



# GUIDELINE

## กองทุนหลักและย่อย

ดร.นพ.ชุมพล นุชผ่อง

รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

# หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการค่ารักษาพยาบาลกองทุนประกันสังคม

1. กรณีอายุ 15-80 ปีขึ้นไป 14 รายการ  
(ตามเอกสารแนบ 1)
2. กรณี ทัศนกรรม (ถอดฟัน อุดฟัน ชูดหินปูน และผ่าฟันคุด)  
จ่ายจริงในอัตราไม่เกิน 900 บาท/ปี
3. กรณี วัคซีนไขหวัดใหญ่ สำหรับอายุ 50 ปีขึ้นไป
  - ชนิด 3 สายพันธุ์ ครั้งละ 250 บาท
  - ชนิด 4 สายพันธุ์ ครั้งละ 450 บาท
4. กรณี คลอดบุตร จ่ายในอัตราไม่เกิน 15,000 บาท/คลอด 1 ครั้ง ให้รวมถึง (ตามเอกสารแนบ ๒)
  - ค่าตรวจและรับฝากครรภ์ (ตามเอกสารแนบ ๓)
  - ค่าบำบัดทางการแพทย์
  - ค่ายาและเวชภัณฑ์
  - ค่าทำคลอด
  - ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในรพ.
  - ค่าบริบาลและค่ารักษาพยาบาลทารกแรกเกิด
  - ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
  - ค่าบริการอื่นที่จำเป็น



หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการตามพระราชบัญญัติประกันสังคม  
เรื่อง หลักเกณฑ์ และอัตราค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประโยชน์ทดแทน  
ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒  
ตารางการตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม  
สำหรับประชาชน อายุ ๑๕ - ๘๐ ปีขึ้นไป สำหรับผู้ประกันตน

รายการ	อายุ	ความถี่	อัตราค่าบริการ (บาท/ครั้ง)
<b>การตรวจร่างกายตามระบบ</b>			
๑. การคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test	๑๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	สถานพยาบาลต้อง จัดให้บริการ ทุกรายการโดย ไม่คิดค่าใช้จ่าย
๒. การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากร สาธารณสุข	๓๐ - ๓๙ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	
	๔๐ - ๕๔ ปี	ตรวจทุกปี	
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสมหรือมีความเสี่ยง	
๓. การตรวจตาโดยความตุงแสงของจักษุแพทย์	๔๐ - ๕๔ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง	
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจทุก ๑ - ๒ ปี	
๔. การตรวจสายตาค้วย Snellen eye Chart	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	
<b>การตรวจทางห้องปฏิบัติการ</b>			
๑. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	๑๘ - ๕๔ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง	๘๐
	๕๕ - ๗๐ ปี	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๘๐
๒. ปัสสาวะ UA	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๕๐
<b>การตรวจสารเคมีในเลือด</b>			
๑. น้ำตาลในเลือด FBS	๓๕ - ๕๔ ปี	ตรวจทุก ๓ ปี	๔๐
	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๔๐
๒. การทำงานของไต Cr	๕๕ ปีขึ้นไป	ตรวจ ๑ ครั้ง/ปี	๔๕
๓. ไขมันในเส้นเลือดชนิด Total & HDL cholesterol	๒๐ ปีขึ้นไป	ตรวจทุก ๕ ปี	๒๐๐
<b>การตรวจอื่นๆ</b>			
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



๕. ค่าบริการทางการแพทย์ทุกประเภทที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้กับสถานพยาบาล หมายถึง ค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากกรณีเหมาจ่ายและกรณีภาระเสี่ยง ที่สำนักงานประกันสังคมมีการจ่ายเพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิของผู้ประกันตน ซึ่งประกอบด้วย

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

๒) ค่าบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

๓) ค่ายาบัญชี จ(๒)

๔) ค่ายาต้านไวรัสเอชไอวี

๕) ค่ารักษาโรคมะเร็งตามรายการการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง

๖) ค่ารักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์

๗) ค่าบำบัดทดแทนไตตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๗.๑) ค่าบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

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

๘) ค่าผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

๙) ค่าปลูกถ่ายอวัยวะ

๑๐) ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่มีในบัญชีตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม

๑๑) ค่ารักษาโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธี Balloon Embolization

๑๒) ค่ารักษาโรคสมองด้วยวิธี Stereotactic Radiosurgery

๑๓) ค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรค Cryptoccal Meningitis

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

## กองทุนประกันสังคม

โครงสร้างการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ปี 2554

1. เหมากจ่าย (ผู้ป่วยนอก+ผู้ป่วยใน) 1,404 บาท/คน/ปี
2. ภาระเสียง 469 บาท/คน/ปี จัดสรรให้สถานพยาบาลที่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง
3. จ่ายเพิ่ม 77 บาท/คน/ปี สำหรับสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ HA
4. จ่ายตามอัตราการใช้บริการ 100 บาท/คน/ปี
5. จ่ายกรณีการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางเพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาล ตามรายการและอัตราที่กำหนด เช่น การผ่าตัดสมอง การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใช้บอลลูน การให้เคมีบำบัด/รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค เช่น เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ เป็นต้น
6. ค่ายาต้านไวรัสเอดส์และค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ประกันตนติดเชื้อ HIV และเป็นโรคเอดส์
7. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตราย/เจ็บป่วยฉุกเฉิน
8. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก
9. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา
10. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีปลูกถ่ายไต
11. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
12. ค่าบริการทางการแพทย์กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร
13. ค่ายา Erythropoietin สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

3. ค่าบริการทางการแพทย์โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง (Additional payment) เช่น

3.1 กรณีไตวายเฉียบพลันรักษาไม่เกิน 60 วัน

- ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ไม่เกินครั้งละ 3,000 บาท
- ค่าล้างไตทางช่องท้องไม่เกินวันละ 500 บาท

3.2 การให้เคมีบำบัด/รังสีรักษาไม่เกิน 50,000บาทต่อรายต่อปี

3.3 การผ่าตัดสมองและการรักษาโรคทางสมอง ตั้งแต่ 15,000 - 50,000 บาทต่อราย

3.4 การผ่าตัดหัวใจ ตั้งแต่ 100,000 - 300,000 บาท รวมอุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AICD)

3.5 การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์



สำนักงานประกันสังคม

สิทธิประโยชน์	กองทุนประกันสังคม
9. การให้ยาด้านไวรัสเอดส์	1. ให้สิทธิกับผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2. สำนักงานประกันสังคมจัดหายาด้านไวรัสสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยาให้กับโรงพยาบาลเพื่อใช้กับผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียน ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมควบคุมโรค ได้มีการประชุมหารือร่วมกันเพื่อให้การบริหารจัดการยาด้านไวรัสเอดส์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 3. ยาบางชนิดที่ไม่ได้จัดไว้ แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้โรงพยาบาลต้องจัดให้ (กรณีมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์)
10. การปลูกถ่ายอวัยวะ	ได้รับสิทธิการปลูกถ่ายอวัยวะ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การปลูกถ่ายไตเพื่อการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย</li> <li>- การปลูกถ่ายไขกระดูกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งตามที่กำหนดไว้</li> <li>- การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา</li> </ul>
11. การบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนเป็นผู้ประกันตน : เบิกได้ครั้งละไม่เกิน 1,500 บาท/ครั้งและไม่เกิน 4,500 บาท/สัปดาห์</li> <li>- เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนเป็นผู้ประกันตน : เบิกได้ครั้งละไม่เกิน 1,000 บาท/ครั้ง และไม่เกิน 3,000 บาท/สัปดาห์</li> </ul>



สิทธิประโยชน์	กองทุนประกันสังคม	
	2. การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร 3. การปลูกถ่ายไต 4. ค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไต	เดือนละ 30,000 บาท เดือนละ 20,000 บาท เดือนละ 15,000 บาท เดือนละ 10,000 บาท

## 18. หันตกรรม

ผู้ประกันตนอย่าลืมมาใช้สิทธิ์  
“ทำฟัน” ไม่ต้องสำรองจ่าย

ใกล้  
สิ้นปี62  
แล้ว!!

MSDC  
Ministry of Social Development and Human Resources

ถอนฟัน อุดฟัน ซักฟันปูน ขูดหินปูน

ผู้ประกันตนใช้สิทธิ์ฟรีถึงวันที่  
31 ธันวาคม 2562 เท่านั้น

**900** บาท/ปี

ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้ในสถานพยาบาลหรือคลินิกทันตกรรม  
ตามความสะดวก

1. บริการถอนฟัน อุดฟัน ซักหินปูน และฟันเทียม
  - เบิกได้ 300 บาท/ครั้งไม่เกิน 600 บาท/ปี
  - ฟันเทียม 1-5 ซี่ เบิกได้ 1,200 บาท  
มากกว่า 5 ซี่ เบิกได้ 1,400 บาท
2. รากฟันเทียมซี่ละ 16,000บาทไม่เกินรายละเอียด 2 ซี่  
(เฉพาะผู้ลงทะเบียนภายในวันที่ 1 เมษายน 2554 )



กรณี OP

1. กรณี โรคที่มีภาวะเสี่ยง (26 กลุ่มโรค)

จ่ายเพิ่มให้สถานพยาบาลคู่สัญญา 453/คน/ปี

(เอกสารแนบท้าย 4)

2. กรณี ODS (๒๔ กลุ่มโรค) ในคำนวณ RWoD ในระบบDRGs โดยใช้อัตรา ๑ AdjRW เท่ากับ ๙,๖๐๐ บาท (เอกสารแนบท้าย ๕)



1. ค่าบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมให้แก่สถานพยาบาลคู่สัญญา  
กรณีเหมาะสม ให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียน อัตรา 1,640 บาท/คน/ปี  
กรณีผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (AdjRW มากกว่าหรือเท่ากับ 2) อัตรา 746 บาท/คน/ปี  
กรณีผู้ป่วยนอก ที่สถานพยาบาลต้องมีภาระการรักษาผู้ประกันตนป่วยด้วยโรคเรื้อรังอัตรา 453 บาท/คน/ปี  
รวมจ่ายให้สถานพยาบาลคู่สัญญา อัตรา 2,839 บาท/คน/ปี ส่วนที่เหลือเป็นค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือ  
เหมาะสม เช่น กรณี อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค ค่ายานอกบัญชียาหลัก จ2  
ค่ายาต้านไวรัส ค่ายามะเร็ง ทันตกรรม กรณีส่งเสริมสุขภาพ/และป้องกันโรค กรณีค่ารักษาพยาบาลเกิน 1 ล้านบาท  
ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับคนพิการที่เป็นผู้ประกันตน (1,๑๒๐ บาท)  
\*\*อัตราค่าบริการทางการแพทย์ผู้ประกันทั้งสิ้น ๓,๙๕๙ บาท/คน/ปี

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) โรคเรื้อนกวาง (Psoriasis)
- (๒๓) โรคผิวหนังพุพองเรื้อรัง (Chronic vesiculobullous disease)
- (๒๔) โรคเลือดไอทีพี (ITP)
- (๒๕) โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis)
- (๒๖) โรคจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ ๑๐ (ICD ๑๐) รหัส F ๒๐-F ๒๙

๒. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในจะคำนวณภาระการรักษาผู้ป่วยในทุกสาย โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight : AdjRW) น้อยกว่า ๒

กรณี IP



1. กรณี การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง AdjRW $\geq$ 2 อัตรา 746 บาท/คน/ปี ในอัตราไม่เกิน 15,000 บาท

2. กรณี โรคที่มีภาวะเสี่ยง (26 กลุ่มโรค) คำนวณตาม DRGs ที่มี AdjRW < ๒

3. กรณี รักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด(เหมาจ่ายรายครั้งการรักษา: Package) ในอัตรา 39,๐๐๐ บาท (๗ หัตถการ ให้มีผลเป็นระยะ ๑ ปี)

# กรณี อุกเหิน

## กรณี รพ.ของรัฐ

### กรณี OP

จ่ายเท่าที่  
จ่ายจริง <  
72 ชั่วโมง

### กรณี IP

1. ค่าบริการทางการแพทย์ จ่ายเท่าที่จ่ายจริง < 72 ชั่วโมง
2. ค่าห้องและอาหาร จ่ายเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 700/วัน ภายใน < 72 ชั่วโมง

## กรณี รพ.ของเอกชน

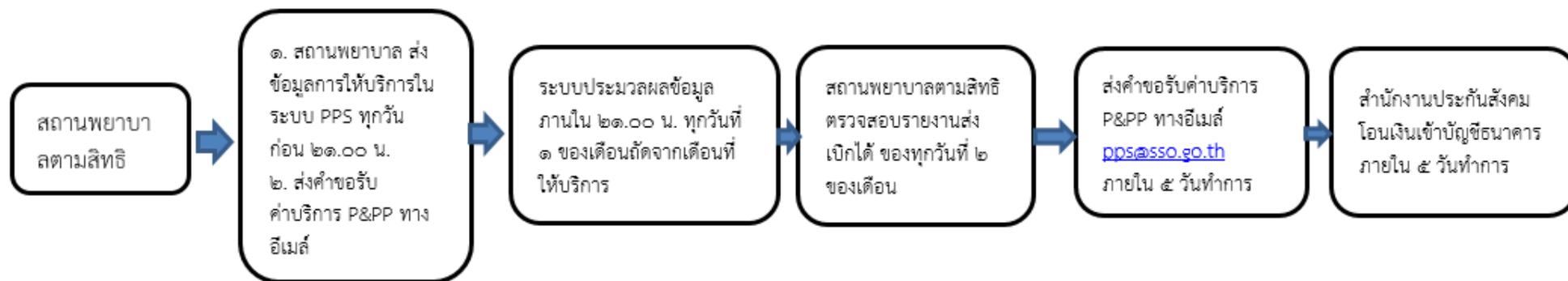
### กรณี OP

- จ่ายเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 1,000บาท
- กรณีเกิน 1,000 บาท ให้จ่ายค่าบริการเพิ่มเติม กรณีที่ได้รับการตรวจรักษาตาม

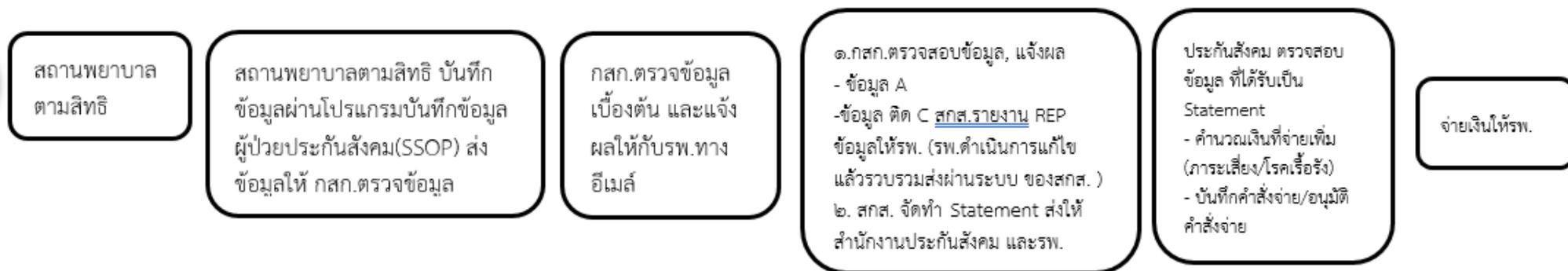
### กรณี OP

- จ่ายเท่าที่จ่ายจริง < 72 ชั่วโมง (ตามเอกสารแนบ)

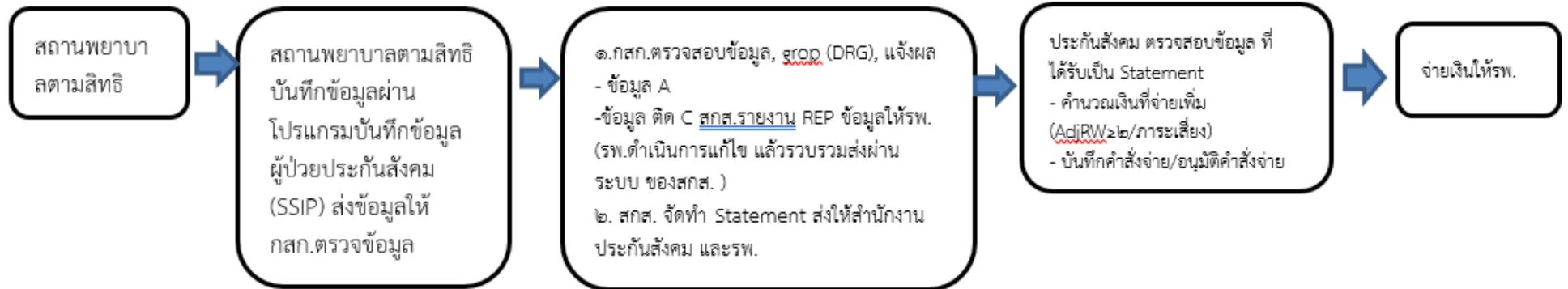
## กรณี PP



## กรณี OP



# กรณี IP



## ขั้นตอนสำคัญระบบบริการผู้ป่วยใน

