



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องรักษาพยาบาลประเภทคนไข้ในเกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี ตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

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

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความใน(๓)ของข้อ ๘ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และให้ใช้ความดังต่อไปนี้แทน

“(๓) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในสถานพยาบาลประเภทคนไข้ในเกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี ยกเว้น กรณีการบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์ เจ็บไข และอัตราแนบท้ายประกาศนี้”

ข้อ ๒ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

(ศาสตราจารย์จรัส สุวรรณเวลา)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาดัว
ในสถานพยาบาลประเภทคนไข้ในเกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี

ข้อ ๑ บทนิยาม

“โรคเดียวกันที่ใช้ระยะเวลารักษาดัวในสถานพยาบาลเกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี”

หมายถึง การประสบอันตรายหนึ่งครั้งหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันเป็นเหตุให้ผู้ประกันตนต้องเข้ารับการรักษาดัวประเภทคนไข้ใน โดยไม่จำเป็นต้องติดต่อกันนานเกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี และการดูแลรักษาพยาบาลส่วนที่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันต้องเป็นไปตามความจำเป็นของโรค (Specific treatment) ไม่รวมถึงการรักษาตามอาการ หรือการรักษาแบบประคับประคอง (Symptomatic supportive treatment) หรือการรักษาแบบฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

“สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล” หมายถึง สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตนผู้นั้นมีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์

“สถานพยาบาลอื่น” หมายถึง สถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลและอยู่ในระบบประกันสังคม

“สำนักงาน” หมายถึง สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา แล้วแต่กรณี

“ปี” หมายถึง ปีปฏิทิน

ข้อ ๒ ในกรณีที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาดัวประเภทคนไข้ในเนื่องจากประสบอันตรายหนึ่งครั้งหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันเกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี ในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น โดยได้รับความยินยอมจากสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลให้สำนักงานจ่ายเงินเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลต่อปีตามอัตรา ดังนี้

- (๑) ค่ารักษาพยาบาลกรณีไม่ได้รักษาในห้อง ICU ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละสองพันบาท
- (๒) ค่าห้องและค่าอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละเจ็ดร้อยบาท
- (๓) ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาล กรณีที่รักษาในห้อง ICU เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวันละสี่พันห้าร้อยบาท
- (๔) กรณีที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ กำหนดอัตราตามระยะเวลาการผ่าตัด ดังนี้
 - (๔.๑) ค่าผ่าตัดไม่เกินหนึ่งชั่วโมง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละแปดพันบาท
 - (๔.๒) ค่าผ่าตัดเกินหนึ่งชั่วโมงแต่ไม่เกินสองชั่วโมง เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละหนึ่งหมื่นสองพันบาท
 - (๔.๓) ค่าผ่าตัดเกินสองชั่วโมงขึ้นไป เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละหนึ่งหมื่นหกพันบาท
- (๕) ค่าฟื้นคืนชีพ (Cardio Pulmonary Resuscitation , CPR) รวมค่ายาและอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินสี่พันบาทต่อราย
- (๖) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและ/หรือเอกซเรย์ ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินหนึ่งพันบาทต่อราย

- (๗) ค่าตรวจวินิจฉัยพิเศษจ่ายตามรายการและอัตรา 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) ค่าสวนเส้นเลือดหัวใจและเอ็กซ์เรย์ (Coronary Angiography , CAG) ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อราย
 - (๗.๖) ค่าส่องกล้อง (Endoscopy) ยกเว้น Proctoscopy ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อราย
 - (๗.๗) ค่าตรวจ Intravenous Pyelography , IVP ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินหนึ่งพันห้าร้อยบาทต่อราย
 - (๗.๘) CT-Scan ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินสี่พันบาท หรือ MRI ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินแปดพันบาทต่อราย
- (๘) ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ให้ขึ้นกับดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์

ข้อ ๓ ให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลยื่นเอกสารขอรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาดำเนินการในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นประเภทคนไข้ในเกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี ต่อสำนักงานหรือสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ไม่น้อยกว่าสามสิบวัน และไม่มากกว่าสี่สิบห้าวันก่อนการรักษาดำเนินการของผู้ประกันตนในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นประเภทคนไข้ในครบหนึ่งร้อยแปดสิบวัน โดยยื่นเอกสารขอรับค่าบริการทางการแพทย์พร้อมหลักฐานประกอบดังนี้

(๑) แบบรายงานการเจ็บป่วย แผนการรักษา ประมาณการค่าใช้จ่ายตามแบบที่สำนักงานกำหนดโดยให้ผู้ประกันตนลงนามขอรับการรักษาตัวในสถานพยาบาลต่อไปในแบบดังกล่าว

(๒) สำเนาเวชระเบียน

กรณีที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลไม่สามารถยื่นเอกสารภายในระยะเวลาดังกล่าวได้ให้เป็นดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

ข้อ ๔ ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบแก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลมีสิทธิรับค่าบริการทางการแพทย์กรณีโรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาดำเนินการในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลและให้สิทธิการหรือผู้ที่สิทธิการมอบหมายเป็นผู้อนุมัติ

ข้อ ๕ ให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นที่ได้รับอนุมัติตามข้อ ๔ ทำการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาที่เสนอต่อสำนักงานตามแบบรายงานการรักษาพยาบาลที่สำนักงานกำหนด และให้ส่งใบแจ้งคำรักษาพยาบาลพร้อมกับรายงานผลการดำเนินการรักษาพยาบาลทุกสามสิบวัน นับจากวันที่ผู้ประกันตนได้รับการรักษาดำเนินการในสถานพยาบาลประเภทคนไข้ในครบหนึ่งร้อยแปดสิบวัน