

■ บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ

บริการปี 2566 และ 2567

บริการผู้ป่วยในโดยหน่วยบริการประจำ และ บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในภายในเขต	บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในข้ามเขต
<ul style="list-style-type: none"> ■ ได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ <u>DRGs with Global Budget</u> ■ จ่ายชดเชยเบื้องต้นใน <u>อัตรา 8,350 บาท/AdjRW</u> ■ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ■ หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 	<p>หน่วยบริการทุกสังกัด (ไม่ปรับลดค่าแรง) <u>อัตราจ่าย 9,600 บาท/AdjRW</u></p> <p>ยกเว้นกรณีการให้บริการสิทธิย่อยทหารกองประจำการ สังกัด กรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ไม่มี อัตราจ่ายข้ามเขต โดยให้ถือเสมือนว่าเป็นการให้บริการ ภายในเขตทุกราย</p>

■ บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อนำนิ่วออกจากระบบทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว

บริการปี 2566 และ 2567

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแก่ผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ่ว
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	<p>- หน่วยบริการภาครัฐ เหมาจ่ายครั้งละ 6,500 บาท ต่อครั้งจ่ายไม่เกินข้างละ 4 ครั้งต่อไต 1 ข้างต่อคนต่อปี</p> <p>- หน่วยบริการภาคเอกชน เหมาจ่าย 16,000 บาท ต่อการสลายนิ่วในไตหนึ่งข้างต่อคนต่อปี โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (Episode) หน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการสลายนิ่วสำเร็จเท่านั้น กรณีสลายนิ่วไม่สำเร็จต้องมีการให้บริการมากกว่า ๓ ครั้ง และมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา</p> <p>**กรณีการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery) หรือผ่าตัดด้วยกล้อง (PCNL) รวมทั้งการรักษาด้วยวิธีส่องกล้อง คำนวณจ่ายด้วยระบบ DRGs ตามค่า Adj.RW เช่นเดียวกับกรณี IP Normal***</p>
โปรแกรม	e-Claim

■ บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)

บริการปี 2566 และ 2567	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการส่งต่อกรณีผู้ป่วยใน ไปยังหน่วยบริการที่เข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมสิทธิว่าง(PUC) และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ
หน่วยบริการ	สถานพยาบาลของเอกชน หรือสถานบริการอื่น ที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์และมีการทำสัญญาให้บริการร่วมกันกับสำนักงานเขตแต่ละเขตตามเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนด
อัตราจ่าย	1.ตามระบบ DRGs ไม่เกิน 15,000 บาท/Adj.RW โดยให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับสำนักงานเขตแต่ละเขต ทั้งนี้ ในบริการเดียวกันอัตราต้องไม่แตกต่างกัน 2.จ่ายเพิ่มรายการ Inst. และค่ารถรับส่งต่อ ตามรายการและอัตราที่สำนักงานประกาศกำหนด
โปรแกรม	e-Claim

บริการกรณีเด็กแรกเกิด

บริการปี 2566 และ 2567

กรณี	อัตราจ่าย
1.เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย	จ่ายในอัตรา 9,000 บาท/Adj.RW
2.เด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือ เด็กแรกเกิดที่ป่วย <u>ที่ได้รับ</u> <u>หัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพงตามเงื่อนไข</u>	อัตราจ่าย 12,000 บาท/Adj.RW
3.เด็กแรกเกิดที่นอกเหนือจาก 1 และ 2	จ่ายอัตราภายในเขต โดยจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/Adj.RW
4.กรณีเด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง รักษาด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์(PPHN)	จ่ายในอัตรา 12,000 บาท/Adj.RW
5. บันทึกเบิกในโปรแกรม e-Claim	

หมายเหตุ : 1. เด็กแรกเกิดที่ป่วย หมายถึง กรณีเด็กแรกเกิดที่ป่วยและมีค่า RW มากกว่า 3 ขึ้นไป
2. เด็กแรกเกิดที่ป่วยได้รับหัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพง ตาม DRGs 14 กลุ่ม*

■ บริการกรณีนวัตกรรมยานโยธี

บริการปี 2566 และ 2567

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	บริการ 3 กลุ่มโรค 1. ไล่ตั้งอักเสบ (เริ่ม 1 พ.ค. 2565) 2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (เริ่ม 1 ก.ค. 2565) 3. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI (เริ่ม 1 ก.ค. 2565) - หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเป็นหน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการแบ่งปันทรัพยากรด้านสุขภาพ (Health Resource Sharing) ภายในย่านนวัตกรรมทางการแพทย์โยธี
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ
หน่วยบริการ	- หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยโรคและผ่าตัด เช่น สถาบันประสาทวิทยา รพ.ราชวิถี รพ.รามธิบดี รพ.พระมงกุฎเกล้า เป็นต้น - หน่วยบริการที่รับดูแลหลังผ่าตัด หมายถึง หน่วยบริการที่รับดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนจำหน่าย เช่น โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน สถาบันมะเร็ง เป็นต้น
อัตราจ่าย	หน่วยบริการที่ผ่าตัด/รักษา 1) กรณีผ่าตัดแบบเปิด (Open Appendectomy) ที่ไม่มีโรคร่วม โรคแทรกจ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 9,815 บาท/ครั้ง 2) กรณีผ่าตัดแบบเปิด (Open Appendectomy) ที่มีโรคร่วม โรคแทรกที่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 12,510 บาท/ครั้ง 3) กรณีผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic appendectomy) จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 14,840 บาท/ครั้ง 4) Stoke STEMI โดยการทำให้ Thrombectomy, Primary PCI จ่ายในอัตราบริการในเขต 8,350 บาท/Adj.RW ข้ามเขต 9,600 บาท/AdjRW 5) Stoke STEMI ด้วยการให้ยา Thrombolytics drugs จ่ายในอัตราบริการในเขต 8,350 บาท/Adj.RW ข้ามเขต 9,600 บาท/AdjRW หน่วยบริการที่รับส่งต่อ: จ่ายตาม DRGs อัตรา 9,600บาท/AdjRW
โปรแกรม	e-Claim

กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ

บริการปี 2566 และ 2567

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<p>1. เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้กับบริการที่มีความแตกต่างระหว่าง ค่ารักษาพยาบาลกับค่าใช้จ่ายที่ได้รับมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) Version 5 โดยการกำหนดระดับเริ่มต้นของการจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง เกินปกติ ถูกกำหนดไว้ 2 แบบคือ</p> <p>1) ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบคงที่ (Fixed outlier loss threshold: FOLT) กรณีที่ความสูญเสีย (Loss) มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000,000 บาท</p> <p>2) ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบแปรผัน (Variable outlier loss threshold = VOLT) คำนวณจาก 20 เท่าของจำนวนเงินค่าใช้จ่ายต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว กำหนดไม่เกิน 1,000,000 บาท หรือร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายในส่วนระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) รวมทั้งปี โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยในของปีงบประมาณก่อนหน้า หรือในรอบปีก่อนหน้า</p>
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยใน
อัตราจ่าย	<p>จ่ายเพิ่มเติมจากงบค่าบริการผู้ป่วยใน โดยคำนวณเพื่อจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้</p> <p>1) ค่า Reimburse Ratio ของแต่ละหน่วยบริการคูณกับความสูญเสีย หลังการตรวจสอบ (Loss) ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นของความสูญเสีย โดย Reimburse ratio คือ ค่าที่คำนวณได้จากการเอา base rate ผู้ป่วยในที่จ่ายในปีงบประมาณนั้นหารด้วยค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการ เรียกเก็บต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว</p> <p>2) สูตรคำนวณ = $\text{Reimburse ratio} \times [\text{Loss} - (0.5 \times \text{OLT})]$ กำหนดเพดาน Reimburse Ratio ไว้ไม่เกิน 0.8</p>
โปรแกรม	e-Claim

คำพาหนะรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ

บริการปี 2566 และ 2567

หลักเกณฑ์เงื่อนไข	<ol style="list-style-type: none"> 1. การส่งต่อผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ข้ามจังหวัดหรือกรณีเป็นผู้ป่วยนอก(สิทธิว่าง) 2. ผู้ป่วยมะเร็งกรณีที่มีเหตุสมควร ในการส่งต่อหรือรับกลับผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ โดยครอบคลุมถึงการจัดระบบรับส่ง ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาต่อเนื่องในหน่วยบริการ 3. การรับส่งต่อหรือรับกลับเพื่อมารับการรักษาต่อเนื่อง ในบริการประเภทผู้ป่วยใน ไม่นับรวมการส่งไปตรวจวินิจฉัยหรือทำหัตถการระหว่างการนอนรักษา เป็นผู้ป่วยใน 4. ผู้รับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พ้นภาวะวิกฤติหรือเกินศักยภาพของ สถานบริการอื่น ใช้พาหนะจาก สถานบริการอื่น มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในต่อเนื่องในหน่วยบริการ 5. การใช้เฮลิคอปเตอร์ หน่วยบริการ ต้องประสานงานเพื่อขออนุมัติจาก สพล. โดยเป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่มีภาวะวิกฤติ เร่งด่วนหรือเกินศักยภาพจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น ไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพ ไม่รวมกรณีที่เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติในขณะที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าอาการของผู้ป่วย ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อัตราจ่าย	รถตามระยะทางกรมทางหลวงเริ่มต้น 50 กม.แรก 500 บาท + ระยะทางไปกลับ กิโลเมตรละ 4 บาท เรือตามชนิดของเรือ, เฮลิคอปเตอร์ตามขนาดเครื่องยนต์
โปรแกรม	e-Claim