



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 ๒๕๕๕

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 ให้เพิ่มความต่อไปนี้อยู่แทนข้อ (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์  
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย  
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖

“(๑) เหม่าจ่ายตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้  
ให้แก่สถานพยาบาล และมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามมาตรา ๖๒ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม  
พ.ศ. ๒๕๓๓ ในอัตราหนึ่งพันสี่ร้อยหกสิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตรา  
ตามวรรคหนึ่งในอัตราสี่ร้อยสามสิบสองบาท สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยง  
ตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศฉบับนี้

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากรวดหนึ่งและรูดสองให้แก่สถานพยาบาลตามอัตราที่กำหนดต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ดังนี้

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

(ข) สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลตามบันไดขั้นที่ ๒ สู่ HA ในอัตราสี่สิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตาม (ก) และ(ข) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นหมวด ๑/๑ การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนกรณีรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖

“หมวด ๑/๑

การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนกรณีรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ข้อ ๕/๑ กรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดตามข้อ ๓ หรือสถานพยาบาลอื่นได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรครวม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ ภายใต้งบวงเงินที่คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนแต่ละปี ในอัตราห้าร้อยหกสิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศฉบับนี้”

ข้อ ๕ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๗ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗



(ศาสตราจารย์เหลือพร ปุณณกันต์)  
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 เนฟโฟริติก (Nephrotic syndrome)
- (๑๘) โรคลูปัส (SLE)
- (๑๙) โรคเลือดอะพลาสติก (Aplastic anemia)
- (๒๐) โรคทาลัสซีเมีย (Thalassemia)
- (๒๑) โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)
- (๒๒) โรคเรื้อนกว้าง (Psoriasis)
- (๒๓) โรคผิวหนังพุพองเรื้อรัง (Chronic vesiculobullous disease)
- (๒๔) โรคเลือดไอทีพี (ITP)
- (๒๕) โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis)
- (๒๖) โรคจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ ๑๐ (ICD ๑๐) รหัส F ๒๐ -F ๒๙

๒. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในจะคำนวณภาระการรักษาผู้ป่วยในทุกราย 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. สถานพยาบาลที่ถูกยกเลิกหรือถูกเพิกถอนการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลหรือคุณภาพตามมาตรฐาน JCI หรืออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล หรือการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน JCI สิ้นสุดลง และไม่มีเอกสารรับรองการต่ออายุให้ถือว่าสิทธิการได้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์สิ้นสุดลงในวันสุดท้ายแห่งเดือนที่สถานพยาบาลถูกยกเลิก หรือถูกเพิกถอนหรืออายุการรับรองสิ้นสุดลง

---

**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 ( $AdjRW \geq ๒$ ) ในอัตราไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท ต่อ ๑ น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) โดยพิจารณาคำนวณตามข้อมูลที่หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดประมวลผลแล้ว

๔. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ แล้ว สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ไม่สามารถให้การรักษายาบาลแก่ผู้ประกันตนได้ และ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ได้ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องกำหนดให้สถานพยาบาลที่ให้การรักษาส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาไม่ส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่สิ้นสุดการรักษา ให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ 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 ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ 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 ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม หรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

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

(๑) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์เองทั้งหมด

(๒) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม หรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

๖. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษายาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นโดยไม่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ 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. กรณีผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษายาบาล ณ สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW ≥ ๒) นอกจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามอัตราที่กำหนดในข้อ ๓ แล้ว สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษายาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางตามข้อ (ข) ถึง (จ) ใน (๒) ข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๘. หากสำนักงานหรือผู้ที่สำนักงานมอบหมายได้ตรวจสอบข้อมูลการรักษายาบาลของสถานพยาบาลแล้วพบว่าข้อมูลการรักษายาบาลที่ส่งให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดไม่ถูกต้อง ทำให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เกินกว่าข้อเท็จจริงที่ปรากฏ สำนักงานจะเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้จ่ายไปคืนหรือหักจากค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานจะจ่ายให้สถานพยาบาลในครั้งต่อไปคืน พร้อมทั้งดำเนินการตามกฎหมายและสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ต่อไป