

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อให้ผู้ป่วยในที่บ้านได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและครอบคลุมกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการที่จำเป็นมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๒๐.๑๐.๘ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน” หมายความว่า การให้บริการสาธารณสุขกรณีผู้ป่วยในของหน่วยบริการ ณ สถานที่พำนักของผู้รับบริการนอกหน่วยบริการ โดยมีมาตรฐานการดูแลตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) หน่วยบริการที่ให้บริการต้องเป็นหน่วยบริการภาครัฐที่สามารถให้บริการผู้ป่วยในและผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดใส่ดัดอวัยวะเทียมต้องผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

(๒) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการ ตามข้อบ่งชี้ในแนวทางและมาตรฐานการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและมีรหัสโรค (ICD-10) ๑๐ กลุ่มโรค หรือกลุ่มอาการ ทั้งในโรคหลักและโรคร่วม

ข้อ ๗ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามข้อ ๖ จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs) คำนวณอัตราจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในในแต่ละเดือน โดยจะได้รับค่าชดเชยเบื้องต้นด้วยอัตรา ๘,๓๕๐ บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วก่อนมีการปรับลดค่าแรง กรณีวงเงินสำหรับการจ่ายค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอจะลดลงตามส่วน

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๘ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ให้บริการบันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย หรือส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานผ่านระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) มายังสำนักงาน หรือเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบข้อมูลของหน่วยบริการกับสำนักงาน หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๙ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๘ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ การให้บริการตามประกาศนี้ หน่วยบริการต้องจัดให้มีการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการเพื่อยืนยันการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการ โดยดำเนินการในวันที่เริ่มให้การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะนับวันนอนแบบต่อเนื่องกัน ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยใน ณ หน่วยบริการ และสถานที่พำนักของผู้รับบริการนอกหน่วยบริการ จนกระทั่งผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากบริการผู้ป่วยใน กรณีที่ไม่พบการบันทึกข้อมูลรายงานสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยในที่บ้าน ในระหว่างการรับบริการ สำนักงานจะถือว่าไม่มีการให้บริการในวันดังกล่าว โดยหน่วยบริการจะต้องบันทึกเป็นวันลากลับบ้าน (leave day)

ข้อ ๑๒ สำนักงานจะประมวลผลและแจ้งรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นรายเดือน โดยรายงานการจ่ายค่าใช้จ่ายจะแสดงสถานะข้อมูล ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลตามเงื่อนไขที่กำหนด สำนักงานจะนำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย

(๒) ข้อมูลที่ประมวลผลไม่ผ่านตามเงื่อนไขที่กำหนด หน่วยบริการสามารถขอทบทวนเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๓ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ โดยตรวจสอบหลักฐานการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) ในช่วงเวลาที่เป็นการรักษาในโรงพยาบาล เอกสารหลักฐานที่จะตรวจสอบคือเอกสารหลักฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน รายละเอียดตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน

(๒) ในช่วงเวลาที่เป็นการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน เอกสารหลักฐานที่จะตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(ก) เอกสารหลักฐานเวชระเบียน หลักฐานการวินิจฉัยโรค กลุ่มโรค กลุ่มอาการและข้อบ่งชี้การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านตามที่สำนักงานกำหนด

(ข) เอกสารหลักฐานการแสดงความยินยอมของผู้รับบริการการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

(ค) เอกสารหลักฐานบันทึกการซักประวัติ บันทึกการตรวจร่างกาย บันทึกคำสั่งการรักษา และบันทึกความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรค บันทึกในโปรแกรมที่สามารถรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยในที่บ้านตามที่สำนักงานกำหนด

(ง) เอกสารหลักฐานบันทึกทางการแพทย์ที่บันทึกในโปรแกรมที่สามารถรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยในที่บ้านตามที่สำนักงานกำหนด

(จ) เอกสารหลักฐานบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ บันทึกการทำหัตถการ (ถ้ามี)

(ฉ) เอกสารหลักฐานการประเมินผู้ป่วยในระหว่างอยู่ที่บ้านที่บันทึกในโปรแกรมที่สามารถรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยในที่บ้านตามที่สำนักงานกำหนด ซึ่งอาจเป็นการประเมินทางโทรศัพท์ติดตามอาการหรือการใช้วิดีโอสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ต หรือการตรวจประเมินผู้ป่วยในที่บ้าน

(๓) เอกสารหลักฐานสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)

ข้อ ๑๔ สำนักงานกำหนดเกณฑ์ในการตรวจสอบเวชระเบียน หรือข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) พบหลักฐานการยืนยันตัวตนผู้รับบริการ

(๒) พบเอกสารหลักฐานสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)

(๓) ในช่วงเวลาที่เป็นการรักษาในโรงพยาบาลตรวจพบเอกสารหลักฐานผู้ป่วยใน ที่สอดคล้องกับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

(๔) ในช่วงเวลาที่เป็นการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน เกณฑ์ในการตรวจสอบ ดังต่อไปนี้

(ก) พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน ที่มีหลักฐานการวินิจฉัยโรค กลุ่มโรค กลุ่มอาการ และข้อบ่งชี้การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ตามที่สำนักงานกำหนดตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้ และต้องไม่เข้าเงื่อนไขการปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายตามที่สำนักงานกำหนด

(ข) พบหลักฐานการบันทึกการวินิจฉัยโรค การให้รหัสโรค รหัสหัตถการ ตามกลุ่มโรค กลุ่มอาการที่สำนักงานกำหนด

(ค) พบเอกสารหลักฐานการแสดงความยินยอมของผู้รับบริการการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

(ง) พบหลักฐานเอกสารหลักฐานบันทึกการซักประวัติ บันทึกการตรวจร่างกาย บันทึกคำสั่งการรักษา และบันทึกความก้าวหน้าหรือการดำเนินโรค ที่บันทึกในโปรแกรมที่สามารถรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยในที่บ้านตามที่สำนักงานกำหนด

(จ) พบหลักฐานบันทึกทางการแพทย์ในโปรแกรมที่สามารถรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยในที่บ้านตามที่สำนักงานกำหนด

(ฉ) พบเอกสารหลักฐานบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ บันทึกการทำหัตถการ (ถ้ามี)

(ช) พบเอกสารหลักฐานการประเมินผู้ป่วยในระหว่างอยู่ที่บ้าน บันทึกในโปรแกรมที่สามารถรายงานข้อมูลสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยในที่บ้านตามที่สำนักงานกำหนด ซึ่งอาจเป็นการประเมินทางโทรศัพท์ติดตามอาการหรือการใช้วิดีโอสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ต หรือการตรวจประเมินผู้ป่วยในที่บ้าน

(ซ) การตรวจสอบวันนอนในช่วงเวลาที่เป็นการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ที่จะพิจารณาว่าเป็นวันที่มีการให้บริการจะต้องพบบันทึกข้อมูลรายงานสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยในที่บ้านในวันดังกล่าว กรณีที่ไม่พบการบันทึกข้อมูลรายงานสุขภาพประจำวันของผู้ป่วยในที่บ้านในระหว่างการให้บริการ สำนักงานจะถือว่าเป็นการลากลับบ้าน (leave day)

(๕) เกณฑ์ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขตามแนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน ตามหนังสือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน

(๖) ตรวจสอบรหัสโรคและหัตถการตามแนวทางมาตรฐานในการให้รหัสโรคและหัตถการ กรณีที่จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups : DRGs)

ข้อ ๑๕ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่าย ในกรณีต่อไปนี้

(๑) กลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการของผู้รับบริการไม่เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดในแนวทางและมาตรฐานการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านของกระทรวงสาธารณสุข

(๒) เป็นผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยระยะกลางที่พ้นระยะวิกฤตที่มีอาการคงที่และอยู่ระหว่างรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลาง เว้นแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยดังกล่าวมีอาการ

เจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลผู้ป่วยในตามที่กำหนดในแนวทางและมาตรฐานการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน
ของกระทรวงสาธารณสุข

(๓) เป็นผู้รับบริการแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน เว้นแต่ในกรณีที่
ผู้ป่วยดังกล่าวมีอาการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลผู้ป่วยในตามที่กำหนดในแนวทางและมาตรฐาน
การดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๑๖ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตาม
หลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย
ตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการ
ตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยวิธีปฏิบัติ
เกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการ
กรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๗ การให้บริการสาธารณสุข กรณีบริการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่
๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการ
ตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รหัสโรค (ICD-10) สำหรับกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการที่สามารถเข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน มีดังต่อไปนี้

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เงื่อนไขที่ใช้ในการตรวจสอบ
๑. โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	- E10.0-E10.9 Insulin-dependent diabetes mellitus - E11.0-E11.9 Non-insulin-dependent diabetes mellitus - E12.0-E12.9 Malnutrition-related diabetes mellitus - E13.0-E13.9 Other specified diabetes mellitus - E14.0-E14.9 Unspecified diabetes mellitus	- ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose) > ๓๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร (300 mg/dL) หรือระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (A1C) > ร้อยละ ๑๑ และมีความจำเป็นต้องติดตามระดับน้ำตาลในเลือด อย่างน้อย ๒-๔ ครั้งต่อวัน - ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ diabetic ketoacidosis (DKA), hyperglycemic hyperosmolar state (HHS) ยกเว้นเป็นกรณี step down ภายหลังจากรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเรียบร้อยแล้ว - ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะ hypoglycemic coma
๒. โรคความดันโลหิตสูง (severe hypertension)	- I10 Essential (primary) hypertension	- ผู้ป่วยมี systolic blood pressure > 140 mmHg or diastolic blood pressure > 90 mmHg และมีความจำเป็นต้องติดตามความดันโลหิตอย่างน้อยวันละ ๔ ครั้ง - ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูงรุนแรง เช่น hypertensive emergency, heart failure, severe pre-eclampsia ยกเว้นเป็นกรณี step down ภายหลังจากรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเรียบร้อยแล้ว - ผู้ป่วยยังมีความดันโลหิตสูงภายหลังจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันดีขึ้นแล้ว เช่น อัมพฤกษ์ หัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปอดอักเสบติดเชื้อ
๓. โรคแผลกดทับและพื้นที่กดทับ (decubitus ulcer and pressure area)	- L89.0 Stage I decubitus ulcer and pressure area - L89.1 Stage II decubitus ulcer and pressure area - L89.2 Stage III decubitus ulcer and pressure area - L89.3 Stage IV decubitus ulcer and pressure area	- ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด - มีการทำแผลโดยบุคลากรวิชาชีพหรือญาติ ที่ผ่านการสอนโดยบุคลากรวิชาชีพ และมีการประเมินโดยบุคลากรวิชาชีพ อย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เงื่อนไขที่ใช้ในการตรวจสอบ
๔. โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection)	<ul style="list-style-type: none"> - N10 Acute tubulo-interstitial nephritis - N39.0 Urinary tract infection, site not specified 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด - ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะชนิดฉีด และมีความจำเป็นต้องได้รับการติดตามสัญญาณชีพอย่างน้อยวันละ ๓ ครั้ง
๕. โรคปอดอักเสบ (pneumonia)	<ul style="list-style-type: none"> - J10.0 Influenza with pneumonia, other influenza virus identified - J11.0 Influenza with pneumonia, virus not identified - J12.0-J12.9 Viral pneumonia, not elsewhere classified - J13 Pneumonia due to Streptococcus pneumoniae - J14 Pneumonia due to Haemophilus influenzae - J15.0-J15.9 Bacterial pneumonia, not elsewhere classified - J16.0 Chlamydial pneumonia - J16.8 Pneumonia due to other specified infectious organisms - J17* Pneumonia in diseases classified elsewhere - J18.0 Bronchopneumonia, unspecified - J18.1 Lobar pneumonia, unspecified - J18.2 Hypostatic pneumonia, unspecified - J18.8 Other pneumonia, organism unspecified - J18.9 Pneumonia, unspecified 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด - ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น severe pneumonia ยกเว้นเป็นกรณี step down ภายหลังจากรักษาเฉียบพลันเรียบร้อยแล้ว - ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะชนิดฉีด หรือการรักษาด้วยออกซิเจน และมีความจำเป็นต้องได้รับการติดตามสัญญาณชีพอย่างน้อยวันละ ๓ ครั้ง

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เงื่อนไขที่ใช้ในการตรวจสอบ
<p>๖. โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) ภายหลังได้รับการผ่าตัด</p>	<p>- K35.8 Acute appendicitis, other and unspecified</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดโดยวิสัญญีแพทย์ตามแนวทางของ American Society of Anesthesiologists (ASA classification) ที่มีระดับ ASA 1-3 - ผู้ป่วยและญาติที่ร่วมดูแลภายหลังการผ่าตัดได้รับคำแนะนำในการดูแลหลังการผ่าตัดตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดโดยทีมพยาบาล (ODS nurse manager) - ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิด (open appendectomy) หรือการผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้อง (laparoscopic appendectomy) ในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามมาตรฐานกรมการแพทย์ - ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด
<p>๗. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - U07.1 COVID-19, virus identified - U07.2 COVID-19, virus not identified 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยโควิด 19 ที่วินิจฉัยใหม่ตามเกณฑ์การวินิจฉัย หรือเป็นผู้ป่วยโควิด 19 ที่ step down หลังเข้ารับการรักษาที่สถานที่รัฐจัดให้หรือในโรงพยาบาล อย่างน้อย ๗ วัน และแพทย์เห็นว่าสามารถดูแลผู้ป่วยในบ้านด้วยวิธี home isolation ได้ - ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะปอดอักเสบรุนแรง เช่น หายใจเร็วกว่า ๒๕ ครั้งต่อนาที ในผู้ใหญ่ oxygen saturation น้อยกว่าร้อยละ ๙๔
<p>๘. ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท</p>	<p>กลุ่มรหัสโรคที่เกี่ยวข้อง ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - F10.0-F10.9 Mental and behavioural disorders due to use of alcohol - F11.0-F11.9 Mental and behavioural disorders due to use of opioids - F12.0-F12.9 Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ต้องมีการประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเล็กน้อย (CIWA 0-10 หรือ AWS 0-4) และประเมินอาการทางจิตเวชอยู่ในระดับปานกลางลงมา (CGI-S ≤ 4) - ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตจากการเสพยาหรืออนุพันธ์ของฝิ่น มีอาการถอนพิษเล็กน้อย (COWS 0-12)

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เงื่อนไขที่ใช้ในการตรวจสอบ
	<ul style="list-style-type: none"> - F13.0-F13.9 Mental and behavioural disorders due to use of sedatives or hypnotics - F14.0-F14.9 Mental and behavioural disorders due to use of cocaine - F15.0-F15.9 Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine - F16.0-F16.9 Mental and behavioural disorders due to use of hallucinogens - F17.0-F17.9 Mental and behavioural disorders due to use of tobacco - F18.0-F18.9 Mental and behavioural disorders due to use of volatile solvents - F19.0-F19.9 Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตเวชหลงเหลืออยู่ แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน - ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงอยู่ในกลุ่ม SMI-V 1-4 - ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยประเมิน burden of care ได้ไม่เกิน ๖๑ คะแนน - ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะฉุกเฉินทางกาย และอาการโรคเรื้อรังทางกายสามารถควบคุมได้
๙. โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด	กลุ่มรหัสโรคที่เกี่ยวข้องได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - F20.0-F20.9 Schizophrenia - F21 Schizotypal disorder - F22.0-F22.9 Persistent delusional disorders 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการประเมิน clinical global impression (CGI-S) มากกว่า ๔ คะแนน และระดับอาการทางจิต (BPRS) อยู่ระดับปานกลาง (๓๗-๘๙ คะแนน) หรือ the positive and negative syndrome scale (PANSS) อยู่ระดับปานกลาง (๗๕-๙๔ คะแนน) หรือ health

กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ	รหัสโรค (ICD-10)	เงื่อนไขที่ใช้ในการตรวจสอบ
	<ul style="list-style-type: none"> - F23.0-F23.9 Acute and transient psychotic disorders - F24 Induced delusional disorder - F25.0-F25.9 Schizoaffective disorders - F28 Other nonorganic psychotic disorders - F29 Unspecified nonorganic psychosis 	<p>of the nation outcome (HoNOS) อยู่ระดับปานกลาง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยประเมิน burden of care ได้ไม่เกิน ๖๑ คะแนน - ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะฉุกเฉินทางกาย และอาการโรคเรื้อรังทางกายสามารถควบคุมได้
<p>๑๐. ความผิดปกติทางอารมณ์</p>	<p>กลุ่มรหัสโรคที่เกี่ยวข้องได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - F30.0-F30.9 Manic episode - F31.0-F31.9 Bipolar affective disorder - F32.0-F32.9 Depressive episode - F33.0-F33.9 Recurrent depressive disorder - F34.0-F34.9 Persistent mood disorders - F38.0-F38.9 Other mood disorders - F39 Unspecified mood disorder 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว หรือผู้ที่มีอาการเมเนีย จะต้องมึผลการประเมิน MARDS ไม่เกิน ๑๒ คะแนน และ YMRS ไม่เกิน ๑๒ คะแนน - ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยหรือปานกลาง ($9Q \leq 18$) ไม่เกิน ๑๘ คะแนน และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำ ($8Q \leq 8$) - ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยประเมิน burden of care ได้ไม่เกิน ๖๑ คะแนน - ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะฉุกเฉินทางกาย และอาการโรคเรื้อรังทางกายสามารถควบคุมได้