

ระเบียบสำนักงานประกันสังคม

ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน
และการจ่ายเงินค่ายา พ.ศ. ๒๕๖๑

เพื่อให้เป็นไปตามความในข้อ ๑๒ (๑) แห่งระเบียบคณะกรรมการประกันสังคม ว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน พ.ศ. ๒๕๕๕ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบคณะกรรมการประกันสังคมว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘ ประกอบกับเพื่อให้การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนและการจ่ายเงินค่ายาเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ที่กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์และค่ายา

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ สำนักงานประกันสังคมจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน และการจ่ายเงินค่ายา พ.ศ. ๒๕๖๑”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกระเบียบสำนักงานประกันสังคมว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล และการจ่ายเงินค่ายาแก่หน่วยงานภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๔ วิธีปฏิบัติใด ซึ่งมีได้กำหนดในระเบียบนี้ให้ปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการโดยอนุโลม

ข้อ ๕ ในระเบียบนี้

“ค่าบริการทางการแพทย์” หมายความว่า เงินตอบแทนค่าบริการทางการแพทย์และค่ารักษาพยาบาลผู้ประกันตน

“ค่ายา” หมายความว่า เงินค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (๒) หรือค่ายาด้านไวรัสเอดส์

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์

“สถานพยาบาลอื่น” หมายความว่า สถานพยาบาลที่นอกเหนือจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

ข้อ ๖ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลโดยวิธีเหมาจ่ายตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี

ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติมต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน ภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้กับสถานพยาบาลโดยให้จ่ายภายในวันที่ ๑๕ ของทุกเดือน

ให้สำนักงานแบ่งจ่ายเงินตามวรรคหนึ่ง เป็นรายเดือน ๆ ละไม่น้อยกว่าร้อยละเจ็ดสิบห้าของจำนวนผู้ประกันตนที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ในวันทำการสุดท้ายของเดือนก่อนเดือนที่จะทำการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์โดยใช้จำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้กับสถานพยาบาลในการให้บริการทางการแพทย์เป็นเกณฑ์คำนวณ

เมื่อมีการจ่ายเงินในแต่ละเดือนแล้ว ให้มีการคิดคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับจริงตามจำนวนผู้ประกันตนของเดือนที่มีการจ่ายเงิน โดยให้ใช้จำนวนผู้ประกันตนโดยเฉลี่ยซึ่งคำนวณได้จากจำนวนผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันต้นเดือน รวมกับจำนวนผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันสิ้นเดือนหารด้วยสองเป็นเกณฑ์คำนวณ และในกรณีที่ต้องจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาล ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในสามเดือน นับแต่เดือนที่มีการจ่ายเงิน

ข้อ ๗ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงตามอัตราการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยแบ่งงบประมาณเป็นสองส่วน ส่วนที่ ๑ แบ่งจ่ายเป็นรายเดือน เดือนละเท่า ๆ กัน จำนวนสิบเอ็ดงวด ส่วนที่ ๒ จ่ายเป็นงวดที่ ๑๒ และให้จ่ายเงินภายในสิบห้าวันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติดังนี้

งวดที่ ๑ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๑ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๒ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ ๑ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๒ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๓ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๒ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๓ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๑๑ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ที่ส่งภายในเดือนมกราคมถึงเดือนพฤศจิกายน และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนพฤศจิกายน และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ ๑

ถึงงวดที่ ๑๐ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๑๑ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

งวดที่ ๑๒ ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า ๒ ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลปีนั้นทั้งหมดที่ส่งภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนด และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ ๑ ถึงงวดที่ ๑๑ มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ ๑๒ ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

สถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นจะต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนด เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง การกำหนดสัดส่วนงบประมาณระหว่างส่วนที่ ๑ และส่วนที่ ๒ หรือการกำหนดสัดส่วนค่าบริการทางการแพทย์ระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งคะแนนโรคเรื้อรังแต่ละโรค เพื่อคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง ให้สำนักงานพิจารณาตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์

สำหรับปีที่สำนักงานมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่ใช้ในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง ทำให้ต้องขยายระยะเวลาการส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ในช่วงแรกที่ยังไม่ได้รับข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ให้คำนวณคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอก และน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จากข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนของปีก่อนหน้า และใช้ข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยตามปีที่จ่าย ในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงให้แก่สถานพยาบาลเป็นรายเดือนไปก่อน และเมื่อได้รับข้อมูลปีที่จะจ่ายจริงแล้ว จึงคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงด้วยข้อมูลของปีที่จะจ่าย โดยจะต้องไม่เกินงวดที่ ๑๑ สำหรับสถานพยาบาลที่เข้าใหม่ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนของปีที่จ่าย ด้วยอัตราร้อยละยี่สิบห้าของอัตราที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ โดยแบ่งจ่ายเป็นรายเดือน และเมื่อได้รับข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ปีที่จะจ่ายจริงแล้ว ให้คำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงด้วยข้อมูลของปีที่จะจ่าย โดยจะต้องไม่เกินงวดที่ ๑๑

ข้อ ๘ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลลัพธ์การให้บริการที่ดีตามตัวชี้วัดเรื่องร้องเรียนและตัวชี้วัดสถานภาพการจำหน่ายและประเภทการจำหน่ายผู้ประกันตนออกจากสถานพยาบาล ตามที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

(ก) สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลลัพธ์คุณภาพการให้บริการที่ดีตามตัวชี้วัดเรื่องร้องเรียน ในอัตราไม่เกินหกสิบบาท ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

(ข) สถานพยาบาลที่บริการมีคุณภาพและผลลัพธ์คุณภาพการให้บริการที่ดีตามตัวชี้วัด สถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) และประเภทการจำหน่าย (Discharge type) ผู้ประกันตน ออกจากสถานพยาบาล ในอัตราไม่เกินหกสิบบาท ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามข้อ (ก) และ (ข) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยแบ่งจ่ายเป็นรายงวดภายในสิบห้าวันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

ข้อ ๙ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน กรณีผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Related Weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยให้แบ่งจ่ายเป็นรายงวดภายในสิบห้าวันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

สถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่น ต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ผ่านไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสองเดือนถัดจากเดือนที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน เพื่อให้สำนักงานนำมาใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม เมื่อจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ครบทุกรายการแล้วหากมีค่าบริการทางการแพทย์คงเหลือจำนวนเท่าใด ให้เป็นดุลพินิจของสำนักงานในการพิจารณาคำนวณจ่ายเพิ่มเติมหรือลดลงให้แก่สถานพยาบาล ภายในวงเงินที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข้อ ๑๐ ให้สำนักงานจ่ายค่ายาตามที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (๒) และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์

ข้อ ๑๑ ในกรณีสำนักงานได้จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามข้อ ๙ ไปแล้ว ต่อมาในภายหลังจากการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน และการคำนวณที่ถูกต้องพบว่าสำนักงานได้จ่ายเงินเกินกว่าจำนวนเงินซึ่งสถานพยาบาลพึงจะได้รับจริง ให้เลขาธิการหรือผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมายเป็นผู้พิจารณาปรับปรุงหักลบจำนวนเงินที่ขาดหรือเกินในเดือนถัดจากเดือนที่มี

การคิดคำนวณที่ถูกต้อง หรือดำเนินการเรียกเงินคืนจากสถานพยาบาล หรือจากค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับจากสำนักงาน

กรณีพบว่าสำนักงานต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม ให้จ่ายเงินแก่สถานพยาบาล ภายในสามสิบวัน นับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

ข้อ ๑๒ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีที่สถานพยาบาลได้ให้บริการทางการแพทย์ แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) ที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลเฉพาะค่ารักษาพยาบาล ส่วนที่เกินกว่าหนึ่งล้านบาท และเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการที่ได้ปฏิบัติตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่ได้ปฏิบัติตามอัตราดังกล่าวเมื่อนำมาหักด้วยค่าบริการทางการแพทย์ทุกประเภท ที่สำนักงานจ่ายให้แก่สถานพยาบาลครบทุกรายการแล้ว ปรากฏว่ามีค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาล ต้องรับภาระเกินกว่าสองแสนห้าหมื่นบาทขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) โดยให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับ สถานพยาบาลในอัตราร้อยละแปดสิบ ของค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะส่วนที่เกินหนึ่งล้านบาท ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้มีอำนาจให้ความเห็นชอบ ในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule : ORS) และให้จ่ายเงินแก่สถานพยาบาลภายในสิบห้าวัน นับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

ข้อ ๑๓ ในกรณีที่คณะกรรมการการแพทย์ออกประกาศแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามข้อ ๖ ข้อ ๗ ข้อ ๘ ข้อ ๙ ข้อ ๑๐ หรือข้อ ๑๒ แล้วแต่กรณี ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนหรือจ่ายเงินค่ายา ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่มีการแก้ไขปรับปรุงดังกล่าวแล้ว

ข้อ ๑๔ ให้สำนักงานดำเนินการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นอยู่ก่อนวันที่ระเบียบฉบับนี้ ใช้บังคับจนครบตามจำนวนที่สำนักงานต้องจ่ายให้แก่สถานพยาบาล

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑

สุรเดช วลีอิทธิกุล

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม