ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
การเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการทำหัตถการที่กำหนด เข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาการรอคอย ลดภาวะแทรกซ้อน ไม่ให้อาการของโรคมีความรุนแรง และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ประกันตนให้ดีขึ้น ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดที่ ๑๔) ในการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๘

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

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานประกันสังคม

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๓ ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยใน ด้วยการทำหัตถการ ดังนี้

(๑) หัตถการโรคหลอดเลือดสมอง

(๒) หัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด

การทำหัตถการตาม (๑) และ (๒) จ่ายโดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ในอัตราหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW)

การทำหัตถการ (๒) จ่ายตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของการรักษา (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ประกันตนขณะที่ทำการรักษาหรือยังอยู่ในช่วงพักรักษาตัวในสถานพยาบาล

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้

ข้อ ๔ ในกรณีสถานพยาบาลได้รับค่าบริการทางการแพทย์จากการทำหัตถการตามประกาศฉบับนี้ สถานพยาบาลไม่สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์จากการทำหัตถการตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติมได้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์และอัตราท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์
ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม

---

๑. กรณีสถานพยาบาลที่ทำความตกลงให้บริการทางการแพทย์ ด้วยการทำหัตถการโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งกรณีที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาเอง หรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ดำเนินการ ดังนี้

ก. ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ในอัตรา ๑๕,๐๐๐ บาท/AdjRW สำหรับอัตราค่าอวัยวะเทียมและค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคสามารถเบิกได้ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องให้การรักษาผู้ประกันตนที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือสถานพยาบาลอื่นและแพทย์ประเมินว่ามีความจำเป็นต้องทำการรักษาด้วยการทำหัตถการที่กำหนด ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงชี้แจงหลักเกณฑ์และเงื่อนไขให้ผู้ประกันตนทราบและลงลายมือชื่อรับทราบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขนั้นด้วย

ค. สถานพยาบาลที่ทำความตกลง ต้องให้การรักษาเป็นไปตามมาตรฐานการรักษาแต่ละโรคตามที่ราชวิทยาลัยกำหนด โดยกำหนดเงื่อนไขระยะเวลาการทำหัตถการโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการทำหัตถการภายใน ๖ ชั่วโมง นับตั้งแต่ผู้ประกันตนมาถึงสถานพยาบาลที่ทำความตกลงจนได้รับการทำหัตถการ

ง. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องให้การดูแลรักษาครอบคลุมกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ประกันตนในระหว่างการทำหัตถการเป็นเวลา ๓๐ วัน หลังการทำหัตถการ

จ. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องมีการติดตามผลหลังการรักษา (follow up) จากการทำหัตถการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม โดยกำหนดการติดตามผล ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงในระยะเวลา ๓๐ วัน ๓ เดือน ๖ เดือน และ ๑ ปี หลังวันที่ทำหัตถการ

ฉ.ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงรายงานข้อมูลการให้บริการตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด และไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือผู้ประกันตน

ช. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาตัวต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น กระบวนการรักษาที่นอกเหนือจากการทำหัตถการ ให้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ หากผู้ประกันตนปฏิเสธเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการทำหัตถการทั้งหมด ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนไปรักษาที่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือสถานพยาบาลอื่น

ซ. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องมีการติดตามประเมินผลลัพธ์การให้บริการทางการแพทย์และรายงานผลตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด ดังนี้

(๑) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit cost) ในแต่ละหัตถการ

(๒) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

(๒.๑) ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละรายที่มาเข้ารับบริการ ทั้งนี้ ให้รายงานเป็นข้อมูลรายบุคคล

(๒.๒) อัตราการเสียชีวิตจากการทำหัตถการ (Mortality Rate) ในแต่ละหัตถการ

(๒.๓) รายงานภาวะแทรกซ้อน (Complication Rate) ในแต่ละหัตถการ

(๒.๔) ระยะเวลารอคอยการทำหัตถการนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับการวินิจฉัย (Diagnosis) จนถึงเวลาที่ได้รับการทำหัตถการ (procedure)

(๒.๕) การติดตามผู้ประกันตนหลังจำหน่ายกลับบ้านว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

ทั้งนี้ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องจัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ประกันตนทุกรายที่เข้ารับบริการ

๒. กรณีสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการทางการแพทย์ ด้วยการทำหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งกรณีที่ผู้ประกันตนไปเข้ารับการรักษาเอง หรือกรณีที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ดำเนินการดังนี้

ก. ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการทำหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแผนการรักษาแบบเหมาจ่ายรายครั้งของการรักษา (Package) ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ประกันตนขณะที่ทำการรักษาหรือยังอยู่ในช่วงพักรักษาตัวในสถานพยาบาลด้วย โดยอัตราค่าบริการทางการแพทย์ในแต่ละแผนการรักษามีอัตราค่าบริการเหมาจ่ายต่อครั้ง 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 ๙๘,๐๐๐ บาท

(๒.๒) แบบ Emergency ในรายที่มีภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วน และหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย เหมาจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

(๒.๓) แบบ Complex ในรายที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงในการทำหัตถการและหรือมีการล้างไต (Acute Hemodialysis) ร่วมด้วย เหมาจ่ายในอัตรา ๑๗๐,๐๐๐ บาท

(๓) การศึกษาสรีระวิทยาไฟฟ้าหัวใจและการจี้ไฟฟ้าหัวใจ EPS with RFCA เหมาจ่ายในอัตรา ๙๕,๐๐๐ บาท

(๔) การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยเทคโนโลยีที่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ไฟฟ้าในการสร้างภาพ ๓ มิติ (EPS with Carto) เหมาจ่ายในอัตรา ๙๕,๐๐๐ บาท

(๕) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (Permanent Pace Maker) เหมาจ่ายในอัตรา ๘๐,๐๐๐ บาท

(๖) การใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD) เหมาจ่ายในอัตรา ๓๙,๐๐๐ บาท

(๗) การใส่เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน CRTP หรือ CRTD เหมาจ่ายในอัตรา ๓๙,๐๐๐ บาท

ข. อัตราค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์สามารถเบิกได้ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ค. ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการทางการแพทย์ ด้วยการทำหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงาน เป็นผู้ยื่นเบิกเพื่อขอรับค่าบริการทางการแพทย์และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดจากสำนักงาน โดยให้สถานพยาบาลรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด และไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินจากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์หรือผู้ประกันตน

ง. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการทางการแพทย์ ด้วยการทำหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงาน ต้องดูแลผู้ประกันตนตามแผนการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา และหากผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องรักษาตัวต่อเนื่องภายหลังจากสิ้นสุดแผนการรักษาครั้งนั้น กระบวนการรักษาที่นอกเหนือจากการทำหัตถการให้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ หากผู้ประกันตนปฏิเสธเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิ ให้ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการทำหัตถการทั้งหมด ทั้งนี้ ให้สถานพยาบาลที่ทำความตกลงเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ประกันตนไปรักษาที่สถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดสิทธิหรือสถานพยาบาลอื่น

จ. สถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการทางการแพทย์ ด้วยการทำหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือดกับสำนักงานจะต้องมีการติดตามประเมินผลลัพธ์การให้บริการทางการแพทย์และรายงานผล ตามแนวทางที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ดังนี้

(๑) การคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit Cost) ในแต่ละหัตถการ

(๒) รายงานข้อมูลผู้ประกันตนและตัวชี้วัดด้านต่างๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

(๒.๑) ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ประกันตนแต่ละรายที่มาเข้ารับบริการ ทั้งนี้ ให้รายงานเป็นข้อมูลรายบุคคล

(๒.๒) อัตราการเสียชีวิตจากการทำหัตถการ (Mortality Rate) ในแต่ละหัตถการ

(๒.๓) รายงานภาวะแทรกซ้อน (Complication rate) ในแต่ละหัตถการ

(๒.๔) ระยะเวลารอคอยการทำหัตถการ (Door to the Balloon time) ในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)

(๒.๕) การติดตามผู้ประกันตนหลังจำหน่ายกลับบ้าน ว่าสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

ทั้งนี้ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงต้องจัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ประกันตนทุกรายที่เข้ารับบริการ

๓. ผู้ประกันตนต้องเข้ารับการทำหัตถการกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงในระหว่างที่ประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ และสถานพยาบาลต้องทำการรักษาจนสิ้นสุดการรักษา

๔. สำนักงานสามารถยกเลิกการทำความตกลงกับสถานพยาบาลที่ทำความตกลงการให้บริการด้วยการทำหัตถการ หากพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ได้ทำความตกลงกันไว้หรือคุณภาพการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสม