ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓

เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามมติของคณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม

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

ข้อ ๑ ให้ยกเลิก

๑.๑ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕

๑.๒ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๕๖

๑.๓ หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามข้อ ๕/๑ ที่แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๖

ข้อ ๒ ให้เพิ่มความต่อไปนี้แทนข้อ (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖

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

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตราตามวรรคหนึ่งในอัตราสี่ร้อยสามสิบสองบาท สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศฉบับนี้

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากวรรคหนึ่งและวรรคสองให้แก่สถานพยาบาลตามอัตราที่กำหนดต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ดังนี้

(ก) สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation - HA) หรือที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน JCI (JointCommission International) อย่างหนึ่งอย่างใด ในอัตราแปดสิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน

(ข) สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลตามบันไดขั้นที่ ๒ สู่ HA ในอัตราสี่สิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตาม (ก) และ (ข) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศนี้

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

"หมวด ๑/๑

การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนกรณีรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ข้อ ๕/๑ กรณีสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดตามข้อ ๓ หรือสถานพยาบาลอื่นได้ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ทั้งนี้ ภายใต้กรอบวงเงินที่คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนแต่ละปีในอัตราห้าร้อยหกสิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี 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 ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล สำหรับสถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 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) โรคไตวายเรื้องรัง(Chronic renal failure)

(๑๐) โรคพาร์กินสัน(Parkinson's disease)

(๑๑) โรคมายแอสทีเนีย เกรวิส(Myasthenia gravis)

(๑๒) โรคเบาจืด (Diabetes insipidus)

(๑๓) โรคมัลติเพิลสเคลอโรลิส(Multiple sclerosis)

(๑๔) โรคไขมันในเลือดสูง(Dyslipidemia)

(๑๕) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis)

(๑๖) โรคต้อหิน(Glaucoma)

(๑๗) โรคไต เนฟโฟรติค(Nephrotic syndrome)

(๑๘) โรคลูปัส(SLE)

(๑๙) โรคเลือดอะพลาสติก(Aplastic anemia)

(๒๐) โรคทาลาสซีเมีย(Thalassemia)

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

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข ตามวรรคสาม ใน (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

---

๑. สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation - HA) หรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลตามบันไดขั้นที่ ๒ สู่ HA จะต้องได้รับการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) จะได้รับค่าบริการทางการแพทย์ในอัตราที่กำหนดในประกาศฉบับนี้ตามรายชื่อผู้ประกันตนที่มีชื่อในทะเบียนที่สำนักงานกำหนดไว้ให้แก่สถานพยาบาลตลอดระยะเวลาที่สถานพยาบาลดังกล่าวมีหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

๒. ในกรณีที่อายุการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล หรือการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน JCI สิ้นสุดลง สถานพยาบาลจะต้องมีเอกสารรับรองว่าเป็นสถานพยาบาลที่อยู่ระหว่างการต่ออายุการรับรอง

๓. สถานพยาบาลใดได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลหรือการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน 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 โดยสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ จะต้องไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน ยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่น ๆ ที่อยู่นอกเหนือสิทธิประกันสังคม

๒. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ จะต้องส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนด

๓. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ หรือผู้ประกันตน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (AdjRW≥๒) ในอัตราไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท ต่อ ๑ น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) โดยพิจารณาคำนวณตามข้อมูลที่หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดประมวลผลแล้ว

๔. กรณีผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ แล้ว สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ ไม่สามารถให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนได้ และ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ ได้ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ จะต้องกำหนดให้สถานพยาบาลที่ให้การรักษาจัดส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด ในกรณีที่สถานพยาบาลที่ให้การรักษาไม่ส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่สิ้นสุดการรักษาให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ เป็นผู้ส่งข้อมูลแทน และหากกรณีที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW≥ ๒) สำนักงานจะจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ ตามอัตราที่กำหนดไว้ในข้อ ๓ โดยสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดให้แก่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

๕. กรณีผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ แล้วต่อมา ผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ยังสถานพยาบาลอื่น หรือ กรณีสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ ส่งผู้ประกันตนไปรับการรักษาต่อ ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่ผู้ประกันตนประสงค์ไปรับบริการในสถานพยาบาลอื่น ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๕.๑ ถ้าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (Adjusted Relative weight : AdjRW≥๒) สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในอัตรา ๑ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : (AdjRW) ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท และเมื่อสำนักงานพิจารณาแล้ว

(๑) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ ให้การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินเอง

(๒) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม หรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

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

(๑) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ ให้การรักษาพยาบาลหรือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดถูกต้องเหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์เองทั้งหมด

(๒) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ ให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม หรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ฯ ต้องรับผิดชอบค่าบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนทั้งหมด

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

๘. หากสำนักงานหรือผู้ที่สำนักงานมอบหมายได้ตรวจสอบข้อมูลการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลแล้วพบว่าข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ส่งให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดไม่ถูกต้อง ทำให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เกินกว่าข้อเท็จจริงที่ปรากฏ สำนักงานจะเรียกเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้จ่ายไปคืนหรือหักจากค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานจะจ่ายให้สถานพยาบาลในครั้งต่อไปคืน พร้อมทั้งดำเนินการตามกฎหมายและสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ต่อไป