	Cytarabine (ค)	1 g	vial	2,790.00
23.	Dacarbazine (ง)	100 mg	vial	1,542.80
24.	Dacarbazine (ง)	200 mg	vial	3,085.60
25.	Dacarbazine (ง)	500 mg	vial	7,714.00
26.	Dactinomycin GPO (ง)	500 mg	vial	1,200.00
27.	Dasatinib (จ2)	50 mg	tab	(จ2)
28.	Dasatinib (จ2)	70 mg	tab	(จ2)
29.	Docetaxel (จ2)	20 mg	vial	(จ2)
30.	Docetaxel (จ2)	80 mg	vial	(จ2)
31.	Doxorubicin (ค)	10 mg	vial	220.00
32.	Doxorubicin (ค)	50 mg	vial	1,100.00

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาดความแรง	หน่วย	ราคา (บาท)
33.	Etoposide	25 mg	tab	225.00
34.	Etoposide	50 mg	tab	450.00
35.	Etoposide (ค)	100 mg	vial	480.00
36.	Filgrastim	300 mcg	Syringe/vial	1,020.00
37.	Fludarabine	50 mg	vial	4,711.00
38.	Flutamide	250 mg	tab	60.00
39.	Gemcitabine (ง)	200 mg	vial	361.00
40.	Gemcitabine (ง)	1,000 mg	vial	1,806.00
41.	Hydrocortisone	100 mg	vial	90.00
42.	Hydroxyurea	1 mg	tab	40.00
43.	Idarubicin hydrochloride (ง)	5 mg	vial	3,030.00
44.	Idarubicin hydrochloride (ง)	10 mg	vial	6,060.00
45.	Ifosfamide (ง)	500 mg	vial	630.00
46.	Ifosfamide (ง)	1,000 mg	vial	1,260.00
47.	Imatinib (จ2)	100 mg	tab	(จ2)
48.	Imatinib (จ2)	400 mg	tab	(จ2)
49.	Ketoconazole	200 mg	tab	4.00
50.	Letrozole (จ2)	2.5 mg	tab	(จ2)
51.	Leucovorin (ง)	15 mg	Tab, cap	13.00
52.	Leucovorin (ง) (Folinic acid, calcium folinate)	50 mg	vial	528.00
53.	Leucovorin (ง) (Folinic acid, calcium folinate)	100 mg	vial	1,056.00
54.	Leucovorin (ง) (Folinic acid, calcium folinate)	300 mg	vial	3,168.00
55.	Leuprorelin acetate	11.25 mg/22.5 mg	Syringe/vial	8,035.00
56.	Megestrol acetate (ง)	160 mg	tab	113.00
57.	Melphalan (ค)	2 mg	tab	93.00
58.	Mercaptopurine (6MP) (ค)	50 mg	tab	36.00
59.	Mesna (ง)	400 mg	amp	111.00
60.	Methotrexate (ค)	2.05 mg	tab	12.00
61.	Methotrexate (ค)	25 mg	tab	62.50
62.	Methotrexate (ค)	50 mg	tab	125.00
63.	Methotrexate (ค)	1,000 mg	tab	2,500.00
64.	Mitomycin C (ง)	2 mg	vial	440.00

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาดความแรง	หน่วย	ราคา (บาท)
65.	Mitomycin C (ง)	10 mg	vial	2,200.00
66.	Mitoxantrone (ง)	10 mg	vial	4,232.00
67.	Nilotinib (จ2)	200 mg	cap	(จ2)
68.	Oxaliplatin (ง)	50 mg	vial	1,186.00
69.	Oxaliplatin (ง)	100 mg	vial	2,372.00
70.	Paclitaxel (ง)	30 mg	vial	163.00
71.	Paclitaxel (ง)	300 mg	vial	1,630.00
72.	Prednisolone	5 mg	tab	1.00
73.	Rituximab (จ2)	100 mg	vial	(จ2)
74.	Rituximab (จ2)	500 mg	vial	(จ2)
75.	Tamoxifen (ก)	10 mg	tab	3.00
76.	Tamoxifen (ก)	20 mg	tab	6.00
77.	Thioguanine (ง)	40 mg	tab	140.00
78.	Trastuzumab (จ2)	150 mg	vial	(จ2)
79.	Trastuzumab (จ2)	440 mg	vial	(จ2)
80.	Triptorelin	11.25 mg	vial	8,035.00
81.	UFT (ง) (Tegafur - uracil)	100 mg + 224 mg	tab	98.00
82.	Vinblastine (ก)	10 mg	vial	585.00
83.	Vincristine (ก)	1 mg	vial	210.00
84.	Vinorelbine tartrate (ง)	10 mg	vial	1,624.42
85.	Vinorelbine tartrate (ง)	50 mg	vial	8,121.00

หมายเหตุ: ** กรณีที่ใช้บอกรักษาจากประกาศให้คำนวณตามสัดส่วนเนื้อหา โดยอ้างอิงตามราคาในประกาศ**



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล
ตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์
จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการ
การแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ และให้ใช้ความ
ต่อไปนี้แทน

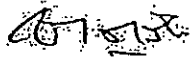
“(๑) เหม่าจ่ายตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้แก่
สถานพยาบาล และมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา ๖๒ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
ในอัตราหนึ่งพันหกร้อยสี่สิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตราตามวรรคหนึ่ง
ในอัตราสี่ร้อยห้าสิบบาท สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงตามอัตรา
การใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศฉบับนี้”

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ และประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๒ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

ข้อ ๕/๑ กรมสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดตามข้อ ๓. หรือสถานพยาบาลอื่น
ได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการ
ทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือผู้ประกันตน
หรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษายังได้ทำความตกลงกับสำนักงาน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
(Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าหนักสัมพัทธ์ปรับตามน้ำหนัก (Adjusted Relative weight : AdjRW)
มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามน้ำหนัก
(Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ ภายใต้งบวงเงินที่คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนแต่ละปี
ในอัตราเฉลี่ยร้อยละสิบหกบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้าย
ประกาศฉบับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายชาติร์ บานสิน)

ผู้อำนวยการการแพทย์

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามวรรคสอง ในข้อ (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระ
กรณีโรคที่มีภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 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) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงเกรวิส (Myasthenia gravis)
- (๑๒) โรคเบาจืด (Diabetes insipidus)
- (๑๓) โรคปลอกประสาทเคลือบ (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 โดยคำนวณ
ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน
(Adjusted Relative Weight : AdjRW) น้อยกว่า ๒

หลักเกณฑ์และอัตราตามข้อ ๔/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

๑. สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษา โดยไม่จำกัดจำนวนเงินค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนจะต้องไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน ยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือสิทธิประกันสังคม

๒. สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จะต้องส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนด

๓. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ($AdjRW \geq 2$) ในอัตราไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาทต่อ ๑ น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) โดยพิจารณาจำนวนตามข้อมูลที่หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดประมวลผลแล้ว

๔. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์แล้ว สถานพยาบาลดังกล่าวไม่สามารถให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนได้ และได้ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จะต้องกำหนดให้สถานพยาบาลที่ให้การรักษายกส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาไม่ส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่สิ้นสุดการรักษาพยาบาล ให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์เป็นผู้ส่งข้อมูลแทน และหากกรณีที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ($Adjusted\ Relative\ weight : AdjRW \geq 2$) สำนักงานจะจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ โดยสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

๕. กรณีผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ แล้วต่อมาผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ยังสถานพยาบาลอื่นหรือกรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่ผู้ประกันตนประสงค์ไปรับบริการในสถานพยาบาลอื่น ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๕.๑ ถ้ามีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ($Adjusted\ Relative\ weight : AdjRW \geq 2$) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน ($Adjusted\ Relative\ weight : AdjRW$) ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท และเมื่อสำนักงานพิจารณาแล้ว

(๑) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาล หรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินเอง

(๒) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาล ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลที่สำนักงาน กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

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

(๑) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาล หรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์เองทั้งหมด

(๒) สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้การรักษาพยาบาล ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลที่สำนักงาน กำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

๖. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นโดยไม่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๖.๑ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW>๒) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ คำน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight: (AdjRW) ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ ส่วนเกินเอง

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

๗. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนัก สัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW≥๒) นอกจากการจ่าย ค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดในข้อ ๓ แล้ว สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาพยาบาล โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางตามข้อ (ข) ถึง (จ) ใน (๒) ข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๘. หากสำนักงานหรือผู้ที่สำนักงานมอบหมายได้ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาล แล้วพบว่าข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ส่งให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดไม่ถูกต้อง ทำให้สำนักงานจ่ายค่าบริการ ทางการแพทย์เกินกว่าข้อเท็จจริงที่ปรากฏ สำนักงานจะเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้จ่ายไปคืน หรือหัก จากค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานจะจ่ายให้สถานพยาบาลในครั้งต่อไปคืน พร้อมทั้งดำเนินการตามกฎหมาย และสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ต่อไป

๙. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการ รักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานประกันสังคม ทั้งกรณีที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาเอง หรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ให้ดำเนินการ ดังนี้

๔.๑ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของการรักษา (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะที่ทำการรักษาหรือยังอยู่ในช่วงที่รักษาตัวในสถานพยาบาลด้วย โดยอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในแต่ละแผนการรักษาที่มีอัตราค่าบริการเหมาจ่ายต่อครั้ง ดังนี้

๑) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram : CAG) เหมาจ่ายในอัตรา ๓๒,๐๐๐ บาท

๒) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram : CAG) และการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI)

๒.๑) แบบ Simple

เหมาจ่ายในอัตรา ๔๕,๐๐๐ บาท

๒.๒) แบบ Emergency ในรายที่มีภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วน และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย

เหมาจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

๒.๓) แบบ Complex ในรายที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงในการทำหัตถการ และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย

เหมาจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

๓) การศึกษาสรีระวิทยาไฟฟ้าหัวใจและการจีไฟฟ้าหัวใจ EPS with RFCA

เหมาจ่ายในอัตรา ๔๕,๐๐๐ บาท

๔) การจีไฟฟ้าหัวใจด้วยเทคโนโลยีที่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ไฟฟ้าในการสร้างภาพ ๓ มิติ (EPS with Carto)

เหมาจ่ายในอัตรา ๔๕,๐๐๐ บาท

๕) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (Permanent Pace Maker)

เหมาจ่ายในอัตรา ๘๐,๐๐๐ บาท

๖) การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD)

เหมาจ่ายในอัตรา ๓๔,๐๐๐ บาท

๗) การใส่เครื่องช่วยการเดินของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน CRTD

หรือ CRTD

เหมาจ่ายในอัตรา ๓๔,๐๐๐ บาท

๔.๒ การกำหนดอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในข้อ ๔.๑ ให้มีผลเป็นระยะเวลา ๑ ปี นับจากวันที่ประกาศมีผลใช้บังคับ ทั้งนี้ จะดำเนินการปรับอัตราตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม โดยสำนักงานจะแจ้งให้สถานพยาบาลทราบก่อนมีการเปลี่ยนแปลงทุกครั้ง หากสำนักงานยังไม่ดำเนินการปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ให้สถานพยาบาลใช้อัตราค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๔.๑ ไปก่อน จนกว่าจะมีการปรับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ สำหรับอัตราค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์สามารถเบิกได้ตามบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคของสำนักงานประกันสังคม

๔.๓ ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานเป็นผู้ยื่นเบิกเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดจากสำนักงานประกันสังคม โดยให้สถานพยาบาลรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด และไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน

๔.๔ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาตัวต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนให้เรียบร้อยก่อนการจำหน่ายผู้ประกันตน ออกจากสถานพยาบาล

๔.๕ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานประกันสังคม จะต้องมีการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์การให้บริการทางการแพทย์ และรายงานผลตามแนวทางที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ดังนี้

๑) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit Cost) ในแต่ละหัตถการ

๒) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

(๑) ข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละรายที่มาเข้ารับบริการทั้งนี้ให้รายงานเป็นข้อมูลรายบุคคล

(๒) อัตราการเสียชีวิตจากการทำหัตถการ (Mortality Rate) ในแต่ละหัตถการ

(๓) รายงานภาวะแทรกซ้อน (Complication rate) ในแต่ละหัตถการ

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

(๕) การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

๔.๖ สำนักงานสามารถยกเลิกการทำความตกลงกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ หากพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ได้ทำความตกลงกันไว้หรือคุณภาพการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด ลดความแออัดในสถานพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน และปลอดภัย และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่ผ่านการประเมินศักยภาพระบบบริการ One Day Surgery (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก Minimally Surgery (MIS) ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณา

“ผู้ประกันตน” หมายความว่า ผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ และมาตรา ๓๔ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ที่ส่งเงินสมทบอันก่อให้เกิดสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ และหมายความรวมถึงผู้มีสิทธิตามมาตรา ๓๘ และมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

“การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)” หมายความว่า การรับผู้ประกันตนซึ่งเป็นผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการหรือการผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการหรือผ่าตัด ซึ่งอยู่ในสถานพยาบาลตั้งแต่ ๒ ชั่วโมงถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง สำหรับการนับระยะเวลาให้เริ่มนับตั้งแต่ลงมิดหรือทำหัตถการ จนถึงเวลาจำหน่ายออกจากสถานพยาบาล

ข้อ ๓ สถานพยาบาลที่จะให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

- (๑) มีคณะกรรมการดูแลโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery ของสถานพยาบาล
- (๒) มีศูนย์ประสานงานการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery ของสถานพยาบาล
- (๓) มีระบบติดตามผู้ป่วยก่อนและหลังการทำหัตถการ
- (๔) มีแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการ

- (๕) มีแนวทางการปฏิบัติด้านความปลอดภัยของการทำหัตถการการผ่าตัด
- (๖) มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้น
- (๗) มีระบบการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโครงการตลอด ๒๔ ชั่วโมง
- (๘) มีการจัดอัตรากำลังแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหัตถการต่างๆ เพื่อรองรับโครงการ
- (๙) มีการจัดสถานที่เพื่อรองรับโครงการ โดยกำหนดให้มีการจัดเตียงเฉพาะในหอผู้ป่วยเพื่อรองรับผู้ป่วยในกรณีพักฟื้นหลังการผ่าตัด

ข้อ ๕ รายการกลุ่มโรค รหัสหัตถการ และเงื่อนไขเพิ่มเติมกรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ที่เบิกจ่ายได้ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๕ การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ที่สถานพยาบาลจะขอเบิกได้ มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

(๑) เป็นการรักษาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามรหัสหัตถการ และเงื่อนไขเพิ่มเติมที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้

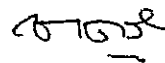
(๒) รายการการรักษาตาม (๑) จะต้องเป็นรายการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (CC = ๐) และเป็นประเภทการจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต (Approval) (D/C type = ๑) เว้นแต่มีเงื่อนไขเพิ่มเติมที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้

(๓) ข้อมูลรายการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ให้จัดทำตามแบบข้อมูลผู้ป่วยใน และส่งข้อมูลเบิกค่าบริการทางการแพทย์ตามแนวทางการส่งตรวจรับแก้ไขของระบบข้อมูลผู้ป่วยในของสำนักงาน

(๔) อัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แต่ละราย ใช้การคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ Relative weight o Day (RWoD) ในระบบ DRGs โดยใช้อัตรา ๑ AdjRW = ๙,๖๐๐ บาท

ข้อ ๖ สถานพยาบาลที่ให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินจากผู้ประกันตนได้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายชาติริ บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์

รายการกลุ่มโรค รหัสหัตถการ และเงื่อนไขเพิ่มเติมกรณีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)

ที่	กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
1.	โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia)	53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified 53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy 53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy
2.	โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)	61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)
3.	โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)	49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy 49.45 Ligation of hemorrhoids 49.46 Excision of hemorrhoids 49.49 Other procedures on hemorrhoids
4.	ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (Vaginal bleeding)	68.16 Closed biopsy of uterus 68.21 Division of endometrial synechiae 68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus 68.23 Endometrial ablation 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus

ที่	กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
5.	หลอดเลือดดำของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารขูด (Esophageal varices, Gastric varices)	I85.0 Oesophageal varices with bleeding I85.9 Oesophageal varices without bleeding I86.4 Gastric varices I98.2 Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere I98.3 Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 43.41 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of stomach 44.43 Endoscopic control of gastric or duodenal bleeding
6.	ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)	42.92 Dilatation of esophagus 44.22 Endoscopic dilation of pylorus
7.	โรคมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลาม ที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor)	C15 Malignant neoplasm of oesophagus C16 Malignant neoplasm of stomach 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus
8.	ติ่งเนื้ออกลำไส้ใหญ่ (Colorectal polyp)	D12.6 Colon, unspecified Polyposis (hereditary) of colon K62.0 Anal polyp K62.1 Rectal polyp K63.5 Polyp of colon 45.42 Endoscopic polypectomy of large intestine 45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine
9.	นิ่วในท่อน้ำดี (Bile duct stone)	K80.0 Calculus of gallbdr w ac cholecystitis K80.1 Calculus of gallbdr w oth cholecystitis K80.2 Calculus of gallbdr w/o cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct w cholangitis K80.4 Calculus of bile duct w cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct 51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract
10.	นิ่วในท่อนตับอ่อน (Pancreatic duct stone)	K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.94 Endoscopic removal of stone(s) from pancreatic duct

ที่	กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
11.	ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Bile duct stricture)	C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma : Cholangiocarcinoma C23 Malignant neoplasm of gallbladder C24 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract C25 Malignant neoplasm of pancreas K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gallbladder without calculus K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic duct or gallbladder without calculus K83.1 Obstruction of bile duct: Stricture of without bile duct calculus K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
12.	ภาวะท่อน้ำดีอ่อนตัน (Pancreatic duct stricture)	C25 Malignant neoplasm of pancreas K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis K86.1 Other chronic pancreatitis K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct
13.	ภาวะสิ่งแปลกปลอมค้าง ในทางเดินอาหารส่วนต้น (Foreign body of upper GI. Tract)	T18.1 Foreign body in oesophagus T18.2 Foreign body in stomach 98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision 98.03 Removal of intraluminal foreign body from stomach and small intestine without incision
14.	ต้อเนื้อ (Pterygium Excision)	H11.0 Pterygium 11.31 Transposition of pterygium 11.32 Excision of pterygium with corneal graft 11.39 Other excision of pterygium และ 10.44 Other free graft to Conjunctiva

ที่	กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสเหตุการณ์ (ICD-9-CM 2010)
15.	ทำหมันหญิง (Female sterilization)	Z30.2 Sterilization 66.29 Other bilateral endoscopic destruction or occlusion of fallopian tubes 66.31 Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes Pomeroy operation 66.39 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes Female sterilization operation NOS
16.	กระดูกยางค้ำหัก (Percutaneous fracture fixation)	S42.1 Fracture of scapula S42.2 Fracture of upper end of humerus S42.3 Fracture of shaft of humerus S42.4 Fracture of lower end of humerus S42.7 Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus S42.8 Fracture of other parts of shoulder and upper arm S42.9 Fracture of shoulder girdle, part unspecified S52.0 Fracture of upper end of ulna S52.1 Fracture of upper end of radius S52.2 Fracture of shaft of ulna S52.3 Fracture of shaft of radius S52.4 Fracture of shafts of both ulna and radius S52.5 Fracture of lower end of radius S52.6 Fracture of lower end of both ulna and radius S52.7 Multiple fractures of forearm S52.8 Fracture of other parts of forearm S52.9 Fracture of forearm, part unspecified S62.0 Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand S62.1 Fracture of other carpal bone(s) S62.4 Multiple fractures of metacarpal bones S62.7 Multiple fractures of fingers S82.0 Fracture of patella S82.1 Fracture of upper end of tibia S82.2 Fracture of shaft of tibia S82.3 Fracture of lower end of tibia S82.4 Fracture of fibula alone S82.5 Fracture of medial malleolus S82.6 Fracture of lateral malleolus S82.7 Multiple fractures of lower leg S82.8 Fractures of other parts of lower leg

ที่	กลุ่มโรค	รหัสโรค (ICD-10 2010) และหรือรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2010)
		S82.9 Fracture of lower leg, part unspecified S92.0 Fracture of calcaneus S92.1 Fracture of talus Astragalus S92.2 Fracture of other tarsal bone(s) S92.7 Multiple fractures of foot 78.1 Application of external fixator device
17.	ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano)	K60.3 Anal fistula 49.11 Anal fistulotomy 49.12 Anal fistulectomy
18.	ฝีรอบทวาร (Perirectal, Perianal abscess)	K61.0 Anal abscess K61.1 Rectal abscess K61.2 Anorectal abscess K61.3 Ischio-rectal abscess K61.4 Intrasphincteric abscess 49.01 Incision of perianal abscess 49.02 Other incision of perianal tissue
19.	แผลที่ทวารหนัก (Anal fissure)	K60.0 Acute anal fissure K60.1 Chronic anal fissure K60.2 Anal fissure, unspecified 49.51 Left lateral anal sphincterotomy 49.52 Posterior anal sphincterotomy 49.59 Other anal sphincterotomy
20.	ฝีที่เต้านม (Breast abscess)	N61 Inflammatory disorders of breast O91.1 Abscess of breast associated with childbirth 85.0 Mastotomy
21.	นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone)	N21.0 Calculus in bladder 57.0 Transurethral clearance of bladder
22.	นิ่วในท่อไต (Ureteric stone)	N20.1 Calculus of ureter 56.0 Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis
23.	นิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)	N21.1 Calculus in urethra 58.0 Urethrotomy 58.1 Urethral meatotomy
24.	ท่อปัสสาวะตีบ (Urethral stricture)	N35.0 Post-traumatic urethral stricture N35.1 Postinfective urethral stricture, not elsewhere classified N35.8 Other urethral stricture N35.9 Urethral stricture, unspecified 58.5 Release of urethral stricture



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
พ.ศ. ๒๕๖๓

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์
ให้แก่ผู้ประกันตน

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ ๒/๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

“ข้อ ๒/๒ ผู้ประกันตนที่มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรค กรณีวัคซีนไขหวัดใหญ่ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ปีละ ๑ ครั้ง ดังนี้

(๑) ปี ๒๕๖๓ ตั้งแต่วันที่ ๑๕ ตุลาคม ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(๒) ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ เป็นต้นไป ระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม ถึงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ของปี

เงินค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีวัคซีนไขหวัดใหญ่ ชนิด ๓ สายพันธุ์หรือ ๔ สายพันธุ์
สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในอัตราอย่างใดอย่างหนึ่ง
ดังต่อไปนี้

(ก) ชนิด ๓ สายพันธุ์ ในอัตรา ๒๕๐ บาท ต่อคนต่อปี

(ข) ชนิด ๔ สายพันธุ์ ในอัตรา ๔๕๐ บาท ต่อคนต่อปี”

ประกาศ ณ วันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายชาติรี บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เชิงรุกในสถานประกอบการ

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่มีการระบาดใหม่อย่างรวดเร็ว ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้มีการจำกัดอยู่ในพื้นที่ ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในวงกว้าง อันจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อม ตลอดจนสุขภาพของประชาชนทั่วประเทศ คณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้ผู้ประกันตนได้รับบริการทางการแพทย์เชิงรุก (Active case finding) เพื่อการค้นหาผู้ประกันตนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ในสถานประกอบการ

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้มีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่ได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 จากคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

“สถานประกอบการ” หมายความว่า สถานประกอบการที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ให้ได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

“การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19” หมายความว่า การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ด้วยเทคนิค Real time Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (Real time RT- PCR) ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนด เพื่อตรวจค้นหาผู้ประกันตนที่อาจติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ ซึ่งต้องไม่ได้เป็นผู้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น หรือต้องไม่เคยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในช่วงระยะเวลาตามที่กำหนดในประกาศฉบับนี้ ด้วยเหตุตามเกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนด หรือการตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด หรือแพทย์ผู้ตรวจรักษา ประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์

ข้อ ๓ ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณากำหนดจังหวัดและจัดสรรจำนวนผู้ประกันตนที่จะได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ (ฉบับที่ ๒๐) ลงวันที่ ๑๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ หรือจังหวัดที่เป็นรอยต่อของจังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุด เพื่อให้สำนักงานขอความเห็นชอบการตรวจคัดกรองในสถานประกอบการจากคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

ข้อ ๔ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่สถานพยาบาล ดังนี้

๔.๑ การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT – PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ดังนี้

๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท

๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหม่าจ่ายในอัตราครั้งละ ๖๐๐ บาท

๔.๒ การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT – PCR โดยการทำแบบรวมตัวอย่าง (Pooled Sample) ซึ่งเป็นตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม โดยหากพบผลตรวจเป็นบวก (SARS-CoV-2 Detected) หน่วยบริการต้องตรวจยืนยันการติดเชื้ออีกครั้งตามมาตรฐานที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ดังนี้

๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๓๒๐ บาท

๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหม่าจ่ายในอัตราตัวอย่างละ ๑๐๐ บาท

๔.๓ การตรวจยืนยันการติดเชื้อ กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก ดังนี้

๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จาก saliva samples หรือ nasopharyngeal and throat swab sample ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท

๒) ค่าบริการอื่นๆ รวมค่าบริการเก็บสิ่งตรวจ และค่าบริการทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหม่าจ่ายในอัตราครั้งละ ๒๐๐ บาท

ข้อ ๕ ให้สถานพยาบาลจัดส่งข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๔ ให้สำนักงานตามรูปแบบ
ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และรายงานข้อมูลการดำเนินการตามประกาศนี้ต่อสำนักงานและคณะกรรมการ
โรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เชิงรุกในสถานประกอบการ

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่มีการระบาดใหม่อย่างรวดเร็ว ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้มีการจำกัดอยู่ในพื้นที่ ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในวงกว้าง อันจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อม ตลอดจนสุขภาพของประชาชนทั่วประเทศ คณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้ผู้ประกันตนได้รับบริการทางการแพทย์เชิงรุก (Active case finding) เพื่อการค้นหาผู้ประกันตนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ในสถานประกอบการ

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. ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้มีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่ได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 จากคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

“สถานประกอบการ” หมายความว่า สถานประกอบการที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ให้ได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

“การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19” หมายความว่า การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ด้วยเทคนิค Real time Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (Real time RT- PCR) ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนด เพื่อตรวจค้นหาผู้ประกันตนที่อาจติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ ซึ่งต้องไม่ได้เป็นผู้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น หรือต้องไม่เคยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในช่วงระยะเวลาตามที่กำหนดในประกาศฉบับนี้ ด้วยเหตุตามเกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนด หรือการตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด หรือแพทย์ผู้ตรวจรักษา ประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์

ข้อ ๓ ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณากำหนดจังหวัดและจัดสรรจำนวนผู้ประกันตนที่จะได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ (ฉบับที่ ๒๐) ลงวันที่ ๑๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ หรือจังหวัดที่เป็นรอยต่อของจังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุด เพื่อให้สำนักงานขอความเห็นชอบการตรวจคัดกรองในสถานประกอบการจากคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

ข้อ ๔ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่สถานพยาบาล ดังนี้

๔.๑ การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT – PCR โดยการนำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ดังนี้

๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท

๒) ค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหม่าจ่ายในอัตราครั้งละ ๖๐๐ บาท

๔.๒ การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT – PCR โดยการนำแบบรวมตัวอย่าง (Pooled Sample) ซึ่งเป็นตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม โดยหากพบผลตรวจเป็นบวก (SARS-CoV-2 Detected) หน่วยบริการต้องตรวจยืนยันการติดเชื้ออีกครั้งตามมาตรฐานที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ดังนี้

๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๓๒๐ บาท

๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหม่าจ่ายในอัตราตัวอย่างละ ๑๐๐ บาท

๔.๓ การตรวจยืนยันการติดเชื้อ กรณีตรวจแบบ Pooled Sample พบผลตรวจเป็นบวก ดังนี้

๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR จาก saliva samples หรือ nasopharyngeal and throat swab sample ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท

๒) ค่าบริการอื่นๆ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ และค่าบริการทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหม่าจ่ายในอัตราครั้งละ ๒๐๐ บาท

ข้อ ๕ ให้สถานพยาบาลจัดส่งข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๔ ให้สำนักงานตามรูปแบบ
ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และรายงานข้อมูลการดำเนินการตามประกาศนี้ต่อสำนักงานและคณะกรรมการ
โรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ซึ่งเป็นโรคติดต่ออันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(๒) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19” หมายความว่า การตรวจวิเคราะห์ตัวอย่าง ผู้สงสัยติดเชื้อ ตามนิยามผู้ป่วยที่เข้าข่ายเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อในระยะแรก (early detection) หรือตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (early screening) ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ดังนี้

(๑) เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

(๒) การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

(๓) แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลพินิจของแพทย์ เฉพาะกรณีดำเนินการภายในสถานพยาบาล

“ผู้ประกันตนที่ป่วย” หมายความว่า ผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และให้หมายความรวมถึงผู้ประกันตนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยการฉีดวัคซีนจากสถานพยาบาลที่ภาครัฐกำหนด และเกิดอาการแพ้วัคซีนหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีน ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

ข้อ ๔ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล ดังนี้

ก. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองนอกสถานพยาบาล ให้สำนักงานจ่ายค่าตรวจคัดกรองสำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนดและไม่ได้เป็นผู้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น ดังนี้

๑. การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ดังนี้

๑.๑ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท

๑.๒ ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหมายจ่ายในอัตราครั้งละ ๖๐๐ บาท

๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม ดังนี้

๒.๑ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๓๒๐ บาท

๒.๒ ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหมายจ่ายในอัตราตัวอย่างละ ๑๐๐ บาท

ข. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ที่ให้บริการผู้ประกันตนที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 หรือผู้ที่มีอาการและอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๑. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ

๑.๑ ประเภทผู้ป่วยนอก

(๑) สำนักงานจ่ายค่าตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล สำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข และไม่ได้เป็นผู้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น ดังนี้

(๑.๑) การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ดังนี้

(๑.๑.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท

(๑.๑.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหมายจ่ายในอัตราครั้งละ ๖๐๐ บาท

(๑.๒) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม ดังนี้

(๑.๒.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๓๒๐ บาท

(๑.๒.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเหมาจ่ายในอัตราตัวอย่างละ ๑๐๐ บาท

(๒) ค่ายาด้านไวรัสหรือยาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินรายละ ๗,๒๐๐ บาท (กรณีได้รับการจ่ายชดเชยเป็นยาจะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงิน)

๑.๒ ประเภทผู้ป่วยใน

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนที่ป่วยหรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ประกันตนที่ป่วย ตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

(๑) ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษา ดังนี้

(๑.๑) ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษา รวมค่าอาหาร ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินวันละ ๒,๕๐๐ บาท

(๑.๒) ค่าหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 (Hospital) โรงพยาบาลสนาม และสถานกักกันในโรงพยาบาล (Hospital Quarantine) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินวันละ ๑,๕๐๐ บาท

(๒) ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับ ๑ Admission ให้คำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight RW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท ต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW)

(๓) ค่ายาด้านไวรัสหรือยาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในอัตราเท่าที่จ่ายตามจริงตามความจำเป็นไม่เกินรายละ ๗,๒๐๐ บาท (กรณีได้รับการจ่ายชดเชยเป็นยาจะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงิน)

(๔) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินครั้งละ ๒,๕๐๐ บาท

(๕) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) จำนวนตามอาการผู้ประกันตนที่ป่วย ดังนี้

(๕.๑) กรณีอาการเล็กน้อยถึงอาการปานกลาง จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกิน ๑๕ ชุดต่อวัน จำนวน ๗๔๐ บาทต่อชุด

(๕.๒) กรณีอาการรุนแรง จ่ายตามการให้บริการจริง จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน ๓๐ ชุดต่อวัน จำนวน ๗๔๐ บาทต่อชุด

๑.๓ ค่าพาหนะ

กรณีใช้ยานพาหนะเพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานพยาบาลรับหรือส่งต่อระหว่างบ้าน ด้านท่าอากาศยาน ด้านพรมแดน ด้านท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม หรือผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 (Hospital) และสถานพยาบาล ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาล ที่ให้บริการรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วย ดังนี้

(๑) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน ให้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๕๐๐ บาท

(๒) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่น นอกจากจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะตาม (๑) แล้ว สำนักงานจะจ่ายเงินเพิ่มให้อีกในอัตรากิโลเมตรละ ๔ บาท โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้น และทางตรง

(๓) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อยานพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกินครั้งละ ๓,๗๐๐ บาท

๒. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนประเภทผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ค. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนมีอาการแพ้หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ดังนี้

๑. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ

๑.๑ ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น

๑.๒ ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วย โดยคำนวณ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight RW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ หมายความว่ารวมถึงค่าห้อง ค่าอาหาร และค่ายา ยกเว้น กรณีผู้ประกันตนที่ป่วย มีความจำเป็นต้องใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) สำหรับการรักษาภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตัน (Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia:VITT) สำนักงานจ่ายชดเชยเป็นยา

๒. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนประเภทผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ง. ค่าบริการฉีดวัคซีน

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีนตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ดังนี้

๑. กรณีผู้ประกันตนไม่ได้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจะจ่ายค่าบริการฉีดวัคซีน ดังนี้

๑.๑ ค่าบริการฉีดวัคซีนในสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๔๐ บาทต่อคน

๑.๒ ค่าบริการฉีดวัคซีนนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๕๐ บาทต่อคน

๒. กรณีผู้ประกันตนได้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจะจ่ายค่าบริการเฉพาะการฉีดวัคซีนนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๑๐ บาทต่อคน

จ. กรณีที่สำนักงานเห็นว่าผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์ นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล ตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ข้อ ๕ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ อยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศนี้ด้วย สำหรับกรณีค่าพาหนะเพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่นตาม ๒. ของข้อ ค. แห่งประกาศดังกล่าวข้างต้น ให้ผู้ที่มีสิทธิได้รับค่าพาหนะดังกล่าวได้รับสิทธิในส่วนที่เป็นคุณจนถึงวันที่ประธานกรรมการการแพทย์ ลงนามในประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) สำหรับการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษา
แบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน
(Community Isolation)

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ซึ่งเป็นโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

“การดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation)” หมายความว่า การให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล กรณีที่ผู้ประกันตนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และแพทย์ผู้ดูแลรักษาของสถานพยาบาลพิจารณาแล้ว เห็นสมควรให้ผู้ประกันตนรายนั้นสามารถแยกกักตัวในที่พักได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัย โดยได้รับความยินยอมจากผู้ประกันตนและเจ้าของสถานที่ และรวมถึงกรณีที่ผู้ประกันตนรักษาในสถานพยาบาล และกลับมาแยกกักตัวในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษา ทั้งนี้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

“การดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation)” หมายความว่า การให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล กรณีที่ผู้ประกันตนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และแพทย์ผู้ดูแลรักษาของสถานพยาบาลพิจารณาแล้ว เห็นสมควรให้ผู้ประกันตนได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสนามที่ชุมชนจัดตั้ง โดยได้รับความยินยอมจากผู้ประกันตนและเจ้าของสถานที่ในการจัดเตรียมสถานที่ เพื่อได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม และรวมถึงกรณีที่ผู้ประกันตนรักษาในสถานพยาบาล และกลับมาดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) จนครบกำหนด ทั้งนี้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๓ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลรักษาพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๕ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล โดยนำหลักเกณฑ์การจ่าย ประเภทผู้ป่วยใน ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ มาใช้บังคับ และจ่ายเพิ่มเติม ดังนี้

(๑) การตรวจทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT – PCR โดยการนำ nasopharyngeal and throat swab sample

๑.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายตามจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท

๑.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหม่าจ่ายในอัตราครั้งละ ๖๐๐ บาท

๑.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เหม่าจ่ายในอัตราครั้งละ ๑๐๐ บาท

(๒) ค่าดูแลการให้บริการผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยเป็นค่าดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) หรือค่าดูแลรักษา ในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) โดยเป็นค่าใช้จ่ายรวมค่าอาหาร ๓ มื้อ การติดตามประเมินอาการ และการให้คำปรึกษา เหม่าจ่ายในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อวัน ไม่เกิน ๑๔ วัน

(๓) ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ประกันตนเป็นรายบุคคล สำหรับการติดตามอาการ และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

๓.๑) สำหรับผู้ประกันตนที่ป่วย

ค่าปรอทวัดไข้แบบดิจิทัล เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด และอุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็น โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการอุปกรณ์ที่ใช้จริงไม่เกิน ๑,๑๐๐ บาทต่อราย หรือจ่ายเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ผ่านระบบ Vender Managed Inventory : VMI ขององค์การเภสัชกรรม เมื่อสามารถจัดหาได้

๓.๒) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับ คนในชุมชน (Community Isolation)

ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเลือกเบิกกรณีใด กรณีหนึ่ง จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ ๗๕๐ บาทต่อราย โดยในการเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าวให้คิดจำนวนเบิกจ่าย ตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน

(๔) ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 จ่ายตามจริง ไม่เกิน ๗,๒๐๐ บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา ทั้งนี้ กรณียาที่สถานพยาบาลได้รับจ่ายชดเชยเป็นยา หรือสถานพยาบาลได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (Vender Managed Inventory : VMI) จะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงินอีก

(๕) ค่าพาหนะเพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างที่พัก โรงพยาบาลสนามในชุมชน และสถานพยาบาล โดยสำนักงานจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วย ดังนี้

๕.๑) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน ให้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๕๐๐ บาท

๕.๒) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่น นอกจากจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะตาม ๕.๑) แล้ว สำนักงานจะจ่ายเงินเพิ่มให้อีก ในอัตรากิโลเมตรละ ๔ บาท โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้น และทางตรง

๕.๓) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดเชื้อยานพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๓,๗๐๐ บาทต่อครั้ง

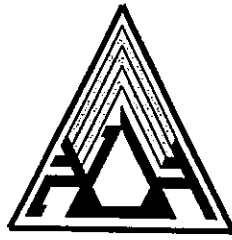
(๒) ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray)

สำนักงานจ่ายชดเชยเพิ่มเติมสำหรับกรณีผู้ป่วยนอก เพื่อการคัดแยกระดับความรุนแรงของโรค และภาวะปอดอักเสบของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ก่อนเข้ารับไว้รักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



คู่มือแนวทางการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เข้าสู่ระบบ Home Isolation Center
สำนักงานประกันสังคม ร่วมกับสถานพยาบาล

ตามคณะกรรมการการแพทย์ กองทุนประกันสังคม ได้ออกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2564 โดยมีผลใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ซึ่งมีเจตนาให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ ในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ตามที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนด ในการดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) หรือการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation)

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) รายใหม่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง อาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรืออยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้นๆ ซึ่งสามารถพักฟื้นที่บ้านหรือสถานที่ที่รัฐจัดให้ ดังนั้น เพื่อให้ผู้ประกันตนที่ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) สามารถเข้าถึงการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เข้าสู่ระบบ Home Isolation เพื่อให้ทีมเจ้าหน้าที่ประสาน Home Isolation ของประกันสังคม และสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 มีความเข้าใจในด้านการจัดระบบ การดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำหรับกลุ่มไม่แสดงอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย ได้อย่างเหมาะสม เป็นไปตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและสามารถเบิกจ่าย ค่าบริการทางการแพทย์ ได้ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2564 โดยมีผลใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. นิยาม...

1. นิยาม

สถานพยาบาล หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม และสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

การดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) หมายความว่า การให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล กรณีที่ผู้ประกันตนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และแพทย์ผู้ดูแลรักษาของสถานพยาบาลพิจารณาแล้วเห็นสมควรให้ผู้ประกันตนรายนั้นสามารถแยกกักตัวในที่พักได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัย โดยได้รับความยินยอมจากผู้ประกันตนและเจ้าของสถานที่ และรวมถึงกรณีที่ผู้ประกันตนที่มีอาการดีขึ้น (step down) หลังเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือสถานที่ที่รัฐจัดให้แล้วอย่างน้อย 10 วัน และจำหน่ายกลับบ้านเพื่อรักษาต่อเนื่องที่บ้านโดยวิธี Home Isolation จนครบกำหนด

2. แนวทางการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19)) เข้าสู่ระบบ Home Isolation

2.1 สำหรับทีมเจ้าหน้าที่ประสาน Home Isolation

2.1.1 ส่วนงานลงทะเบียน (โดยเจ้าหน้าที่ 1506 กต 6)

1) บันทึกลงทะเบียนข้อมูลผู้ประกันตนตามแบบ HI SSO หรือแนะนำผู้ประกันตนลงทะเบียน แจ้งความประสงค์ผ่าน Line OA ของประกันสังคม (แบบ HI SSO เอกสารแนบ 1) ประกอบด้วยข้อมูลที่สำคัญ ดังนี้

- ข้อมูลทั่วไปผู้ประกันตน คือ ชื่อ-นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ (ใช้ในการส่ง SMS) email เบอร์โทรศัพท์ญาติ จำนวนสมาชิกที่บ้าน หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ หนังสือเดินทาง Passport เลขประจำตัวผู้ประกันตนต่างตัวที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด สถานะผู้ประกันตน ม.33 ม.39 ม.40 ชื่อโรงพยาบาลตามสิทธิ

- ข้อมูลการตรวจคัดกรอง คือ วันที่ทราบผลการตรวจ โรงพยาบาลที่ตรวจคัดกรอง/ศูนย์ตรวจคัดกรอง ตรวจด้วยตนเองหรือตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ วิธีตรวจด้วย RT-PCR หรือ antigen test kit ประเภทตัวอย่างที่ใช้ตรวจเก็บจาก โพรงหลังจมูก (nasopharyngeal) ช่องปาก ลำคอ หรือ น้ำลาย (oropharyngeal) โพรงจมูก (nasal)

- ข้อมูลโรคประจำตัว/อาการเจ็บป่วยปัจจุบันเบื้องต้น/ยารักษาโควิด 19

- บันทึกเสียความยินยอมของผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการ แบบ Home Isolation

2) แจ้งผู้ประกันตนเตรียมภาพถ่ายสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และผลการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วย Antigen test kit ต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้ผลบวก (ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้ว หรือผลการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วยวิธี RT-PCR

3) แจ้งผู้ประกันตนรอเจ้าหน้าที่ส่วนงานคัดกรองและประเมินผู้ป่วยติดต่อกลับ ภายใน 48 ชั่วโมง

4) ส่งแบบ HI SSO หรือข้อมูลการลงทะเบียนขอรับบริการผ่าน Line OA ของประกันสังคม ให้เจ้าหน้าที่ส่วนงานประเมินผู้ป่วย ดำเนินการต่อไป

5) เก็บรวบรวมสถิติจำนวนผู้ประกันตนที่แจ้งความประสงค์เข้ารับบริการ Home Isolation จำนวนผู้ประกันตนที่ผ่านคุณสมบัติเข้าสู่ระบบ Home Isolation จำนวนผู้ประกันตนที่ได้รับการดูแลครบกำหนด 14 วัน จำนวนผู้ประกันตนที่ย้ายจากระบบ Home Isolation ไปอยู่โรงพยาบาลสนาม Hospital หรือโรงพยาบาล เนื่องจากมีอาการรุนแรงมากขึ้น

2.1.2 ส่วนงาน...

2.1.2 ส่วนงานประเมินผู้ป่วย (โดยเจ้าหน้าที่สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์) โดยมีทีมอาจารย์ที่ปรึกษาทางการแพทย์และที่ปรึกษาทางการแพทย์พยาบาลให้คำแนะนำ

1) ประเมินคุณสมบัติผู้ประกันตน เพื่อคัดกรองว่าผู้ประกันตนที่เข้าข่ายเป็นกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว ไม่แสดงอาการ หรือแสดงอาการเล็กน้อย เหมาะสมเข้ารับการรักษาแบบ Home Isolation (สามารถขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาทางการแพทย์และที่ปรึกษาทางการแพทย์พยาบาล)

- โทรศัพท์ติดต่อกลับผู้ประกันตน เพื่อขอภาพถ่ายบัตรภาพบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง Passport ผลการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วย Antigen test kit ต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้ผลบวก (ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้ว) หรือผลการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 ด้วยวิธี RT-PCR ขอข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆ หากเห็นว่าข้อมูลยังไม่เพียงพอในการประเมินผู้ประกันตน

2) กรณีคุณสมบัติผู้ประกันตนเหมาะสมเข้าเกณฑ์คุณสมบัติเข้ารับบริการ แบบ Home Isolation ให้ดำเนินการโทรศัพท์แจ้งข้อมูลผู้ประกันตน เพื่อการส่งต่อให้สถานพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยในระบบ Home Isolation ของสถานพยาบาล และส่ง QR CODE ของสถานพยาบาลให้ผู้ประกันตนติดต่อกับเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลรับดูแลในระบบ Home Isolation ของสถานพยาบาล และบันทึกผลการดำเนินการลงในแบบ HI SSO ประกอบด้วยวันที่ เวลา ชื่อโรงพยาบาลที่รับผู้ประกันตน ชื่อเจ้าหน้าที่ เบอร์โทรศัพท์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

3) กรณีคุณสมบัติผู้ประกันตนไม่เหมาะสมสำหรับการดูแลรักษา แบบ Home Isolation พิจารณา ให้ทางเลือกอื่นให้ผู้ประกันตน ประสานส่งต่อให้ทีมหาเตียงสนาม Hospitel หรือโรงพยาบาลเพื่อรับ Admit กรณีผู้ประกันตนมีอาการรุนแรงในระดับ สีเหลือง ถึงสีแดง โดยบันทึกผลการดำเนินการลงในแบบ HI SSO

หมายเหตุ ข้อเสนอแนะสำหรับการพิจารณาคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ป่วยสำหรับการดูแลรักษาแบบ Home Isolation

- อายุ < 60 ปี
- ไม่มีอาการ (asymptomatic cases)
- มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง
- ไม่มีภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 100 Kg)
- ไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรคอื่นๆ ตามดุลยพินิจแพทย์
- มีความพร้อมในด้านที่อยู่อาศัย จำนวนสมาชิกที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน สามารถดูแลตัวเองได้

2.1.3 ส่วนงานติดตาม/รายงานผล

1) ส่ง SMS ติดตามผู้ประกันตนในด้านการดูแลการรักษาของสถานพยาบาล

- การจัดส่งปรอทวัดไข้แบบดิจิทัล และเครื่องวัดออกซิเจนในเลือดให้ผู้ป่วย ภายในกี่วัน
- การจัดส่งอาหารและน้ำ 3 มื้อ เป็นเวลา 14 วัน ถูกขยะแดง
- มีทีมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ติดตามอาการทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง ผ่านระบบออนไลน์

2) ประสาน...

2) ประสานขอข้อมูลรายงานผลการดูแลรักษาจากสถานพยาบาล (สัปดาห์ละครั้ง)

- สถานะรักษาครบ 14 วัน จำหน่าย
- สถานะย้ายไปอยู่โรงพยาบาลสนาม Hospitel หรือ Admit ในโรงพยาบาล
- สถานะติดต่อกันไม่ได้ระหว่าง 14 วัน

3) รายงานผลให้ทีมลงทะเบียนทราบเพื่อจัดทำรายงานสถิติ เสนอผู้บริหาร

2.2 สำหรับสถานพยาบาล

สถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีแนวทางปฏิบัติตาม Flow Chart สำหรับสถานพยาบาลการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยโรคโควิด 19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) เอกสารแนบ

2.2.1 สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ผ่านระบบเบิกจ่าย โดยแบ่งตามประเภทสถานพยาบาล ดังนี้

1) หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชนอบอุ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บันทึกลงเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ผ่านระบบ e-claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม

- สถานพยาบาลรัฐ ให้บันทึกเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ผ่านระบบ สกส. โปรแกรม SIP 09
- สถานพยาบาลเอกชน ให้บันทึกเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ผ่านระบบ UCEP COVID

3) สถานพยาบาลเอกชนที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด บันทึกเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ผ่านระบบ UCEP COVID ประเภทผู้ป่วยในและมีรายการเบิกจ่ายเพิ่มเติม

1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (Nasopharyngeal and throat swab sample) ดังนี้

(1.1) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 1,600 บาท

(1.2) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เหม่าจ่ายในอัตราครั้งละ 600 บาท

(1.3) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เหม่าจ่ายในอัตราครั้งละ 100 บาท

2) ค่าดูแลรักษา ในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) หรือค่าดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข เป็นค่าใช้จ่ายรวมค่าอาหาร 3 มื้อ การติดตามประเมินอาการ และการให้คำปรึกษา เหม่าจ่ายในอัตรา 1,000 บาท ต่อวันไม่เกิน 14 วัน

3) ค่า...

3) ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ประกันตนเป็นรายบุคคล สำหรับติดตามอาการค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ประกันตนเป็นรายบุคคล สำหรับการติดตามอาการและเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3.1) ค่าปรอทวัดไข้แบบดิจิตอล เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด และอุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็น โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการอุปกรณ์ที่ใช้จริงไม่เกิน 1,100 บาทต่อราย หรือจ่ายเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านระบบ Vender Managed Inventory : VMI ขององค์การเภสัชกรรม เมื่อสามารถจัดหาได้

3.2) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) โดยเลือกเบิกกรณีใดกรณีหนึ่ง จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ 740 บาทต่อราย โดยในการเบิกค่าใช้จ่ายดังกล่าวให้คิดจำนวนเบิกจ่ายตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงต่อวัน

4) ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 จ่ายตามจริงไม่เกิน 7,200 บาทต่อราย หรือจ่ายชดเชยเป็นยา ทั้งนี้ กรณียาที่สถานพยาบาลได้รับจ่ายชดเชยเป็นยา หรือสถานพยาบาลได้รับยาตามระบบการจัดส่งยาขององค์การเภสัชกรรม (Vender Managed Inventory : VMI) จะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงินอีก

5) ค่าพาหนะเพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างที่พัก โรงพยาบาลสนามในชุมชน และสถานพยาบาล โดยสำนักงานจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วย ดังนี้

5.1) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน ให้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 500 บาท

5.2) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่น นอกจากจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะตาม 5.1) แล้ว สำนักงานจะจ่ายเงินเพิ่มให้อีก ในอัตรากิโหลเมตรละ 4 บาท โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้น และทางตรง

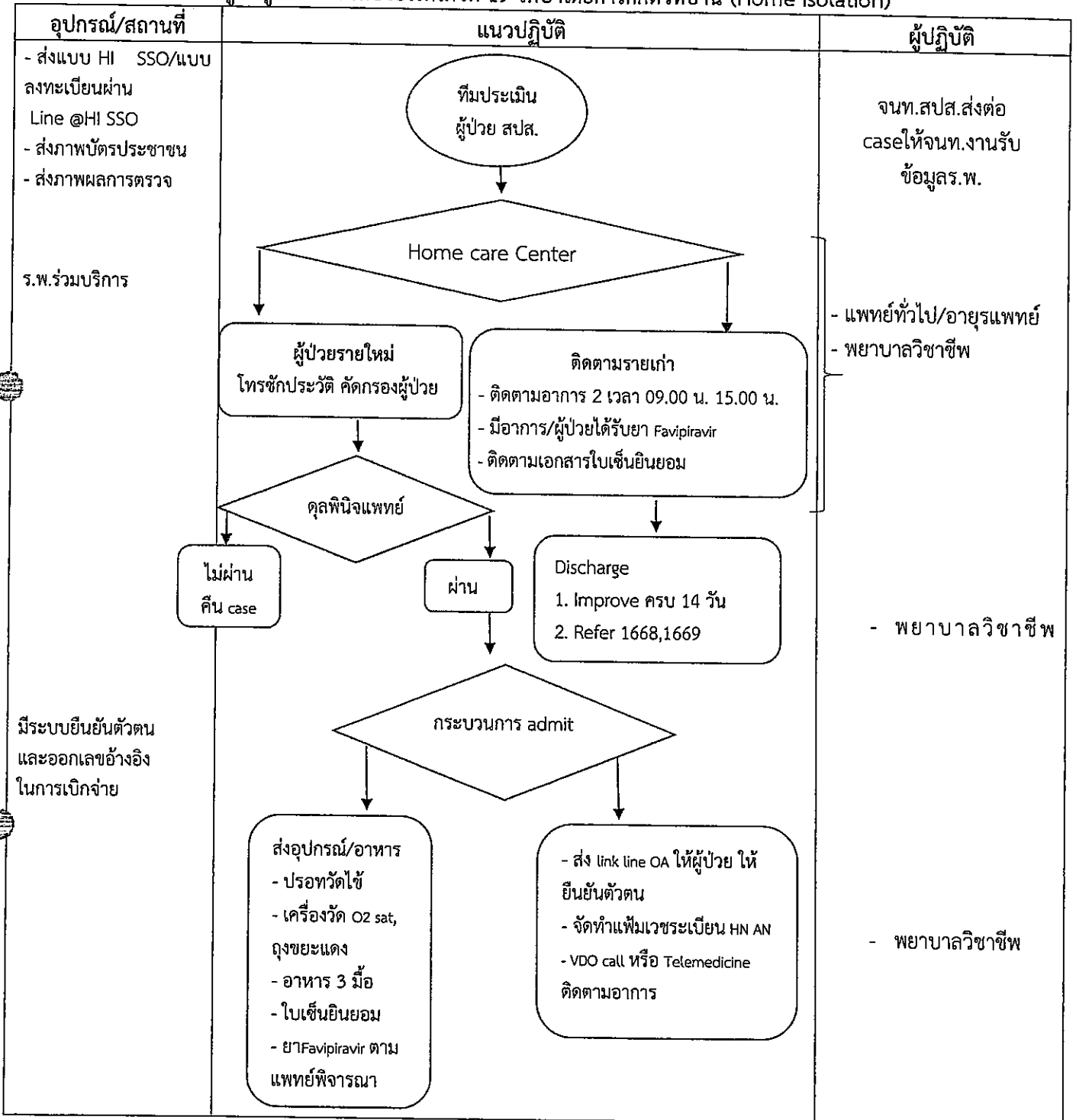
5.3) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อยานพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,700 บาทต่อครั้ง

6) ค่าบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) ในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง

สำนักงานจ่ายชดเชยเพิ่มเติมสำหรับกรณีผู้ป่วยนอก เพื่อการคัดแยกระดับความรุนแรงของโรคและภาวะปอดอักเสบของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ก่อนเข้ารับไว้รักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแลรักษาในโรงพยาบาลสนาม สำหรับคนในชุมชน (Community Isolation) ในอัตรา 100 บาทต่อครั้ง

จัดทำโดยสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม

Flow Chart แนวทางปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาล
การดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยโรคโควิด 19 รักษาโดยการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)





ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน
ที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

โดยที่เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าใช้จ่ายในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
ในกรณีที่ผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน คณะกรรมการการแพทย์
จึงมีมติเห็นควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้น สำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ
ประกันสังคม

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งจากคณะกรรมการการแพทย์
ให้วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

“เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” หมายความว่า เงินที่จ่ายเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในกรณีที่ผู้ประกันตน
ที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus
Disease 2019 (COVID-19)) โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด

ข้อ ๓ เงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้จ่ายให้แก่ผู้ประกันตนหรือกรณีที่ผู้ประกันตนเสียชีวิต
ให้เฉลี่ยจ่ายให้แก่สามีหรือภริยา บิดามารดา บุตร ทั้งนี้ ผู้ประกันตนดังกล่าวจะต้องไม่ได้รับสิทธิจากหน่วยงาน
ภาครัฐอื่น

ข้อ ๔ ความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามประกาศนี้จะต้อง
เป็นการเข้ารับวัคซีนตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมการป้องกันและขจัดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และให้รวมถึงความเสียหาย
ที่เกิดจากเหตุสุดวิสัยจากการรับวัคซีนดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ไม่รวมถึงวัคซีนทางเลือกที่ให้บริการโดยสถานบริการ
ของเอกชนซึ่งเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ประกันตน

ข้อ ๕ ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น

(๑) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษา ตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ ๒๔๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๔๐๐,๐๐๐ บาท

(๒) สูญเสียอวัยวะ หรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ได้ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๒๔๐,๐๐๐ บาท

(๓) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

กรณีที่มีความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามวรรคหนึ่ง (๑) (๒) หรือ (๓) ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม

การพิจารณาความเสียหายและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการการแพทย์หรือคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์พิจารณา

ข้อ ๖ ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิที่อ้างว่าผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามแบบที่กำหนดท้ายประกาศได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา และให้หน่วยงานดังกล่าวส่งคำขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ เพื่อเสนอให้คณะกรรมการการแพทย์หรือคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์พิจารณา

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ได้รับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมติของคณะกรรมการการแพทย์หรือคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)

ประธานกรรมการการแพทย์



แบบการยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีที่ได้รับ ความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

สำนักงานประกันสังคมที่รับแบบ.....

วันที่ยื่นคำร้อง.....

๑. รายละเอียดของผู้ประกันตน

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่ขึ้นทะเบียนประกันสังคม.....

๑.๓ สถานะผู้ประกันตนตามมาตรา.....

๑.๔ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์.....

.....

๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้ารับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๒.๑ ชื่อสถานพยาบาล.....

๒.๒ สถานที่ฉีดวัคซีน.....จังหวัด.....

๒.๓ วันเดือนปีที่ได้รับวัคซีน เข็มที่ ๑..... เข็มที่ ๒.....

๒.๔ วันที่มีความเสียหายเกิดขึ้นหรือวันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น.....

๒.๕ ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับวัคซีนได้แก่.....

.....
(บอกเล่าหรือบรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับและระบุความต้องการโดยย่อ)

๓. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๓.๑ ชื่อ - สกุล.....

๓.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....

๓.๓ ความสัมพันธ์กับผู้ประกันตน.....

๓.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ยื่นคำร้องและผู้ประกันตน)

๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาหนังสือเดินทาง

๔.๒ สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วยของสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ
(.....)

๕. หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามีการมอบอำนาจ)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....
ซึ่งเป็น ผู้ประกันตน สามเณรหรือภริยา บิดา มารดา บุตร ที่ได้รับความเสียหายจาก
การรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 (Coronavirus Disease 2019
(COVID-19)).....(ระบุชื่อสถานพยาบาล).....
ขอมอบอำนาจให้..... (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ).....
เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับ
ความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้
เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์การบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin
แก่ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

โดยที่เป็นการสมควรให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin เป็นการเฉพาะในช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๒ ให้ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตและการให้ยา Erythropoietin ในช่วงเวลาที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) และไม่สามารถยื่นคำขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตหรือยื่นคำขอรับบริการทางการแพทย์แล้ว แต่อยู่ระหว่างรอการอนุมัติให้มีสิทธิการบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรหรือกรณีการให้ยา Erythropoietin มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์และอัตราในประกาศฉบับนี้ โดยให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายหรือเลขาธิการหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบการบำบัดทดแทนไตและการให้ยา Erythropoietin แล้วแต่กรณี และให้มีอำนาจกำหนดวันเริ่มมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์เกินกว่าสามสิบวันก่อนวันที่ผู้ประกันตนยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตหรือการให้ยา Erythropoietin แต่ทั้งนี้ต้องไม่ก่อนวันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๓ ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และกรณีการให้ยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด หรือสถานพยาบาลอื่นที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ แล้วแต่กรณี ดังนี้

- (๑) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีระยะเวลาน้อยกว่าสัปดาห์ละสองครั้ง หรือครั้งละน้อยกว่าสี่ชั่วโมง หรือโดยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร
- (๒) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไต
- (๓) กรณีผู้ประกันตนรับยา Erythropoietin


ข้อ ๔ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๓ แก่สถานพยาบาล หรือผู้ประกันตน ตามอัตราที่กำหนดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๖(๑) (๒) (๓)(๔) และข้อ ๘ แล้วแต่กรณี

ข้อ ๕ หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีบำบัดทดแทนไตและกรณีการให้ยา Erythropoietin นอกจากที่กำหนดไว้ในประกาศฉบับนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๖ กรณีที่ผู้ประกันตนเข้ารับการบำบัดทดแทนไตตามดุลยพินิจของอายุรแพทย์โรคไต หรือแพทย์ที่ทำการรักษาเห็นควรให้ผู้ประกันตนจำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ก่อนเข้ารับบริการ หรือกรณีผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ว่าด้วยหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

ข้อ ๗ ในกรณีที่สำนักงานประกันสังคมเห็นว่าผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ กรณีบำบัดทดแทนไต ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และกรณีการให้ยา Erythropoietin ควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล ตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามแนวทางโครงการ Factory sandbox

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่มีการระบาดใหม่อย่างรวดเร็ว ที่ประชุมศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการประชุมครั้งที่ ๑๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ เห็นชอบตามที่กระทรวงแรงงานได้จัดทำข้อเสนอโครงการนำร่องเกี่ยวกับแรงงานในสถานประกอบกิจการและโรงงานตามโครงการ Factory sandbox เพื่อจัดการโครงสร้างและกระบวนการในลักษณะ “เศรษฐกิจสาธารณสุข” ที่ดำเนินการควบคู่กันระหว่างสาธารณสุขและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะภาคการผลิตและอุตสาหกรรมส่งออกขนาดใหญ่ อันประกอบด้วย ๔ ภาคส่วน คือ ภาคส่วนยานยนต์ ภาคส่วนชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ ภาคส่วนอาหาร และภาคส่วนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งถือเป็นกลไกหลักที่ช่วยพยุงเศรษฐกิจของประเทศในปัจจุบัน โดยมีหลักการสำคัญ คือ ตรวจ รักษา ควบคุม ดูแล เพื่อให้การบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเกิดประโยชน์สูงสุดและตรงกลุ่มเป้าหมายให้ผู้ประกันตนในสถานประกอบการที่ดำเนินกิจการผลิตเพื่อการส่งออกสินค้าทั้ง ๔ ภาคส่วนดังกล่าว ซึ่งมีลูกจ้างตั้งแต่ ๕๐๐ คนขึ้นไป ในพื้นที่ ๗ จังหวัดนำร่องที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด ในระยะที่ ๑ ได้แก่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดนนทบุรี จังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดปทุมธานี ระยะที่ ๒ ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดฉะเชิงเทรา และจังหวัดสมุทรปราการ ได้รับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) โดยให้มีการจำกัดอยู่ในพื้นที่ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในวงกว้าง อันจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อม ตลอดจนสุขภาพของประชาชนทั่วประเทศ ประกอบกับที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด - 19 (ศบค.ศบค.) ได้มีมติเห็นชอบตามที่กระทรวงแรงงานเสนอคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามแนวทางโครงการ Factory sandbox

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๕ คณะกรรมการการแพทย์ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๔ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมในการประชุมครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๔ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19” หมายความว่า การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ด้วยเทคนิค Real time Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (Real time RT-PCR) เพื่อตรวจค้นหาผู้ประกันตนที่อาจติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ หากเป็นการตรวจคัดกรองด้วยวิธี RT-PCR แล้วมีผู้ติดเชื้อ ให้ประเมินศักยภาพในการดูแลรักษา และพิจารณาใช้วิธีสุ่มตรวจตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

“สถานประกอบการ” หมายความว่า สถานประกอบการที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดที่กระทรวงแรงงาน และกระทรวงอุตสาหกรรม เสนอต่อคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบกำหนดให้ได้รับการดำเนินการตามโครงการ Factory sandbox และได้ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือโครงการ Factory sandbox

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และได้ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือโครงการ Factory sandbox

“จังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด” หมายความว่า จังหวัดนำร่องตามโครงการ Factory sandbox

“ผู้ประกันตน” หมายความว่า ผู้ประกันตนในสถานประกอบการเป้าหมายในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดตามโครงการ Factory sandbox

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดตามโครงการ Factory sandbox

ข้อ ๓ การพิจารณาจัดสรรจำนวนผู้ประกันตน และกำหนดสถานประกอบการที่เข้าร่วมดำเนินการตามโครงการ Factory sandbox ให้เป็นไปตามที่กระทรวงแรงงาน และกระทรวงอุตสาหกรรม เสนอต่อคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เพื่อดำเนินการในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด

ข้อ ๔ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และค่าบริการให้คำแนะนำ คำปรึกษาเพื่อติดตามดูแลและประเมินผล แก่สถานพยาบาล ดังนี้

๔.๑ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT - PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท ๒ ยืน ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๕๐๐ บาท

๔.๒ ค่าบริการให้คำแนะนำ คำปรึกษาเพื่อติดตามดูแลและประเมินผล ตั้งแต่เริ่มการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT - PCR จนกระทั่งสถานประกอบการได้รับการรับรอง “โรงงานผ่านมาตรฐาน sandbox” โดยต้องจัดทำรายงานข้อมูลของผู้ประกันตนรายบุคคล และข้อมูลสถานประกอบการให้สำนักงานทราบ เหน่าจ่ายในอัตราคนละ ๒๐๐ บาท

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)

ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานเพื่อปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

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

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๑) (๑) ของ (๒) ของ ข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) กรณีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ในการรักษาโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract) จ่ายเป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA ให้กับสถานพยาบาลที่มีการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และมีการทำ CT Brain และหรือ MRI/MRA Brain ก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ่มเลือดเหมาจ่ายครั้งละ ๕๐,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน)”

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

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

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความใน (๑) ของข้อ ๔.๒.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) กรณีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ในการรักษาโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract) จำเป็นจ่ายยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ให้กับสถานพยาบาลที่มีการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และมีการทำ CT Brain และหรือ MRI/MRA Brain ก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ่มเลือดเหมาจ่ายครั้งละ ๕๐,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน)”

ประกาศ ณ วันที่ ๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์
ให้แก่ผู้ประกันตน

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (๒/๑) ของข้อ ๒/๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ
ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘
ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตรา
ค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่
เนื่องจากการทำงาน พ.ศ. ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

“(๒/๑) ให้ขยายระยะเวลาตาม (๒) ออกไปจนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔”

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ ๒)

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และเป็นไปตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุม ครั้งที่ ๑๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๔ และครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๔ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม และที่ปรึกษา (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๑๖/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๔ และครั้งที่ ๑๘/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๔

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

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้เพิ่มบทนิยามคำว่า “ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต” ในข้อ ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

“ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอก”

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความใน ก. ของข้อ ๔ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ก. กรณีการตรวจคัดกรองสำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนด นอกสถานพยาบาล ดังนี้

๑. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)

๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม

๓. การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) ด้วยชุดตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) การติดเชื้อ SARS-Cov-2 ต้องผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งการตรวจและการแปลผล ต้องทำโดยบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ทั้งนี้ แนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ ในแต่ละวิธีเป็นไปตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

๔. การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)

๕. การตรวจ Antigen Test Kit (ATK) จ่ายเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านระบบ Vender Managed Inventory : VMI ขององค์การเภสัชกรรม ทั้งนี้ กรณีที่ยังจัดหาไม่ได้ สำนักงานจะจ่าย ขดเชยเป็นเงิน

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองดังกล่าว สำหรับผู้ประกันตน ที่ไม่มีสัญชาติไทย เป็นไปตามบัญชีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ท้ายประกาศนี้ โดยมีผลบังคับใช้ ดังต่อไปนี้

(๑) ตั้งแต่วันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้เป็นไปตามอัตราในบัญชี ๑

(๒) ตั้งแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับเป็นต้นไป ให้เป็นไปตามอัตราในบัญชี ๒”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความใน (๑) ของข้อ ๔ ข. ๑. ๑.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) กรณีการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนด ดังนี้

(๑.๑) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)

(๑.๒) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม

(๑.๓) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) ด้วยชุดตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) การติดเชื้อ SARS-Cov-2 ต้องผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งการตรวจและการแปลผล ต้องทำโดยบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ทั้งนี้ แนวทางการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ ในแต่ละวิธีเป็นไปตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

(๑.๔) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)

(๑.๕) การตรวจ Antigen Test Kit (ATK) จ่ายเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ผ่านระบบ Vender Managed Inventory : VMI ขององค์การเภสัชกรรม ทั้งนี้ กรณีที่ยังจัดหาไม่ได้ สำนักงานจะจ่าย ขดเชยเป็นเงิน

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคดังกล่าว สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่มีสัญชาติไทย ตามบัญชีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ท้ายประกาศนี้ โดยมีผลบังคับใช้ดังต่อไปนี้

(๑) ตั้งแต่วันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ จนถึงก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้เป็นไปตามอัตราในบัญชี ๑

(๒) ตั้งแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับเป็นต้นไป ให้เป็นไปตามอัตราในบัญชี ๒”

ข้อ ๕ ให้ยกเลิกความใน (๑) ของข้อ ๔ ข. ๑. ๑.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษา รวมค่าอาหาร ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดหรือแนะนำ ดังนี้

(๑.๑) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินวันละ ๑,๕๐๐ บาท

(๑.๒) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินวันละ ๓,๐๐๐ บาท

(๑.๓) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการรุนแรง (สีแดง) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินวันละ ๗,๕๐๐ บาท

ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษา รวมค่าอาหารดังกล่าว ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป”

ข้อ ๖ ให้ยกเลิกความใน (๕) ของข้อ ๔ ข. ๑. ๑.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๕) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

(๕.๑) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินวันละ ๓๐๐ บาท

(๕.๒) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ในอัตราชุดละ ๗๔๐ บาท ตามจริงไม่เกิน ๑๕ ชุดต่อวัน หรือไม่เกินวันละ ๑๑,๑๐๐ บาท

(๕.๓) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการรุนแรง (สีแดง) ในอัตราชุดละ ๗๔๐ บาท ตามจริงไม่เกิน ๓๐ ชุดต่อวัน หรือไม่เกินวันละ ๒๒,๒๐๐ บาท

ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดังกล่าว ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป”

ข้อ ๗ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น ฉ. ของข้อ ๔ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

“ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต สำนักงานจะจ่ายให้แก่สถานพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอก ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เหมายจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ประกันตนที่เสียชีวิต ทั้งนี้ ผู้ประกันตนดังกล่าวจะต้องเป็นผู้ประกันตนที่ไม่มีสัญชาติไทย

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิตดังกล่าว ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป”

ข้อ ๘ ผู้ที่มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ อยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศนี้ด้วย สำหรับกรณีการตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ตาม ๑. ของข้อ ๔ ก. และตาม (๑) ของข้อ ๔ ข. ๑.๑ (๑) (๑.๑) กรณีค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลรักษาตาม (๑) ของข้อ ๔ ข. ๑. ๑.๒ และกรณีค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) ตาม (๕) ของข้อ ๔ ข. ๑. ๑.๒ แห่งประกาศดังกล่าวข้างต้น ให้ผู้ที่มีสิทธิได้รับค่าบริการดังกล่าวได้รับสิทธิในส่วนที่เป็นคุณจนถึงวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)

ประธานกรรมการการแพทย์

บัญชีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ บัญชี ๑
 แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
 เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ ๒)

รายการ	อัตราค่าบริการ
๑. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)	
(๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๖๐๐ บาท
(๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เหมาจ่ายครั้งละ ๖๐๐ บาท
๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม	
(๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๓๒๐ บาท
(๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เหมาจ่ายตัวอย่างละ ๑๐๐ บาท
๓. การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ	เหมาจ่ายครั้งละ ๓๕๐ บาท
๔. การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)	
(๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๒๐๐ บาท
(๒) ค่าตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน สามารถตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) ร่วมกับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ ด้วยวิธี RT - PCR ได้ โดยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจแพทย์ผู้รักษาพิจารณา	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๕๐๐ บาท
๕. การตรวจ Antigen Test Kit (ATK)	
(๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๔๕๐ บาท
(๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๕๕๐ บาท

บัญชีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ บัญชี ๒
แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ ๒)

รายการ	อัตราค่าบริการ
๑. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)	
(๑) ประเภท ๒ ยืน	
(๑.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๑๐๐ บาท
(๑.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เหมาจ่ายครั้งละ ๓๐๐ บาท
(๑.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ	เหมาจ่ายครั้งละ ๑๐๐ บาท
(๒) ประเภท ๓ ยืน	
(๒.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๓๐๐ บาท
(๒.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เหมาจ่ายครั้งละ ๓๐๐ บาท
(๒.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ	เหมาจ่ายครั้งละ ๑๐๐ บาท
๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) ไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม	
(๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินตัวอย่างละ ๓๒๐ บาท
(๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ	เหมาจ่ายตัวอย่างละ ๑๐๐ บาท
๓. การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody)	
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ	เหมาจ่ายครั้งละ ๓๕๐ บาท
๔. การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen)	
(๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๔๕๐ บาท
(๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๕๕๐ บาท

รายการ	อัตราค่าบริการ
๕. การตรวจ Antigen Test Kit (ATK)	
(๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการ เก็บส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๔๕๐ บาท
(๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการ เก็บส่งตรวจ	เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๕๕๐ บาท



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับค่าบริการทางการแพทย์โดยการ
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV)

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (ค) ของ (๑) ข้อ ๖ ของหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์
โดยการบำบัดทดแทนไต ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่
๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่
เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

“(ค) กรณีผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ยื่นขอใช้สิทธิ
การบำบัดทดแทนไต สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๔,๐๐๐ บาทต่อครั้ง และไม่เกิน
๑๒,๐๐๐ บาทต่อสัปดาห์ สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน”

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน
ที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราค่าใช้จ่ายในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
ในกรณีที่ผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นดังกล่าว
โดยให้ผู้ประกันตนสัญชาติไทยได้รับสิทธิ และยื่นขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามประกาศสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณี
ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) สำหรับผู้ประกันตนที่ไม่มีสัญชาติไทยให้ได้รับสิทธิตามประกาศนี้
ซึ่งเป็นไปตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๑๕/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๔
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมและที่ปรึกษา (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๒๑/๒๕๖๔
เมื่อวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๔

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๒๓
กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งจากคณะกรรมการการแพทย์
ให้วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

“เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” หมายความว่า เงินที่จ่ายเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนในกรณีที่ผู้ประกันตน
ที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus
Disease 2019 (COVID-19)) โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด

ข้อ ๔ เงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้จ่ายแก่ผู้ประกันตนที่ไม่มีสัญชาติไทย

กรณีผู้ประกันตนตามวรรคหนึ่งเสียชีวิต ให้เฉลี่ยจ่ายให้แก่สามีหรือภริยา บิดามารดา บุตร

ข้อ ๕ ความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามประกาศนี้จะต้องเป็นการเข้ารับวัคซีนตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมการป้องกันและขจัดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และให้รวมถึงความเสียหายที่เกิดจากเหตุสุดวิสัยจากการรับวัคซีนดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ ไม่รวมถึงวัคซีนทางเลือกที่ให้บริการโดยสถานบริการของเอกชนซึ่งเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ประกันตน

ข้อ ๖ ประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น

(๑) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ ๒๔๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๔๐๐,๐๐๐ บาท

(๒) สูญเสียอวัยวะ หรือพิการที่มีผลกระทบต่อการทำงานชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาทแต่ไม่เกิน ๒๔๐,๐๐๐ บาท

(๓) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในอัตราไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท

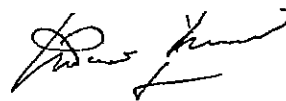
กรณีที่ความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตามวรรคหนึ่ง (๑) (๒) หรือ (๓) ได้ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม

การพิจารณาความเสียหายและอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการการแพทย์หรือคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์พิจารณา

ข้อ ๗ ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิตามข้อ ๔ ที่อ้างว่าผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) มีสิทธิยื่นคำขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามแบบที่กำหนดท้ายประกาศได้ที่สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา และให้หน่วยงานดังกล่าวส่งคำขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ เพื่อเสนอให้คณะกรรมการการแพทย์หรือคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์พิจารณา

สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ได้รับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมติของคณะกรรมการการแพทย์หรือคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามแนวทางโครงการ Factory sandbox

ตามที่กระทรวงแรงงาน ได้ดำเนินงานโครงการนำร่องเกี่ยวกับแรงงานในสถานประกอบกิจการ และโรงงานตามโครงการ Factory sandbox เพื่อจัดการโครงสร้างและกระบวนการในลักษณะ “เศรษฐกิจสาธารณสุข” ที่ดำเนินการควบคู่กันระหว่างสาธารณสุขและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะภาคการผลิต ซึ่งถือเป็นกลไกหลักที่ช่วยพยุงเศรษฐกิจของประเทศในปัจจุบัน โดยมีหลักการสำคัญ คือ ตรวจ รักษา ควบคุม ดูแล เพื่อให้การบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเกิดประโยชน์สูงสุดและตรงกลุ่มเป้าหมาย ให้ผู้ประกันตนในสถานประกอบการที่ดำเนินการในภาคการผลิต ซึ่งมีลูกจ้างตั้งแต่ ๑๐๐ คนขึ้นไป ในพื้นที่ ๑๑ จังหวัดนำร่องที่เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด ซึ่งเป็นภาคการผลิตอันเป็นแหล่งเศรษฐกิจของประเทศ ได้แก่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดนนทบุรี จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดปทุมธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดระยอง จังหวัดลพบุรี จังหวัดสระบุรี และจังหวัดปราจีนบุรี ได้รับการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) โดยให้มีการจำกัดอยู่ในพื้นที่ ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในวงกว้าง อันจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อม ตลอดจนสุขภาพของประชาชนทั่วประเทศนั้น และต่อมาศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) มีคำสั่งที่ ๑๙/๒๕๖๔ เรื่อง พื้นที่สถานการณ์ที่กำหนดเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด พื้นที่ควบคุมสูงสุด พื้นที่ควบคุม และพื้นที่เฝ้าระวังสูง ตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ ลงวันที่ ๓๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้ปรับระดับของพื้นที่สถานการณ์บางจังหวัดที่เคยเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด ให้เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุด ส่งผลต่อระดับพื้นที่ของทั้ง ๑๑ จังหวัดดังกล่าว ทั้งนี้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ยังคงส่งผลต่อการดำเนินการในภาคการผลิต อันเป็นแหล่งเศรษฐกิจของประเทศ คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามแนวทางโครงการ Factory sandbox และกำหนดเพิ่มจังหวัดสงขลาเป็นจังหวัดตามแนวทางโครงการ Factory sandbox รวมเป็น ๑๒ จังหวัด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์ในการประชุมครั้งที่ ๑๖/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม ในการประชุมครั้งที่ ๒๓/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามแนวทางโครงการ Factory sandbox ลงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19” หมายความว่า การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ด้วยเทคนิค Real time Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (Real time RT-PCR) เพื่อตรวจค้นหาผู้ประกันตนที่อาจติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานประกอบการ หากเป็นการตรวจคัดกรองด้วยวิธี RT-PCR แล้วมีผู้ติดเชื้อ ให้ประเมินศักยภาพในการดูแลรักษา และพิจารณาใช้วิธีสุ่มตรวจตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

“สถานประกอบการ” หมายความว่า สถานประกอบการที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ภาคการผลิตอันเป็นแหล่งเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งมีลูกจ้างตั้งแต่ ๑๐๐ คนขึ้นไป ที่กระทรวงแรงงาน และกระทรวงอุตสาหกรรม เสนอต่อคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบกำหนดให้ได้รับการดำเนินการตามโครงการ Factory sandbox และได้ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือโครงการ Factory sandbox ทั้งนี้ ให้รวมถึงสถานประกอบการอื่นที่ประจำทำงานในพื้นที่ของสถานประกอบการดังกล่าว โดยให้สำนักงานประกันสังคมหรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเป็นผู้พิจารณาตามหลักของการควบคุมป้องกันโรค

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดและได้ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือโครงการ Factory sandbox

“จังหวัดที่เป็นพื้นที่ภาคการผลิตอันเป็นแหล่งเศรษฐกิจของประเทศ” หมายความว่า จังหวัดน่าน รองตามโครงการ Factory sandbox จำนวน ๑๒ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดนนทบุรี จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดปทุมธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดระยอง จังหวัดลพบุรี จังหวัดสระบุรี จังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดสงขลา

“ผู้ประกันตน” หมายความว่า ผู้ประกันตนในสถานประกอบการเป้าหมายในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ภาคการผลิตอันเป็นแหล่งเศรษฐกิจของประเทศตามโครงการ Factory sandbox

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ภาคการผลิตอันเป็นแหล่งเศรษฐกิจของประเทศตามโครงการ Factory sandbox

ข้อ ๔ การพิจารณาจัดสรรจำนวนผู้ประกันตน และกำหนดสถานประกอบการที่เข้าร่วมดำเนินการตามโครงการ Factory sandbox ให้เป็นไปตามที่กระทรวงแรงงาน และกระทรวงอุตสาหกรรม เสนอต่อคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เพื่อดำเนินการในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ภาคการผลิตอันเป็นแหล่งเศรษฐกิจของประเทศ

ข้อ ๕ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และค่าบริการให้คำแนะนำ คำปรึกษาเพื่อติดตามดูแลและประเมินผล แก่สถานพยาบาล ดังนี้

๕.๑ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) ประเภท ๒ ยืน ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑,๕๐๐ บาท

๕.๒ ค่าบริการให้คำแนะนำ คำปรึกษาเพื่อติดตามดูแลและประเมินผล ตั้งแต่เริ่มการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT-PCR จนกระทั่งสถานประกอบการได้รับการรับรอง “โรงงานผ่านมาตรฐาน sandbox” โดยต้องจัดทำรายงานข้อมูลของผู้ประกันตนรายบุคคล และข้อมูลสถานประกอบการให้สำนักงานทราบ เหมายจ่ายในอัตราคนละ ๒๐๐ บาท

ข้อ ๖ การดำเนินการตามแนวทางโครงการ Factory sandbox ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามแนวทางโครงการ Factory sandbox ฉบับลงวันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ และฉบับลงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ดำเนินการอยู่ก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับและยังไม่แล้วเสร็จ ให้ดำเนินการตามแนวทางของประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉบับดังกล่าวข้างต้นจนกว่าจะดำเนินการแล้วเสร็จ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น คณะกรรมการการแพทย์จึงมีมติให้แก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อให้สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ในการประชุมครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๔ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๒๔/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ และครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๕

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


ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความในแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาล รายการที่ ๑ โรคมะเร็งเต้านม รายการที่ ๗ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ตรง และรายการที่ ๑๒ โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ที่แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒ และให้ใช้แนวทางการรักษาโรคมะเร็งและอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาล รายการที่ ๑ โรคมะเร็งเต้านม รายการที่ ๗ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ตรง และรายการที่ ๑๒ โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ที่แนบท้ายประกาศฉบับนี้แทน

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความในรายการของราคายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๓ รายการ โดยเพิ่มเป็นลำดับที่ ๘๖ ลำดับที่ ๘๗ และลำดับที่ ๘๘ แนบท้ายประกาศฉบับนี้

ข้อ ๔ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับรวมถึงผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่
เนื่องจากการทำงานอยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ซึ่งยังคงรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในอยู่ถึงวันที่
ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศนี้ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและอัตรการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

1. โรคมะเร็งเต้านม (Breast cancer)

Protocol 1 ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
1	CMF (preferably oral regimen)	q 28 days	cyclophosphamide	100 mg/m ² /day PO day 1-14	100	14	6	8,400
			Methotrexate	40 mg/m ² IV day1, 8	40	2	6	480
			5-fluorouracil	600 mg/m ² IV day1, 8	600	2	6	7,200
2	AC	q 21 days	Doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	60	1	4	240
			cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400
3	FAC (CAF)	q 21 days	cyclophosphamide	500 mg/m ² IV day1	500	1	6	3,000
			Doxorubicin	50 mg/m ² IV day1	50	1	6	300
			5-fluorouracil	500 mg/m ² IV day1	500	1	6	3,000
4	AC followed by paclitaxel as described	q 21 days	Doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	60	1	4	240
			cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400
			followed by paclitaxel	175 mg/m ² IV day1	175	1	4	700
			Doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	60	1	4	240
		q 21 days	cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400
			followed by paclitaxel	80 mg/m ² IV day1	80	1	12	960

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
5	TC*	q 21 days	Docetaxel cyclophosphamide	75 mg/m ² IV day1 600 mg/m ² IV day1	75 600	1 1	4 4	300 2,400
6	Trastuzumab**	q 21 days	Trastuzumab	loading dose 8 mg/kg IV หลังจากรับ นั้น 6 mg/kg	8 mg/kg IV หลังจากรับ นั้น 6 mg/kg	1	1	8 mg/kg
		Weekly	Trastuzumab	loading dose 4 mg/kg IV หลังจากรับ นั้นให้ 2 mg/kg	4 mg/kg IV หลังจากรับ ให้ 2 mg/kg	1	17	102 mg/kg (1 ปี)
		Weekly x 12	Trastuzumab	loading dose 4 mg/kg IV หลังจากรับ นั้นให้ 2 mg/kg	4 mg/kg IV หลังจากรับ ให้ 2 mg/kg	1	1	4 mg/kg
		Then q 3 wk x 13		loading dose 4 mg/kg IV หลังจากรับ นั้นให้ 2 mg/kg	4 mg/kg IV หลังจากรับ ให้ 2 mg/kg	1	51	102 mg/kg (1 ปี)
7	Capecitabine***	q 21 days	Capecitabine	6 mg/kg IV q 3 wk 1,000-1,250 mg/m ² PO bid pc day1-14	6 2,000-2,500	1 14	13 6-8	78 mg/kg 168,000-280,000

การให้ยาเคมีบำบัดระยะแรกเลือกสูตรใดขึ้นอยู่กับภาวะผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

* สูตร TC สำหรับผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ Doxorubicin ได้แก่ เคยได้รับ doxorubicin มาก่อน หรือ LVEF <50% | หรือมีประวัติหัวใจวายเท่านั้น

** เป็นการให้ยาจะง่วงเซลดมะเร็ง (Targeted Therapies) โดยระยะเวลาใช้ยาไม่เกิน 1 ปี (ในกรณีเกิด Symptomatic Heart failure ให้หยุดยา และงดใช้ยา หรือกรณีเมื่อมีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ (LVEF < 50%) โดยไม่มีอาการของโรคหัวใจ ให้หยุดยา และจะกลับมาใช้ใหม่ได้เมื่อ LVEF ≥ 50 % ภายในเวลา 4-8 สัปดาห์

*** capecitabine ใช้เป็นการรักษาเสริมร่วมกับยาต้านมะเร็งกลุ่มอื่นๆ triple negative ที่มีประวัติของเนื้องอกการอักเสบที่บริเวณลำตัว autthracycline use taxane เท่านั้น

Protocol 2 ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ชนิดยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้ (mg/m ²)	
1	CMF	q 28 days	cyclophosphamide	100 mg/m ² /day PO day 1-14	100	14	6	8,400	
				Methotrexate	40 mg/m ² IV day1, 8	40	2	6	480
2	FAC (CAF)	q 21 days	5-FU	600 mg/m ² IV day1, 8	600	2	6	7,200	
				5-FU	500 mg/m ² IV	500	1	6	3,000
				Doxorubicin	50 mg/m ² IV	50	1	6	300
				cyclophosphamide	500 mg/m ² IV	500	1	6	3,000
3	AC	q 21 days	Doxorubicin	60 mg/m ² IV	60	1	6	360	
				cyclophosphamide	600 mg/m ² IV	600	1	6	3,600
4	Paclitaxel	q 21 days	Paclitaxel	175 mg/m ² IV over 3 hours	175	1	6	1,050	
5	Doxetaxel	q 21 days	Doxetaxel	75-100 mg/m ² IV over 1 hours	75-100	1	6	450-600	
6	Capecitabine	q 21 days	Capecitabine	1,000-1,250 mg/m ² PO bid pc day1-14	2,000-2,500	14	8	240,000-280,000	

ภาพเขียนขนาดก้อน (เฉพาะมีข้อห้ามใช้ยาที่ใช้)

1. สูตร 1 หรือ 2 หรือ 3 6 ครั้ง
2. หาก progress ให้สูตร 4 6 ครั้ง
3. หาก progress ให้สูตร 5 6 ครั้ง
4. หาก progress ให้สูตร 6 8 ครั้ง
5. หาก progress ให้ CAF ในกรณีไม่มียาอื่น

Protocol 3 ชนิดและขนาดของฮอร์โมนรักษามะเร็งเต้านมระยะแรก

ลำดับที่	กลุ่มฮอร์โมน	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/day)	Day	จำนวนที่ใช้รวม(mg)****
1	Anti-estrogen: Tamoxifen*	20 mg/day per oral	20	1,825	36,500
2	Aromatase Inhibitors (AI)**,***,****; Letrozole	2.5 mg/day per oral	2.5	1,825	4,562.5

- * สำหรับ Tamoxifen ระยะเวลาที่ให้ออร์โมน 5-10 ปี (ในกรณีที่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ให้ 10 ปี)
- ** ในผู้ป่วยที่หมดประจำเดือนจากข้างต้นคือให้ AI และน้ำให้แบบ sequential คือให้ AI 2 ปีต่อท้าย tamoxifen 3 ปี หรือ tamoxifen 3 ปีต่อท้าย AI 2 ปี
- *** ในผู้ป่วยที่มีประจำเดือนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงซึ่งโรคจะกลับเข้ามา ได้แก่ กลุ่มที่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองแล้วกลายเป็นผู้ป่วยหมดประจำเดือนหลังให้ Tamoxifen ครบ 5 ปี อาจพิจารณาให้ AI ต่อระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี (กรณีที่ไม่เคยให้ AI มาก่อน)
- **** การจ่ายยาครั้งละไม่เกิน 3 เดือนใน 2 ปีแรก หลังจากนั้นจ่ายครั้งละไม่เกิน 6 เดือน

Protocol 4 ชนิดและขนาดของฮอร์โมนรับรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย

ลำดับที่	กลุ่มฮอร์โมน	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/day)	จำนวนที่ใช้รวม (mg/visit)*
1	Anti-estrogen: Tamoxifen	20 mg/day per oral	20	Maximum ≤ 1,800 mg/visit (≤ 90 days/visit)
2	Selective aromatase Inhibitors: Letrozole	2.5 mg/day per oral	2.5	Maximum ≤ 225 mg/visit (≤ 90 days/visit)
3	Progestin: Megestrol acetate	160 mg/day per oral	160	Maximum ≤ 14,400 mg/visit (≤ 90 days/visit)

ระยะเวลาที่ใช้ของฮอร์โมนกว่าโรคกำเริบ

* การจ่ายยาครั้งละไม่เกิน 3 เดือน

7. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colo-Rectal cancer)

Protocol 1 : Adjuvant Chemotherapy มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะเริ่มต้นหลังการผ่าตัด

1) ให้เฉพาะในรายที่โรคอยู่ในระยะที่ II ที่มีปัจจัยเสี่ยง (สูตรที่ 1 และ 2) และระยะที่ III

ปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคระยะที่ II ได้แก่ poorly differentiation, lymphatic/vascular invasion, bowel obstruction, < 12 lymph nodes examined) หรือ T4, NO, MO; หรือ T3 with localized perforation หรือ close, indeterminate หรือ positive margins

2) ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 หรือ 1

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดในมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแรก หลังการผ่าตัด

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	375-425 mg/m ² /d IV day 1-5	375-425	5	6	11,250-12,750
			leucovorin		20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6
2	Capecitabine	q 21 days	capecitabine	2,000-2,500 mg/m ² /d PO day 1-14	2,000-2,500	14	8	224,000-280,000
3	FOLFOX4	q 14 days	5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1-2	400	2	12	9,600
			5-fluorouracil	600 mg/m ² /d IV drip in 22 hours day 1-2	600	2	12	14,400
			leucovorin	200 mg/m ² /d IV day 1-2	200	2	12	4,800
			oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	12	1,020
4	mFOLFOX6	q 14 days	5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1	400	1	12	4,800
			5-fluorouracil	2,400 mg/m ² IV drip in 46-48 hours	2,400	1	12	28,800
			leucovorin	400 mg/m ² /d IV day 1	400	1	12	4,800
			oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	12	1,020

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
5	CapeOx	q 21 days	capecitabine	2,000 mg/m ² /d PO day 1-14	2,000	14	4 or 8	112,000 or 224,000
			oxaliplatin	130 mg/m ² /d IV day 1	130	1	4 or 8	520 or 1,040

หมายเหตุ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะที่ 3

1. ควรพิจารณาเลือกสูตรที่ 3, 4 หรือ 5 ก่อนในกลุ่มผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 75 ปี
2. ในกรณีมีข้อได้สูตรที่ 3, 4 หรือ 5 ให้ติดตามผลข้างเคียง peripheral neuropathy อย่างใกล้ชิด และแนะนำให้หยุดใช้ oxaliplatin เมื่อมี peripheral neuropathy grade 2 ขึ้นไป
3. ระยะเวลาการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วย stage III สามารถพิจารณาให้ยา 3 หรือ 6 เดือน โดย
 - พิจารณาให้ยาสูตรที่ 5 เป็นเวลา 3 เดือน หรือ 4 รอบ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำต่ำ (T1-3 และ N1)
 - ยาสูตรที่ 3-4 ควรพิจารณาให้ยาเป็นเวลา 6 เดือน หรือ 12 รอบ
 - ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำสูง (T4 หรือ N2) ควรได้รับยาเป็นเวลา 6 เดือน
 - สามารถพิจารณาให้ยา 3-6 เดือน ในผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงสะสมระดับรุนแรง โดยเฉพาะ peripheral neuropathy

Protocol 2 : Concurrent chemoradiation มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรก ก่อนหรือหลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา

- 1) ให้เฉพาะในรายที่โรคอยู่ในระยะที่ II (pT3 - 4, NO, MO) และระยะที่ III (pT1 - 4, N1 - 2)
- 2) ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 หรือ 1

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดในมะเร็งลำไส้ตรงระยะแรก ก่อนและหลังผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	5-fluorouracil / leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	C1-2: 400 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT*	400	4	2	3,200
		q 28 days	leucovorin	C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT*	20	4	2	160
2	Capecitabine	Daily on radiotherapy days	capecitabine	1,650 mg/m ² /d PO 5 days/wk + XRT	1,650	28	NA	46,200

* q 28 days นับ day 1 ห่างจาก day 29

Protocol 3 : Adjuvant Chemotherapy มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรก กรณีผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี

- 1) ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 หรือ 1
- 2) ระยะเวลาให้เคมีบำบัดรวมช่วงเวลาที่ได้รับรังสีรักษาประมาณ 6 เดือน
- 3) กรณีระยะโรคทางพยาธิวิทยาเป็นระยะที่ 2 (pN0) ให้พิจารณาใช้สูตรที่ 1 กรณีได้รับยา 5FU ร่วมกับรังสีรักษา และสูตรที่ 2 กรณีได้รับยา capecitabine ร่วมกับรังสีรักษา
- 4) กรณีระยะโรคทางพยาธิวิทยาเป็นระยะที่ 3 (pN1 หรือ pN2) สามารถพิจารณาใช้สูตรที่ 3, 4 หรือ 5 โดยให้พิจารณาใช้สูตรที่ 5 กรณีได้รับยา capecitabine ร่วมกับรังสีรักษา
- 5) กรณีเป็นการรักษาหลังผ่าตัดทั้งหมด ให้พิจารณาให้ยาเคมีบำบัดก่อนและหลังรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัด โดยสูตรที่ 1 ให้ 2 รอบ, สูตรที่ 2 และสูตรที่ 5 ให้ 3 รอบ และสูตรที่ 3 และสูตรที่ 4 ให้ 4 รอบ ก่อนและหลังรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัด

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดในมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ระยะแรก หลังการผ่าตัด

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	380-400 mg/m ² /d IV day 1-5	400	5	4	8,000
			leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	4	400
2	Capecitabine	q 21 days	capecitabine	2,000-2,500 mg/m ² /d PO day 1-14	2,000-2,500	14	6	168,000-210,000
			5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1-2	400	2	8	6,400
			leucovorin	600 mg/m ² /d IV drip in 22 hours day 1-2	600	2	8	9,600
3	FOLFOX4	q 14 days	leucovorin	200 mg/m ² /d IV day 1-2	200	2	8	3,200
			oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	8	680
4	mFOLFOX6	q 14 days	5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1	400	1	8	3,200
			leucovorin	2,400 mg/m ² IV drip in 46 hours	2,400	1	8	19,200
			oxaliplatin	400 mg/m ² /d IV day 1	400	1	8	3,200
5	CapeOx	q 21 days	oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	8	680
			capecitabine	2,000 mg/m ² /d PO day 1-14	2,000	14	6	168,000
			oxaliplatin	130 mg/m ² /d IV day 1	130	1	6	780

Protocol 4 : Chemotherapy มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะ IV

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะ IV หรือมีโรคกำเริบ

- 1) ยาเคมีบำบัดสูตรที่ 3 – 6 โดยเฉพาะในรายที่มี performance status 0 หรือ 1
- 2) สำหรับรายมี performance status 2 ให้พิจารณาการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตรที่ 1 หรือ 2 โดยสามารถพิจารณาสูตรที่ 3 – 6 ในบางราย
- 3) หากใช้ยาสูตรที่ 3, 4 หรือ 5 เป็นเวลานานแรก สามารถพิจารณาสูตรที่ 6 เป็นเวลานานที่ 2 หรือในทางกลับกัน
- 4) พิจารณาให้ยาเคมีบำบัดสูตรที่ 3 – 6 ในผู้ป่วยที่มีโอกาสได้รับการผ่าตัดมะเร็งที่แพร่กระจายไปที่ปอด หรือตับ
- 5) การให้ยาเคมีบำบัดต้องมีการติดตามผลการรักษาโดยดูผลการตอบสนองทางรังสีวิทยาร่วมกับ performance status ของผู้ป่วยว่าได้ประโยชน์จากการรักษาหรือไม่ และให้ยาเคมีบำบัดไม่เกิน 6 เดือน
- 6) ถ้าได้ adjuvant oxaliplatin based chemotherapy และโรคกำเริบ ระหว่างให้ adjuvant หรือในเวลาไม่เกิน 6 เดือน หลังใช้สูตรที่มี oxaliplatin ซ้ำ
- 7) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะ IV หรือมีโรคกำเริบ สามารถใช้ยาเคมีบำบัด oxaliplatin based ได้เพียง 1 สูตร และ FOLFIRI ได้เพียง 1 สูตร ตลอดการรักษาต่อผู้ป่วย 1 ราย
- 8) กรณีระยะที่ 4 ที่ได้รับการผ่าตัดหมดทั้งมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ และตำแหน่งที่โรคกระจายไป สามารถพิจารณาให้สูตรที่ 1, 2, 3, 4 หรือ 5 เป็นการรักษาเสริม รวมระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดสูตรแรกสำหรับใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ให้รายละเอียดและทรัพยากร

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	5-fluorouracil / leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	375-425 mg/m ² /d IV day 1-5	375-425	5	6	11,250-12,750
			leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600
2	Capecitabine	q 21 days	capecitabine	2,000-2,500 mg/m ² /d PO day 1-14	2,000-2,500	14	8	224,000-280,000
3	FOLFOX4	q 14 days	5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1-2	400	2	12	9,600
			5-fluorouracil	600 mg/m ² /d IV drip in 22 hours day 1-2	600	2	12	14,400
			leucovorin	200 mg/m ² /d IV day 1-2	200	2	12	4,800
4	mFOLFOX6	q 14 days	oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	12	1,020
			5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1	400	1	12	4,800
			5-fluorouracil	2,400 mg/m ² IV drip in 46-48 hours	2,400	1	12	28,800
			leucovorin	400 mg/m ² /d IV day 1	400	1	12	4,800
			oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	12	1,020
			capecitabine	2,000 mg/m ² /d PO day 1-14	2,000	14	8	224,000
5	CapeOx	q 21 days	oxaliplatin	130 mg/m ² /d IV day 1	130	1	8	1,040
6	FOLFIRI	q 14 days	5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1-2	400	2	12	9,600
			5-fluorouracil	600 mg/m ² /d IV drip in 22 hours day 1-2	600	2	12	14,400
			leucovorin	200 mg/m ² /d IV day 1-2	200	2	12	4,800
			irinotecan	180 mg/m ² /d IV day 1	180	1	12	2,160

12. โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach cancer)

Protocol 1.1 : การรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ภายหลังจากผ่าตัด D2 resection (Adjuvant therapy)

- 1) ให้เฉพาะในรายชื่อโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ภายหลังจากผ่าตัด D2 resection (Adjuvant therapy) ในระยะที่ II A (T1N2, T2N1, T3N0), II B (T1N3, T2N2, T3N1, T4aN0), III A (T2N3, T3N2, T4aN1), III B (T3N3, T4aN2, T4bN0 – 1) และ III C (T4aN3, T4bN2 – 3)
- 2) ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 – 2

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร ภายหลังจากผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-Fluorouracil	425 mg/m ² /d IV day 1-5	425	5	6	12,750
			Leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600
2	Capecitabine/ Oxaliplatin	q 21 days	Capecitabine	1,000 mg/m ² /d PO bid day 1-14	2,000	14	8	224,000
			Oxaliplatin	130 mg/m ² /d IV day.1	130	1	8	1,040

Protocol 1.2 : การรักษาสเสริมด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ภายหลังการผ่าตัดน้อยกว่า D2 resection (Adjuvant chemoradiotherapy)

- 1) ให้เฉพาะในรายที่โรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ IIA (T1N2, T2N1, T3N0), IIB (T1N3, T2N2, T3N1, T4aNO), IIIA (T2N3, T3N2, T4aN1), IIIB (T3N3, T4aN2, T4bN0 - 1) และ IIIC (T4aN3, T4bN2 - 3)
- 2) ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 - 1

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร ภายหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemoradiotherapy)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวบ่ง	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	5-fluorouracil / leucovorin x 5 cycles	q 28 days	5-fluorouracil	C1: 425 mg/m ² /d IV day 1-5	425	5	1	2,125
				C2: 400 mg/m ² /d IV day 1-4 of RT	400	4	1	1,600
				C3: 400 mg/m ² /d IV day 33-35 of RT	400	3	1	1,200
				C4: 425 mg/m ² /d IV day 1-5	425	5	2	4,250
		q 28 days	leucovorin	C1: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	1	100
				C2: 20 mg/m ² /d IV day 1-4 of RT	20	4	1	80
				C3: 20 mg/m ² /d IV day 33-35 of RT	20	3	1	60
				C4: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	2	200

Protocol 1.3 : การรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ภายหลังการผ่าตัดน้อยกว่า D2 resection แต่ไม่สามารถรับการรักษาด้วย concurrent chemoradiation ได้ ให้ Adjuvant chemotherapy อย่างเดียว

- 1) ให้เฉพาะในรายที่โรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ Ib (T1 N1 M0), (T1 N20 M0, T2 N1 M0, T2 N2 M0, T3 N0 M0), III (T2 N2 M0, T3 N1 – 2 M0, T4 N0 M0) และ IV (T4 N1 – 3 M0, T1 – 3 N3 M0)
- 2) ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 – 2

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร ภายหลังการผ่าตัดน้อยกว่า D2 resection แต่ไม่สามารถรับการรักษาด้วย concurrent chemoradiation ได้ ให้ adjuvant chemotherapy อย่างเดียว

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยาก	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-Fluorouracil	425 mg/m ² /d IV day 1-5	425	5	6	12,750
			Leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600

Protocol 2 : การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตรแรกในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ระยะแพร่กระจาย

- 1) ให้เฉพาะในรายที่มี performance status 0 – 2
- 2) การให้ยาเคมีบำบัดต้องมีการติดตามผลการรักษา โดยดูผลการตอบสนองทางรังสีวิทยาร่วมกับ performance status ของผู้ป่วยว่าได้ประโยชน์จากการรักษาหรือไม่

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัด สูตรที่ 1 สำหรับใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารระยะแพร่กระจาย

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ยาค่า	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ได้รับ (mg/m ²)
1	Cisplatin/ 5-fluorouracil	q 28 days	Cisplatin	75-100 mg/m ² /d IV day 1	75-100	1	6	450-600
		q 28 days	5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4		18,000-24,000
2	Carboplatin / 5-fluorouracil	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 day 1	Maximum total dose ≤750	1	6	4,500 mg
			5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4		18,000-24,000
3	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	425 mg/m ² /d IV day 1-5	425	5	6	12,750
			Leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5		600

*สามารถให้ Carboplatin AUC 5 mg/ml/m² ใน day 1 และ 29 แทน Cisplatin ได้ในกรณีที่ GFR < 60 ml/min

Protocol 3 : การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตรสองในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ ระยะแพร่กระจาย

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัด สูตรที่ 2 สำหรับใช้รักษาผู้ป่วยระยะเริ่มกระจายศีรษะและลำคอระยะแพร่กระจาย (กรณีโรคกำเริบภายใน 6 เดือน หลังหยุดยาสูตรแรก)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ชื่อยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ได้รับ (mg/m ²)
1	Pacitaxel	q 28 days	Pacitaxel	80 mg/m ² /d IV day 1, 8, 15, 22	80	4	4-6	1,920
2	Pacitaxel	q 21 days	Pacitaxel	175 mg/m ² /d IV day 1	175	1	4-6	1,050

รายการของราคายาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมน หรือรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาดความแรง	หน่วย	ราคา (บาท)
86	Irinotecan hydrochloride (ง)	40 mg/2ml	vial	1,356.00
87	Irinotecan hydrochloride (ง)	100 mg/5ml	vial	3,288.00
88	Irinotecan hydrochloride (ง)	300mg/15ml	vial	9,745.00

หมายเหตุ : ** กรณีที่ใช้ นอกเหนือจากประกาศให้คำนวณตามสัดส่วนเนื๋อยา โดยอ้างอิงตามราคาในประกาศ**



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์การขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัด
ทดแทนไตเพื่ออำนวยความสะดวกและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการแก่ผู้ประกันตน

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

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ ๓/๑ ของหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์
โดยการบำบัดทดแทนไต ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

“๓/๑ ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณี
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อาจยื่นคำขอด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์โดยแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอ
ตามข้อ ๓ และให้สำนักงานพิจารณาวินิจฉัยอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตน”

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และเป็นไปตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๔ และครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๒๖/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๔ และครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

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

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้อยกเลิก

(๑) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(๒) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19” หมายความว่า การตรวจวิเคราะห์ตัวอย่าง ผู้สงสัยติดเชื้อ ตามนิยามผู้ป่วยที่เข้าข่ายเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อในระยะแรก (early detection) หรือตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (early screening) ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ดังนี้

(๑) เภณท์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

(๒) การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการ ตามที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

(๓) แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลพินิจของแพทย์ เฉพาะกรณีดำเนินการภายในสถานพยาบาล

“ผู้ประกันตนที่ป่วย” หมายความว่า ผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และให้หมายความรวมถึงผู้ประกันตนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยการฉีดวัคซีนจากสถานพยาบาลที่ภาครัฐกำหนด และเกิดอาการแพ้วัคซีนหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีน ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

“ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอก

ข้อ ๔ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่ไม่มีสัญชาติไทย หรือสถานพยาบาล ดังนี้

ก. กรณีการตรวจคัดกรองสำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกำหนด นอกสถานพยาบาล ดังนี้

๑. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)

๑) ประเภท ๒ ยืน

๑.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท ต่อครั้ง

๑.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๑.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง

๒) ประเภท ๓ ยืน

๒.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑,๒๐๐ บาท ต่อครั้ง

๒.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้งบริการ

๒. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการทำให้ Pooled Sample

๑) ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) (ตัวอย่างน้ำลายไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม)

๑.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาท ต่อตัวอย่าง

๑.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อตัวอย่าง

๑.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อตัวอย่าง

๒) ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) (ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอไม่เกิน ๔ ราย ต่อ ๑ กลุ่ม)

๒.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๒๕๐ บาท ต่อตัวอย่าง

๒.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อตัวอย่าง

๒.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อตัวอย่าง

๓) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ เหมาจ่ายครั้งละ ๓๕๐ บาท

๔) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test

๔.๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๓๐๐ บาทต่อครั้ง

๔.๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๔๐๐ บาทต่อครั้ง

๕) การตรวจ Antigen Test Kit (ATK)

๕.๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๔๕๐ บาท

๕.๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๕๕๐ บาท

ข. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ที่ให้บริการผู้ประกันตนที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 หรือผู้ที่มีอาการและอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๑. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ

๑.๑ ประเภทผู้ป่วยนอก

(๑) กรณีการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กำหนด ดังนี้

(๑.๑) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample)

๑) ประเภท ๒ ยืน

๑.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๑.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๑.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้ง

๒) ประเภท ๓ ยืน

๒.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑,๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อครั้งบริการ

(๑.๒) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการนำ Pooled Sample

๑) ตัวอย่างน้ำลายแบบรวมตัวอย่าง (Pooled saliva samples) (ตัวอย่างน้ำลายไม่เกิน ๕ รายต่อ ๑ กลุ่ม)

๑.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อตัวอย่าง

๑.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อตัวอย่าง

๑.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๔๐ บาทต่อตัวอย่าง

๒) ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอแบบรวมตัวอย่าง (Pooled nasopharyngeal and throat swab samples) (ตัวอย่างป้ายหลังโพรงจมูกและป้ายลำคอไม่เกิน ๔ ราย ต่อ ๑ กลุ่ม)

๒.๑) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๒๕๐ บาทต่อตัวอย่าง

๒.๒) ค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๕๐ บาทต่อตัวอย่าง

๒.๓) ค่าบริการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจห้องปฏิบัติการจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อตัวอย่าง

(๑.๓) การตรวจภูมิคุ้มกัน (Antibody) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ เหมาจ่ายครั้งละ ๓๕๐ บาท

(๑.๔) การตรวจเชื้อไวรัส (Antigen) โดยใช้ชุดตรวจชนิด professional test

(๑.๔.๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๓๐๐ บาทต่อครั้ง

(๑.๔.๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจวินิจฉัย การติดเชื้อโควิด 19 ทางห้องปฏิบัติการ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๔๐๐ บาทต่อครั้ง

(๑.๕) การตรวจ Antigen Test Kit (ATK)

(๑.๕.๑) การตรวจด้วยเทคนิค Chromatography ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๔๕๐ บาท

(๑.๕.๒) การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent Immunoassay (FIA) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ รวมค่าบริการเก็บส่งตรวจ จ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๕๕๐ บาท

(๒) ค่ายาด้านไวรัสหรือยาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินรายละ ๗,๒๐๐ บาท (กรณีได้รับการจ่ายชดเชยเป็นยาจะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงิน)

๑.๒ ประเภทผู้ป่วยใน

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนที่ป่วยหรือสถานพยาบาล ที่ให้การรักษาผู้ประกันตนที่ป่วย ตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

(๑) ค่าห้องควบคุมหรือห้องดูแลการรักษา รวมค่าอาหาร ตามมาตรฐานที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ ดังนี้

(๑.๑) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) ในอัตรา เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ ๑,๕๐๐ บาท

(๑.๒) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ในอัตรา เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ ๓,๐๐๐ บาท

(๑.๓) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วยที่มีอาการรุนแรง (สีแดง) ในอัตรา เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ ๗,๕๐๐ บาท

(๒) ค่าหอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 เช่น โรงพยาบาลสนาม Hospital, Hotel Isolation ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตราเดียวกับบริการแบบ Community Isolation ดังนี้

(๒.๑) ค่าบริการให้การดูแลผู้ประกันตนที่ป่วย รวมค่าอาหาร ๓ มื้อ และติดตาม ประเมินอาการ การให้คำปรึกษา เหม่าจ่ายในอัตราวันละ ๑,๐๐๐ บาท ไม่เกิน ๑๐ วัน

(๒.๒) ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนให้แก่ผู้ประกันตนที่ป่วย สำหรับการติดตามอาการ และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

(๒.๒.๑) สำหรับผู้ประกันตนที่ป่วย เพื่อเป็นค่าอุปกรณ์ในการดูแล และติดตามสัญญาณชีพ เหม่าจ่าย ๕๐๐ บาทต่อราย

(๒.๒.๒) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายค่าอุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการหรืออุปกรณ์อื่น เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยเลือกเรียกเก็บกรณีใดกรณีหนึ่ง จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ ๑๕๐ บาทต่อราย

(๓) ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับ ๑ Admission ให้คำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight RW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท ต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW)

(๔) ค่ายาด้านไวรัสหรือยาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในอัตราเท่าที่จ่ายตามจริงตามความจำเป็นไม่เกินรายละ ๗,๒๐๐ บาท (กรณีได้รับการจ่ายชดเชยเป็นยาจะไม่ได้รับการชดเชยเป็นเงิน)

(๕) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินครั้งละ ๒,๕๐๐ บาท

(๖) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) หรือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกระบวนการ หรืออุปกรณ์อื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

(๖.๑) สำหรับการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วย แต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (สีเขียว) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ ๓๐๐ บาท ไม่เกิน ๑๐ วัน

(๖.๒) สำหรับการดูแลผู้ป่วยประกันตนที่ป่วย มีอาการปานกลาง (สีเหลือง) ที่ใช้ Oxygen Canula จ่ายในอัตราชุดละ ๖๐๐ บาท จ่ายตามจริงไม่เกิน ๕ ชุดต่อวัน หรือไม่เกินวันละ ๓,๐๐๐ บาท

(๖.๓) สำหรับการดูแลผู้ป่วยประกันตนที่ป่วย มีอาการรุนแรง (สีแดง)

(๖.๓.๑) อาการรุนแรง ใช้ Oxygen High flow ในอัตราชุดละ ๖๐๐ บาท จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๕ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๙,๐๐๐ บาทต่อวัน

(๖.๓.๒) อาการรุนแรง ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในอัตราชุดละ ๖๐๐ บาท จ่ายตามจริงไม่เกิน ๓๐ ชุดต่อวัน หรือไม่เกิน ๑๘,๐๐๐ บาทต่อวัน

๑.๓ ค่าพาหนะ

กรณีใช้ยานพาหนะเพื่อรับหรือส่งต่อผู้ป่วยประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานพยาบาล รับหรือส่งต่อระหว่างบ้าน ตำบลท่าอากาศยาน ตำบลพรมแดน ตำบลท่าเรือ สถานที่กักกันโรค โรงพยาบาลสนาม หอผู้ป่วยเฉพาะกิจโควิด 19 (Hospital) และสถานพยาบาล ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาล ที่ให้บริการรับหรือส่งต่อผู้ป่วยประกันตนที่ป่วย ดังนี้

(๑) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ป่วยประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน ให้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๕๐๐ บาท

(๒) กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับหรือส่งต่อผู้ป่วยประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่น นอกจากจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะตาม (๑) แล้ว สำนักงานจะจ่ายเงินเพิ่มให้อีกในอัตรา กิโลเมตรละ ๔ บาท โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้น และทางตรง

(๓) ค่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) รวมค่าทำความสะอาดฆ่าเชื้อพาหนะ จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑,๔๐๐ บาทต่อครั้ง

๒. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนประเภทผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ค. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยประกันตนมีอาการแพ้หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ให้แก่สถานพยาบาล ดังนี้

๑. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ

๑.๑ ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น

๑.๒ ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยประกันตนที่ป่วย โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight RW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ หมายความรวมถึงค่าห้อง ค่าอาหาร และค่ายา ยกเว้น กรณีผู้ป่วยประกันตนที่ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) สำหรับการรักษาภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตัน (Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia:VITT) สำนักงานจ่ายชดเชยเป็นยา

๒. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชนประเภทผู้ป่วยนอก และประเภทผู้ป่วยใน สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ง. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต สำนักงานจะจ่ายให้แก่สถานพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอก ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เหนมาจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาทต่อผู้ประกันตนที่เสียชีวิต ทั้งนี้ ผู้ประกันตนดังกล่าวจะต้องเป็นผู้ประกันตนที่ไม่มีสัญชาติไทย

จ. ค่าบริการฉีดวัคซีน

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีนตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ดังนี้

๑. กรณีผู้ประกันตนไม่ได้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจะจ่ายค่าบริการฉีดวัคซีน ดังนี้

๑.๑ ค่าบริการฉีดวัคซีนในสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๔๐ บาทต่อคน

๑.๒ ค่าบริการฉีดวัคซีนนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๕๐ บาทต่อคน

๒. กรณีผู้ประกันตนได้รับสิทธิจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจะจ่ายค่าบริการเฉพาะการฉีดวัคซีนนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินครั้งละ ๑๐ บาทต่อคน

ฉ. กรณีที่สำนักงานเห็นว่าผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ข้อ ๕ ค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำหรับผู้ประกันตนสัญชาติไทยที่ไม่ได้รับสิทธิตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ได้รับสิทธิตามหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ที่กำหนดในประกาศฉบับนี้

ข้อ ๖ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และยังคงรักษาพยาบาลต่อเนื่องอยู่ในวันที่ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ ให้ผู้ที่มีสิทธิได้รับสิทธิในส่วนที่เป็นคุณจนถึงวันที่สิ้นสุดการรักษา

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

โดยที่เป็นการสมควรให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin เป็นการเฉพาะในช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๙ เมษายน 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. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๒ ให้ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin ในช่วงเวลาที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) และไม่สามารถยื่นคำขอรับบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไตหรือยื่นคำขอรับบริการทางการแพทย์แล้ว แต่อยู่ระหว่างรอการอนุมัติให้มีสิทธิการบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร หรือกรณีการให้ยา Erythropoietin มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์และอัตราในประกาศฉบับนี้ โดยให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายหรือเลขาธิการหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบการบำบัดทดแทนไตและการให้ยา Erythropoietin แล้วแต่กรณี และให้มีอำนาจกำหนดวันเริ่มมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์เกินกว่าสามสิบวันก่อนวันที่ผู้ประกันตนยื่นคำขอรับบริการบำบัดทดแทนไตหรือการให้ยา Erythropoietin แต่ทั้งนี้ต้องไม่ก่อนวันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๓ ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และกรณีการให้ยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด หรือสถานพยาบาลอื่นที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ แล้วแต่กรณี ดังนี้

(๑) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีระยะเวลาน้อยกว่าสี่สัปดาห์สองครั้ง หรือครั้งละน้อยกว่าสี่ชั่วโมง หรือโดยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

(๒) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไต

(๓) กรณีผู้ประกันตนรับยา Erythropoietin

ข้อ ๔ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๓ แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน ตามอัตราที่กำหนดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๖(๑) (๒) (๓)(ฉ) และข้อ ๘ แล้วแต่กรณี

ข้อ ๕ หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีบำบัดทดแทนไตและกรณีการให้ยา Erythropoietin นอกจากที่กำหนดไว้ในประกาศฉบับนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไตท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๖ กรณีที่ผู้ประกันตนเข้ารับการบำบัดทดแทนไตตามดุลยพินิจของอายุรแพทย์โรคไต หรือแพทย์ที่ทำกรรักษาเห็นควรให้ผู้ประกันตนจำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ก่อนเข้ารับบริการ หรือกรณีผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ว่าด้วยหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

ข้อ ๗ ในกรณีที่สำนักงานประกันสังคมเห็นว่าผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ กรณีบำบัดทดแทนไต ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และกรณีการให้ยา Erythropoietin ควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ข้อ ๘ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และยังคงรักษาพยาบาลต่อเนื่องอยู่ในวันที่ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ ให้ผู้ที่มีสิทธิได้รับสิทธิในส่วนที่เป็นคุณจนถึงวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ และครั้งที่ ๖/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๖๕ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุม ครั้งที่ ๗/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๕

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ และมาตรา ๗๐ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ คณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ ๑๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(๒) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(๓) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ (ฉบับที่ ๓) ลงวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“คณะกรรมการ” หมายถึง คณะกรรมการการแพทย์

“คณะอนุกรรมการ” หมายถึง คณะอนุกรรมการพิจารณาประโยชน์ทดแทนในคณะกรรมการการแพทย์ หรือคณะอนุกรรมการประกันสังคมจังหวัดในคณะกรรมการประกันสังคมแล้วแต่กรณี

“แพทย์” หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานประกันสังคม หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเพื่อพิจารณากรณีทุพพลภาพ

“สำนักงาน” หมายถึง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาแล้วแต่กรณี

“สถานพยาบาล” หมายถึง สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้ทุพพลภาพ” หมายถึง ผู้ประกันตนที่คณะกรรมการการแพทย์ คณะอนุกรรมการ หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมพิจารณาวินิจฉัยให้เป็นผู้ทุพพลภาพตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

“ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต” ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น รุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

ค่าบริการทางการแพทย์

ข้อ ๕ ให้ผู้ทุพพลภาพมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตรา ดังนี้
ก. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของรัฐ

(๑) ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแก่ผู้ทุพพลภาพ หรือสถานพยาบาลแล้วแต่กรณี

(๒) ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาทต่อหนึ่งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight)

ข. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลเอกชน

(๑) ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละสองพันบาท

(๒) ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละสี่พันบาท

ค. ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ให้เหมาจ่ายไม่เกินเดือนละห้าร้อยบาท

ข้อ ๖ ในกรณีผู้ทุพพลภาพมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ ให้สำนักงานจ่ายค่าเตรียมอวัยวะตามที่สภาวิชาชีพไทยเรียกเก็บ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และอัตราเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข้อ ๗ ให้ผู้ทุพพลภาพมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ให้รวมถึงการเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือด สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Vascular access) และการให้ยาอีริโทรโปอีติน (Erythropoietin) ในกรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ ให้ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย เว้นแต่ผู้ทุพพลภาพเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ให้ได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ท้ายประกาศนี้

ข้อ ๘ การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากร และมีส่วนร่วม ในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น

(๑) หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ

(๒) หายใจเร็ว หอบเหนื่อยรุนแรง หายใจติดขัดมีเสียงดัง

(๓) ซีมลง เหงื่อแตก ตัวเย็น หรือมีอาการชักร่วม

(๔) เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน รุนแรง

(๕) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัดแบบปัจจุบันทันด่วน หรือชักร่วมไม่หยุด

(๖) มีอาการอื่นร่วมที่มีผลต่อการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบสมองที่อาจ เป็นอันตรายต่อชีวิต

ข้อ ๙ ในกรณีผู้ทุพพลภาพประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต เมื่อไปรับบริการ ณ สถานพยาบาลเอกชน ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขแบบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่าย ในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และเมื่อครบระยะเวลา ๗๒ ชั่วโมงแล้ว ไม่สามารถส่งตัวผู้ทุพพลภาพ ไปรับการรักษาต่อในสถานพยาบาลของรัฐได้ ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ทุพพลภาพตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์ มอบหมาย

กรณีที่ผู้ทุพพลภาพได้รับบริการทางการแพทย์ตามวรรคหนึ่งจนพ้นภาวะวิกฤตแล้ว และสามารถย้ายไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของรัฐได้ แต่ผู้ทุพพลภาพปฏิเสธไม่ขอย้าย ไปรับบริการทางการแพทย์ตามวรรคหนึ่ง ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในข้อ ๕ (ข) (๒) ทั้งนี้ โดยหักค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานจะต้องจ่าย ตามวรรคหนึ่งแล้ว

ข้อ ๑๐ ในกรณีผู้ทุพพลภาพที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ทุพพลภาพ หรือสถานพยาบาล ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ว่าด้วยหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

หมวด ๒

ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

ข้อ ๑๑ ให้ผู้ทุพพลภาพหรือสถานพยาบาลที่ดำเนินการใส่อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมให้แก่ผู้ทุพพลภาพ เบิกค่าอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมได้ตามความจำเป็นจากสำนักงานประกันสังคม ตามหลักเกณฑ์ ประเภท และอัตรา ที่กระทรวงการคลังกำหนด

ในกรณีการเบิกถนัดคนพิการสำหรับผู้ทุพพลภาพที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ด้วยตนเองตลอดชีวิต ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการหรือผู้ที่คณะกรรมการมอบหมาย ทั้งนี้ ในอัตราไม่เกินคันละ ๑๕๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนห้าหมื่นบาทถ้วน)

หมวด ๓

ค่าตอบแทนในการตรวจร่างกาย

ข้อ ๑๒ ในการตรวจร่างกายผู้ประกันตนที่ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ ให้ดำเนินการ ดังนี้

(๑) ให้สำนักงานนำผู้ประกันตนไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกาย หากไม่สามารถนำผู้ประกันตนไปพบแพทย์ได้ ให้แจ้งแก่แพทย์เพื่อเดินทางไปตรวจร่างกายนอกสถานที่ และให้เจ้าหน้าที่ของสำนักงานเดินทางไปกับแพทย์ด้วย

(๒) เมื่อแพทย์ได้ทำการตรวจร่างกายผู้ประกันตนแล้ว ให้จัดทำรายงานตามแบบที่สำนักงานกำหนด และเมื่อคณะกรรมการได้มีคำวินิจฉัยแล้ว ให้สำนักงานรายงานให้คณะกรรมการทราบ

ข้อ ๑๓ ในการตรวจร่างกายผู้ประกันตนตามข้อ ๑๒ ให้จ่ายเงินเป็นค่าตอบแทนแก่แพทย์ ดังนี้

(๑) รายงานการตรวจร่างกาย ฉบับละ ๕๐๐ บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

(๒) กรณีที่ต้องออกไปตรวจร่างกายนอกสถานที่ที่งานประจำของแพทย์ ให้จ่ายค่าตอบแทนในการทำงานชั่วโมงละ ๕๐๐ บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน) แต่ไม่เกิน ๒,๕๐๐ บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน) ต่อรายละเอียดของชั่วโมงให้คิดเป็น ๑ ชั่วโมง โดยให้คำนวณระยะเวลาการเดินทางนับตั้งแต่ออกจากสถานพยาบาลที่แพทย์ประจำทำงานอยู่หรือสำนักงานประกันสังคมจนถึงเวลาเดินทางกลับถึงสถานพยาบาลที่แพทย์ประจำทำงานอยู่หรือสำนักงานประกันสังคมแล้วแต่กรณี

ข้อ ๑๔ การเบิกจ่ายค่าตอบแทนตามข้อ ๑๓ ให้เบิกจ่าย ณ สำนักงานแห่งท้องที่ที่ผู้ประกันตนทำงานอยู่ หรือสำนักงานที่เป็นผู้รับแจ้งและวินิจฉัยการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายของผู้ประกันตนรายนั้น

ข้อ ๑๕ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับกับผู้ทุพพลภาพที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ ๑๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดย (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ และ (ฉบับที่ ๓) ลงวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งเข้ารับบริการทางการแพทย์ด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) และยังคงเป็นผู้ป่วยต่อเนื่องอยู่ในวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศนี้ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์ และอัตราการบริการทางการแพทย์
โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

๑. บทนิยาม

“การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis = HD)” หมายความว่า การขจัดของเสีย และน้ำออกจากเลือด โดยเลือดจะออกจากตัวผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำ แล้วผ่านตัวกรองซึ่งในตัวกรองจะมีเนื้อเยื่อที่จะช่วยกรองของเสียและน้ำด้วยกลไกการแพร่ออกจากเลือด เมื่อเลือดผ่านตัวกรองแล้วจะกลายเป็นเลือดดี และกลับสู่ร่างกาย โดยกระบวนการทั้งหมดนี้จะถูกควบคุมด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis machine)

“สัปดาห์” หมายความว่า ระยะเวลาที่คำนวณตามปฏิทินโดยเริ่มวันจันทร์เป็นวันต้นแห่งสัปดาห์

“ปี” หมายความว่า ปฏิทิน

๒. ผู้มีสิทธิยื่นขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องเป็นผู้ทุพพลภาพที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีข้อบ่งชี้ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

(๑) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. หรือมีผลเลือดค่า BUN มากกว่า ๘๐ mg/dl และค่า Cr มากกว่า ๘ mg/dl ย้อนหลังติดต่อกันอย่างน้อย ๓ เดือน และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว โดยอาจมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังก็ได้ หรือ

(๒) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) ระหว่าง ๖ ถึง ๑๕ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. หรือมีผลเลือดค่า BUN น้อยกว่า ๘๐ mg/dl และค่า Cr น้อยกว่า ๘ mg/dl ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตเรื้อรัง ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคองอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(ก) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกายจนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูง ควบคุมไม่ได้

(ข) ระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง เลือดเป็นกรด หรือฟอสเฟตในเลือดสูง

(ค) ความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย

(ง) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูริเมีย

(จ) คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการ

ทั้งนี้ สูตรการคำนวณระดับอัตราการกรองของเสียของไตโดยประมาณ (eGFR) ใช้วิธีการตรวจและรายงานผลอัตราการกรองของเสียของไต (eGFR) ตามที่สมาคมโรคไตกำหนด ดังนี้

๑) วิธีคำนวณค่า eGFR โดยแทนค่าตัวแปรในสมการ The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation สำหรับผู้ใหญ่ และ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (<๑๘ ปี) ตามตารางสมการ The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่

เพศ	ระดับ serum creatinine (mg/dl)	สมการ
หญิง	≤ ๐.๗	$GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-0.724} (0.724)^{Age}$
	> ๐.๗	$GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-1.200} (0.724)^{Age}$
ชาย	≤ ๐.๙	$GFR = 141 \times (Scr/0.9)^{-0.711} (0.724)^{Age}$
	> ๐.๙	$GFR = 141 \times (Scr/0.9)^{-1.200} (0.724)^{Age}$

สมการ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (อายุ < ๑๘ ปี)

สูตรใหม่ $GFR (ml/min/1.73 m^2) = (0.413 \times Height \text{ in cm}) / Creatinine \text{ in mg/dl}$

๒) ใช้วิธีการวัดค่าครีเอตินินในเลือดโดยวิธี Enzymatic และให้ใช้ค่าระดับครีเอตินินโดยใช้ค่าทศนิยม ๒ ตำแหน่ง เพื่อความแม่นยำในการคำนวณมากขึ้น

๓. ผู้ทุพพลภาพที่ประสงค์จะขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในสถานพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่สำนักงานกำหนด จะต้องยื่นคำขอต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ผู้ทุพพลภาพประสงค์จะใช้สิทธิ และแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอ คือ หนังสือรับรองการเจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษา ในกรณีที่โรงพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไต โดยมีผลการตรวจพิสูจน์ Serum BUN, Serum Creatinine หรืออัตราการกรองของเสียของไต หรือ Creatinine Clearance และขนาดของไต ยกเว้น กรณีผู้ทุพพลภาพที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตมาแล้วจากสิทธิอื่น เช่น สิทธิข้าราชการ หรือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง โดยให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา สามารถอนุมัติ สิทธิการบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ทุพพลภาพได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองการได้รับ บำบัดทดแทนไต จากสิทธิอื่นตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๓/๑ ผู้ทุพพลภาพที่ประสงค์จะขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อาจยื่นคำขอด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์โดยแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอตามข้อ ๓ และให้สำนักงานพิจารณาวินิจฉัยอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ทุพพลภาพ

๔. ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบการบำบัดทดแทนไต ดังนี้

๔.๑ ให้สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา เป็นผู้พิจารณาวินิจฉัยอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ทุพพลภาพ หากมีผลการตรวจตามหลักเกณฑ์ครบทั้ง ๓ ข้อ ดังนี้

(๑) มีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) และ

(๒) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. หรือมีผลเลือดค่า BUN มากกว่า ๘๐ mg/dl และค่า Cr มากกว่า ๘ mg/dl ให้มีผลเลือดถึงเกณฑ์ไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง ในระยะเวลาห่างกันอย่างน้อย ๓ เดือนขึ้นไป

(๓) มีขนาดของไตน้อยกว่า ๙ cm. ทั้ง ๒ ข้าง

๔.๒ กรณีนอกเหนือหลักเกณฑ์ตามข้อ ๔.๑ ให้ส่งหรือคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย

การกำหนดวันเริ่มมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายแต่ต้องไม่ก่อนวันที่ยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตเกินกว่าสามสิบวัน

๕. ให้ผู้ทุพพลภาพมีสิทธิเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

(ก) การอนุมัติค่าเตรียมหลอดเลือด ชนิด AV fistula สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยให้เริ่มเตรียมหลอดเลือดชนิด AV fistula ตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนมีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.

(ข) การอนุมัติค่าเตรียมหลอดเลือด ชนิด AV graft for hemodialysis สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยให้เริ่มเตรียมหลอดเลือดชนิด AV graft ตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนมีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.

(ค) การอนุมัติค่าสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งชนิด Double lumen catheter insertion for hemodialysis และ Tunnel cuff catheter (Perm catheter) insertion for hemodialysis ตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนมีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่า หรือเท่ากับ ๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. หรือ มีข้อบ่งชี้ที่จะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามข้อ ๒

ทั้งนี้ หากไม่เข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ตามข้อ (ก) – (ค) ไม่สามารถจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ได้ เว้นแต่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งแรกภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ การเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์การเตรียมหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือด สำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ทุพพลภาพหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ทุพพลภาพ ในอัตราไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปี กรณีที่ผู้ทุพพลภาพได้ใช้สิทธิค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ครบ ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปีแล้ว หากในระยะเวลา ๒ ปี นั้น ผู้ทุพพลภาพมีความจำเป็นต้องเตรียม หรือแก้ไขหลอดเลือดหรือสายสวนหลอดเลือดสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถยื่นเรื่องเพื่อขอรับ ค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ผู้ทุพพลภาพหรือสถานพยาบาล ที่ให้บริการแก่ผู้ทุพพลภาพในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกิน อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ทุพพลภาพ โดยให้ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือประกันสังคมจังหวัดหรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา สามารถอนุมัติสิทธิให้แก่ผู้ประกันตนได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๖. ให้ผู้ทุพพลภาพมีสิทธิได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่าที่จ่ายจริงหรือเหมาจ่ายแล้วแต่กรณี โดยเป็นไปตามที่กำหนดดังต่อไปนี้

(ก) ผู้ทุพพลภาพที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิจะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๒ ครั้งๆ ละไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง เว้นแต่การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสัปดาห์แรกหรือผู้ทุพพลภาพเสียชีวิตหรือเข้าข่ายหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

การฟอกเลือดไม่ครบ ๔ ชั่วโมง/ครั้ง

- ๑) กรณีหลอดเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือดมีปัญหาใช้งานไม่ได้
- ๒) กรณีความดันโลหิตต่ำ
- ๓) กรณีช็อก หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว เช่น ซึมลง หรือหมดสติ
- ๔) กรณีมีภาวะไข้สูง และหนาวสั่น
- ๕) กรณีมีอาการเจ็บป่วยของร่างกายอย่างรุนแรง เช่น ปวดท้อง หรือหน้าอก

การฟอกเลือดไม่ครบ ๒ ครั้ง/สัปดาห์

- ๑) กรณีต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนไต
- ๒) กรณีต้องเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยในห้อง ICU

โดยให้สำนักงานประกันสังคม หรือสำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ เป็นผู้พิจารณาจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลได้

สำหรับกรณีนอกเหนือหลักเกณฑ์ดังกล่าวให้ส่งหารือคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย

(ข) กรณีผู้ทุพพลภาพเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายยื่นขอใช้สิทธิการบำบัดทดแทนไต สำนักงานประกันสังคม จะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง และไม่เกิน ๔,๕๐๐ บาทต่อสัปดาห์ สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ทุพพลภาพ

ทั้งนี้ หากผู้ทุพพลภาพได้สำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ก่อนวันที่ได้รับทราบสิทธิ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ทุพพลภาพตั้งแต่วันที่ได้รับสิทธิจนถึงวันที่สถานพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งสิทธิจากสำนักงานประกันสังคม โดยสถานพยาบาลที่ผู้ทุพพลภาพมีสิทธิยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์คืนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น

๗. กรณีการให้ยา Erythropoietin

(๑) ผู้ทุพพลภาพที่ประสงค์จะขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin สามารถยื่นขอรับสิทธิพร้อมกับการขอรับสิทธิประโยชน์กรณีบำบัดทดแทนไตได้ แต่จะได้รับสิทธิต่อเมื่อได้รับอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไตก่อน

(๒) ผู้ทุพพลภาพที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคมที่มีภาวะโลหิตจางระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๔% อันมีสาเหตุจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสิทธิได้รับยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และให้สถานพยาบาลดังกล่าวขอเบิกค่ายาตามที่กำหนดไว้ใน ๗ (๓) และ ๗ (๔)

(๓) สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ให้กับผู้ทุพพลภาพที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตตามระดับความเข้มข้นของโลหิตในแต่ละเดือน ดังต่อไปนี้

(ก) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๖% สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคายาที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และไม่เกินสี่พันห้าร้อยห้าสิบบาท ยกเว้น ยาบางรายการที่กำหนดในประกาศราคายา Erythropoietin ที่สามารถเบิกได้ในอัตราไม่เกินสองพันสองร้อยห้าสิบบาทต่อสองสัปดาห์ หรือไม่เกินสี่พันห้าร้อยบาทต่อสี่สัปดาห์ รวมทั้งจ่ายค่าฉีดยาเข็มละห้าสิบบาทต่อครั้ง

(ข) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) มากกว่า ๓๖% ให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาฉีดยา Erythropoietin เพื่อรักษาระดับความเข้มข้นของโลหิตตามความจำเป็น โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคายาที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และไม่เกินสี่พันห้าร้อยห้าสิบบาท ยกเว้น ยาบางรายการที่กำหนดในประกาศราคายา Erythropoietin ที่สามารถเบิกได้ในอัตราไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อสองสัปดาห์ หรือไม่เกินสามพันบาทต่อสี่สัปดาห์ รวมทั้งจ่ายค่าฉีดยาเข็มละห้าสิบบาทต่อครั้ง

(ค) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) มากกว่า ๓๔% สถานพยาบาลไม่มีสิทธิเบิกค่ายา Erythropoietin จากสำนักงานประกันสังคม

(๔) สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะต้องจัดยา Erythropoietin ในราคาตามประกาศนี้ หากผู้ทุพพลภาพประสงค์ใช้ยาที่มีราคาสูงกว่าที่กำหนด สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ายาเฉพาะส่วนเกิน แต่ทั้งนี้ จะต้องเป็นไปตามราคายา Erythropoietin ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๘. กรณีที่สำนักงานประกันสังคมเห็นว่าผู้ทุพพลภาพเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่ผู้ทุพพลภาพ หรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์

ด้วยสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ในประเทศไทย มีแนวโน้มพบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยหนักลดลงอย่างต่อเนื่อง ไม่พบการแพร่ระบาดของโรคเป็นวงกว้าง ซึ่งเป็นผลมาจากมาตรการป้องกันตนเองขั้นสูงสุดตลอดเวลาของทุกคนให้ปลอดภัยจากโรคโควิด 19 ทั้งนี้ สถานพยาบาลมีเตียง ยา เวชภัณฑ์ ที่เพียงพอต่อการให้บริการได้ตามมาตรฐาน ผู้ประกันตนที่ป่วยสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่อยู่ในระบบประกันสังคมได้ จึงเป็นการสมควรยกเลิกหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแลรักษาการแยกกักในชุมชน (Community Isolation) กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ และครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๕ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) สำหรับการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแลรักษาการแยกกักในชุมชน (Community Isolation) ลงวันที่ ๒๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๓ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) สำหรับการดูแลรักษาในที่พักระหว่างรอเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Home Isolation) และการดูแลรักษาการแยกกักตัวในชุมชน (Community Isolation) ลงวันที่ ๒๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ อยู่ก่อนวันที่ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ ให้มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่เป็นคุณจนถึงวันที่สิ้นสุดการรักษา

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เพื่อให้ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยได้เข้าถึงยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพตามแนวทางที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จึงเห็นควรเสนอให้ความเห็นชอบแนวทางการจ่ายชดเชยค่ายารักษาโรคโควิด 19 เพื่อให้สอดคล้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทั้ง ๓ กองทุน โดยสำนักงานประกันสังคมดำเนินการจ่ายชดเชยค่ายารักษาผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคโควิด 19 ให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้การรักษาร้านยา หรือหน่วยบริการสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๕ และครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๕ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ และครั้งที่ ๑๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19” หมายความว่า การตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างผู้สงสัยติดเชื้อ ตามนิยามผู้ป่วยที่เข้าข่ายเฝ้าระวังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยการตรวจคัดกรอง และตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อในระยะแรก (early detection) หรือตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (early screening) ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการ ดังนี้

(๑) เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๒) การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการตามที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๓) แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลพินิจของแพทย์ เฉพาะกรณีดำเนินการภายในสถานพยาบาล

“ผู้ประกันตนที่ป่วย” หมายความว่า ผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และให้หมายความรวมถึงผู้ประกันตนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยการฉีดวัคซีนจากสถานพยาบาลที่ภาครัฐกำหนด และเกิดอาการแพ้วัคซีน หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีน ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

“ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพ ผู้ประกันตนที่เสียชีวิต” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอก

ข้อ ๔ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาล ดังนี้

ก. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองสำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกำหนด นอกสถานพยาบาล ดังนี้

๑. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูก และลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๘๐๐ บาท

๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการการติดเชื้อโควิด - 19 โดยใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชนิด professional test เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑๕๐ บาท

ข. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนที่ให้บริการผู้ประกันตนที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 หรือผู้ที่มีอาการ และอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด - 19 ดังนี้

๑. ประเภทผู้ป่วยนอก

๑.๑ ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกำหนด ดังนี้

(๑) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูก และลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๘๐๐ บาท

(๒) การตรวจทางห้องปฏิบัติการการติดเชื้อโควิด 19 โดยใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชนิด professional test เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑๕๐ บาท

๑.๒ ค่าบริการทางการแพทย์จ่ายให้แก่ผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยที่ไม่มีภาวะเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งได้รับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก และแยกกักตัวที่บ้าน (Out-Patient with self-Isolation) ตามหลักเกณฑ์ และอัตรา ดังนี้

(๑) สถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลรักษา ประกอบด้วยสถานพยาบาล ดังนี้

(๑.๑) สถานพยาบาลประกันสังคม และเครือข่ายตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดเขตท้องที่ และรายชื่อสถานพยาบาล ซึ่งเป็นรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมทั้งภาครัฐบาล และภาคเอกชนที่สำนักงานประกันสังคมได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

(๑.๒) สถานพยาบาลของทางราชการที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม

(๑.๓) สถานพยาบาลอื่นที่ลงทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม

เพื่อเข้าร่วมให้บริการ

(๑.๔) คลินิกเวชกรรม คลินิกชุมชนอบอุ่น ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ค่าบริการทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ป่วยที่ไม่มีภาวะเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งได้รับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก และแยกกักตัวที่บ้าน (Out-Patient with self-isolation) เหม่าจ่ายในอัตรา ๖๐๐ บาทต่อราย โดยครอบคลุมรายการ ดังนี้

(๒.๑) บริการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว สำหรับการแยกกักตัวที่บ้าน

(๒.๒) การให้ยาที่เป็นการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ได้แก่ ยาฟ้าทะลายโจร และหรือยารักษาตามอาการ โดยรวมค่าจัดส่ง

(๒.๓) การประสานติดตามอาการเมื่อให้การดูแลครบ ๔๘ ชั่วโมง ภายหลังจากการดูแลครบ ๔๘ ชั่วโมง หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงให้ประสานติดตามอาการหรือส่งต่อ

๑.๓ การให้บริการโดยหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการบริการทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ที่เภสัชกรประเมินแล้วว่าไม่มีภาวะเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด ดังนี้

(๑) หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) ที่ให้บริการมีความพร้อมในการให้บริการจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วย เพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ และบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านโปรแกรม AMED หรือระบบอื่น ๆ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๒) จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับค่าบริการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการแยกกักตัวที่บ้าน และยาที่จำเป็นตามแนวทางสภาเภสัชกรรม ดังนี้

(๒.๑) ค่าบริการทางเภสัชกรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ป่วยกรณีมีการจ่ายยาฟ้าทะลายโจรในอัตราที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒๕๐ บาท

(๒.๒) ค่าบริการทางเภสัชกรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ป่วยกรณีไม่มีการจ่ายยาฟ้าทะลายโจร ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑๖๐ บาท

๑.๔ การให้บริการโดยหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่แพทย์ประเมินว่าสามารถดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอกแยกกักตัวที่บ้าน จ่ายค่ายารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และยาที่จำเป็นตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนี้

(๑) กรณีมีการจ่ายยาฟ้าทะลายโจร ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒๕๐ บาท

(๒) กรณีไม่มีการจ่ายยาฟ้าทะลายโจร ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑๖๐ บาท

(๓) ค่าบริการจัดส่งยา และเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน กรณีบริการ Telehealth ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินรายละ ๕๐ บาท

๑.๕ ค่ายาด้านไวรัสรักษาโรคโควิด 19 กรณีไม่ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจ่ายชดเชยค่ายาตามรายการ fee schedule ในอัตรา ดังนี้

๑. ค่ายา Favipiravir จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๔.๕๐ บาท ต่อเม็ด

๒. ค่ายา Molnupiravir จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๒.๐๐ บาท ต่อเม็ด

สำหรับสถานพยาบาล หรือหน่วยบริการที่ได้รับการสนับสนุนยาด้านไวรัสรักษาโรคโควิด 19 จากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่นแล้ว ต้องไม่นำข้อมูลมาขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขซ้ำซ้อนกับสำนักงานอีก

กรณีการดูแลรักษาแบบ Out-Patient with self-isolation ให้ใช้หลักเกณฑ์ตามประกาศฉบับนี้ จนถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

๒. ประเภทผู้ป่วยใน

๒.๑ สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล ที่ให้การรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ตามแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรณีมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 มากขึ้น จนมีปัญหาการบริหารจัดการเตียงในสถานพยาบาล สำนักงานอาจมีการพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลลักษณะแบบผู้ป่วยใน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยคำนวณจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท ต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) (จ่ายทุกระดับ AdjRW)

๒.๒ กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชน สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๓. ค่าพาหนะ

กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานพยาบาล รับหรือส่งต่อระหว่างบ้าน และสถานพยาบาล ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วย ดังนี้

๓.๑ กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับ หรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน ให้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๕๐๐ บาท

๓.๒ กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับ หรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่น นอกจากจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะตาม ๓.๑ แล้ว สำนักงานจะจ่ายเงินเพิ่มให้อีกในอัตรากิโลเมตรละ ๔ บาท โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้น และทางตรง

ค. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนมีอาการแพ้ หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ดังนี้

๑. ประเภทผู้ป่วยนอก กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลอื่น นอกเหนือจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมว่าด้วยหลักเกณฑ์ และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

๒. ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วย โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท ต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) (จ่ายทุกระดับ AdjRW) ทั้งนี้ ให้หมายความรวมถึงค่าห้อง ค่าอาหาร และค่ายา ยกเว้น กรณีผู้ประกันตนที่ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IMG) สำหรับการรักษาภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตัน (Vaccine - induced immune thrombotic thrombocytopenia : VITT) สำนักงานจะจ่ายชดเชยเป็นยา

ง. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต สำนักงานจ่ายให้แก่สถานพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอกตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เหมายจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาท ต่อผู้ประกันตนที่เสียชีวิต

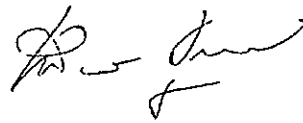
จ. ค่าบริการฉีดวัคซีน

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด - 19 ให้แก่สถานพยาบาลทั้งใน และนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกิน ครั้งละ ๔๐ บาท ต่อคน

ฉ. กรณีที่สำนักงานเห็นว่าผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาล สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ให้แก่ผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ข้อ ๕ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๒๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ และยังคงรักษาพยาบาลต่อเนื่องอยู่ในวันที่ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ ให้ผู้มีสิทธิได้รับสิทธิในส่วนที่เป็นคุณจนถึงวันที่สิ้นสุดการรักษา

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin
แก่ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

โดยที่เป็นการสมควรให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin เป็นการเฉพาะในช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕

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. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๒ ให้ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin ในช่วงเวลาที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) และไม่สามารถยื่นคำขอรับบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไตหรือยื่นคำขอรับบริการทางการแพทย์แล้ว แต่อยู่ระหว่างรอการอนุมัติให้มีสิทธิการบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร หรือกรณีการให้ยา Erythropoietin มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราในประกาศฉบับนี้ โดยให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายหรือเลขาธิการหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบการบำบัดทดแทนไตและการให้ยา Erythropoietin แล้วแต่กรณี และให้มีอำนาจกำหนดวันเริ่มมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์เกินกว่าสามสิบวันก่อนวันที่ผู้ประกันตนยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตหรือการให้ยา Erythropoietin แต่ทั้งนี้ต้องไม่ก่อนวันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๓ ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และกรณีการให้ยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด หรือสถานพยาบาลอื่นที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ แล้วแต่กรณี ดังนี้

(๑) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีระยะเวลาน้อยกว่าสัปดาห์ละสองครั้ง หรือครั้งละน้อยกว่าสี่ชั่วโมง หรือโดยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

(๒) กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไต

(๓) กรณีผู้ประกันตนรับยา Erythropoietin

ข้อ ๔ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๓ แก่สถานพยาบาล หรือผู้ประกันตน ตามอัตราที่กำหนดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๖ (๑) (๒) (๓) (๔) และข้อ ๘ แล้วแต่กรณี

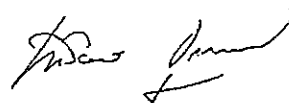
ข้อ ๕ หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีบำบัดทดแทนไตและกรณีการให้ยา Erythropoietin นอกจากที่กำหนดไว้ในประกาศฉบับนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ โดยการบำบัดทดแทนไตท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๖ กรณีที่ผู้ประกันตนเข้ารับการบำบัดทดแทนไตตามดุลยพินิจของอายุรแพทย์โรคไต หรือแพทย์ที่ทำการรักษาเห็นควรให้ผู้ประกันตนจำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ก่อนเข้ารับบริการ หรือกรณีผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ว่าด้วยหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

ข้อ ๗ ในกรณีที่สำนักงานประกันสังคมเห็นว่าผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ กรณีบำบัดทดแทนไต ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และกรณีการให้ยา Erythropoietin ควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล ตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ข้อ ๘ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีการบำบัดทดแทนไต และการให้ยา Erythropoietin แก่ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และฉบับลงวันที่ ๑๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕ และยังคงรักษาพยาบาลต่อเนื่องอยู่ในวันที่ ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ ให้ผู้ที่มีสิทธิได้รับสิทธิในส่วนที่เป็นคุณจนถึงวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เพื่อให้ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยได้เข้าถึงยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพตามแนวทางที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จึงเห็นควรเสนอให้ความเห็นชอบแนวทางการจ่ายชดเชยค่ายารักษาโรคโควิด 19 เพื่อให้สอดคล้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทั้ง ๓ กองทุน โดยสำนักงานประกันสังคมดำเนินการจ่ายชดเชยค่ายารักษาผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคโควิด 19 ให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้การรักษาร้านยา หรือหน่วยบริการสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๕ และครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๕ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ และครั้งที่ ๑๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๑๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19” หมายความว่า การตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างผู้สงสัยติดเชื้อ ตามนิยามผู้ป่วยที่เข้าข่ายเฝ้าระวังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยการตรวจคัดกรอง และตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อในระยะแรก (early detection) หรือตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (early screening) ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการ ดังนี้

(๑) เกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๒) การตรวจคัดกรองก่อนทำหัตถการตามที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๓) แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็นตามดุลพินิจของแพทย์ เฉพาะกรณีดำเนินการภายในสถานพยาบาล

“ผู้ประกันตนที่ป่วย” หมายความว่า ผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และให้หมายความรวมถึงผู้ประกันตนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 โดยการฉีดวัคซีนจากสถานพยาบาลที่ภาครัฐกำหนด และเกิดอาการแพ้วัคซีนหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีน ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

“ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอก

ข้อ ๔ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาล ดังนี้

ก. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรองสำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกำหนด นอกสถานพยาบาล ดังนี้

๑. การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๙๐๐ บาท

๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการการติดเชื้อโควิด - 19 โดยใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชนิด professional test เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑๕๐ บาท

ข. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนที่ให้บริการผู้ประกันตนที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 หรือผู้ที่มีอาการ และอาการแสดงที่สันนิษฐานไว้ก่อนว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด - 19 ดังนี้

๑. ประเภทผู้ป่วยนอก

๑.๑ ค่าบริการทางการแพทย์กรณีการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 สำหรับผู้ประกันตนที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกำหนด ดังนี้

(๑) การตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT-PCR โดยการป้ายหลังโพรงจมูกและลำคอ (nasopharyngeal and throat swab sample) เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๙๐๐ บาท

(๒) การตรวจทางห้องปฏิบัติการการติดเชื้อโควิด 19 โดยใช้ชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ชนิด professional test เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑๕๐ บาท

๑.๒ ค่าบริการทางการแพทย์จ่ายให้แก่ผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยที่ไม่มีภาวะเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งได้รับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก และแยกกักตัวที่บ้าน (Out-Patient with self-isolation) ตามหลักเกณฑ์ และอัตรา ดังนี้

(๑) สถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลรักษา ประกอบด้วยสถานพยาบาล ดังนี้

(๑.๑) สถานพยาบาลประกันสังคม และเครือข่ายตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดเขตท้องที่ และรายชื่อสถานพยาบาล ซึ่งเป็นรายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมทั้งภาครัฐบาล และภาคเอกชนที่สำนักงานประกันสังคมได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

(๑.๒) สถานพยาบาลของทางราชการที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม

(๑.๓) สถานพยาบาลอื่นที่ลงทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม

เพื่อเข้าร่วมให้บริการ

(๑.๔) คลินิกเวชกรรม คลินิกชุมชนอบอุ่น ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ค่าบริการทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ป่วยที่ไม่มีภาวะเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งได้รับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก และแยกกักตัวที่บ้าน (Out-Patient with self-Isolation) เหม่าจ่ายในอัตรา ๖๐๐ บาทต่อราย โดยครอบคลุมรายการ ดังนี้

(๒.๑) บริการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว สำหรับการแยกกักตัวที่บ้าน

(๒.๒) การให้ยาที่เป็นการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ได้แก่ ยาฟ้าทะลายโจร และหรือยารักษาตามอาการ โดยรวมค่าจัดส่ง

(๒.๓) การประสานติดตามอาการเมื่อให้การดูแลครบ ๔๘ ชั่วโมง ภายหลังให้การดูแลครบ ๔๘ ชั่วโมง หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงให้ประสานติดตามอาการหรือส่งต่อ

๑.๓ การให้บริการโดยหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการบริการทางเภสัชกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ที่เภสัชกรประเมินแล้วว่าไม่มีภาวะเสี่ยงตามที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด ดังนี้

(๑) หน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) ที่ให้บริการมีความพร้อมในการให้บริการจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้ป่วย เพื่อยืนยันการเข้ารับบริการ และบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านโปรแกรม AMED หรือระบบอื่น ๆ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๒) จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับค่าบริการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการแยกกักตัวที่บ้าน และยาที่จำเป็นตามแนวทางสภาเภสัชกรรม ดังนี้

(๒.๑) ค่าบริการทางเภสัชกรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ป่วยกรณีมีการจ่ายยาฟ้าทะลายโจรในอัตราที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒๕๐ บาท

(๒.๒) ค่าบริการทางเภสัชกรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ป่วยกรณีไม่มีการจ่ายยาฟ้าทะลายโจร ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑๖๐ บาท

๑.๔ การให้บริการโดยหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่แพทย์ประเมินว่าสามารถดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอกแยกกักตัวที่บ้าน จ่ายค่ายารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และยาที่จำเป็นตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนี้

(๑) กรณีมีการจ่ายยาฟ้าทะลายโจร ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๒๕๐ บาท

(๒) กรณีไม่มีการจ่ายยาฟ้าทะลายโจร ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ ๑๖๐ บาท

(๓) ค่าบริการจัดส่งยา และเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน กรณีบริการ Telehealth ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินรายละ ๕๐ บาท

๑.๕ ค่ายาด้านไวรัสรักษาโรคโควิด 19 กรณีไม่ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่น สำนักงานจ่ายชดเชยค่ายาตามรายการ fee schedule ในอัตรา ดังนี้

๑. ค่ายา Favipiravir จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๔.๕๐ บาท ต่อเม็ด

๒. ค่ายา Molnupiravir จ่ายตามจริงไม่เกิน ๑๒.๐๐ บาท ต่อเม็ด

สำหรับสถานพยาบาล หรือหน่วยบริการที่ได้รับการสนับสนุนยาด้านไวรัสรักษาโรคโควิด 19 จากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่นแล้ว ต้องไม่นำข้อมูลมาขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขซ้ำซ้อนกับสำนักงานอีก

กรณีการดูแลรักษาแบบ Out-Patient with self-Isolation ให้ใช้หลักเกณฑ์ตามประกาศฉบับนี้ จนถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

๒. ประเภทผู้ป่วยใน

๒.๑ สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล ที่ให้การรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ตามแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรณีมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 มากขึ้น จนมีปัญหาการบริหารจัดการเตียงในสถานพยาบาล สำนักงานอาจมีการพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลลักษณะแบบผู้ป่วยใน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยคำนวณจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท ต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) (จ่ายทุกระดับ AdjRW)

๒.๒ กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของเอกชน สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๓. ค่าพาหนะ

กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานพยาบาล รับหรือส่งต่อระหว่างบ้าน และสถานพยาบาล ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการรับหรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วย ดังนี้

๓.๑ กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับ หรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน ให้จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน ๕๐๐ บาท

๓.๒ กรณีใช้ยานพาหนะ เพื่อรับ หรือส่งต่อผู้ประกันตนที่ป่วยระหว่างสถานที่ข้างต้น ซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่น นอกจากจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะตาม ๓.๑ แล้ว สำนักงานจะจ่ายเงินเพิ่มให้อีกในอัตรากิโลเมตรละ ๔ บาท โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้น และทางตรง

ค. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนมีอาการแพ้ หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 และเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล ดังนี้

๑. ประเภทผู้ป่วยนอก กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลอื่น นอกเหนือจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมว่าด้วยหลักเกณฑ์ และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

๒. ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ประกันตนที่ป่วย โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ในอัตรา ๑๒,๐๐๐ บาท ต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) (จ่ายทุกระดับ AdjRW) ทั้งนี้ ให้หมายความรวมถึงค่าห้อง ค่าอาหาร และค่ายา ยกเว้น กรณีผู้ประกันตนที่ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IG) สำหรับการรักษาภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่กระตุ้นการเกิดหลอดเลือดอุดตัน (Vaccine - induced immune thrombotic thrombocytopenia : VITT) สำนักงานจะจ่ายชดเชยเป็นยา

ง. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรที่จัดการศพผู้ประกันตนที่เสียชีวิต สำนักงานจ่ายให้แก่สถานพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมภายนอกตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เหม่าจ่ายในอัตรา ๒,๕๐๐ บาท ต่อผู้ประกันตนที่เสียชีวิต

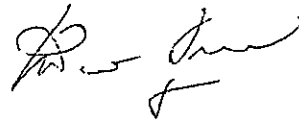
จ. ค่าบริการฉีดวัคซีน

สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด - 19 ให้แก่สถานพยาบาลทั้งใน และนอกสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกิน ครั้งละ ๔๐ บาท ต่อคน

ฉ. กรณีที่สำนักงานเห็นว่าผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาล สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ให้แก่ผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ข้อ ๕ ผู้ใดมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๒๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ และยังคงรักษาพยาบาลต่อเนื่องอยู่ในวันที่ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ ให้ผู้มีสิทธิได้รับสิทธิในส่วนที่เป็นคุณจนถึงวันที่สิ้นสุดการรักษา

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)

ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์
ให้แก่ผู้ประกันตน ซึ่งเป็นไปตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๕
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๕ เมื่อวันที่
๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๕

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (๓/๑) ของข้อ ๒/๒ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม
โดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตรา ค่าส่งเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน พ.ศ. ๒๕๖๓
ลงวันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

“(๓/๑) ให้ขยายระยะเวลาสำหรับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ ประจำปี ๒๕๖๕ ตาม (๓) ออกไปจนถึง
วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕”

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตน
ที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) (ฉบับที่ ๒)

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และอัตราค่าใช้จ่ายในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
ในกรณีที่ผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เพื่อให้ผู้ประกันตนทุกคนได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีที่ได้รับ
ความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019
(COVID-19)) ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ลงวันที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔
ซึ่งเป็นไปตามมติคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๕
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๓) ในการประชุมครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๕ เมื่อวันที่
๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๕

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความในข้อ ๔ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการ
รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
ลงวันที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๔ เงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้จ่ายแก่ผู้ประกันตน

กรณีที่ผู้ประกันตนตามวรรคหนึ่งเสียชีวิต ให้เฉลี่ยจ่ายให้แก่สามีหรือภริยา บิดามารดา บุตร”

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณเหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์

ผนวก 3



ที่ มท.๑๓๑๑๘/ว ๐๓๕๘

สำนักเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

ถนนประชาชื่น ถนน ๕๑๐๐๐

ณ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขี้มดลงมือทิ่มแทงกรรมการกฤษฎีกา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ตามที่โรงพยาบาลหลายแห่งได้หรือสำนักเลขาธิการประกันสังคม-เมื่อลงมติคณะกรรมการแพทย์ข้อ ๕ "กรณีถูกเดิมผู้ประกันคนไม่ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ-สถานพยาบาลที่กำหนด เมื่อสถานพยาบาลที่กำหนดได้รับแจ้งแล้วถ้าไร้รายชื่อต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อไปอยู่ในกระบวนการของสถานพยาบาลที่กำหนดแล้วที่กรณีนี้จึงแจ้งของสถานพยาบาลเป็นผู้ประกันคนกลับไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น"

สำนักงานประกันสังคมขอเรียนว่ากรณีดังกล่าว ดังนี้

๑. การแจ้งและการได้รับแจ้ง ให้ถือทั้งที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษา หรือผู้ประกันคนหรือสถานประกอบการของผู้ประกันคน หรือสำนักงานประกันสังคมแจ้งให้สถานพยาบาลที่กำหนดให้รับทราบ โดยการแจ้งควรใช้วิธีทางโทรสาร (FAX) และระบุตำแหน่งของผู้แจ้ง ในกรณีที่ใช้ไปรษณีย์ให้ส่งหีบห่อหรือซองที่สถานพยาบาลที่กำหนดได้รับไปรษณีย์ หากใช้วิธีการแจ้งโดยโทรศัพท์ให้แจ้งโดยตรงต่อผู้อำนวยการสถานพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ประสานงานประกันสังคมของสถานพยาบาล

๒. ถ้าไร้รายชื่อต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อไป เมื่อสถานพยาบาลที่กำหนดได้รับแจ้งจากสถานพยาบาลที่กำหนดให้การรักษาแล้ว ให้การแจ้งรายชื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลที่กรณีนี้ต่อไปเป็นการของสถานพยาบาลที่กำหนดทันที ส่วนการพิจารณาจะรับย้ายหรือไม่ ให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ทั้ง ๒ ฝ่ายในกรณีที่สถานพยาบาลที่กำหนดให้การรักษา แจ้งอาการผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ สถานพยาบาลที่กำหนดจะต้องส่งแพทย์ตรวจสอบอาการผู้ป่วยทันที หากแพทย์ของสถานพยาบาลที่กำหนดมีความเห็นตรงกับแพทย์ของสถานพยาบาลที่กำหนดให้รักษาแล้ว ๓ สถานพยาบาลนั้นต่อไปให้คำไร้รายชื่อในการรักษาพยาบาลอยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลที่กำหนด หากแพทย์ของสถานพยาบาลที่กำหนดต้องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับไปรักษา ๔ สถานพยาบาลของคน ทางสถานพยาบาลที่กำหนดจะต้องรับภาระค่ายานพาหนะ และจะต้องอยู่ในความรับผิดชอบของคณะแพทย์ของสถานพยาบาลที่กำหนดในระหว่างเคลื่อนย้ายด้วย

อนึ่ง ถ้าได้รับช่วงระยะเวลาก่อนแจ้งสถานพยาบาลที่กำหนด ผู้ประกันตนต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อนและเบิก
คืนจากสำนักงานประกันสังคมตามระเบียบที่กำหนดไว้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ฉันทรา ปิตรชาติ

(นางฉันทรา ปิตรชาติ)

รองผู้อำนวยการ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์

งานธุรการ

โทร: ๕๘๕๑๐๔๑



ที่ รส 0709/ว 5502

กองประสานการแพทย์
สำนักงานประกันสังคม
ถนนประชาชื่น กท 10900

28 ธันวาคม 2537

เรื่องชี้แจงแนวปฏิบัติกรณีผู้ประกันคนเปลี่ยนสถานพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม

ด้วยกองประสานการแพทย์ ได้รับแบบเลือกสถานพยาบาลปี 2538 จากสถานประกอบการพบว่า สถานประกอบการบางแห่งมีการเปลี่ยนแหล่งสถานพยาบาล จากปี 2537 ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดปัญหาในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันคน

กองประสานการแพทย์ จึงใคร่ขอชี้แจงแนวปฏิบัติในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันคน ดังนี้

1. ในกรณีผู้ประกันคนรับการรักษาพยาบาลอยู่ยังไม่สิ้นสุดการรักษา และยังเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องต่อไป ไม่ว่าผู้ประกันคนจะเปลี่ยนสถานพยาบาลหรือไม่ก็ตาม สถานพยาบาลเดิมยังคงต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันคนต่อไปจนสิ้นสุดการรักษาตามหลักวิชาการทางการแพทย์

2. ในกรณีสถานพยาบาลที่ได้รับมอบหมายจากผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่นหากเป็นผู้ป่วยในอยู่แล้วก่อนสิ้นปี 2537 ซึ่งถือว่ายังไม่สิ้นสุดการรักษาในครั้งนั้น ขอให้สถานพยาบาลดังกล่าวแจ้งสถานพยาบาลที่ส่งต่อให้ทราบ และให้การรักษาต่อไปจนสิ้นสุดความหลักวิชาการทางการแพทย์ ส่วนกรณีผู้ป่วยนอกก่อนสิ้นปี 2537 หากมีการนัดหมายให้มาตรวจรักษาต่อไปปี 2538 ก่อนให้การรักษาผู้ประกันคนขอให้แจ้งสถานพยาบาลที่ส่งต่อให้รับทราบก่อน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และถือเป็นแนวปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์

(นายสมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์)

ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

ฝ่ายตรวจและประสานสถานพยาบาล
โทร. 5857041 โทรสาร. 5857017



ที่ รศ 0709/ว 0081

สำนักงานประกันสังคม
ถนนราชินี จตุจักร
ทท 10900

15 กุมภาพันธ์ 2538

เรื่อง แนวปฏิบัติการรักษาทางคลินิกกฎหมายของผู้ประกันตน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม

ด้วยสำนักงานประกันสังคม ได้รับเรื่องหารือจากโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม กรณีผู้ประกันตนจงใจทำแท้งโดยผิดกฎหมาย แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อน จะอยู่ในความครอบคลุมสิทธิของการรักษาพยาบาลหรือไม่นั้น คณะกรรมการการแพทย์ จึงได้มีมติในการประชุมครั้งที่ 1/2538 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2538 เป็นแนวทางการปฏิบัติว่า

- 1) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการทำแท้งที่ผิดกฎหมายหรือไม่ มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ไม่อยู่ในความครอบคลุมของประกันสังคม
- 2) ผลแทรกซ้อนที่เกิดจากการกระทำที่เข้าข่ายความ มาตรา 61 และผลแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาพยาบาลหรือการกระทำที่ไม่อยู่ในความครอบคลุมของประกันสังคม (โรคยกเว้น 15 โรค) บ่อนไม่อยู่ในความครอบคลุมของประกันสังคมเช่นเดียวกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และถือเป็นแนวปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

สมชาย วัฒนา

(นายสมชาย วัฒนา)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์ฯ

ฝ่ายมาตรฐานการแพทย์ โทร. 5857041



ที่ รศ 0709/ค 566

สำนักงานประกันสังคม
ถนนวิวานนท์ นบ 11000

17 ตุลาคม 2539

เรื่อง แจ้งแนวปฏิบัติกรณีผ่าตัดใส่กะโหลกศีรษะเทียม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ด้วยคณะกรรมการการแพทย์ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ กรณีผ่าตัดใส่กะโหลกศีรษะ
ไว้ในความครอบคลุมของประกันสังคม มิได้เป็นการผ่าตัดเพื่อความสวยงาม สำนักงานประกันสังคมจึงขอกำหนด
แนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

การผ่าตัดใส่กะโหลกศีรษะเทียมถือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษามิได้เป็นการผ่าตัดเพื่อความสวยงาม
สำหรับการพิจารณาความจำเป็นในรายที่ควรใส่กะโหลกศีรษะเทียม มีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. Skull defect ที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่กว่า 4 เซนติเมตร
2. ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 3 ปี
3. ไม่มีร่องรอยการติดเชื้อ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

สมชาย วัฒนา

(นายสมชาย วัฒนา)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

โทร: 9689805



ที่-รศ 0709/ว 710

สำนักงานประกันสังคม
ถนนควานนท์ นบ 11000

24 ตุลาคม 2540

เรื่อง แจ้งแนวปฏิบัติกรให้การบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันคน กรณีไม่มีบัตรรับรองสิทธิ และการแจ้งสิทธิหลังจากได้รับบริการทางการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม

เนื่องจากในปี 2540 เป็นต้นไป ผู้ประกันคนทั่วประเทศอยู่ในโครงการผู้ประกันคนเลือกสถานพยาบาลเอง สำนักงานประกันสังคม สามารถส่งรายชื่อผู้ประกันคนที่เป็สมาชิกของท่านในแต่ละเดือนให้ท่านทราบได้ ฉะนั้น เพื่อให้การขอรับบริการทางการแพทย์มีความคล่องตัว สำนักงานประกันสังคมจึงขอแจ้งแนวปฏิบัติในกรณีผู้ประกันคนเข้าโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ แต่ไม่ได้แสดงบัตรรับรองสิทธิฯ หรือแสดงบัตรรับรองสิทธิฯ หลังจากได้รับบริการทางการแพทย์แล้ว ดังนี้

1. ให้สถานพยาบาลให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันคนโดยจะแจ้งสิทธิก่อนหรือหลังการรับบริการทางการแพทย์ก็ได้ ทั้งนี้ การที่ผู้ประกันคนไม่ได้แสดงบัตรรับรองสิทธิฯ ก่อนเข้ารับบริการทางการแพทย์มิได้เป็นเหตุให้ผู้ประกันคนไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ หรือต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลแต่อย่างใด ยกเว้นค่าใช้จ่ายในค่าบริการอื่นๆ ที่จัดเพิ่มเติมขึ้นจากที่ได้แจ้งไว้กับสำนักงานประกันสังคม

2. ในกรณีที่ผู้ประกันคนได้ขอรับบริการทางการแพทย์ในฐานะผู้ประกันคน แต่ไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ แสดงต่อสถานพยาบาล ให้สถานพยาบาลตรวจสอบรายชื่อผู้ประกันคนที่มิสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์จากข้อมูลที่สำนักงานประกันสังคมได้จัดส่งหากมีรายชื่อของผู้ประกันคน ปรากฏในข้อมูลที่สำนักงานประกันสังคมจัดส่งให้สถานพยาบาลจะต้องให้บริการทางการแพทย์ และจะเรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันคนมิได้ แต่ถ้าไม่มีรายชื่อของผู้ประกันคนปรากฏในข้อมูลที่สำนักงานประกันสังคมจัดส่งให้สถานพยาบาลพิจารณาดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังนี้

2.1 คิคต่อสำนักงานประกันสังคม หรือสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดแล้วแต่กรณี เพื่อขอทราบว่าคุณประกันคนเป็นผู้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์หรือไม่

2.2 ขอความร่วมมือให้ผู้ประกันตนสำรองจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ไปก่อน โดยสถานพยาบาล
จะตั้งรับแจ้งข้อเท็จจริงให้ผู้ประกันตนทราบถึงสาเหตุที่ค้ำองให้ผู้ประกันตนสำรองจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ และ
สถานพยาบาลจะต้องมีหนังสือไว้เป็นหลักฐานว่า หากตรวจสอบแล้วปรากฏว่าผู้ประกันตนเป็นผู้มีสิทธิได้รับบริการ
ทางการแพทย์ สถานพยาบาลยินยอมคืนเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนภายในระยะเวลาที่กำหนด (ระยะ
เวลาที่กำหนดจะต้องไม่เกิน 30 วันนับแต่วันที่ผู้ประกันตนได้สำรองจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือเป็นแนวปฏิบัติ

ขอแสดงความนับถือ

จำลอง ศรีประสารณ์
(นายจำลอง ศรีประสารณ์)
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์ฯ

โทร. 9689808-15

โทรสาร 5252496



16 ธันวาคม 2540

เรื่อง แนวปฏิบัติในการให้บริการทางการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม

ตามที่สำนักงานประกันสังคม ได้รับเรื่องร้องเรียนการให้บริการทางการแพทย์ว่า ถูกเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิฯ อยู่เสมอในกรณีต่าง ๆ เช่น โรคยกเว้นที่ไม่อยู่ในความคุ้มครอง อุบัติเหตุที่คิดเงินเนื่องจากการทำงาน อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนอกเขต ซึ่งสำนักงานประกันสังคมจึงขอชักชวนความเข้าใจ และใคร่ขอชี้แจงถึงแนวปฏิบัติในการให้บริการทางการแพทย์เพื่อให้สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมดำเนินการในแนวทางเดียวกันดังนี้

1. กรณีที่เรียกเก็บเงินจากผู้ประกันตนด้วยสาเหตุ ผู้ประกันตนจงใจทำร้ายตนเอง ผู้ประกันตนเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน หรือเป็นโรคยกเว้นที่ไม่อยู่ในความคุ้มครองของประกันสังคม หากภายหลังผู้ประกันตนได้มาขึ้นค่าขอรับประ โยชน์ทดแทน และพนักงานเจ้าหน้าที่พิจารณาแล้วเห็นว่าโรงพยาบาลปฏิบัติไม่ถูกต้อง โรงพยาบาลจะคิดเงินค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตน เนื่องจากภารกิจทางวินิจจัยเป็นหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคม

2. กรณีผู้ประกันตนเดิมมีบัตรรับรองสิทธิฯ หรือไม่อยู่ในสถานะแจ้งสิทธิประกันสังคมได้ โรงพยาบาลไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้ประกันตนจากข้อมูลที่สำนักงานประกันสังคมจัดส่งให้

3. กรณีผู้ประกันตนประสบอุบัติเหตุจากรถและมีสิทธิอื่นนอกเหนือจากพระราชบัญญัติประกันสังคม เช่น ใช้สิทธิของคู่กรณี หรือใช้สิทธิพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นต้น โรงพยาบาลจะเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล กรณีที่คู่กรณีไม่ยอมชำระค่ารักษาพยาบาลเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลจะตั้งคำถามฟ้องร้องทางแพ่ง ผู้ประกันตนที่ผู้ประกันตนไม่ยอมใช้สิทธิจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และประสงค์จะใช้สิทธิประกันสังคมก็สามารถกระทำได้

4. กรณีผู้ประกันตนขอรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลหรือจ่าย โดยแจ้งสิทธิถูกต้องและสถานพยาบาลเครือข่ายเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ประกันตน สถานพยาบาลดังกล่าวจะต้องรับผิดชอบคืนเงินค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตน

5. ผู้ประกันตนที่เป็นสมาชิกของสถานพยาบาลอื่น เข้ารับบริการทางการแพทย์ด้วยอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน
ที่โรงพยาบาลของท่าน และได้มีการแจ้งให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ทราบ เพื่อรับผู้ประกันตน ไปรักษาคือ
ยังโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ โดยผู้ประกันตนสามารถเคลื่อนย้ายได้ โรงพยาบาลที่ไม่ได้รักษาไม่มีสิทธิหวังเหี้ยม
โดยนำค่ารักษาพยาบาลมาเป็นสาเหตุทำให้โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ไม่สามารถรับผู้ประกันตนไปรักษาตาม
สิทธิของผู้ประกันตนได้

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบและถือเป็นแนวปฏิบัติ

ขอแสดงความนับถือ

อรพินท์ นุดสาระ
(นางอรพินท์ นุดสาระ)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ
โทร. 9689808-15
โทรสาร 5252496



ที่ รส. 0709/ก 044

สำนักงานประกันสังคม
ถนนตีวานนท์ นบ. 11000

2 กุมภาพันธ์ 2541

เรื่อง แจ้งมติคณะกรรมการการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม

ด้วยคณะกรรมการการแพทย์ได้รับข้อหารือที่อยู่ในความคุ้มครองของประกันสังคม กรณีการเจ็บท้องหลอก (False Labour) และการเจ็บท้องคลอดก่อนกำหนด (Premature Labour) และคณะกรรมการการแพทย์ได้พิจารณาแล้วในการประชุมครั้งที่ 20/2540 เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2540

สำนักงานประกันสังคม จึงใคร่ขอแจ้งมติคณะกรรมการการแพทย์ ในกรณีดังกล่าวดังนี้ การเจ็บท้องหลอก (False Labour) และการเจ็บท้องคลอดก่อนกำหนดแต่ยังไม่คลอด (Premature Labour) เป็นอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนการคลอดอยู่ในความครอบคลุมกรณีเจ็บป่วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

อรพินท์ บุคสาระ

(นางอรพินท์ บุคสาระ)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์และทันตเวชกรรมภาพ

โทร. 9689608-15

โทรสาร 5252496



ที่ รท 0709/ว 219

สำนักงานประกันสังคม
ถนนวิภาวดี นบ 11000

24 เมษายน 2543

เรื่อง การโฆษณาชวนเชื่อของโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม

ด้วยสำนักงานประกันสังคม ได้รับเรื่องร้องเรียนกรณีโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมบางแห่งมีการโฆษณาชวนเชื่อและขู่โร เพื่อให้ผู้ประกันตนเลือกเป็นสถานพยาบาลของตนผิดๆ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี กลอกลฟรี ให้ใช้ห้องประชุมฟรี สครากหักงหักค่าออกค่าตามสถานที่ท่องเที่ยว ค่าหมคนอบกรรมธรรม์อุบิทิเหตุ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

สำนักงานประกันสังคม ทราบดีว่ากรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ ได้มีมติให้ยกเลิกการโฆษณาชวนเชื่อที่เกินความจริงและเป็นการหลอกลวงผู้บริโภค โดยให้ใช้คำโฆษณาที่จริงและเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคเป็นหลัก และให้ยกเลิกการโฆษณาชวนเชื่อที่เกินความจริงและเป็นการหลอกลวงผู้บริโภค โดยให้ใช้คำโฆษณาที่จริงและเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคเป็นหลัก และให้ยกเลิกการโฆษณาชวนเชื่อที่เกินความจริงและเป็นการหลอกลวงผู้บริโภค โดยให้ใช้คำโฆษณาที่จริงและเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคเป็นหลัก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางอรทิณี นุศสาระ)

รองเลขาธิการปฏิปัติวิชาวาทาน
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

โทร. 9589807

โทรสาร 525 2496



ที่ รศ 0709/ว 4518

กองประสานการแพทย์
สำนักงานประกันสังคม
ถนนวิภาวดี นพ 11000

4 กันยายน 2544

เรื่อง แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลในการผ่าตัดเอาเหล็กตามกระดูกออกจากร่างกาย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม

ตามที่กองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม ได้แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเอาเหล็กตามกระดูกออกจากร่างกายตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยฯ ว่า การผ่าตัดเอาเหล็กตามกระดูกออกจากร่างกายมิใช่มาตรฐานในการรักษาทุกราย ผู้ป่วยที่คือองเอาเหล็กตามกระดูกออกจากร่างกาย ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เช่น มีการติดเชื้อ เหล็กที่ตามกระดูกไว้หักและกระดูกงั้นนั้นไม่ติด นั้น

เนื่องจากมีแพทย์ออร์โธปิดิกส์บางท่านได้นำแนวการรักษาที่ราชวิทยาลัยฯ เรียนแจ้งมาไปใช้ในการปฏิเสธการผ่าตัดเอาเหล็กตามกระดูกออกจากร่างกายของผู้ป่วยที่กลับไปยังโรงพยาบาลที่ทำการรักษาอีกครั้ง อ้างว่าการผ่าตัดเอาเหล็กตามกระดูกออกจากร่างกายไม่ใช่มารฐานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกไว้ โดยมิได้พิจารณาข้อความที่เขียนถัดมคือ การผ่าตัดเอาเหล็กตามกระดูกออกต้องทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ความที่ระบุไว้แล้ว ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจถูกต้องและเป็นธรรมแก่ผู้ป่วยที่ประสบปัญหาหลังจากการผ่าตัดซึ่งเกิดจากการใช้เหล็กตามกระดูก จึงให้มีแนวทางการรักษาผู้ป่วย ดังนี้ "การผ่าตัดเอาเหล็กตามกระดูกออกจากร่างกาย จะกระทำให้แก่ผู้ป่วยในกรณีที่จำเป็นและมีข้อบ่งชี้ว่าจำเป็นจะต้องเอาเหล็กตามกระดูกออก" ได้แก่

1. K-Wire ที่อาจจะเคลื่อนที่ไป ทำให้เกิดอันตรายแก่อวัยวะนั้น ๆ
2. มีการติดเชื้อ
3. เหล็กที่ตามกระดูกไว้หักและกระดูกงั้นนั้นไม่ติด
4. เหล็กที่ตามกระดูกทำให้เกิดความระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อใกล้เคียง

-/ 5. ในผู้ป่วย ...

5. ในผู้ป่วยที่กระดูกยังคงมีความเจริญเติบโตอยู่
6. มีอาการแพ้คือไอหะที่เป็นส่วนผสมของเหล็กที่ใช้ตามกระดูก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้แพทย์ผู้เกี่ยวข้องถือเป็นแนวปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

สุรเดช วลีอิทธิกุล

(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)

ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

ฝ่ายตรวจสอบสถานพยาบาล

โทร. 02 956 2505-6

โทรสาร 02 525 2496



ที่ รส 0709/ว 404

สำนักงานประกันสังคม
ถนนวิวานนท์ นพ 11000

17 มิถุนายน 2545

เรื่อง แนวปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนการให้บริการทางการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม

เนื่องจาในปัจจุบัมยังคงมีเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลตามบัตร
รับรองสิทธิ เรื่องร้องเรียนส่วนหนึ่งเกี่ยวกับมาตรฐานและคุณภาพของการรักษาพยาบาล เรื่องร้องเรียนอีกส่วนหนึ่งเกิดจาก
ปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคลากรของสถานพยาบาลและผู้ประกันตน

เพื่อให้การพิจารณาเรื่องร้องเรียนการให้บริการทางการแพทย์เป็นไปด้วยความรวดเร็ว ถูกต้องและเป็นธรรม
สำนักงานประกันสังคม จึงขอให้สถานพยาบาลดำเนินการ ดังนี้

1. กรณีที่พนักงานเจ้าหน้าที่ขอประวัติการรักษาของผู้ประกันตนหรือหลักฐานเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
ขอให้สถานพยาบาลจัดส่งให้พนักงานเจ้าหน้าที่โดยเร็ว
2. ขอให้แพทย์ผู้รักษามันท์กประวัติการรักษาให้ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ โดย
มีการบันทึก ทั้ง positive and negative finding ทั้งนี้เพื่อให้การพิจารณาข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์
เป็นไปด้วยความถูกต้อง และเป็นธรรมต่อทุกฝ่าย
3. แพทย์ผู้รักษาและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรอธิบายหรือชี้แจงให้ผู้ประกันตนทราบและเข้าใจเกี่ยวกับ
อาการเจ็บป่วย ตลอดจนการดำเนินของโรคที่เข้ารับการรักษา เพื่อให้ผู้ประกันตนเกิดความมั่นใจในมาตรฐานและคุณภาพการ
รักษาพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือเป็นแนวปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์

(นายสมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์)

ที่ปรึกษาด้านประสิทธิภาพ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์และทันตกรรมรพท

โทร. 02-9689808-15 โทรสาร 05 5252496



ที่ รง 0609/ว 012

สำนักงานประกันสังคม
ถนนวิวานนท์ นบ 11000

9 มกราคม 2546

เรื่อง แนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับทันตกรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม

ด้วยคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนด
แนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับทันตกรรม เพื่อใช้ในการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

สำนักงานประกันสังคม จึงขอแจ้งแนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับ
ทันตกรรมที่ถือว่าอยู่ในความครอบคลุมของสิทธิประกันสังคม ดังนี้

- 1). การรักษาดูงน้ำและเนื้องอกของกระดูกขากรรไกร
 - กรณีฟันคุดแล้วมีถุงน้ำหุ้มฟันคุด การผ่าตัดดูงน้ำใช้สิทธิได้
 - กรณีดูงน้ำและเนื้องอกอื่น ๆ Ameloblastoma
- 2). การติดเชื้อบริเวณช่องปากและใบหน้า (Orofacial Infection) ซึ่งอาจมีสาเหตุจากฟันจำเป็นต่อ
ทำการผ่าตัดระบายหนอง (I&D) และอาจจำเป็นต้องถอนฟันที่รักษาไว้ในโรงพยาบาล
- 3). การรักษาการแตกหักของกระดูกขากรรไกรและใบหน้าจากอุบัติเหตุ
 - จำเป็นต้องให้การรักษาโดยการใส่ฝืดูกฟัน (closed reduction with arch bar)
 - กรณีฟันหักต้องการใส่ฟันปลอมแบบใส่เคียวฟันในกรณีรากฟันยังไม่ตายทำการรักษารากฟันใ
เคียวฟัน และใส่ฟันปลอมภายหลังหรือการใส่ฟันปลอมแบบถอดได้ ในกรณีที่รากฟันตายแล้วจำเป็นต้องถอนออก
ทำการอุดร่องประสาทฟันและใส่ฟันปลอม
 - อุบัติเหตุฟันหักจำนวนหลายซี่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอม เพื่อมิให้ฟันที่ยังอยู่ล้มทั้งแถว หรือ
เพื่อใช้ในการบดเคี้ยวอาหาร
 - กรณีฟันยังไม่หัก มีการโยก ต้องทำการดามฟันและรักษารากฟัน

-/ การผ่าตัด ...

การผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่ และยึดด้วยลวดหรือแผ่นโลหะ (Open reduction and internal fixation with wire or plate)

- หลังประสบอุบัติเหตุกระดูกขากรรไกรล่างและบนสบกันไม่สนิท เกิดปัญหาในการเคี้ยวอาหาร ต้องทำการผ่าตัดกระดูกและยึดด้วยลวด หรือพื้ด้ามบนและด้านล่างไม่สบกันประกบกันไม่สนิทมีลักษณะเขย่งกัน การเคี้ยวทำได้ไม่สะดวกต้องทำการศัลยกรรม

- การผ่าตัดเล็กอื่น ๆ ภายในช่องปาก เช่น การผ่าตัดปุ่มกระดูกขากรรไกรบน และล่าง (torus palatinus & torus mandibularis) ซึ่งเป็นการเจริญเติบโตผิดปกติของกระดูกขากรรไกรขัดขวางต่อการใส่ฟันปลอม จะให้เฉพาะการผ่าตัดที่เป็นการรักษาเนื่องจากความผิดปกติมีผลต่อสุขภาพต้องแก้ไข ถือว่าอยู่ในความครอบคลุมสิทธิประกันสังคม

4) การผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะปากแห้ง/เพดานโหว่ กรณีผู้ป่วยประกันคนไม่มีปัญหาด้านการกลืนแต่ช่องเพดานโหว่มีขนาดกว้างพอประมาณ ให้เฉพาะกรณีที่มิใช่ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

5) ภายหลังจากประสบอุบัติเหตุ Speech therapy ถือว่าเป็นการรักษาและครอบคลุมในสิทธิของประกันสังคม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือเป็นแนวปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์

(นายสมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์)

ที่ปรึกษาด้านประสิทธิภาพ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

โทร. 02 956 2505-6

โทรสาร 02 525 2496



ที่ รง 0609/ก 435

สำนักงานประกันสังคม
ถนนติวานนท์ ขบ 11000

24 พฤษภาคม 2547

เรื่อง แนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนมีปัญหาทางผิวหนัง

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลประกันสังคม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนมีปัญหาทางผิวหนัง จำนวน 1 ชุด

ด้วยคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้พิจารณาแนวทางการรักษาพยาบาลกรณีผู้ประกันตนมีปัญหาทางผิวหนัง เพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนของสถานพยาบาลประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคม จึงขอแจ้งแนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนมีปัญหาทางผิวหนัง จำนวน 6 รายการ ได้แก่ ประเภท สีขาว รังแค หูด ฝ้าและเนื้องอกผิวหนัง ผื่นรัง รายละเอียดปรากฏตามรายการที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ศศิวิมล อนันตกุล

(นางศศิวิมล อนันตกุล)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

โทร. 0 2956 2505

โทรสาร 0 2525 2496

แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนมีปัญหาทางผิวหนัง
(มติคณะกรรมการการแพทย์ ครั้งที่ 5/2547 เมื่อวันที่ 2 เมษายน 2547)

รายการ	ครอบคลุมสิทธิประกันสังคม	ไม่ครอบคลุมสิทธิประกันสังคม
1. สิว (acne)	<p>1) สิวชนิดที่เป็นตุ่มแดง (nodulocystic acne) กลุ่มขนาดใหญ่อักเสบ, เป็น cyst,หนอง ซึ่งอาจเป็นบนหน้า, ท้องอก หรือหลัง ถือว่าเป็นสิวกึ่งรุนแรง จำเป็นต้องให้ยาแก้อักเสบหรือยากันประทันในกลุ่มวิตามิน A ภาวะเหล่านี้อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น แผลเป็น เป็นผลต่อจิตใจของผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการรักษา ซึ่งจำเป็นต้องให้ systemic antibiotic</p> <p>2) สิวที่เกิดจากยา (acneiform eruption) เช่น กราโซล topical หรือ systemic steroid, isoniazid หรือยาอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดสิว</p>	<p>สิวธรรมดา (acne vulgaris) ที่ไม่มีตุ่มหรือการอักเสบ</p>
2. ฝ้า (melasma)		<p>ฝ้า กระ ทุกประเภทถือว่าเป็นการรักษาเพื่อความสวยงาม</p>
3. รังแค	<p>ผิวหนังอักเสบ (seborrheic dermatitis) เป็นรังแคชนิดอักเสบ, มีขุย ร่วมกับภาวะอักเสบของผิวหนังบนศีรษะ หน้าอก, หลัง ซึ่งการรักษาต้องใช้ยาในกลุ่ม corticosteroid, antifungal agents และ medicated shampoo เช่น tar shampoo, ketoconazole หรือ selenium sulfide shampoo</p>	<p>รังแคธรรมดา (Dandruff) เป็นภาวะปกติที่พบได้ในคนทั่วไป ไม่มีผลต่อสุขภาพ</p>
4. ขูด (wart)	<p>ขูดทุกชนิด เป็นการติดเชื้อไวรัส ติดต่อกันได้</p>	
5. ฝ้า เมื่องอกผิวหนัง	<p>1) ฝ้าที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สงสัยว่าจะเป็นเนื้อร้าย เช่น มีขนาดโตขึ้น สีเปลี่ยน มีอาการเจ็บหรือคัน แผลเปื่อยแผลรื้อรังซึ่งอาจจะมี malignant change</p> <p>2) ฝ้าหรือเมื่องอกที่จำเป็นต้องผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัยโรค หรือมีอาการสงสัยตรวจทางพยาธิวิทยา</p>	<p>1) ฝ้า (nevus) โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องให้การรักษาหรือผ่าตัด</p> <p>2) ฝ้าที่ผ่าตัดเพื่อความสวยงาม</p>

รายการ	ครอบคลุมสิทธิ์ประกันสังคม	ไม่ครอบคลุมสิทธิ์ประกันสังคม
6. ผมร่วง	1) ผมร่วงที่เกิดจากเชื้อรา หรือการติดเชื้อ syphilis 2) ผมร่วงที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงวงจรชีวิตของเส้นผม (telogen effluvium, anagen effluvium) ซึ่งเป็นสาเหตุมาจากโรคภายในร่างกายหลายอย่าง เช่น high-fever, hyperthyroid หรือเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา 3) ผมร่วงที่เกิดจากการอักเสบของรากผม (alopecia areata) 4) ผมร่วงที่เกิดจากโรคผิวหนังที่ร้ายแรง เช่น lupus erythematosus, lichen planus, scleroderma	1) ผมร่วงที่เกิดจากพันธุกรรม (androgenetic alopecia) 2) กรณีที่การปลูกผมถือว่าเป็นการกระทำเพื่อศรัทธาส่วนงามและไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

สำนักงานประกันสังคม

พฤษภาคม 2547



ที่ รง 0609/ว 1031

สำนักงานประกันสังคม
ถนนติวานนท์ นบ. 11000

2 พฤศจิกายน 2547

เรื่อง แนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนมีก่อนที่เดิมน

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลประกันสังคม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยมีก่อนที่เดิมน

ด้วยคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้พิจารณาแนวทางการรักษาพยาบาลกรณีผู้ประกันตนมีก่อนที่เดิมน เพื่อให้สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมใช้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

สำนักงานประกันสังคม จึงขอแจ้งแนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนมีก่อนที่เดิมนสมควรได้รับการตรวจวินิจฉัยและขั้นตอนการรักษาตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยมีก่อนที่เดิมนของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย โดยสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไป (ประเทศไทย) ให้สถานพยาบาลรับทราบ และถือปฏิบัติ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ศศิวัชรณ อมันตกุล

(นางศศิวัชรณ อมันตกุล)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

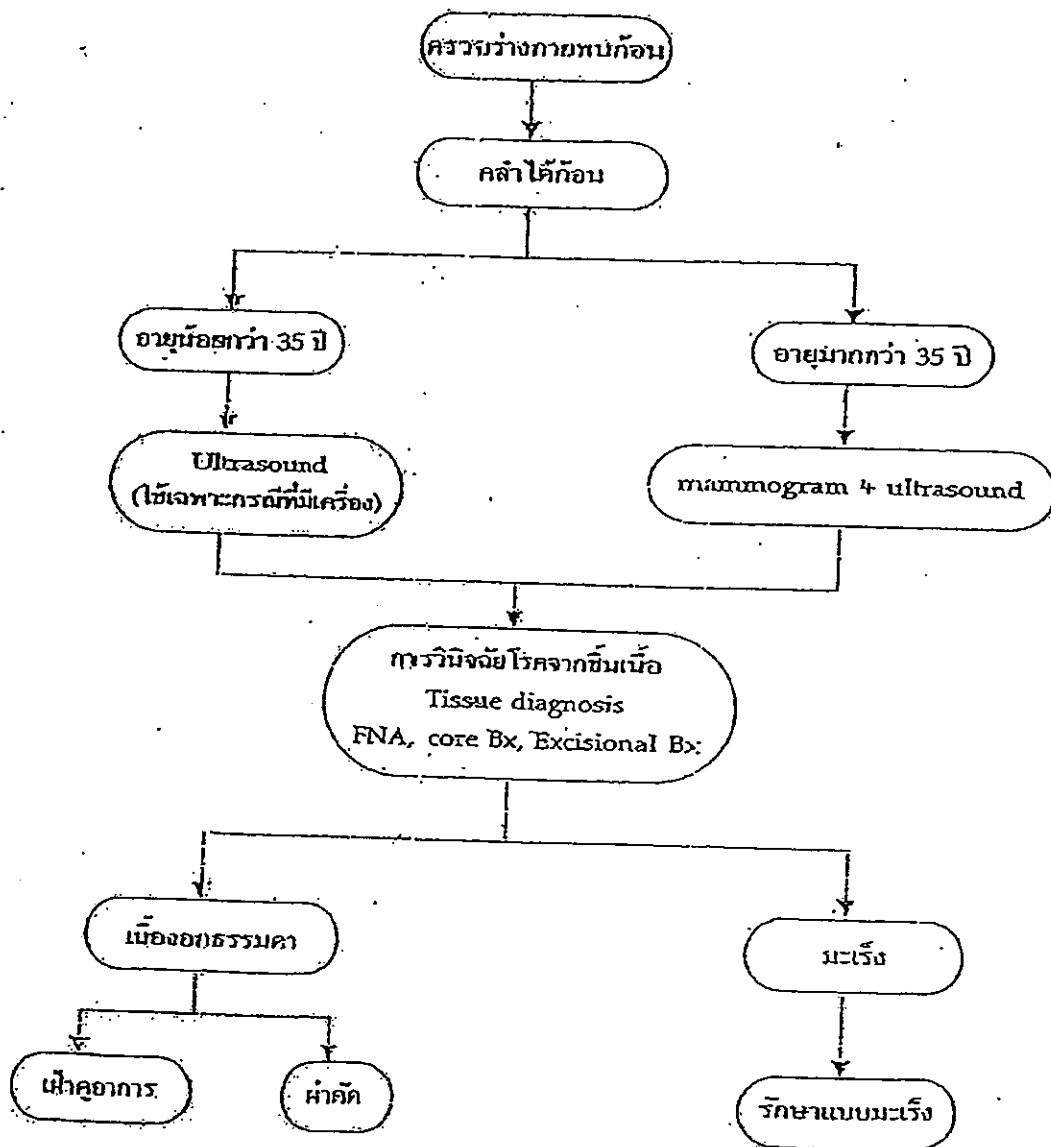
โทร. 0 2956 2505-6

โทรสาร 0 2525 2496

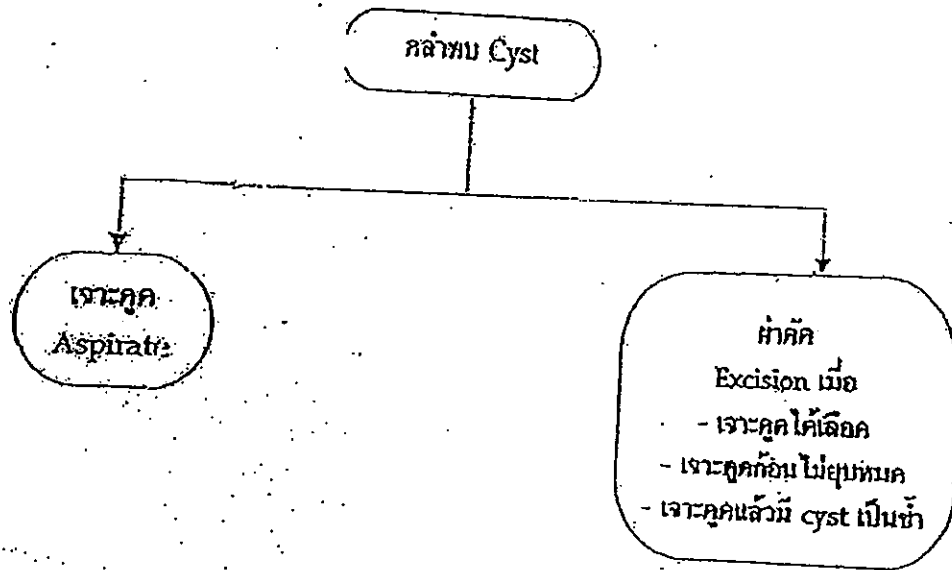
แนวทางการรักษามี จัดทำโดยคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคเต้านม ซึ่งประกอบด้วย:

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| 1. นายแพทย์กิติ จินดาวิจิษฐ์ | สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |
| 2. นายแพทย์กรีช โพธิ์สุวรรณ | โรงพยาบาลศิริราช |
| 3. นายแพทย์สุรพงษ์ สุภาพรณ์ | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 4. นายแพทย์วิวัฒน์ ฤทธานิช | โรงพยาบาลรามธิบดี |
| 5. นายแพทย์สมิต วงศ์เกียรติขจร | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 6. นายแพทย์ไวยัย วาสินศิริ | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |

1. เมื่อคลำพบก้อน



2: ตรวจพบ Cyst





ที่ รง 0609/ว 277

สำนักงานประกันสังคม
ถนนติวานนท์ โทร 11000

5 เมษายน 2548

เรื่อง แนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนมีพฤติกรรมการรักษาผลเป็น
เรียม ผู้อำนวยการสถานพยาบาลประกันสังคม

ด้วยคณะกรรมการการแพทย์ ศาลพระพรหมบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้พิจารณาแนวทางการรักษา
พยาบาลแก่ผู้ประกันตนที่มีผลเป็นธรรมชาติจากกรณีจิตวิเศษ ผลเป็นชนิดเป็นหูดจากโรคอีสุกอีใส การรักษาผลเป็น
(keloid) และผลเป็นชนิดอื่น (Hypertrophic) เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน
ของสถานพยาบาลประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคม จึงขอแจ้งแนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน สำหรับการ
พิจารณาทุกผลเป็นลักษณะเดียวกับ ดังนี้

- 1) ถ้าผลเป็นมีลักษณะเป็นตุ่ม เจ็บปวด คีจรั้ง ทำให้เกิดการคันหรือผลเป็นที่เห็นได้ชัดเจน
หรือมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ จนกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วย ถือว่าเป็นการรักษาโรค สมควร
ใช้สิทธิในการเบิกรักษาประกันสังคมได้
- 2) ถ้าเป็นแค่ผลเป็นธรรมดา ไม่มีอาการ เป็นแค่การรักษาเพื่อความสวยงาม ไปด้วยว่าเป็นการรักษาโรค
ไม่สมควรใช้สิทธิเบิกได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ศศิวรรณ อนันตกุล

(นางศศิวรรณ อนันตกุล)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์และทันตกรรมสุขภาพ

โทร. 0 2956 2505-6

โทรสาร 0 2525 2496



ที่ รง. 0609/ก 907

สำนักงานประกันสังคม
ถนนวิภาวดี นบ 11000

13 กันยายน 2548

เรื่อง แนวปฏิบัติการตีสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ส่งผู้ประกันตนไปรักษาต่อ
เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลประกันสังคม

ด้วยสำนักงานประกันสังคมได้รับเรื่องร้องเรียนหรือการให้บริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตนอยู่เสมอกรณี
สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนและแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าเป็นต้อง
ส่งผู้ประกันตนไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น แต่ไม่ดำเนินการออกหนังสือส่งตัวผู้ประกันตนเพื่อไปรักษาต่อ หรือออก
หนังสือส่งตัวอย่างมีเงื่อนไข เช่น ระบุจะรับผิดชอบเฉพาะกรณีผู้ช่วยนอกเท่านั้น เป็นต้น ดังนี้ เพื่อให้สถานพยาบาล
เข้าใจและถือปฏิบัติเป็นแนวเดียวกัน สำนักงานประกันสังคมใคร่ขอชี้แจงแนวปฏิบัติ ดังนี้

1. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ แพทย์ผู้รักษาจะต้อง
ให้การรักษายาตามแก่ผู้ประกันตนตามหลักวิชาการแพทย์อย่างเต็มที่ถึงความสามารถเช่นเดียวกับที่สถานพยาบาล
ได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ช่วยอื่นที่เข้ารับการรักษา
2. กรณีสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ไม่สามารถให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนได้ หรือมี
ความจำเป็นต้องส่งผู้ประกันตนไปตรวจพิเศษ สถานพยาบาลจะต้องส่งผู้ประกันตนไปรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มี
ศักยภาพสูงกว่า (Supra Contractor) โดยดำเนินการตามขั้นตอน คือ ออกหนังสือส่งตัวผู้ประกันตนไปรักษาต่อ
อย่างชัดเจนโดยไม่มีเงื่อนไข และรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าต่อไปด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือเป็นแนวปฏิบัติ

ขอแสดงความนับถือ

สิทธิพล รัตนกร

(นายสิทธิพล รัตนกร)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์และทันตกรรมรพการุญ

โทร. 0 2956 2504-6 โทรสาร 0 2525 - 2496



ที่ รส 0709/ว 401

สำนักงานประกันสังคม
ถนนควานนท์ นบ 11000

23 สิงหาคม 2542

เรื่อง แนวปฏิบัติในการให้บริการทางการแพทย์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด

ด้วยคณะกรรมการการแพทย์ ในการประชุมครั้งที่ 4/2542 วันที่ 5 มีนาคม 2542 ได้มีการทบทวนการให้ประโยชน์ทดแทนกรณีการฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า จึงขอแจ้งแนวปฏิบัติดังนี้

1. กรณีถูกสุนัขหรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด ให้ถือว่าเป็นกรณีอุบัติเหตุ หากไม่สามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ได้และไปรับการฉีดวัคซีนเข็มแรกที่สถานพยาบาลอื่น ให้นำใบเสร็จรับเงินมาเบิกับสำนักงานประกันสังคมกรณีอุบัติเหตุ 72 ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด แต่การฉีดวัคซีนเข็มต่อไปจะต้องไปรับการฉีดที่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ เนื่องจากไม่ใช่กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินแล้ว
2. หากเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ แต่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า ถ้าผู้ประกันคนไปฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าที่สถานเสาวภา โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเท่ากับจำนวนที่ปรากฏในหลักฐานการจ่ายเงินที่ผู้ประกันคนได้แสดงต่อสถานพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และกรุณาแจ้งประกันสังคมจังหวัดทราบด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

อรพินท์ นุตสาระ

(นางอรพินท์ นุตสาระ)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

โทร. 02-956.2505-6 โทรสาร 02.525.2496



ที่ รง.0609/ว 1096

สำนักงานประกันสังคม
ถนนติวานนท์ นบ 11000

3 กรกฎาคม 2551

เรื่อง แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลในการขอเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ประกันคนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลประกันสังคมทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. สำเนาประกาศคณะกรรมการการแพทย์คานพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลงวันที่ 11 เมษายน 2548
2. แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคม (สำหรับสถานพยาบาล) (สปรศ 2-15)

ความประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลงวันที่ 11 เมษายน 2548 ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 13 เมษายน 2548 ความละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 นั้น

เพื่อให้สถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันคนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานประกันสังคมเป็นแนวทางเดียวกัน สำนักงานประกันสังคมจึงขอยกเลิกแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลในการขออนุมัติค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ประกันคนได้รับอุบัติเหตุ คานหนังสือสำนักงานประกันสังคมที่ นท. 1309/ว 0065 ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2536 และแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลในการขอเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ประกันคนเจ็บป่วยฉุกเฉิน คานหนังสือสำนักงานประกันสังคมที่ รส 0709/ว 0595 ลงวันที่ 18 กันยายน 2538 และกำหนดแนวปฏิบัติให้สถานพยาบาลถือปฏิบัติในการขอเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ประกันคนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนี้

1. กรณีผู้ประกันคนชำระค่ารักษาพยาบาลเอง ให้สถานพยาบาลออกใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ให้แก่ผู้ประกันคน เพื่อนำไปเบิกเงินจากสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ที่ผู้ประกันคนประสงค์จะใช้สิทธิ

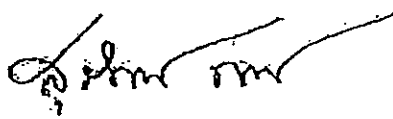
-/2. กรณี ...

2. กรณีผู้ป่วยคนไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาล ให้สถานพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาล จากสำนักงานประกันสังคมในท้องที่ที่สถานพยาบาลนั้นตั้งอยู่ โดยยื่นแบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยประกันสังคม (สำหรับสถานพยาบาล) (สปส 2-15) พร้อมด้วยเอกสารตามที่ส่งมาด้วย 2

สำนักงานประกันสังคมจะพิจารณาจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนด ตามข้อ 3 แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลงวันที่ 11 เมษายน 2548 ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2551 เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และถือเป็นแนวปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุรินทร์ จีระวิทย์)
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

โทร. 0 2956 2498

โทรสาร 0.2525 2496

แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางกรณีการรักษาโรคมะเร็ง
ความประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 20 กรกฎาคม 2554

1. เงื่อนไขการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีการรักษาโรคมะเร็ง

1.1 กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามแนวทางที่กำหนด (Protocol)

1) สถานพยาบาลจะต้องให้การรักษามุ่งประคับค้ำตามแนวทางการรักษาโรคมะเร็งแบบท้าย
ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ ลงวันที่ 20 กรกฎาคม 2554 และหากประสงค์ขอรับ
ค่ารักษาพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด (Protocol) ให้สถานพยาบาลยื่นแบบ สปส. 2-17/1

2) สถานพยาบาลจะต้องส่งเอกสาร หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษาโรคมะเร็ง ได้แก่

(1) ใบสรุปใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ ระบุโรค และวัน เดือน ปีที่เข้ารับการรักษา

(3) ใบสั่งยาจากแพทย์ หรือระบุจำนวน และราคาของยาเคมีบำบัดแต่ละชนิด

(4) สำเนาเวชระเบียน ดังนี้

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือพยาธิวิทยาที่แสดงผลว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็ง
(เฉพาะการขอเบิกครั้งแรก)

- คำสั่งการให้ยาของแพทย์ (Doctor's Order Sheet) ตามวันและจำนวนที่แจ้งขอเบิก

- รายงานการให้ยา (Medication Record) ที่แสดงว่ามีการใช้ยาเคมีบำบัด

(5) เอกสาร และหลักฐานเพิ่มเติมตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

3) เมื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานครบถ้วนแล้ว สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ารักษาพยาบาล
กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามแนวทางที่กำหนด

4) กรณีที่สำนักงานประกันสังคมตรวจสอบแล้วพบว่าสถานพยาบาลให้การรักษาไม่เป็นไปตาม
แนวทางที่กำหนด สถานพยาบาลจะต้องคืนค่ารักษาพยาบาลให้สำนักงานประกันสังคม
ภายในระยะเวลาที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด มิฉะนั้นแล้วสำนักงานประกันสังคมจะถือว่า
สถานพยาบาลผิดสัญญาในอันที่สำนักงานประกันสังคมจะใช้สิทธิตามข้อ 8 แห่งสัญญาจ้าง
ให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

1.2 กรณีการรักษาโรคมะเร็งนอกเหนือจากแนวทางที่กำหนด

1) สถานพยาบาลยื่นแบบ สปส. 2-17 หรือสำเนาเวชระเบียนของผู้ประกันคนที่สำเนาสิทธิประโยชน์

2) กรณีที่สถานพยาบาลยื่นแบบ สปส. 2-17/1 เบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีรักษาโรคมะเร็ง
ตามแนวทางที่กำหนด (Protocol) สถานพยาบาลจะไม่มีสิทธิยื่นแบบ สปส. 2-17 เพื่อเบิก
ค่ารักษาพยาบาลกรณีรักษาโรคมะเร็งนอกเหนือจากแนวทางที่กำหนด สำหรับผู้ประกันตน
รายเดียวกันในรอบปีเบิก (ปีปฏิทิน)

ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางนอกเหนือจากข้อ 1 ให้เป็นไปตาม
แนวปฏิบัติเดิม



แนวปฏิบัติกรณีผู้ประกันตนขอรักษาประโยชน์ทดแทนในการปลูกถ่ายไขกระดูก

1. แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาล :

เมื่อสถานพยาบาลตรวจวินิจฉัยพบว่า ผู้ประกันตนได้เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2551 แล้วมีความเห็นว่าผู้ประกันตนมีความเหมาะสมตามสภาพร่างกาย และความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก ให้ปฏิบัติตามดังนี้

1.1 แพทย์ผู้ทำการวินิจฉัยรักษานับเป็นผู้ให้รายละเอียดประวัติการเจ็บป่วยของผู้ประกันตน ตามแบบฟอร์ม 1.1 พร้อมสำเนาเวชระเบียน และผลการตรวจที่เกี่ยวข้อง

1.2 ขอให้สถานพยาบาล จัดเตรียมเอกสารตามข้อ 1.1 มอบให้กับผู้ประกันตน และแนะนำให้ผู้ประกันตนติดต่อกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือเขตพื้นที่ที่สะดวก

2. แนวปฏิบัติสำหรับสำนักงานประกันสังคม :

สำนักงานประกันสังคมที่รับเรื่อง ดำเนินการดังต่อไปนี้

2.1 ตรวจสอบเอกสารจากสถานพยาบาลตาม ข้อ 1.1 และประสานงานกับสถานพยาบาลกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วน

2.2 ตรวจสอบสถานภาพการเป็นผู้ประกันตน พร้อมทั้งรับรองสิทธิตามแบบฟอร์ม 2.2

2.3 ส่งเรื่องให้กองประสานการแพทย์ฯ ดำเนินการเสนอเข้าคณะกรรมการคามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์ โดยจัดทำสรุปข้อมูลในรูปแบบของระเบียบวาระการประชุม

2.4 กรณีผู้ประกันตนได้รับการอนุมัติ กองประสานการแพทย์ฯ ดำเนินการทำหนังสือขออนุมัติเฉพาะกิจเพื่อส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกรณีปลูกถ่ายไขกระดูก พร้อมทั้งหนังสือแจ้งสำนักงานประกันสังคมจังหวัด เขตพื้นที่ที่ขึ้นเรื่อง เพื่อแจ้งผู้ประกันตนทราบ

2.5 เมื่อกองประสานการแพทย์ฯ ได้รับแจ้งการเริ่มต้นกระบวนการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูกจากสถานพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไขกระดูกตามแบบฟอร์ม 2.5 กองประสานการแพทย์ฯ จึงจะดำเนินการเปลี่ยนสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้แก่ผู้ประกันตนไปสังกัดอยู่กับสถานพยาบาลที่ทำการรักษากรณีปลูกถ่ายไขกระดูก ในวันที่ 16 ของเดือนนั้น หรือวันที่ 1 ของเดือนต่อไป และดำเนินการเปลี่ยนสถานพยาบาลให้เป็นไปตามสถานที่ที่ผู้ประกันตนต้องการเมื่อสิ้นสุดกระบวนการปลูกถ่ายไขกระดูกแล้ว



ที่ ๕๓ ๐๖๐๑/๒ ๕๔๓

สำนักงานประกันสังคม
ถนนติวานนท์ นบ 11000

๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๐

เรื่อง แนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลประกันสังคมทุกแห่ง

ด้วยสำนักงานประกันสังคม ได้รับเรื่องร้องเรียนการให้บริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน
อยู่เสมอ กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ และสถานพยาบาล
เรียกเก็บเงินค่ารักษาจากผู้ประกันตน โดยให้เหตุผลว่าเป็นยาที่มีราคาสูง หรือเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

สำนักงานประกันสังคม ขอชี้แจงให้ทราบว่า ความประสงค์ของกรมการแพทย์
ความพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบ
อันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน กำหนดว่า ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์
จกสถานพยาบาล โดยให้ได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐาน ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ และ
สถานพยาบาลมีหน้าที่ให้การดูแลรักษาผู้ประกันตนอย่างเต็มกำลังความสามารถของแพทย์และเจ้าหน้าที่
เวชภัณฑ์ ฉุกเฉิน และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เพื่อให้บริการแก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษา โดย
ไม่จำกัดจำนวนเงินค่าใช้จ่าย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ดังนั้น กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษา
พยาบาล และหากแพทย์ผู้รักษามีคำสั่งให้การรักษาด้วยยาใดๆ หรือยาที่มีราคาสูง หรือเป็นยานอกเหนือ
บัญชียาหลักแห่งชาติ ผู้ประกันตนย่อมมีสิทธิได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่อยู่นอกเหนือบัญชียาหลักแห่งชาติได้
ทั้งนี้ สถานพยาบาลต้องรับผิดชอบการรักษา รวมทั้งค่าทั้งหมดให้แก่ผู้ประกันตน โดยสถานพยาบาลจะ
เรียกเก็บเงินค่ายาและเวชภัณฑ์จากผู้ประกันตนอีกมิได้

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบและถือปฏิบัติ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรินทร์ จีรวีสินกุล)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

โทร. ๐ ๒๙๕๖ ๒๕๐๔ - ๖ โทรสาร. ๐ ๒๕๒๕ ๒๔๙๖

สำนักอธิปไตย
 รับแจ้ง _____
 วันที่ _____

สปล. 2-1



แบบขอรับค่าบริการทางการแพทย์โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางของผู้ป่วยประกันสังคม
 กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามแนวทางที่กำหนด (Protocol)

จังหวัด _____
 โรงพยาบาล _____
 ชื่อผู้ประกันตน _____ เลขประจำตัวประชาชน _____

รายการค่าบริการทางการแพทย์	จำนวนเงิน
<input type="checkbox"/> กรณีการรักษาโรคมะเร็ง	
<input type="radio"/> protocol 1 สูตรที่ _____ ด้วยา _____ จำนวน cycle _____	
<input type="radio"/> protocol 2 สูตรที่ _____ ด้วยา _____ จำนวน cycle _____	
<input type="radio"/> protocol 3 สูตรที่ _____ ด้วยา _____ จำนวน cycle _____	
<input type="radio"/> protocol 4 สูตรที่ _____ ด้วยา _____ จำนวน cycle _____	
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร)	
<p>หลักฐานแนบ ตามรายละเอียดประกอบขอรับค่าบริการทางการแพทย์ฉบับนี้ประกอบด้วย 1. สำเนาบัตรประชาชน 341 มิได้โดยเจตนา หรือหลักฐานอื่นที่แสดงชื่อความเป็นที่ หรือเปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังกล่าวนี้ ได้ไปรับหรือรับทราบของบุคคลที่สามหรือทำให้บุคคลที่สามทำ ออมนหรือทำลายเอกสาร สิทธิ ยื่นประกันค่ารักษาโรคมะเร็งไว้โดยเจตนา หรือปรับในบันทึกสุขภาพ หรือให้เจ้าหน้าที่ปรับ</p>	

ลงชื่อ _____
 (_____)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล _____

แนวปฏิบัติการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

ตามประกาศคณะกรรมการ การการแพทย์ พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2551

1. เจ็บป่วยการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง ให้สถานพยาบาล
ตามบัตรรับรองสิทธิฯ เป็นผู้เบิกโดยตรงกับกองประโยชน์ทดแทน สำนักงานประกันสังคม โดยมีเงื่อนไข
และขั้นตอนการเบิกจ่าย ดังนี้

1.1 ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่าบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธี Balloon Embolization

- 1) สถานพยาบาลยื่นเรื่องพร้อมแนบสำเนาเวชระเบียนของผู้ประกันคนที่
กองประโยชน์ทดแทน สำนักงานประกันสังคม
- 2) พนักงานเจ้าหน้าที่รับเรื่อง และส่งหาหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์
ของสำนักงานประกันสังคม เพื่อพิจารณาให้ความเห็นว่าการรักษาผู้ประกันคนด้วยวิธี Balloon Embolization
เป็นไปตามเงื่อนไขข้อบังคับที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนดหรือไม่
- 3) กรณีที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์ของสำนักงานประกันสังคม
พิจารณาแล้วให้ความเห็นว่าการรักษาผู้ประกันคนเป็นไปตามเงื่อนไขข้อบังคับที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ
กำหนดให้มีสิทธิเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 30,000 บาทต่อราย

1.2 ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่าบริการรักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotactic Radiosurgery

- 1) สถานพยาบาลยื่นเรื่องพร้อมแนบสำเนาเวชระเบียนของผู้ประกันคนที่
กองประโยชน์ทดแทน สำนักงานประกันสังคม
- 2) พนักงานเจ้าหน้าที่รับเรื่องและส่งหาหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์
ของสำนักงานประกันสังคม เพื่อพิจารณาให้ความเห็นว่าการรักษาผู้ประกันคนด้วยวิธี Stereotactic Radiosurgery
เป็นไปตามเงื่อนไขข้อบังคับที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนดหรือไม่
- 3) กรณีที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์ของสำนักงานประกันสังคม
พิจารณาแล้วให้ความเห็นว่าการรักษาผู้ประกันคนเป็นไปตามเงื่อนไขข้อบังคับที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ
กำหนดให้มีสิทธิเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 50,000 บาทต่อราย

1.3 ขั้นตอนการยื่นขอค่าอุปกรณ์เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) และสาย

1) สถานพยาบาลอื่นเรื่องหรือแผนสำเนาเวชระเบียนของผู้ป่วยที่กองประโยชน์ทดแทนสำนักงานประกันสังคม

2) พนักงานเจ้าหน้าที่รับเรื่องและส่งหาหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคหัวใจของสำนักงานประกันสังคมเพื่อพิจารณาให้ความเห็นว่าการผ่าตัดใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) เป็นไปตามเงื่อนไขข้อบังคับที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนดหรือไม่

3) สถานพยาบาลมีสิทธิเบิกค่าอุปกรณ์เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินรายละเอียด 200,000 บาท และสายไม่เกินรายละเอียด 100,000 บาท ได้คือเมื่อ

(1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคหัวใจของสำนักงานประกันสังคม ให้ความเห็นว่าการผ่าตัดใส่อุปกรณ์เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติให้กับผู้ประกันตนเป็นไปตามเงื่อนไขข้อบังคับที่ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ กำหนด

(2) ผู้ประกันตนได้รับการผ่าตัดใส่เครื่องอุปกรณ์เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) และสายในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด (เอกสารแนบ 1)

1.4 ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางนอกเหนือจากข้อ 1.1-1.3 ให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติเดิม

2. เงื่อนไขการเบิก-จ่าย บัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

2.1 สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ เป็นผู้เบิกโดยตรงกับกองประโยชน์ทดแทนสำนักงานประกันสังคม

2.2 ถ้ามีอัตราเกินกว่าที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด จะอยู่ในความครอบคลุมของอัตราเหมาจ่าย สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องรับผิดชอบ โดยไม่เก็บเงินจากผู้ประกันตน

3. เงื่อนไขการเบิก-จ่าย บัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรืออวัยวะบางส่วนมีสองวิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 : ผู้ประกันตนสำรองจ่ายแล้วนำหลักฐาน ไปเบิกกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ ถ้ามีค่าใช้จ่ายส่วนเกินกว่าที่อัตราสำนักงานประกันสังคมกำหนด ผู้ประกันตนต้องจ่ายร่วม

วิธีที่ 2 : สถานพยาบาลสามารถรับมอบอำนาจจากผู้ประกันตนแล้วนำหลักฐาน ไปเบิกกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่

ทั้งสองวิธีถ้ามีค่าใช้จ่ายเกินกว่าอัตราที่กำหนด ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายร่วมในส่วนที่เกินด้วยตนเอง

4. ยกเลิกข้าราชการบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคกรณีสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะ หรืออวัยวะบางส่วน แบบท้าวประวาศลักษณ์คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2546 จำนวน 3 รายการ ได้แก่ลูกคาเทียมทำค้ำยพลาตติก วัสดุใส่หุ้มรับลูกคาเทียม และเตมส์แก้วคาเทียม โดยนำไปบรรจุไว้ในบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคแทน ซึ่งสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องเป็นผู้เบิกโดยตรงกับกองประโยชน์ทดแทน สำนักงานประกันสังคม ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2551 เป็นต้นไป

5. แนวปฏิบัติกรณีผู้ประกันตนขอรับประโยชน์ทดแทนในการปลูกถ่ายไขกระดูก รายละเอียดตามเอกสารแนบ 2



ที่ รส.0709/ว 0109

สำนักงานประกันสังคม
ถนนประจักษ์ กท 10900

27 กุมภาพันธ์ 2538

เรื่อง การเก็บเงินค่ารักษาโรคมะเร็ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม

ตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ณ วันที่ 24 พฤษภาคม 2534 ข้อ 5.6 มีนัยว่า การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลองถือว่าเป็นการให้บริการที่ผู้ประกันตนไม่มีสิทธิรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม

ดังนั้น คณะกรรมการการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม ได้พิจารณาแล้วมีมติว่า การทดสอบภูมิแพ้ และวัคซีนรักษาโรคมะเร็ง ไม่อยู่ในความคุ้มครองของประกันสังคม เนื่องจาก

- 1) การทดสอบภูมิแพ้และการให้วัคซีนรักษาโรคมะเร็ง ยังไม่ได้ผลเป็นที่แน่นอนและเป็นการสิ้นเปลืองมาก
- 2) สถานพยาบาลหลักบางแห่งไม่มีศักยภาพในการรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีนี้ ดังนั้น จึงส่งผลให้โรงพยาบาลหลัก จะต้องจ่ายเงินให้คุ้มโรงพยาบาลต่างๆ ตามที่ผู้ประกันตนไปรักษา ทำให้เกิดความยุ่งยากในระบบการจ่ายเงิน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ เป็นแนวปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

จำลอง ศรีประสารณ์
(นายจำลอง ศรีประสารณ์)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์

โทร. 5857041



ที่ รง ๐๕๐๑/ว 1๐๖๓

สำนักงานประกันสังคม
ถนนติวานนท์ นบ 1100๐

๗ กรกฎาคม 255๐

เรื่อง การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลประกันสังคมทุกแห่ง

ด้วยสำนักงานประกันสังคม ได้รับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตนอยู่เสมอๆ กรณีเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ และสถานพยาบาลเครือข่ายบางแห่ง แต่แพทย์ให้การรักษาส่งจ่ายยาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ และไม่ได้รับความสะดวกในการขอรับบริการเนื่องจากสถานพยาบาลกำหนดเงื่อนไขเวลาให้บริการ

สำนักงานประกันสังคม ขอชี้แจงทำความเข้าใจให้ทราบว่าสถานพยาบาลต้องทำการรักษาผู้ประกันตนอย่างเต็มกำลังความสามารถของแพทย์ และจัดหาเวชภัณฑ์ เพื่อให้บริการผู้ประกันตนอย่างเพียงพอจนสิ้นสุดการรักษา โดยไม่จำกัดจำนวนเงินค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษา และสถานพยาบาลต้องให้บริการแก่ผู้ประกันตนเช่นเดียวกับกับการให้บริการแก่คนไข้อื่นในการดำเนินการปกติของสถานพยาบาล ดังนั้น จึงขอให้ท่านกำกับดูแลแพทย์ผู้รักษาที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ และสถานพยาบาลเครือข่ายให้การดูแลรักษาและส่งจ่ายยาผู้ประกันตนไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ และส่งจ่ายยาจำนวนที่เหมาะสมเพียงพอต่อการรักษาโรค โดยไม่เรียกเก็บเงินจากผู้ประกันตน รวมทั้งสถานพยาบาลต้องให้บริการและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกันตนให้ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบและถือปฏิบัติ

ขอแสดงความไม่ถือ

(นายสุรินทร์ ชีวศิริกู๊ด)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ

โทร. ๐ 2956 25๐5-4 โทรสาร ๐ 2525 2496



ที่ รส 0709/ว 0062

สำนักงานประกันสังคม
ถนนประชาธิปไตย กม 10900

3 กุมภาพันธ์ 2537

เรื่อง คำนัดเวชเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม

ด้วยคณะกรรมการการแพทย์ ของสำนักงานประกันสังคมได้พิจารณาเรื่อง คำนัดเวชเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการประกันสังคมหรือไม่ ในการประชุมครั้งที่ 19/2536 เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2536 และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการประกันสังคม ในการประชุมครั้งที่ 23/2536 เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2536 เรียบร้อยแล้ว ได้มีคำสั่งขอเรียนให้ทราบดังนี้

"การบริการคำนัดเวช ได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐานในการบริการ 12 สาขาหลัก ที่สถานพยาบาลหลักจะต้องมีและถือว่าเป็นความจำเป็นที่สถานพยาบาลจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ นอกจากนี้แพทยสภาเคยได้พิจารณาเรื่องนี้แล้วสรุปว่า คำบริการทางนัดเวชเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา ดังนั้น คำนัดเวชจึงเป็นบริการที่อยู่ในความครอบคลุมของสิทธิประกันสังคมโดยยังคงอยู่ในคำบริการอื่น ๆ ที่จำเป็นในมาตรา 63(6) ของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533" จึงไม่สมควรเรียกเก็บจากผู้ป่วยประกันคนได้

อนึ่ง ในสัญญาระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสถานพยาบาลที่สมัครเข้าโครงการประกันสังคม หมวด 1 เงื่อนไขการให้บริการทางการแพทย์เพิ่มเติม ข้อ 7 ระบุว่า ในระหว่างที่สัญญามีผลใช้บังคับ ถ้าคณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการการแพทย์ คณะกรรมการอุทธรณ์ ได้มีมติในเรื่องใดที่กำหนดให้สถานพยาบาลต้องปฏิบัติเพื่อเป็นการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน เมื่อสำนักงานได้แจ้งให้สถานพยาบาลทราบแล้ว ให้ถือว่าหนังสือที่สำนักงานแจ้งให้สถานพยาบาลทราบ มีผลบังคับใช้เช่นเดียวกับสัญญาและสถานพยาบาลต้องปฏิบัติตาม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือเป็นแนวปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้ประกันคนต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

กวี โรจนพันธุ์
(นายกวี โรจนพันธุ์)
รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

กองประสานการแพทย์
- คณะกรรมการการแพทย์
โทร. 5857041 โทรสาร 5857040-

การบริหารยาบัญชี จ (2) และแนวปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีผู้ประกันคนที่
จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2)

1. ความเป็นมา

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 บัญชี จ (2) หมายถึงรายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ ซึ่ง
มีการจัดกลไกกลางเป็นพิเศษในการกำกับดูแลการใช้ยา ภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพของ
ประเทศ ซึ่งดูแลโดย กรมบัญชีกลาง (ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) กระทรวงการคลัง สำนักงาน
ประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ" ตามบัญชี จ (2) หมายความว่า ยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับ
ผู้ป่วยเฉพาะราย โดยยามีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไปถูกต้อง หรือเป็นยา
ที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะโรค หรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และเป็นยาที่มีราคาแพงมาก หรือส่งผลกระทบต่อ
ความสามารถในการจ่ายของสังคมและผู้ป่วย จึงต้องมีระบบกำกับและอนุมัติการสั่งใช้ยา (Authorized system) ที่
เหมาะสม โดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามข้อบ่งใช้และเงื่อนไข
การสั่งใช้ยา จึงจะก่อประโยชน์สูงสุด โรงพยาบาลจะต้องมีระบบกำกับ ประเมินและตรวจสอบการใช้ยา และมีการเก็บ
ข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้น เพื่อให้ตรวจสอบโดยกลไกกลางในอนาคตได้

สำนักงานประกันสังคม ได้ดำเนินการเพิ่มสิทธิประโยชน์ โดยให้สถานพยาบาลเบิกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
บัญชี จ (2) จกรระบบ VMI เพื่อให้ประกันคนที่มิชอบใช้ในการใช้ยาดังกล่าวมีโอกาสเข้าถึงยารักษาสูงตามความจำเป็น
เพิ่มมากขึ้น โดยได้รับความร่วมมือจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้ระบบการส่งข้อมูลเพื่อเบิกชดเชยยา
เป็นระบบเดียวกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีองค์การเภสัชกรรม เป็นผู้บริหารจัดการคลังยา และ
ระบบการกระจายยาสู่สถานพยาบาล

2. สิทธิประโยชน์

ยาที่สำนักงานประกันสังคมดำเนินการตามระบบบริหารจัดการยาบัญชี จ(2) มี 7 รายการ ได้แก่

- 2.1 Botulinum toxin type A inj.
- 2.2 Intravenous Immunoglobulin G Intravenous (IVIg)
- 2.3 Docetaxel inj.
- 2.4 Letrozole tab
- 2.5 Liposomal amphotericin B inj.
- 2.6 Verteporfin inj.
- 2.7 Imatinib Tab

(ทั้งนี้สำนักงานประกันสังคมขอสงวนสิทธิในการปรับเปลี่ยนรายการยาบัญชี จ(2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
ให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา กระทรวงสาธารณสุข)

เงื่อนไขตามข้อบ่งใช้ คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและสถานพยาบาล ตามแนวทางการกำกับการใช้ยาใน
บัญชี จ (2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ (สามารถ download แนวทางการกำกับการใช้ยาในบัญชี จ (2) ได้ที่ Website
บัญชียาหลักแห่งชาติ <http://www.nlem.in.th>)

เมื่อสถานพยาบาลเบิกชดเชยยาบัญชี จ (2) แล้ว สำนักงานประกันสังคมจะไม่จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ใดๆ ก็ตามที่เกี่ยวเนื่องกับโรคที่ใช้จ่ายยาบัญชี จ (2) เพิ่มเติมหากการรักษาที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ เป็นผู้ให้การรักษาผู้ประกันตนกรณี Adj RW มากกว่า 2 สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่ม หรือ กรณีสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิส่งต่อผู้ประกันตนไปยังสถานพยาบาลระดับสูงกว่า โดยต้องทำหนังสือส่งตัวเพื่อ รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน กรณี Adj RW มากกว่าหรือเท่ากับ 2 สำนักงานประกันสังคมจะจ่าย ค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลที่ให้การรักษานอก Adj RW น้อยกว่า 2 ให้เรียกเก็บค่าบริการทาง การแพทย์จากสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ยกเว้นยาบัญชี จ(2) ให้เบิกชดเชยตามระบบ VMI

สำหรับรายการยา Erythropoietin injection สำนักงานประกันสังคมไม่ได้ดำเนินการชดเชยให้กับสถานพยาบาล ตามระบบบริหารจัดการยาบัญชี จ (2) โดยสถานพยาบาลจะได้รับการสนับสนุนตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราประโยชน์ทดแทนสำหรับกรณีบำบัดทดแทนไต

3. เงื่อนไขการรับและให้บริการ

3.1 ผู้ป่วยเป็นผู้ประกันตนคนตาม พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

3.2 มีผลการวินิจฉัย/การรักษา ครบตามข้อบ่งชี้หรือเข้าเกณฑ์การสั่งจ่ายยาตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียา หลักแห่งชาติ

3.3 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่สำนักงานประกันสังคมแต่งตั้งเป็นผู้อนุมัติจ่ายยา (สามารถตรวจสอบข้อมูลได้จาก ระบบการชดเชยยาบัญชี จ(2))

3.4 กรณีผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องใช้ยาบัญชี จ(2) ก่อนประกาศมีผลบังคับใช้แบบฟอร์มการขออนุมัติ จ่ายยาฉบับเดิมได้ โดยไม่ต้องขออนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญใหม่ (ยกเว้น การเบิกยาบัญชี จ(2) ไม่สามารถเบิกย้อนหลังได้ ก่อนประกาศมีผลบังคับใช้)

3.5 กรณีที่สถานพยาบาลให้การรักษาคัญยาบัญชี จ(2) ให้แก่ผู้ป่วยประกันสังคมสถานพยาบาล ดังกล่าวจะเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยประกันสังคมเพิ่มอีกมิได้

3.6 ให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล หรือสถานพยาบาลอื่นที่สถานพยาบาลตาม บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลได้ส่งตัวผู้ประกันตนไปรักษาต่อ ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายยาบัญชี จ(2) มีสิทธิที่จะเป็น ผู้เบิกชดเชยยาบัญชี จ(2) จากระบบประกันสังคมตามแนวทางการบริหารจัดการยาได้

4. สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ และคุณสมบัติของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

4.1 เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรคที่ใช้จ่ายยาบัญชี จ(2)

4.2 คุณสมบัติแพทย์ผู้สั่งใช้เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติ

5. ระบบการขอชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)

เพื่อให้การบริหารจัดการในระบบหลักประกันสุขภาพเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน สำนักงานประกันสังคมจึง ได้ขอความร่วมมือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการบูรณาการใช้โปรแกรมระบบการเบิกชดเชยาร่วมกัน การเบิกชดเชยยา : กรณีทั่วไป

5.1 ระบบการอนุมัติการใช้ยา (Authorized system)

สำนักงานประกันสังคม จะจ่ายชดเชยตัวยาบัญชี จ (2) ให้กับสถานพยาบาล ในกรณีที่มีการสั่งจ่ายยาเป็นไปตาม แนวทาง การกำกับการใช้ยาในบัญชี จ (2) และการสั่งใช้นั้นต้องผ่านกระบวนการอนุมัติก่อนการใช้ยา (Pre-Authorization) โดยหน่วยงานกลาง ที่จะจัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์ ทั้ง 3 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง แต่ในปัจจุบัน ยังไม่มีหน่วยงานกลาง ดังนั้นสำนักงานประกันสังคม จึงมอบหมายให้การอนุมัติก่อนการใช้ยาเป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมาย ซึ่งในการสั่งจ่ายดังกล่าว สถานพยาบาลต้องจัดให้มีการบันทึก

แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ (2) ที่ บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด และเตรียมพร้อม สำหรับการตรวจสอบโดยสำนักงานประกันสังคม หรือหน่วยงานกลางในภายหลัง

5.2 การจ่ายชุดเซดยาให้แก่สถานพยาบาล และการขอสำรองยา

สำนักงานประกันสังคมจัดหา และจ่ายชุดเซดยาบัญชี จ (2) ให้สถานพยาบาลเป็นยา โดยมีวิธีปฏิบัติในการ ขอรับการชดเชย ดังนี้

- 5.2.1. ให้สถานพยาบาลแจ้งรายละเอียดผู้ประสานงานดูแลระบบการเบิกยาของโรงพยาบาล (ชื่อ นามสกุล และเลขที่ประจำตัวประชาชน 13 หลัก) เพื่อออก username password สำหรับ บันทึกการขอเบิกยาในการเข้าสู่โปรแกรมการเบิกยาในระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม
- 5.2.2. สถานพยาบาลกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ (2) ที่ บัญชียาหลักแห่งชาติกำหนด (download แนวทางกำกับการใช้ยาในบัญชี จ (2) ได้ที่ <http://www.nlem.in.th>)
- 5.2.3. ขออนุมัติใช้ยาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการ มอบหมาย (ส่วนนี้สำหรับระบบควบคุมภายในโรงพยาบาล)
- 5.2.4. ส่งข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งสามารถเลือกวิธีการส่งข้อมูลได้ 2 ทาง (เลือกช่องทางใด ช่องทางหนึ่ง) คือ
 - ช่องทางที่ 1. ส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมการเบิกชดเชยยา มีลักษณะการส่งข้อมูลเป็นแบบ Off-line หรือ On-line
 - ช่องทางที่ 2. ส่งแฟ้มข้อมูลชดเชยยา ตามรูปแบบที่กำหนด และส่งข้อมูลการชดเชย ดังกล่าวมาที่ www.nhsso.go.th
 -
- 5.2.5. ระบบจะตัดยอดข้อมูลหลังเที่ยงคืนของทุกวัน และส่งข้อมูลเข้าระบบ VMI ขององค์การ เภสัชกรรมทุกวันโดยสถานพยาบาลสามารถตรวจสอบผลการส่งข้อมูลส่งเบิกชดเชยยาได้ จากโปรแกรมการเบิกชดเชยยาที่ติดตั้งในคอมพิวเตอร์ของสถานพยาบาล
- 5.2.6. องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งยามาตามข้อมูลที่ได้รับจากโปรแกรมการเบิกยาชดเชย ใน สถานพยาบาลกรุงเทพฯ และปริมณฑล ภายใน 3 วันทำการ ต่างจังหวัด ภายใน 7 วันทำการหลังจากได้รับข้อมูลจากสถานพยาบาล

5.3 สถานพยาบาลสามารถ Download โปรแกรมเบิกยาชดเชย ยาบัญชี จ(2) และคู่มือการใช้งานได้ที่ www.nhsso.go.th โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 5.3.1. เข้าสู่ Website : www.nhsso.go.th
- 5.3.2. กดเลือก "บริการข้อมูล"
- 5.3.3. เลือกหัวข้อ "Download/เอกสารบรรยาย"
- 5.3.4. เลือกหัวข้อย่อย "Download"
- 5.3.5. กดเลือก Download "โปรแกรมเบิกยา บัญชี จ(2)" หรือ คู่มือการใช้โปรแกรม

การเบิกชดเชยยา : กรณีพิเศษสำหรับรายการยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆหรือ ตลอดชีวิต

สำนักประกันสังคมจัดระบบบริหารจัดการสำหรับการเบิกยาชดเชยสำหรับกรณีดังกล่าวนี้ ได้แก่ ยา Immunoglobulin G (IG) สำหรับผู้ป่วยโรค Primary Immunodeficiency Disease (PID) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยา Immunoglobulin G (IG) ตลอดชีวิต หรือโรคอื่นที่ต้องใช้ยาบัญชี จ(2) ในระยะยาว และต่อเนื่อง

เมื่อสถานพยาบาลรับส่งต่อซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมีแพทย์ที่อยู่ในเงื่อนไขตามหลักเกณฑ์ ได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคขั้นต้น พิจารณาลงความเห็นว่าสามารถส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลตามบัตร

รับรองสิทธิได้ ให้สถานพยาบาลรับส่งต่อส่งตัวผู้ป่วยกลับพร้อมสำเนาแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาและหนังสือส่งตัวที่
 ระบุรายการยา, ปริมาณที่ต้องใช้, ระยะเวลาใช้ยา ไปยังสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ และสถานพยาบาลความ
 บัตรรับรองสิทธิจะต้องส่งตัวผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจติดตามผลการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะ ความหลัก
 วิชาการแพทย์และมาตรฐานการรักษาวงของโรคนั้นๆ และให้รายงานพร้อมส่งสำเนาหลักฐานแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา
 และหนังสือส่งตัวกลับจากสถานพยาบาลระดับสูงที่ระบุรายละเอียดประวัติการรักษาของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค และ
 คำสั่งการรักษา และการใช้ยาบัญชี จ(2) ต่อสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคมทราบทุกราย
 ทั้งนี้ ให้เก็บประวัติและหลักฐานการใช้ยาไว้เพื่อการตรวจสอบในภายหลัง

6. การตรวจสอบการใช้ยา

สถานพยาบาลต้องรายงานการใช้ยาตามแบบฟอร์มที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ที่เป็นปัจจุบันของ
 ผู้ป่วยรายเก่า และรายใหม่ที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาบัญชี จ(2) ตามเงื่อนไข และข้อบ่งชี้ตามแนวทางการกำกับการใช้
 ยาในบัญชี จ(2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งจะนำมาใช้ในการตรวจสอบภายหลังหากสำนักงานประกันสังคมตรวจ
 พบว่าสถานพยาบาลมีกรสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง เช่น ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของประกาศฯ เบิกยาเกินความจำเป็น
 ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขและข้อบ่งชี้ตามแนวทางการกำกับการใช้ยาในบัญชี จ(2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือไม่ได้
 นำไปใช้กับผู้ป่วยครบถ้วนเป็นต้น สำนักงานประกันสังคมจะแจ้งให้สถานพยาบาลรับผิดชอบยาดังกล่าวเป็นเงินตามมูลค่ายา
 และคิดค่าเสียหายเพิ่มเติมไม่เกินร้อยละ 10 เพิ่มขึ้นจากมูลค่ายาปกติ

7. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
 สำนักงานประกันสังคม
 ด.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 12000
 โทร. 0 29562 500-01 โทรสาร 0 2525 2496

การบริหารจัดการร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม

1. การจัดหาและกระจายยา
 - มอบองค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ดำเนินการจัดหาและกระจายยา โดยให้มีการต่อรองราคา เป็นรายการยา
 และราคาเดียวกัน เพื่อให้เกิดความสะดวกรวดในการบริหารจัดการและการบริหารคลังเวชภัณฑ์ให้หน่วย
 บริการหรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ
2. การใช้ระบบข้อมูล
 - ใช้ช่องทางในการส่งข้อมูลจากสถานพยาบาลร่วมกันภายใต้โปรแกรมการเรียกยาชดเชย โดยให้
 สถานพยาบาลส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยามาที่ www.nhsd.go.th ระบบจะทำการแยก
 ข้อมูลส่งให้องค์การเภสัชกรรมจัดส่งยาออกจากคลังยาของแต่ละกองทุน
 - การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของแต่ละกองทุนจะสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะ
 ผู้ป่วยสิทธิรักษาพยาบาลของกองทุนคนเท่านั้น

หมายเหตุ กรณีที่สถานพยาบาลได้สำรองจ่ายค่ายาบัญชี จ(2) ไปแล้ว หลัง 1 มกราคม 2555 แต่ระบบของ
 สำนักงานประกันสังคมยังไม่สามารถดำเนินการจ่ายยาให้ได้ ให้ส่งเอกสารแสดงหลักฐานการใช้ยา
 ของผู้ประกันตนไปที่สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานฯ
 จะพิจารณาจ่ายคืนเป็นยาให้กับสถานพยาบาลตามประกาศฯ



ที่ รง ๐๖๐๘/๒๐๓๗๗

สำนักงานประกันสังคม
ถนนติวานนท์ นบ ๑๑๐๐๐

๑๓ กันยายน ๒๕๕๕

เรื่อง แนวปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์กรณียุติการตั้งครรภ์

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลประกันสังคมทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์
ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๕๔

ด้วยสำนักงานประกันสังคมได้รับเรื่องหารือเกี่ยวกับแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ว่า
ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ได้หรือไม่

สำนักงานประกันสังคมขอชี้แจงให้ทราบว่า ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติ
เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๕๔ ข้อ ๕ (๒)
ระบุว่า การยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์จะต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจนว่าหญิงนั้นมีปัญหาสุขภาพทางกายหรือ
ทางจิต ดังนั้น กรณีที่ผู้ประกันตนมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการยุติการตั้งครรภ์ตามข้อบังคับของแพทยสภาจึงถือว่าเป็น
เป็นการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลใน
สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมใจ บุณย์ระวี)
รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

โทร. ๐-๒๕๕๖ ๒๕๐๕- ๒๕๐๖

โทรสาร ๐-๒๕๕๕ ๒๕๕๖

ข้อบังคับแพทยสภา

ว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์

ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา

พ.ศ. ๒๕๔๘

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ (๓) (๗) และด้วยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษ
ตามมาตรา ๒๕ แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ อันเป็นพระราชบัญญัติที่มี
บทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๕ ประกอบกับ
มาตรา ๕๑ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้ โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติ
แห่งกฎหมาย คณะกรรมการแพทยสภาออกข้อบังคับ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติ
การตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๔๘”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ การยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญานั้น
จะกระทำได้เมื่อหญิงมีครรภ์นั้นยินยอม

ข้อ ๔ แพทย์ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามข้อบังคับนี้ ต้องเป็นผู้ประกอบ
วิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมาย

ข้อ ๕ การยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา ๓๐๕ (๑) แห่งประมวลกฎหมายอาญา
ให้เป็นไปตามเงื่อนไข ดังนี้

(๑) เป็นกรณีที่จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายของหญิงมีครรภ์ หรือ

(๒) เป็นกรณีที่จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางจิตของหญิงมีครรภ์ ซึ่งจะต้องได้รับ
การรับรองหรือเห็นชอบจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มี ใ้ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์ อย่างน้อยหนึ่งคน

ในกรณีที่หญิงนั้นมีความเครียดอย่างรุนแรง เนื่องจากพบว่าทารกในครรภ์มีหรือมีความเสี่ยงสูง
ที่จะมีความพิการอย่างรุนแรง หรือเป็นหรือมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคพันธุกรรมอย่างรุนแรง เมื่อหญิงนั้น
ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ (genetic counseling) และมี การลงนามรับรอง

ในเรื่องดังกล่าวข้างต้น โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีใช้กระทำการยุติการตั้งครรภ์อย่างน้อยหนึ่งคน ให้ถือว่าหญิงมีครรภ์นั้นมีปัญหาสุขภาพจิตตาม (๒)

ทั้งนี้ ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจนว่าหญิงนั้นมีปัญหาสุขภาพทางกายหรือทางจิตและ ต้องมีการบันทึกการตรวจและวินิจฉัยโรคไว้ในเวชระเบียนเพื่อเป็นหลักฐาน

ข้อ ๖ การยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา ๓๐๕ (๒) แห่งประมวลกฎหมายอาญานั้น ต้องมีหลักฐานหรือข้อเท็จจริงอันควรเชื่อได้ว่า หญิงมีครรภ์เนื่องจากการกระทำความผิดอาญา ความที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๓๐๕ (๒) แห่งประมวลกฎหมายอาญา

ข้อ ๗ การยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามข้อ ๕ และข้อ ๖ ต้องกระทำในสถานพยาบาล ดังต่อไปนี้

(๑) โรงพยาบาลหรือหน่วยงานของรัฐที่ให้บริการผู้ป่วยไว้ค้างคืน หรือสถานพยาบาลเวชกรรม ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ทั้งนี้ โดยสามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ได้ตามความเหมาะสม

(๒) คลินิกเวชกรรม ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล โดยสามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ที่อายุครรภ์ไม่เกินสิบสองสัปดาห์

ข้อ ๘ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามข้อบังคับนี้ จะต้องทำรายงานเสนอต่อแพทยสภา ความเจือใจและระยะเวลาในแบบฟอร์มที่แพทยสภากำหนด

ข้อ ๙ ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ ให้ถือว่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้นั้นประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่รักษามาตรฐานในระดับที่ดีที่สุด

ข้อ ๑๐ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามข้อบังคับนี้ ให้ถือว่าได้กระทำ ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๘

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา

ที่ สธ 0223/4650.



กระทรวงสาธารณสุข
ถนนคิวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000

9 พฤศจิกายน 2538

เรื่อง สถานพยาบาลเครือข่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เรียน เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

อ้างถึง หนังสือสำนักงานประกันสังคม ที่ รส 0709/7316 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2538.

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนภูมิแสดงการให้บริการผู้ประกันตน จำนวน 1 ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึงสำนักงานประกันสังคม ขอให้กระทรวงสาธารณสุขชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อถือเป็นแนวปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2539 เป็นต้นไปนั้น กระทรวงสาธารณสุข จึงขอเรียนชี้แจงดังนี้

1. สถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main Contractor) ต่างเป็นเอกเทศไม่เป็นเครือข่ายซึ่งกันและกัน โดยให้ถือว่าเครือข่ายของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแต่ละแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยในเขตจังหวัดเดียวกันหรือนอกเขตจังหวัด ที่สถานพยาบาลหลักแจ้งสำนักงานประกันสังคม ซึ่งสถานพยาบาลแต่ละเครือข่ายจะให้บริการแก่ผู้ประกันตนเหมือนเป็นเครือข่ายเดียวกัน

2. ในกรณีปกติ หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป เช่น หวัด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถรับบริการจากทุกสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ทุกจังหวัด โดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ แต่สถานพยาบาลจะเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตนเอง

3. กรณีฉุกเฉินและอุบัติเหตุ มีแนวปฏิบัติสำหรับการเบิกค่ารักษาพยาบาล ดังนี้

3.1 การรักษาพยาบาลผู้ประกันตน ซึ่งเป็นสมาชิกของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเครือข่ายเดียวกัน ให้สถานพยาบาลที่ทำการรักษาเรียกเก็บเงินจากสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักเอง

3.2 หากมีการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผู้ประกันตนมิได้เป็นสมาชิกเครือข่าย ให้สถานพยาบาลที่ทำการรักษาปฏิบัติดังนี้

3.2.1 กรณีจำเป็นอุบัติเหตุ ให้เรียกเก็บเงินตามที่จ่ายจริงจากสำนักงานประกันสังคม ในท้องที่สถานพยาบาลนั้นตั้งอยู่ ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงแรก ส่วนค่ารักษาพยาบาลหลัง 72 ชั่วโมง ให้สถานพยาบาลที่ทำการรักษาเรียกเก็บจากสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักที่ผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนไว้

3.2.2 กรณีจำเป็นฉุกเฉิน ให้เรียกเก็บเงินตามอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด จากสำนักงานประกันสังคมในท้องที่ที่ผู้ประกันตนนำส่งเงินสมทบหรือประจำทำงาน ภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง แรก ส่วนค่ารักษาพยาบาลหลัง 72 ชั่วโมง สถานพยาบาลที่ทำการรักษาจะเรียกเก็บจากสถานพยาบาลคู่สัญญา หลักที่ผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนไว้

4. ในกรการรักษาพยาบาลผู้ประกันตนที่มีสิทธิรับบริการทางการแพทย์แต่ยังไม่ได้รับบัตรรับรอง สิทธิ สถานพยาบาลที่ทำการรักษาจะต้องแจ้งสำนักงานประกันสังคมภายใน 72 ชั่วโมง และให้การรักษาสิ้นสุด การรักษาโดยในกรณีอุบัติเหตุให้เบิกจ่ายได้จริงตามความจำเป็น จนสิ้นสุดการรักษาในกรณีฉุกเฉินให้เบิกได้ตาม อัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดจนสิ้นสุดการรักษา หากไม่มีการแจ้งภายใน 72 ชั่วโมง จะเบิกจ่ายได้จริง ตามความจำเป็นเฉพาะค่ารักษาพยาบาลภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ฉลอง ควรรหา

(นายฉลอง ควรรหา)

รองปลัดกระทรวง ปฏิบัติราชการแทน

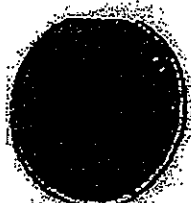
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานประกันสุขภาพ

โทร. 5918611, 5901566-8

โทรสาร 5918611, 5901573



สมาคมศัลยแพทย์ทั่วไป (ประเทศไทย)
ASSOCIATION OF GENERAL SURGEONS (THAILAND)

กฎกระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๖
 ๑. ชื่อของสมาคม
 ๒. วัตถุประสงค์
 ๓. ขอบเขตอำนาจ
 ๔. วิธีการบริหาร
 ๕. การดำเนินงาน
 ๖. การบริหาร
 ๗. การเงิน
 ๘. การต่างประเทศ
 ๙. การอื่น ๆ
 ๑๐. การแก้ไขกฎกระทรวง
 ๑๑. การยกเลิกกฎกระทรวง
 ๑๒. การอื่น ๆ
 ๑๓. การอื่น ๆ
 ๑๔. การอื่น ๆ
 ๑๕. การอื่น ๆ
 ๑๖. การอื่น ๆ
 ๑๗. การอื่น ๆ
 ๑๘. การอื่น ๆ
 ๑๙. การอื่น ๆ
 ๒๐. การอื่น ๆ

ที่ ศท.๒๐๐/๒๕๕๖

๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๖


เรื่อง ขอบร้องหรือและความเห็นเกี่ยวกับการให้ใบกำกับทางศัลยกรรม
 ยื่น ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
 สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารขอรับหรือร้องสำนักงานประกันสังคม กรณีการตรวจรักษาผู้ป่วยประกัน
 หน้าที่ตรวจฉบับก่อนที่เข้ามา

เนื่องด้วยสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไป(ประเทศไทย) ได้รับหนังสือจากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์
 หนังสือที่ รทศ.๒๘-๕๓/๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๖ เกี่ยวกับร้องหรือสำนักงานประกัน
 สังคมนั้น

คณะกรรมการการวิจัยร่วมกับคณะกรรมการบริหารสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไป(ประเท
 ไทย) ได้เขียนแนวทางในการรักษาผู้ป่วยก่อนที่เข้ามาแล้ว ตามรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พลตรี 

(นายแพทย์มณฑล วรสุโร)

เลขาธิการสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไป(ประเทศไทย)

- Executive Committee 2001-2003
- Advisory Board
- Ann Poomsri
- Kul Yamsudchai
- Chongchai Udomsichai
- Chonchai Chirakulchai
- Somporn Paksakulchai
- President
- Dr. Pongpattana
- Dr. Kiat
- Dr. Kiat
- Secretary General
- Nopadol Wora-Ura
- Spiky Secretary General
- Dr. Wongyuktachon
- Dr.
- Sabong Thantoon
- Issa Man
- Pich Kasabun
- Wipatanon
- Asichai Chulapong
- Wit Rakon
- Songchai Sira
- Songchai Man
- Dr. Lanchai
- Sat Pongmanee
- Thirapong Tanont
- Wit Sicha
- Wit Tanont
- Sichai Chulapong
- Suk Satawong
- Vasirongchai Bhuchanasri
- Kongchai Lacharong
- Witai Man
- Tanont Man

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
Royal College of Surgeons of Thailand

ที่ รวศท 28-269/2546

25 พฤศจิกายน 2546

เรื่อง การให้บริการทางกายภาพ

เรียน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทันตสูมรรคภาพ

อ้างถึง หนังสือ รว 0609/2712 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2546

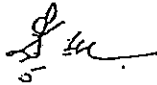
สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการรักษาผู้ป่วยก่อนที่เข้ามารองรับมาศัลยแพทย์หัวใจไป (ประเทศไทย)

ตามหนังสืออ้างถึง ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ได้มอบเรื่องให้
สมาคมศัลยแพทย์หัวใจไป (ประเทศไทย) พิจารณาเกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัยและขั้นตอนการ
รักษาผู้ป่วยก่อนที่เข้ามารองรับมาศัลยแพทย์หัวใจไป (ประเทศไทย) ผู้ประกันตนซึ่งถือบัตรรับรองสิทธิฯ ของ
พยาบาล เข้าร่วมการรักษาด้วยอาการมีก้อนที่เต้านม

คณะอนุกรรมการจริยธรรมและคณะกรรมการบริหารสมาคมศัลยแพทย์หัวใจไป
(ประเทศไทย) ได้พิจารณาและเรียบเรียงแนวทางในการรักษาผู้ป่วยก้อนที่เต้านม ตามเอกสารที่แนบมา
ด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุทธิตถ์ จิตต์มีศรภาพ)
เลขาธิการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

วาระ 2546-2546

ฉบับข้อหารือของสำนักงานประกันสังคม

คณะกรรมการขอเห็นว่า แนวทางการรักษานี้เป็นแนวทาง ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเท่านั้น การ รักษาผู้ป่วยแต่ละรายจะขึ้นกับวิจารณญาณของแพทย์ร่วมกับคนไข้เป็นรายๆ ไป

กรณีการตรวจรักษาผู้ป่วยประกันแรกที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมดังนี้

1) เมื่อคลำพบก้อน แพทย์มีแนวทางในการตรวจวินิจฉัยและขั้นตอนการรักษาอย่างไร

หลังจากทำการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยเฉพาะที่เต้านมแล้ว พบว่า มีก้อนที่เต้านม แพทย์จะแบ่งกลุ่ม ผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 ถ้าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 35 ปี แพทย์อาจจะส่งตรวจ Ultrasound เต้านม ซึ่งจะยืนยันว่าเป็น ก้อนเนื้อหรือจะดำเนินการให้ได้ชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ซึ่งอาจจะเป็น

1.1.1 การใช้เข็มขนาดเล็กเจาะดูด FNA (Fine needle aspiration)

1.1.2 การใช้เข็มขนาดใหญ่เจาะดูด (Core needle biopsy)

1.1.3 การผ่าตัดชิ้นเนื้อ (Excisional biopsy)

ซึ่งถ้าได้ผลเป็นมะเร็ง ให้ทำการรักษาแบบมะเร็งเต้านม ถ้าได้ผลเป็นเนื้อเยื่อธรรมดา (benign) ให้ ติดตามเฝ้าดูอาการของก้อนเนื้อ หรือผ่าตัดก้อนเนื้อออกทั้งก้อน แล้วแต่ชนิดของเนื้อเยื่อ

1.2 ถ้าผู้ป่วยอายุมากกว่า 35 ปี แพทย์จะส่งตรวจ mammogram และ ultrasound ซึ่งจะ ยืนยันว่าเป็นก้อนเนื้อและอาจจะบอกได้ชัดกว่าว่าจะเป็นมะเร็ง จากนั้นจะดำเนินการให้ได้ชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และดำเนินการแนวทางการรักษาเช่นเดียวกับข้อ 1.1

2) Mammogram จำเป็นต้องส่งตรวจทุกรายหรือไม่ มีข้อบ่งชี้อย่างไร

แนวทางการปฏิบัติในการส่งตรวจ mammogram

1. การตรวจคัดกรองหรือ Screening ในประเทศไทยยังไม่มีกรมกำหนดมาตรฐานการตรวจคัดกรอง ของมะเร็งเต้านมที่ชัดเจน การเลือกใช้การตรวจคัดกรองในมะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของสถานพยาบาลนั้นๆ หรือในดุลยพินิจของแพทย์

2. การตรวจวินิจฉัย mammogram ควรใช้เมื่อมีความผิดปกติของเต้านม โดยอาจใช้ประกอบในการ ตรวจวินิจฉัย

3) เมื่อตรวจพบก้อน cyst ที่เต้านมแล้ว จำเป็นต้องผ่าตัดหรือไม่ มีข้อบ่งชี้อย่างไร

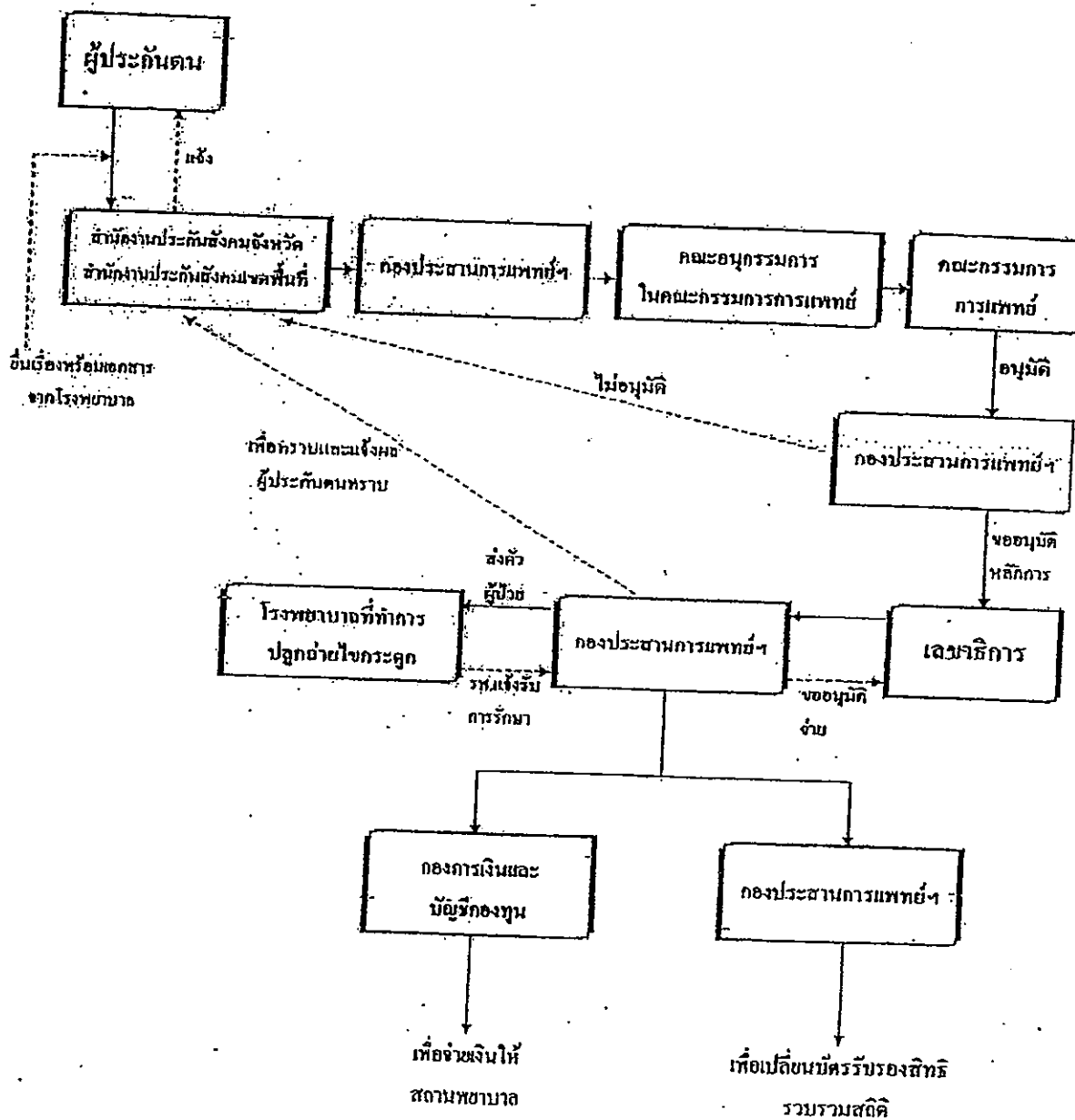
เมื่อคลำพบหรือตรวจโดยวิธีพิเศษว่าเป็น cyst ที่เต้านมแล้ว แพทย์จะดำเนินการเจาะดูด cyst นั้น และจะ ดำเนินการผ่าตัดเมื่อมีข้อบ่งชี้ คือ

3.1 เจาะสุญญากาศแล้วได้เลือด

3.2 เจาะสุญญากาศแล้ว cyst นั้น ยุบไม่หมด

3.3 Cyst นั้น กลายเป็นซ้ำอีกหลังเจาะดูดแล้ว

แผนภูมิแนวปฏิบัติการให้ประโยชน์ทดแทน
กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก





แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต และปลูกถ่ายอวัยวะ
หรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน

กองทุนประกันสังคม

สำหรับเจ้าหน้าที่
เลขที่รับ.....
วันที่รับ.....
ผู้รับ.....

สำหรับผู้ประกันตน

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... เลขประจำตัวประชาชน.....
วัน / เดือน / ปีเกิด..... อายุ..... ปี
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... อีเมล.....

2. สถานประกอบการที่ผู้ประกันตนทำงานชื่อ.....
เลขที่บัญชี..... ลำดับที่สาขา.....

3. ขอรับประโยชน์ทดแทนการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธี
 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร
พร้อมด้วยการฉีดยาอีริโทรพัวอิติน (Erythropoietin)

4. ขอรับประโยชน์ทดแทน การปลูกถ่ายอวัยวะ การดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและรับยากดภูมิคุ้มกัน
 ปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ปลูกถ่ายไขกระดูก ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจุกตา
 ปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplantation)
 ปลูกถ่ายปอด (Lung Transplantation)
 ปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation)
 ปลูกถ่ายตับอ่อน (Pancreas Transplantation)
 ปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ได้แก่
 ปลูกถ่ายหัวใจและปอด (Heart-lung Transplantation)
 ปลูกถ่ายหัวใจและไต (Heart-kidney Transplantation)
 ปลูกถ่ายตับและไต (Simultaneous liver kidney transplantation)
 ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต (Simultaneous pancreas kidney transplantation or SPK)

5. สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะ ตามข้อ 4
ชื่อ.....

6. สถานพยาบาลที่จะเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (เฉพาะกรณีได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว)
ชื่อ.....
โดยสถานพยาบาล ตอบรับแล้ว ยังไม่ได้ตอบรับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่...../...../.....

ถ้าเดือน..... ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้งและโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามหรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวงหรือบุคคลที่สามทำถ้อยหรือทำด้วยเอกสารสิทธิ ผู้มีกระทำความผิดฐานฉ้อโกงต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำหรับเจ้าหน้าที่

เอกสารประกอบการสมัคร

- ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการบำบัดทดแทนไต และปลูกถ่ายอวัยวะ
- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- หนังสือรับรองการสมัครเข้ารับการปลูกถ่ายอวัยวะหรือดูแลหลังผ่าตัดอวัยวะ และรับยากดภูมิคุ้มกัน

หมายเหตุ

1. สามารถยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร การปลูกถ่ายไต หรืออีตา Erythropoietin ได้ในคราวเดียวกัน
2. กรณีการปลูกถ่ายไต หากยื่นขอรับสิทธิจากสำนักงานประกันสังคมไว้ล่วงหน้าแล้ว เมื่อแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าผู้ประกันตน อันที่จะตรวจเพื่อการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ขอให้ผู้ประกันตนติดต่อสำนักงานประกันสังคมจังหวัด / เขตพื้นที่ ซึ่งยื่นขอรับสิทธิไว้เพื่อ ปรึกษาหนังสือถึงสถานพยาบาลที่ประสงค์จะใช้สิทธิปลูกถ่ายไต
3. กรณีปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้เสียชีวิตหรือกรณีผู้ประกันตนมีความจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิต ขอให้ส่งเรื่องหรือ ประอบุกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไต เพื่อพิจารณาเป็นกรณีเร่งด่วน



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก

สถานพยาบาล.....

ส่วนที่ 1:

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ..... ได้ตรวจรักษาผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....

อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

และได้วินิจฉัยผู้ป่วยเป็น..... ตั้งแต่วันที่.....

ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก

ส่วนที่ 2: ผล CBC

โรงพยาบาล	วันที่	Hb (g/dL)	Hct (%)	WBC (/mm ³)	Blast (%)	Pro (%)	Myelo (%)	Mata (%)	Mono (%)	Lymp (%)	Baso (%)	PMN (%)	EOS (%)	Platelet (/mm ³)

ส่วนที่ 3 ผล Bone marrow aspiration เมื่อวันที่.....

ส่วนที่ 4 ผล Bone marrow biopsy เมื่อวันที่.....

ส่วนที่ 5 ผลการตรวจอื่นๆ อาทิเช่น ผล Chromosome study

1. เมื่อวันที่.....

2. เมื่อวันที่.....

ส่วนที่ 6 สรุปความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- สำเนาเวชระเบียนพร้อมผล CBC สำเนาผล Bone marrow aspiration
 สำเนาผล Bone marrow biopsy สำเนามผลการตรวจอื่นๆ ได้แก่.....

.....
.....

ส่วนที่ 7 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (.....)

.....

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....

.....



(แบบฟอร์ม 2.2)

ใบรับรองสิทธิผู้ประกันตนกรณีไปถูกย้ายไปกระดุก

สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/จังหวัด.....

วันที่.....

เรียน เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

เนื่องจาก นาย, นาง, นางสาว.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี

ได้ยื่นคำร้องขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีไปถูกย้ายไปกระดุก เมื่อวันที่.....โดยแนบใบรับรองแพทย์ของ

โรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่า นาย, นาง, นางสาว.....

เป็นผู้ประกันตนจริง โดยเป็นลูกจ้างของบริษัท/ห้างร้าน.....เข้าทำงาน

ตั้งแต่วันที่.....อายุงาน.....ปี.....เดือน อัตรากินเดือน.....บาท

ปัจจุบันเป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา มาตรา 33 มาตรา 38 มาตรา 39

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

.....
(.....)

ตำแหน่ง ประกันสังคมจังหวัด.....



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

สำนักงานประกันสังคม

สถานพยาบาล.....

ส่วนที่ 1

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด.....หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก.....HN.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

หมายเลขโทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....

บุคคลอ้างอิง.....หมายเลขโทรศัพท์.....ความสัมพันธ์.....

ส่วนที่ 2

แพทย์ได้วินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรค.....ตั้งแต่วันที่.....

ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรค ตามประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2556 ดังนี้

- โรคแผลเป็นที่กระจกตา (Cornea scar)
- โรคกระจกตาเป็นแผล (Cornea ulcer)
- โรคกระจกตามีความโค้งผิดปกติ (Keratoconus)
- โรคกระจกตาขุ่น เป็นฝ้าขาว บวม (Cornea decompensation or Bullcus keratopathy) เช่น เป็นแผลเป็นหรือกระจกตาขุ่นจากอุบัติเหตุสารเคมี การติดเชื้อ โรคกระจกตาที่เป็นแต่กำเนิด เป็นต้น
- กรณีอุกเฉิบ เช่น โรคติดเชื้อรุนแรง ไม่สามารถควบคุมด้วยการใช้ยารักษาได้หรือร้ายที่กระจกตากำลังจะทะลุ หรือทะลุแล้ว สาเหตุใดก็ตามต้องรีบตัดกระจกตาส่วนที่ติดเชื้อ แล้วใส่กระจกตาผู้บริจาคแทนที่ เพื่อรักษาดวงตาไว้ก่อน
- หรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 3 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....



สำนักงานประกอบโรคภูมิ

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจ ปอด หัวใจและปอด

สถานพยาบาลที่หาข้อตกลงกับสำนักงานประกอบโรคภูมิปลูกถ่ายหัวใจ-ปอด หัวใจและปอด

ข้อมูลประเภทการรับอวัยวะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาค

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก TIN
 ที่อยู่ติดต่อได้
 หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร อีเมล
 บุคคลอ้างอิง หมายเลขโทรศัพท์ ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรับการผ่าตัดดังต่อไปนี้

การปลูกถ่ายหัวใจ

มีข้อบ่งชี้ครบทุกหัวข้อได้แก่

1. อายุไม่เกิน 65 ปี
2. ผู้ป่วยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น
3. ไม่มีภาวะ active infection
4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
7. ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาขาดมานานกว่า 3 ปีขึ้นไป

การปลูกถ่ายปอด

มีข้อบ่งชี้ครบทุกหัวข้อได้แก่

1. อายุไม่เกิน 65 ปี
2. ผู้ป่วยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น
3. ไม่มีภาวะ active infection
4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
7. ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาขาดมานานกว่า 3 ปีขึ้นไป

การปลูกถ่ายหัวใจและปอด

มีข้อบ่งชี้ครบทุกหัวข้อสำหรับการปลูกถ่ายหัวใจและการปลูกถ่ายปอด

ส่วนที่ 3 ประเภทอวัยวะที่จะทำการปลูกถ่าย

- Heart Transplantation Heart- Lung Transplantation
 Lung Transplantation
 Single Lung Transplantation
 Double Lung Transplantation

ส่วนที่ 4 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (อายุรแพทย์โรคหัวใจ-ปอด/ ศัลยแพทย์ทรวงอก)

ลงชื่อ.....
(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายตับ ดับอ่อน

สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมกรณีปลูกถ่ายตับ ดับอ่อน

ข้อมูลประเภทการรับอวัยวะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาค

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก HN.....
ที่อยู่ติดต่อได้
หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร อีเมล
บุคคลอ้างอิง หมายเลขโทรศัพท์ ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรับการผ่าตัดดังต่อไปนี้
การปลูกถ่ายตับ

มีข้อบ่งชี้ตามหัวข้อได้แก่

1. อายุไม่เกิน 65 ปี
2. บัวยเป็นโรคตับจาก
 - บัวยเป็นภาวะตับวาย (Fulminant hepatic failure)
 - บัวยเป็นมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) ที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้
 - บัวยเป็นโรคตับเรื้อรังหรือตับแข็ง
 - บัวยเป็นโรคทางเมตาบอลิกที่สามารถรักษาหายด้วยวิธีปลูกถ่ายตับ เช่น Primary oxaluria, Familial amyloidosis, Alpha-1-antitrypsin deficiency, Wilson's disease, Urea cycle enzyme deficiencies, Glycogen storage disease และ Tyrosemia เป็นต้น
3. ไม่มีภาวะ active infection
4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
7. ไม่มีภาวะ Active extrahepatic malignancy หรือ Hepatic malignancy with macrovascular or diffuse tumor invasion
8. ไม่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการผ่าตัด เช่น Severe cardiopulmonary conditions

การปลูกถ่ายตับอ่อน

มีข้อบ่งชี้ตามหัวข้อได้แก่

1. อายุไม่ควรเกิน 65 ปี
2. บัวยเป็นภาวะเบาหวานประเภทที่ 1 ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ด้วย insulin หรือมีภาวะ severe metabolic complication เช่น repeated episodes of diabetic ketoacidosis
3. ไม่มีภาวะ active infection
4. ไม่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
5. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
6. ไม่มีภาวะ psychiatric disorder
7. ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือเป็นมะเร็งที่รักษาขาดนานกว่า 3 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสำหรับผู้บริจาค (เฉพาะ Living Donor)

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก.....

ที่อยู่ติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร อีเมล

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

- สิทธิรักษาพยาบาล สวัสดิการราชการ/รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม
 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 4 ประเภทอวัยวะที่จะทำการปลูกถ่าย

- Liver Transplantation from deceased donor
 Liver Transplantation from living donor
 Pancreas Transplantation

ส่วนที่ 5 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายตับ ตับอ่อน/ อายุรแพทย์โรคตับ-ทางเดินอาหาร)

ลงชื่อ.....
(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....



สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะ

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการปลูกถ่ายหัวใจและไต ดับและไต ดับอ่อนและไต

สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมกรณีปลูกถ่ายหัวใจและไต ดับและไต ดับอ่อนและไต

ข้อมูลประเภทการรับอวัยวะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริจาค

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก HN

ที่อยู่ติดต่อได้

หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร อีเมล

บุคคลอ้างอิง หมายเลขโทรศัพท์ ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการรับการผ่าตัดดังต่อไปนี้
การปลูกถ่ายหัวใจและไต

การปลูกถ่ายตับและไต

การปลูกถ่ายตับอ่อนและไต

ส่วนที่ 3 ประเภทอวัยวะที่จะทำการปลูกถ่าย

Heart - Kidney Transplantation

Liver - Kidney Transplantation

Pancreas - Kidney Transplantation

ส่วนที่ 4 ลงชื่อชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (อายุรแพทย์โรคหัวใจ หรืออายุรแพทย์โรคไตหรือศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการ
ผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ หรือ ศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายตับหรือตับอ่อน หรือ อายุรแพทย์โรคตับ-ทางเดินอาหาร)

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วย

ขอเข้ารับการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน และรับยากดภูมิคุ้มกัน

สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....
ใบอนุญาตวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... และ วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร สาขา

- ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์โรคตับ-ทางเดินอาหาร
- อายุรศาสตร์โรคหัวใจ-ระบบทางเดินหายใจ ศัลยศาสตร์ทรวงอก
- อายุรแพทย์โรคหัวใจ หรืออายุรแพทย์โรคไตหรือศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ หรือ ศัลยแพทย์แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายตับหรือตับอ่อน
- อื่นๆ.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... จังหวัด.....
ขอรับรองว่า นาย,นาง,นางสาว..... อายุ..... ปี

ได้รับการวินิจฉัยว่าได้รับการผ่าตัด

- ปลูกถ่ายหัวใจ (Heart Transplantation)
- ปลูกถ่ายปอด (Lung Transplantation)
- ปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation)
- ปลูกถ่ายตับอ่อน (Pancreas Transplantation)
- ปลูกถ่ายอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ได้แก่
 - ปลูกถ่ายหัวใจและปอด (Heart-lung Transplantation)
 - ปลูกถ่ายหัวใจและไต (Heart-kidney Transplantation)
 - ปลูกถ่ายตับและไต (Simultaneous liver kidney transplantation)
 - ปลูกถ่ายตับอ่อนและไต (Simultaneous pancreas kidney transplantation or SPK)

1. วันแรกที่ได้ตรวจรักษาผู้ป่วยรายนี้.....

2. Underlying disease ของผู้ป่วย

- 2.1
- 2.2
- 2.3
- 2.4
- 2.5

3. Other diseases DM HT อื่น ๆ ระบุ.....

โปรดกรอกข้อมูลด้านหลัง ➡

4. ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ การผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน การผ่าตัดปลูกถ่าย
อวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน และรับยากดภูมิคุ้มกันที่โรงพยาบาล

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(พร้อมแนบหลักฐานสำเนาใบรายงานผลการผ่าตัดปลูกถ่ายของสถานพยาบาลมาด้วย)

5. ปัจจุบันรับการดูแลรักษาหลังผ่าตัดปลูกถ่ายและรับยากดภูมิคุ้มกันที่โรงพยาบาล.....

6. Medical History

7. Quality of Life

Compliance.....

8. Physical Examination : BPmmHg, PR...../min, RR...../min

BW.....kgs.....

9. Current Medication (พร้อมแนบหลักฐานสำเนาคำสั่งการให้ยากดภูมิคุ้มกันของแพทย์มาด้วย)

10. ปัจจุบันรับผิดชอบค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นเงินจำนวนเฉลี่ย.....บาทต่อเดือน.

ลงชื่อ

.....
(.....)

วันที่...../...../.....

ผนวก 5



ประกาศคณะกรรมการแพทยศาสตรบัณฑิตแพทยศาสตรบัณฑิตแพทยศาสตรบัณฑิต
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV
และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์

โดยที่เป็นการสมควรให้มีการเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราค่ารับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อคุ้มครองประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ
HIV และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์ให้ได้รับค่าจ้างไว้ทดแทนกรณีคณะกรรมการแพทยศาสตรบัณฑิต โดยความ
เห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

อาศัยอำนาจตามความมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๑ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ คณะกรรมการแพทยศาสตรบัณฑิตประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการแพทยศาสตรบัณฑิตแพทยศาสตรบัณฑิตแพทยศาสตรบัณฑิต เรื่องหลัก
เกณฑ์และอัตราค่ารับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV และผู้ประกันตนที่เป็น
โรคเอดส์ ฉบับลงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๖ และให้ใช้ต่อไปนี้

ข้อ ๒ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการแพทยศาสตรบัณฑิตแพทยศาสตรบัณฑิตแพทยศาสตรบัณฑิต
เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราค่ารับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์”

ข้อ ๓ ผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์ผู้มีสิทธิได้รับค่าจ้างไว้
ทดแทนกรณีเจ็บป่วย เจ็บป่วยและอัตราค่ารับประโยชน์

ข้อ ๔ ค่าจ้างประกันสังคมจ่ายค่าจ้างค่าจ้างไว้ทดแทนกรณีเจ็บป่วยของรัฐบาล

ข้อ ๕ ผู้ประกันตนจะได้รับตรวจ CD4 โดยสำนักงานประกันสังคมจะตรวจจ่ายให้แก่
สถานพยาบาลควบคุมวัณโรควัณโรควัณโรควัณโรควัณโรค ๕๐๐ บาท ปีละไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาทต่อราย

ข้อ ๖ กรณีผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องตรวจ Viral load สำนักงานประกันสังคม จะมอบจ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ครั้งละ ๒,๕๐๐ บาท มีจำนวนเงิน ๕,๐๐๐ บาทต่อรอบ

ข้อ ๗ กรณีผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องตรวจ Drug resistance testing สำนักงานประกันสังคมจะมอบจ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ครั้งละ ๔,๕๐๐ บาท ต่อรอบต่อปี

ข้อ ๘ กรณีที่มีค่าใช้จ่ายเกินข้อ ๕ ข้อ ๖ หรือข้อ ๗ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ

ข้อ ๙ กรณีผู้ประกันตนจำเป็นต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ นอกเหนือจาก ข้อ ๕ ข้อ ๖ และข้อ ๗ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ

ข้อ ๑๐ เฉพาะกรณีสถานประกันสังคมรักษาการตามประกาศฉบับนี้

ข้อ ๑๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๖ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

C-

(นายอรุณ แห่งวัชคี)

ประธานกรรมการกระทรวง



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV)
และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควรให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์ให้ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๔ และข้อ ๑๒ (๑) แห่งระเบียบคณะกรรมการประกันสังคม ว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน พ.ศ. ๒๕๕๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบคณะกรรมการประกันสังคม ว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๔ และคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โดยการให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ประกันตนที่กำหนดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๖ และให้ใช้หลักเกณฑ์ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โดยการให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ประกันตนตามที่กำหนดแนบท้ายแห่งประกาศฉบับนี้แทน

ข้อ ๒ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๔

ชาตรี

(นายชาติร บานชื่น)

ประธานกรรมการการแพทย์

"หลักเกณฑ์และฉันทกาวบริการทางการแพทย์ให้ยาค้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ประกันตน"

๑. คุณสมบัติของผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับยาค้านไวรัสเอชไอวีจากสำนักงานประกันสังคม

พ.ศ. ๒๕๓๓

๑.๑. ผู้ประกันตนซึ่งได้รับสิทธิบริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม

๑.๒. ให้ยาค้านไวรัสเอชไอวี ในผู้ติดเชื้อทุกรายในทุกระดับ CD4 โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณี CD4 น้อยกว่า 500 cells/mm³

๒. สำนักงานประกันสังคมจะรับผิดชอบยาค้านไวรัสเอชไอวีให้แก่ผู้ประกันตนที่มีสิทธิ โดยการพิจารณาเริ่มยาค้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการเลือกสูตรยาค้านไวรัส ให้เป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลสามารถเลือกใช้ยาค้านไวรัสได้ตามรายการที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๒.๑. กรณีพิจารณาเริ่มยาค้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับ CD4 มากกว่า 500 cells/mm³ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- ผู้ติดเชื้อที่จะเริ่มยาค้านไวรัสต้องเข้าใจถึงประโยชน์และผลข้างเคียงของการรักษา เข้าใจประเด็นความสำคัญของ adherence ยินดีที่จะเริ่มยาค้านไวรัสและมีความมุ่งมั่นตั้งใจรับยาค้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

- ผู้ติดเชื้อมีสิทธิเลือกที่จะยังไม่รับยาถ้ายังไม่พร้อมในการเริ่มยาค้านไวรัส

- ในกรณีผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการ ประโยชน์ต่อตัวผู้ติดเชื้อเองยังไม่ชัดเจน แต่มีประโยชน์ในด้านการสาธารณสุขเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ

- ผู้ให้บริการดูแลรักษาควรพิจารณาเลื่อนการเริ่มยาไปก่อน หากพบมีปัญหาทางสภาพจิตใจ หรือสิ่งที่ไม่เหมาะต่อการกินยาต่อเนื่อง

๒.๒. เกณฑ์การใช้ยา Atazanavir ให้ใช้ในกรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยให้เป็นไปตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

๓. กรณีผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา ให้มีการประเมินและจัดการตามระบบหาสาเหตุและพิจารณาปรับเปลี่ยนการรักษาตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เอชไอวีและเอดส์ที่คณะกรรมการการแพทย์แต่งตั้ง

๔. ในกรณีที่กระทรวงสาธารณสุขมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์ ข้อบ่งชี้ในการให้ยาค้านไวรัสเอชไอวี สูตรยาพื้นฐาน สูตรยาทางเลือก และสูตรดื้อยา ให้ปรับเปลี่ยนข้อ ๑ และข้อ ๒ เป็นค่าที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดปรับเปลี่ยนขึ้นใหม่

๕. หน้าที่และความรับผิดชอบของสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

๕.๑. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องดำเนินการตามแนวปฏิบัติในการให้ยาค้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ประกันตนตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาของกระทรวงสาธารณสุข

๕.๒. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องจ่ายยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรพื้นฐาน สูตรทางเลือก และสูตรดื้อยาให้แก่ผู้ประกันตนที่มีสิทธิตามที่กำหนดไว้ใน ๕.๑ สำหรับกรณีที่มีผู้ประกันตน มีอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามสูตรพื้นฐาน ให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เอชไอวีและเอดส์ ที่คณะกรรมการการแพทย์แต่งตั้งภายในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ นั้น หากสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ให้ส่งแบบปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ให้สำนักงานประกันสังคมเพื่อหาหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการคิดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่คณะกรรมการ การแพทย์แต่งตั้ง และสำนักงานประกันสังคมจะส่งผลการวินิจฉัยของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ให้สถานพยาบาล ตามบัตรรับรองสิทธิฯ และให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ทุกแห่งเก็บหลักฐานที่ได้อนุมัติไว้เพื่อการตรวจสอบ

๕.๓. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องยื่นแบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ ตามแบบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๕.๔. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องบันทึกการให้บริการทางการแพทย์ ในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๖. หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยาต้านไวรัสเอชไอวี ให้ใช้การบริหารจัดการคลังยาต้านไวรัสเอชไอวี ตามที่สำนักงานประกันสังคมได้ทำความตกลงไว้กับหน่วยงานรัฐที่ผลิตหรือจัดหา

๗. หลักเกณฑ์การจ่ายค่ายาต้านไวรัสเอชไอวีให้แก่หน่วยงานของรัฐที่ผลิตหรือจัดหา ความสอดคล้อง ในอัตราที่ไม่สูงกว่าราคาตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข หากไม่มีราคาตามประกาศของ กระทรวงสาธารณสุขให้ใช้ราคาที่หน่วยงานของรัฐที่ผลิตหรือจัดหายืนยันว่าไม่สูงกว่าราคาที่หน่วยงาน ภาครัฐอื่นจัดซื้อ หากไม่มีให้ใช้ราคาที่เคยซื้อครั้งล่าสุดภายในระยะเวลา ๒ ปี หากไม่มีราคาที่เคยซื้อครั้งล่าสุด ภายในระยะเวลา ๒ ปี หรือมีแต่ราคาสูงกว่าให้ใช้ราคาซึ่งหน่วยงานของรัฐที่ผลิตหรือจัดหายืนยันว่า ไม่สูงกว่าราคาตลาด

บัญชีรายชื่อยาต้านไวรัสเอชไอวีของสำนักงานประกันสังคม

- (๑) Zidovudine.
- (๒) GPO – vir S30
- (๓) GPO – vir Z250
- (๔) Lamivudine
- (๕) Nevirapine
- (๖) Stavudine
- (๗) Zidovudine + Lamivudine
- (๘) Efavirenz
- (๙) Indinavir
- (๑๐) Ritonavir
- (๑๑) Didanosine
- (๑๒) Lopinavir / Ritonavir
- (๑๓) Atazanavir
- (๑๔) Tenofovir

- (๑๕) Abacavir
- (๑๖) Rilpivirine
- (๑๗) Tenofovir + Emtricitabine+ Efavirenz
- (๑๘) Tenofovir + Emtricitabine
- (๑๙) Abacavir + Lamivudine
- (๒๐) ยาค้านไวรัสเอชไอวีที่ได้รับการรับรองทางการแพทย์และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการการแพทย์
ของสำนักงานประกันสังคม



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.-๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา
ด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(๒)

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานให้แก่ผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา
ด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(๒) ความมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของ
คณะกรรมการประกันสังคม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕ (๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๘ และข้อ ๑๒ (๑) แห่งระเบียบ
คณะกรรมการประกันสังคม ว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน พ.ศ. ๒๕๕๕ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม
โดยระเบียบคณะกรรมการประกันสังคมว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน (ฉบับที่ ๒)-
พ.ศ. ๒๕๕๘ ลงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับ
การรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(๒) ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๔๔

ข้อ ๓ กรณีผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(๒)
สำนักงานประกันสังคมจะสนับสนุนยาที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ
เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น
ที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลได้ส่งตัวผู้ประกันตนไปรักษาต่อ

ข้อ ๔ การจ่ายยาให้กับผู้ประกันตนจะต้องเป็นไปตามแนวทางกำกับการใช้ยา บัญชี-จ(๒)
ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติหรือตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

ข้อ ๕ ในการสนับสนุนยาให้กับสถานพยาบาลตามข้อ ๓ สำนักงานประกันสังคมจะจ่าย
ค่ายาให้แก่หน่วยงานของรัฐที่ผลิตหรือจัดหาตามข้อตกลงในอัตราไม่สูงกว่าราคาตามประกาศของ
กระทรวงสาธารณสุข หากไม่มีให้ใช้ราคาที่หน่วยงานของรัฐที่ผลิตหรือจัดหายืนยันว่าไม่สูงกว่าราคา
ที่หน่วยงานภาครัฐอื่นจัดซื้อ หากไม่มีให้ใช้ราคาที่เคยซื้อครั้งสุดท้ายภายในระยะเวลาสองปี หากไม่มีราคาที่เคยซื้อ
ครั้งหลังสุดภายในระยะเวลาสองปี หรือมีแต่ราคาสูงกว่าให้ใช้ราคาซึ่งหน่วยงานของรัฐที่ผลิตหรือจัดหา
ยืนยันว่าไม่สูงกว่าราคาตลาด

ข้อ ๖ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลจะต้องรายงานข้อมูล
การรักษาตามแนวทางเกี่ยวกับการใช้ยาและหรือรูปแบบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

ข้อ ๗ ให้เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙

ชวรัตน์

(นายชาติ บานชื่น)
ประธานกรรมการการแพทย์

ผนวก 6



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์
กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์
ในกรณีผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลอื่นนอกจากสถานพยาบาลที่สำนักงาน
ประกันสังคมกำหนดให้สำหรับผู้ประกันตน ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการประกันสังคมแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๕ (๒) แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไข
เพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ มาตรา ๕๙ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดย
พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของ
คณะกรรมการประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์
และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลงวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๘

(๒) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์
และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๔
ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๔

(๓) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์
และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๔
ลงวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๔

(๔) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์
และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๔
ลงวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๔

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายถึง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่
สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา แล้วแต่กรณี

“สถานพยาบาล” หมายถึง สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“แพทย์” หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

“ประสบอันตราย” หมายถึง การประสบกับเหตุการณ์หรืออุบัติเหตุที่ทำให้บาดเจ็บอันอาจเป็น
อันตรายต่อสุขภาพ

“เจ็บป่วยฉุกเฉิน” หมายถึง โรคหรืออาการของโรคซึ่งเกิดขึ้นโดยเฉียบพลันที่มีลักษณะรุนแรง อันอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเร่งด่วน

“ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ” หมายถึง การได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น รุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น

หมวด ๓

การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ข้อ ๔ ในกรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน และมีความจำเป็นทำให้ไม่สามารถไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนนั้น เมื่อผู้ประกันตนได้เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลอื่น ให้สำนักงานจ่ายเงินเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แล้วแต่กรณี ดังนี้

๔.๑ กรณีจำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์เนื่องจากประสบอันตรายจ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็นตามประเภทและอัตรา ดังนี้

๔.๑.๑ กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของรัฐ

- (๑) ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น
- (๒) ประเภทผู้ป่วยใน

(ก) ค่าบริการทางการแพทย์ ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ภายในระยะเวลาไม่เกินเจ็ดสิบสองชั่วโมงโดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ หากมีวันหยุดราชการในช่วงระยะเวลาไม่เกินเจ็ดสิบสองชั่วโมงนั้น ให้นับรวมค่าบริการทางการแพทย์ในวันหยุดราชการด้วย

(ข) ค่าห้องและค่าอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินสี่ร้อยบาท ภายในระยะเวลาไม่เกินเจ็ดสิบสองชั่วโมงโดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ หากมีวันหยุดราชการในช่วงระยะเวลาไม่เกินเจ็ดสิบสองชั่วโมงนั้น ให้นับรวมค่าบริการทางการแพทย์ในวันหยุดราชการด้วย

๔.๑.๒ กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลเอกชน

(๑) ประเภทผู้ป่วยนอก ให้ได้รับค่าบริการทางการแพทย์ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งพันบาท และกรณีที่ค่าบริการทางการแพทย์เกินหนึ่งพันบาทให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม กรณีที่ได้รับการตรวจรักษาตามรายการและอัตรา ดังต่อไปนี้

- (ก) การได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน

ห้าร้อยบาทต่อยูนิต

- (ข) สารต่อต้านพิษบาดทะยัก (Tetanus - Antitoxin) ชนิดทำจากมนุษย์

เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินสี่ร้อยบาทต่อราย

- (ค) ค่าวัดซีน/เซรุ่ม ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
- Rabies Vaccine เฉพาะเข็มแรก ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินสองร้อยเก้าสิบบาท
 - Rabies antiserum -- ERIG เฉพาะเข็มแรก ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งพันบาท
 - Rabies antiserum – HRIG เฉพาะเข็มแรก ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินแปดพันบาท โดยมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
- ๑) ทดสอบการแพ้ด้วยเซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าจากม้าได้ผลลบ หรือ
 - ๒) กรณีที่มีบาดแผลบริเวณตา
- (ง) Ultrasound เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งพันบาทต่อราย เฉพาะกรณีภาวะฉุกเฉินเฉียบพลันในช่องท้อง (Acute abdomen)
- (จ) CT – Scan เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินสี่พันบาท หรือ MRI เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินแปดพันบาทต่อราย ตามหลักเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
- ๑) ผู้ประกันตนที่ได้รับการตรวจด้วย CT – Scan หรือ MRI แล้วและได้รับการผ่าตัดสมองทันทีหรือถึงแก่ความตายภายหลังการตรวจ หรือ
 - ๒) ผู้ประกันตนได้เข้ารับการรักษายาบาลกรณีสุนัขกัด และมีอาการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยว่ามีเส้นโลหิตในสมองแตกหรืออุดตัน โดยมีเหตุผลทางการแพทย์ประกอบ หรือ
 - ๓) ผู้ประกันตนได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อการผ่าตัดกระดูกสันหลังหรือไขสันหลังจากแพทย์ของสถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดนั้น
- (ฉ) การขูดมดลูกเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินสองพันห้าร้อยบาทต่อราย เฉพาะกรณีที่มีภาวะตกเลือดหลังการคลอดหรือภาวะตกเลือดจากการแท้งบุตร
- (ช) ค่าฟื้นคืนชีพ (Cardio Pulmonary Resuscitation – CPR) รวมค่ายาและอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินสี่พันบาทต่อราย
- (ซ) กรณีที่มีการสังเกตอาการในห้องสังเกตอาการตั้งแต่สามชั่วโมงขึ้นไป ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินสองร้อยบาทต่อราย
- (๒) ประเภทผู้ป่วยใน ให้ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็นภายในระยะเวลาไม่เกินเจ็ดสิบสองชั่วโมง โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ หากวันหยุดราชการในช่วงระยะเวลาไม่เกินเจ็ดสิบสองชั่วโมงนั้น ให้นับรวมค่าบริการทางการแพทย์ในวันหยุดราชการด้วยตามประเภทและอัตรา ดังนี้
- (ก) ค่ารักษายาบาลกรณีไม่ได้รับการรักษาในห้อง ICU ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินวันละสองพันบาท
 - (ข) ค่าห้องและค่าอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละเจ็ดร้อยบาท
 - (ค) ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ารักษายาบาล กรณีที่รักษาในห้อง ICU เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินวันละสี่พันห้าร้อยบาท

- การผ่าตัด ดังนี้
- (ง) กรณีที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ กำหนดอัตราตามระยะเวลา
- ครั้งละหนึ่งหมื่นสองพันบาท
- หนึ่งหมื่นหกพันบาท
- และอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินสี่พันบาทต่อราย
- แต่ไม่เกินหนึ่งพันบาทต่อราย
- ไม่เกินสามร้อยบาทต่อราย
- ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อราย
- เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินสามร้อยห้าสิบบาทต่อราย
- ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อราย
- เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อราย
- จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อราย
- MRI ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินแปดพันบาทต่อราย ตามหลักเกณฑ์เช่นเดียวกับการทำ CT - Scan หรือ MRI ของการรับบริการประเภทผู้ป่วยนอก
- ๔.๒ กรณีจำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์เนื่องจากเจ็บป่วยฉุกเฉินจ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็นตามประเภทและอัตรา ดังนี้
- ๔.๒.๑ กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของรัฐ จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามประเภทและอัตราที่กำหนดไว้ใน ๔.๑.๑ (๑) และ ๔.๑.๑ (๒)
- ๔.๒.๒ กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลเอกชน จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามประเภทและอัตราที่กำหนดไว้ใน ๔.๑.๒ (๑) และ ๔.๑.๒ (๒) ยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์เป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษายาบาลแก่ผู้ประกันตน ดังนี้

(๑) กรณีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ในการรักษาโรคเกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract) จ่ายเป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA ให้กับสถานพยาบาลที่มีการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และมีการทำ CT Brain ก่อนและหลังการฉีดยาละลายลิ่มเลือดเหมาจ่ายครั้งละ ๕๐,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน)

(๒) กรณีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract) จ่ายเป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด ดังนี้

(ก) ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาเหมาจ่ายครั้งละ ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

(ข) ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA หรือ TNK-tPA และค่าฉีดยาเหมาจ่ายครั้งละ ๕๐,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน)

ข้อ ๕ กรณีผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบแก่กองทุนประกันสังคมจนก่อให้เกิดสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานและสำนักงานยังไม่ได้กำหนดสถานพยาบาลที่ให้สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนนั้น ให้สำนักงานจ่ายเงินเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาล ดังนี้

๕.๑ กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์เพราะประสบอันตราย ให้จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ ๔.๑ ของประกาศ

๕.๒ กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์เพราะเจ็บป่วย ให้จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ ๔.๒ ของประกาศนี้

ข้อ ๖ นอกจากเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามที่กำหนดในข้อ ๔ และข้อ ๕ ของประกาศนี้แล้ว สำนักงานจะจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล กรณีผู้ประกันตนได้เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลอื่นและสถานพยาบาลนั้นมีความจำเป็นต้องรับหรือส่งตัวผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาวินิจฉัยหรือรักษาพยาบาลต่อ ณ สถานพยาบาลอีกแห่งหนึ่งซึ่งมิใช่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนตามอัตรา ดังนี้

๖.๑ การรับหรือส่งตัวผู้ประกันตนระหว่างสถานพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดเดียวกัน

๖.๑.๑ กรณีใช้รถพยาบาลหรือเรือพยาบาลตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินห้าร้อยบาท

๖.๑.๒ กรณีใช้พาหนะรับจ้างหรือพาหนะส่วนบุคคลหรือพาหนะอื่นๆ เหมาจ่ายในอัตราสามร้อยบาท

๖.๒ การรับหรือส่งตัวผู้ประกันตนไปยังสถานพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในเขตท้องที่จังหวัดอื่น นอกจากจะจ่ายเงินเป็นค่าพาหนะตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ ๖.๑ แล้ว สำนักงานจะจ่ายเงินเพิ่มให้อีกในอัตราที่สมควรระทกบาท โดยคำนวณจ่ายตามระยะทางของกรมทางหลวงในทางสั้นและทางตรง

ข้อ ๗ เมื่อผู้ประกันตนได้เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามข้อ ๔ และข้อ ๕ ของประกาศนี้ ให้ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

๗.๑ กรณีการเข้ารับบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๔ ให้แจ้งสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนทราบโดยเร็ว เมื่อสถานพยาบาลได้รับแจ้งแล้วให้สถานพยาบาลมีหน้าที่ ดังนี้

๗.๑.๑ กรณีเคลื่อนย้ายผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยได้ให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนรับผิดชอบในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนนับแต่เวลาที่ได้รับแจ้งเป็นต้นไป รวมทั้งค่าพาหนะในการเคลื่อนย้ายผู้ประกันตนด้วย

๗.๑.๒ กรณีเคลื่อนย้ายผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยไม่ได้ให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนมีหน้าที่ ดังนี้

(๑) รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลอื่น เฉพาะในส่วนที่เกินกว่าอัตราค่าบริการทางการแพทย์ที่กำหนดในข้อ ๔.๑ และข้อ ๔.๒ ของประกาศนี้ นับแต่เวลาที่ได้รับแจ้งจนถึงเวลาที่ครบเจ็ดสิบสองชั่วโมง

(๒) รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลอื่น ในช่วงระยะเวลาการให้บริการทางการแพทย์ที่ล่วงพ้นจากระยะเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมงตาม (๑) หรือนับแต่เวลาที่ได้รับแจ้ง กรณีแจ้งให้สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนทราบ ในช่วงระยะเวลาภายหลังจากครบกำหนดระยะเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมงตาม (๑)

๗.๒ กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๕ ให้แจ้งสำนักงานทราบโดยเร็ว เมื่อสำนักงานได้รับแจ้งแล้วให้สำนักงานมีหน้าที่ ดังนี้

๗.๒.๑ กำหนดสถานพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนเพื่อไปใช้บริการทางการแพทย์ต่อไป

๗.๒.๒ จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ ในช่วงระยะเวลาที่ได้รับแจ้งแต่ไม่เกินกำหนดระยะเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง

๗.๒.๓ จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ ในช่วงระยะเวลาภายหลังจากเวลาที่ได้รับแจ้งจนถึงเวลาที่สถานพยาบาลได้จำหน่ายผู้ประกันตนออกจากสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์ครั้งนั้น ตามหลักวิชาการทางการแพทย์

ข้อ ๘ ในกรณีที่สำนักงานเห็นว่าผู้ประกันตนมีสิทธิที่จะได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ ให้สำนักงานพิจารณาจ่ายให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์

หมวด ๒

การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต

ข้อ ๙ การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากร และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น

(๑) หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ

(๒) หายใจเร็ว หอบเหนื่อยรุนแรง หายใจติดขัดมีเสียงดัง

(๓) ซึมลง เหงื่อแตก ตัวเย็น หรือมีอาการชักร่วม

(๔) เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน รุนแรง

(๕) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัดแบบปัจจุบันทันด่วน หรือชักต่อเนื่องไม่หยุด

(๖) มีอาการอื่นร่วมที่มีผลต่อการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบสมองที่อาจเป็น

อันตรายต่อชีวิต

ข้อ ๑๐ กรณีผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตและกรณีที่สำนักงานยังมีได้ กำหนดสถานพยาบาลที่ให้สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนหรือกรณีที่ไม่สามารถไปรับ บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลตามสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนได้ เมื่อไปรับบริการ ณ สถานพยาบาลเอกชน ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

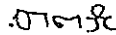
ข้อ ๑๑ เมื่อผู้ประกันตนได้รับบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๑๐ จนพ้นภาวะฉุกเฉินวิกฤตแล้ว และสามารถย้ายไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ สำหรับผู้ประกันตนได้ แต่ผู้ประกันตนปฏิเสธไม่ขอย้ายไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาล ที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตน ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล ทั้งนี้ โดยหัก ค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานจะต้องจ่ายตามข้อ ๑๐ แล้ว

หมวด ๓

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๒ ผู้ใดมีสิทธิได้รับเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ตาม (๑) ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ ลงวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๓๕ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๔๑ (๒) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลงวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๔๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๔ ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๔ (๓) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๓) ลงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๕ (๔) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๔) ลงวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕ อยู่ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับอยู่เพียงใดก็ให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทน ค่าบริการทางการแพทย์นั้นต่อไปจนครบตามสิทธิ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายชาติร์ นานตัน)

ประธานกรรมการการแพทย์