บริการผู้ป่วยใน



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข
การขอรับค่าใช้จ่ายฯ

บริการกรณีผู้ป่วยในทั่วไป

ประกอบด้วย 14 บริการ ดังนี้

ประเภทบริการ
1. บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ
2. บริการกรณีเด็กแรกเกิด
3. บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (One Day Surgery : ODS)
4. บริการผ่าตัดผ่านกล้อง (Minimally Invasive Surgery : MIS)
5.บริการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)
6. บริการส้ารองเตียง
7. บริการกรณีมาตรา 7 ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่นกรณีเหตุสมควร
8. บริการรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ (Outlier Reimbursement Schedule: ORS)

ประเภทบริการ
9. บริการบาบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) สาหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury : AKI) ในระยะวิกฤต
10. การดูแลแบบประคับประคองสาหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน (Palliative care)
11. บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งล้าไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบ้าบัดส้าหรับที่บ้าน (Home Chemotherapy for CA Colon)
12. บริการฉุกเฉินภาครัฐ
13.บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วเพื่อน้านิ่วออกจากระบบ ทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว (ESWL)
14.บริการผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IP)

ที่มา : ประกาศ สปสช. เรื่อง การดำาเนินงานและการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ ๒๕๖๙ ออกประกาศ พ.ศ.๒๕๖๘

1. บริการผู้ป่วยในที่หน่วยบริการประจำ และการรับส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างหน่วยบริการ

บริการปี 2568 และ ปี 2569	
บริการผู้ป่วยในโดยหน่วยบริการประจำ และ บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในภายในเขต	**บริการรับส่งต่อผู้ป่วยในข้ามเขต**
▪ ได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วย ในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ ระบบ DRGs with Global Budget ▪ จ่ายชดเชยเบื้องต้นในอัตรา 8,350 บาท/AdjRW ▪ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะคำนวณจ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ▪ หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง	หน่วยบริการทุกสังกัด (ไม่ปรับลดค่าแรง) อัตราจ่าย 9,600 บาท/AdjRW ยกเว้นกรณีการให้บริการสิทธิย่อยทหารกองประจำการสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และกรมแพทย์ทหารอากาศ ไม่มีอัตราจ่ายข้ามเขต โดยให้ถือเสมือนว่าเป็นการให้บริการภายในเขตทุกราย

2. บริการกรณีเด็กแรกเกิด

บริการเด็กแรกเกิด	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก้เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมสิทธิว่าง(PUC)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่ให้บริการเด็กแรกเกิด
อัตราจ่าย	1. เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม หรือเด็กแรกเกิดที่ป่วย(RW ≥ 3) จ่ายในอัตรา 9,000 บาท/Adj.RW 2. เด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม และเด็กแรกเกิดที่ป่วย(RW ≥ 3) ที่ได้รับหัตถการเพื่อการรักษาที่จำเป็นและราคาแพงตามเงื่อนไขที่กำหนด อัตราจ่าย 12,000 บาท/Adj.RW 3. เด็กแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง รักษาด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ (PPHN) จ่ายในอัตรา 12,000 บาท/Adj.RW 4. เด็กแรกเกิดปกติ (นอกเหนือจาก 1, 2 และ 3) จ่ายอัตราภายในเขต โดยจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/Adj.RW
โปรแกรม	e-Claim

ประกาศกรณีเด็กแรกเกิด

3. กรณีการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ODS

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการ ODS	
หลักเกณฑ์ เงื่อนไข	เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งกลุ่มโรค รหัสโรค (ICD-10 WHO 2016) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM 2015)
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)
อัตราจ่าย ประกาศบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ	จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) คำนวณอัตราจ่ายตามค่า RW - กรณีในเขตพื้นที่ ตามอัตราภายในเขต 8,350 บาท/RW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง-- กรณีนอกเขตพื้นที่ อัตรา 9,600 บาท/RW โดยไม่ปรับลดค่าแรง - กรณีบริการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง (LC) ที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้ คำนวณอัตราจ่ายตามค่า RW
โปรแกรม	e-Claim

4. กรณีการบริการผ่าตัดผ่านกล้อง MIS

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการ MIS	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	1. เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือหัตถการที่กำหนด และมีการให้บริการผ่าตัดผ่านกล้อง ตามประกาศ 2. กรณีบริการภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ต้องขออนุมัติก่อนให้บริการผ่าตัดภาวะอ้วนที่เป็นโรค หรือโรคอ้วนทุพพลภาพ ตามคุณสมบัติของผู้รับบริการ ข้อบ่งชี้ ในการรักษา ตามประกาศ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (ตามรายชื่อที่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข)
อัตราจ่าย	จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) คำนวณอัตราจ่ายตาม AdjRW ของ TDRGs Version 6.3 และจ่ายจากกองทุนผู้ป่วยในระดับเขตพื้นที่ ดังนี้ 1. กรณีในเขตพื้นที่ อัตรา 8,350 บาท/AdjRW หน่วยบริการของรัฐมีการปรับลดค่าแรง 2. กรณีนอกเขต อัตรา 9,600 บาท/AdjRW โดยไม่ปรับลดค่าแรง ประกาศบริการผ่าตัดผ่านกล้อง
โปรแกรม	e-Claim

5. การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Homeward)

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Homeward	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	การให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการ ตามข้อบ่งชี้ในแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 11 กลุ่มโรคเรื้อรัง ตามที่กำหนด, ผู้ป่วยจิตเวชและการบำบัดยาเสพติดที่บ้าน
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	หน่วยบริการภาครัฐที่สามารถให้บริการผู้ป่วยใน และผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันต้องผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐาน กรมการแพทย์
อัตราจ่าย 	1. จ่ายตาม DRGs (TDRGs Version 6.3) คำนวณอัตราจ่ายตาม AdjRW 2. บริการในเขตและข้ามเขต อัตราจ่ายเบื้องต้น 8,350 บาท/AdjRW ที่ปรับค่าแล้วก่อนมีการปรับลดค่าแรง
โปรแกรม	ส่งข้อมูลเบิก e-Claim และยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการ(Authen)และบันทึกกิจกรรมการดูแลที่บ้านในโปรแกรม AMED

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

6.บริการกรณีสำรองเตียง (ระบบศูนย์ประสานการส่งต่อ)

บริการสำรองเตียง	ประกาศบริการสำรองเตียง
หลักเกณฑ์เงื่อนไข	เป็นการส่งต่อกรณีผู้ป่วยใน ไปยังหน่วยบริการที่เข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมสิทธิว่าง(PUC) และสิทธิผู้ประกันตนคนพิการ (D1)
หน่วยบริการ	สถานพยาบาลของเอกชน หรือสถานบริการอื่น ที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานบริการสำรองเตียง ผ่านการตรวจมาตรฐานตามเกณฑ์ และมีการทำสัญญาให้บริการร่วมกันกับสำนักงานเขตแต่ละเขตตามเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนด
อัตราจ่าย	1.ตามระบบ DRGs ไม่เกิน 15,000 บาท/Adj.RW โดยให้เป็นไปตามอัตราที่มีการเห็นชอบร่วมกันระหว่างสถานบริการอื่นกับสำนักงานเขตแต่ละเขต ทั้งนี้ ในบริการเดียวกันอัตราต้องไม่แตกต่างกัน 2.จ่ายเพิ่มรายการ Inst. และค่ารถรับส่งต่อ ตามรายการและอัตราที่สำนักงานประกาศกำหนด
โปรแกรม	e-Claim

7. บริการกรณีมาตรา 7 ที่เข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น กรณีเหตุสมควร

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2563

ผู้มีสิทธิ → ผู้มีสิทธิลงทะเบียนแล้วเท่านั้น

สถานพยาบาลอื่น → สถานพยาบาลของเอกชน นอกระบบ UC

ประกอบด้วย 3 กรณีดังนี้
1. กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ หรือ กรณี UCEP
2. กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน/ไม่รุนแรง หรือ กรณี Non-UCEP
3. กรณีเหตุสมควร
4. กรณี COVID-19

มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป

Adobe Acrobat Document

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกจ่าย กรณี UCEP

- ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ รวมทั้งคนต่างชาติ/ต่างด้าว ที่มีสิทธิประกันสังคม และข้าราชการ
- โรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด เว้นแต่ที่เป็นหน่วยบริการของ UC
- ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่เข้าเกณฑ์ตามการประเมินของ สพฉ.
- กรณีผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตและมีเตียงรับย้ายแต่ไม่ประสงค์ย้ายกลับเข้าระบบ ให้ผู้ป่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง
- เงินชดเชยทั้งหมด ต้องหักค่าใช้จ่ายจาก พรบ. และประกันชีวิต (ถ้ามี) ก่อน

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกจ่าย กรณี UCEP

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณี 72 ชั่วโมงแรก

- จ่ายระบบ **Fee Schedule** ตามรายการที่กำหนดในประกาศแนบท้ายฯ
- กรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตาม**กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ** หรือตาม**กฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต** ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน
- ห้าม**เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วย** เว้นแต่ **พ้นวิกฤติ มีเตียงรับย้าย แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ** ไม่ไปตามสิทธิ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกจ่าย กรณี UCEP

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีหลัง 72 ชั่วโมง

- ให้เป็นไปตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาล หรือตามข้อตกลง ระหว่างสถานพยาบาลกับกองทุนของผู้มีสิทธิ หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วย

8. กรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

National Health Security Office – NHSO – www.nhso.go.th

บริการปี 2568 และ 2569	
หลักเกณฑ์เงื่อนไข ประกาศกรณีบริการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายส	1. เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้กับบริการที่มีความแตกต่างระหว่าง ค่ารักษาพยาบาลกับค่าใช้จ่ายที่ได้รับมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRGs) Version 5 โดยการกำหนดระดับเริ่มต้นของการจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูง เกินปกติถูกกำหนดไว้ 2 แบบคือ 1) ระดับเริ่มต้นของความสูญเสียแบบคงที่ (Fixed outlier loss threshold: FOLT) กรณีที่ความสูญเสีย (Loss) มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000,000 บาท 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
ผู้มีสิทธิ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยใน
อัตราจ่าย	จ่ายเพิ่มเติมจากงบค่าบริการผู้ป่วยใน โดยคำนวณเพื่อจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้ 1) ค่า Reimburse Ratio ของแต่ละหน่วยบริการคูณกับความสูญเสีย หลังการตรวจสอบ (Loss) ในส่วนที่เกินกว่ากึ่งหนึ่งของระดับเริ่มต้นของความสูญเสีย โดย Reimburse ratio คือ ค่าที่คำนวณได้จากการเอา base rate ผู้ป่วยในที่จ่ายในปีงบประมาณนั้นหารด้วยค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการ เรียกเก็บต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว 2) สูตรคำนวณ = Reimburse ratio x [Loss – (0.5xOLT)] กำหนดเพดาน Reimburse Ratio ไว้ไม่เกิน 0.8
โปรแกรม	e-Claim

