



การนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูล เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่าย บริการผู้ป่วยในให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

การประชุมคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับเขต (5x5)

ครั้งที่ 2/2568 วันที่ 24 กรกฎาคม 2568 เวลา 13.30 – 16.30 น.

ณ ห้องประชุมกันเกรา สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระบบ Zoom Meeting

ห้องสัญญาณ ID : 434 9083271 Password : r8waycfo เริ่มทดสอบสัญญาณเวลา 13.30 น.

ร่างมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2568 วันที่ 7 กรกฎาคม 2568

- 1) เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้แก่หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ข้อ 25 และ 26 และประกาศสำนักงานฯ เรื่อง แนวทางการตรวจสอบฯผู้ป่วยใน ข้อ 6(1)-(3) ตามที่เสนอ ดังนี้
 - 1.1 นำผลการสุ่มตรวจสอบมาปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง ทั้งปรับเพิ่มและปรับลด โดยการนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ตรวจสอบพบว่าไม่ถูกต้องดังกล่าวไปคำนวณย้อนกลับจากผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) โดยยังคงเป็นการบริหารในระดับเขตภายใต้วงเงิน Global budget ระดับเขตพื้นที่
 - 1.2 การปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการแต่ละแห่งภายในเขต ให้ผ่าน อปสข.และผ่านกลไกคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตเพื่อพิจารณา ทั้งนี้หาก อปสข. ดำเนินการไม่แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนพิจารณา
 - 1.3 การนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยใน ให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เร่งดำเนินการเพื่อให้มีเงินเพียงพอจ่าย โดยยึดหลักการในการคงค่าอัตราเบื้องต้นที่ 8,350 บาทต่อ AdjRW และเพื่อใช้ประกอบการขอรับงบประมาณเพิ่มเติมหากมีความจำเป็น
- 2) เห็นชอบกรอบแนวทางและระยะเวลาดำเนินการในการคำนวณผลงานการบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามที่เสนอ
- 3) เห็นชอบให้ออกประกาศเพิ่มเติมตาม ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯประจำปี พ.ศ.2568 ข้อ 25 โดยมอบให้คณะกรรมการด้านกฎหมายและกลั่นกรองกรณีอุทธรณ์พิจารณา และเสนอประธานกรรมการฯ ลงนามต่อไป
- 4) มอบ สปสข.ดำเนินการประมวลผลข้อมูลการจ่ายด้วย Version 5 เทียบ Version 6 กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.พิจารณาค่า K ประกอบด้วย หาก version ใดได้จำนวน Sum AdjRW มากกว่าจะจ่ายด้วย Version นั้นในทุกสังกัดและในภาพรวม ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบหลักการในการประชุมครั้งที่ 5/2567 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2567 โดยใช้ผลงานที่ถูกต้องในการคำนวณจ่ายชดเชยจากงบประมาณค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ที่กินไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ
- 5) มอบ สปสข.นำเสนอผลการตรวจสอบ พร้อมข้อเสนอแนะจากที่ประชุม อาทิ ข้อเสนอด้านการพัฒนาระบบและคุณภาพข้อมูล การวิเคราะห์สาเหตุของความผิดพลาดในการบันทึกรหัสโรค เสนอต่อ “คณะทำงานศึกษากระบวนการตรวจสอบรหัสโรค สำหรับค่าบริการผู้ป่วยในด้วยระบบ DRGs อย่างมีส่วนร่วม” ซึ่งมีกำหนดประชุมในวันที่ 14 กรกฎาคม 2568 เพื่อร่วมกันพิจารณาแนวทางที่เหมาะสม นำเสนอผลต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป
ทั้งนี้ให้ สปสข.ประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาและบริหารจัดการระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน ให้หน่วยบริการอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
- 6) รับรองมติในที่ประชุม เพื่อให้ดำเนินการได้ทันที

กฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติ ที่เกี่ยวข้อง

1. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 : ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป ข้อ 25 ให้ สปสช. กำกับ ติดตาม ผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับผลการคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข (Medical audit) และให้มีการเสนอข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยในและการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้ทราบทั่วกัน
2. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการตรวจสอบฯ กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ. 2568 ข้อ 6 การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับเขต... ภายในปีงบประมาณตามแนวทาง ดังต่อไปนี้
 - (1) สุ่มตรวจข้อมูลการใช้บริการสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยใน
 - (ก) สุ่มตรวจข้อมูลแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) ทุกหน่วยบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของข้อมูลบริการในไตรมาสที่ 1 และ 2 ของปีงบประมาณ โดยตรวจสอบ ไม่ต่ำกว่า 30 ฉบับ ต่อหน่วยบริการถ้ามีไม่ถึง 30 ฉบับให้ตรวจสอบทั้งหมด
 - (ข) สุ่มตรวจข้อมูลแบบมีเงื่อนไขเฉพาะรายที่พบความผิดปกติจากการประมวลผล หรือผลการสุ่มตรวจข้อมูลแบบไม่มีเงื่อนไขจำนวนมากต้องมีการขยายผลการตรวจสอบ หรือพบข้อร้องเรียน
 - (2) กรณีการเรียกเก็บไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้เรียกคืนค่าใช้จ่ายให้แล้วเสร็จภายในเดือนกรกฎาคมของ ปีงบประมาณ เว้นแต่กรณีที่หน่วยบริการขอให้มีการทบทวนผลการตรวจสอบ อาจขยายระยะเวลาการเรียกคืนค่าใช้จ่ายได้ตามความเหมาะสม
 - (3) กรณีการจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการเป็นค่าบริการผู้ป่วยใน เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายให้ในแต่ละเขตพื้นที่เพียงพอในแต่ละปีงบประมาณและมีอัตราจ่ายใกล้เคียง ราคา 8,350 บาท ต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)ให้นำผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไประดับเขตภายใต้ประกาศ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณนั้นมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ
3. มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติวันที่ 7 พฤษภาคม 2568 ครั้งที่ 5/68 ... รับทราบมติคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน เมื่อ วันที่ 24 เมษายน 2568 มอบ สปสช. นำข้อมูลผลการตรวจสอบรายหน่วยบริการ มาเป็นข้อมูลในการประมวลผลเพื่อปรับลดการจัดสรรค่าใช้จ่ายและจัดทำหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการใช้ผลการตรวจสอบ Coding audit มาปรับค่า SUM ADJRW ในแต่ละเขต เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนในครั้งต่อไป
4. มติคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน วันที่ 22 พฤษภาคม 2568... เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการนำผลตรวจสอบมาใช้ เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้แก่หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามที่เสนอ.....มอบ สปสช. เสนอคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาต่อไป

วิธีการสุ่มข้อมูลแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) สำหรับ IP - coding audit

ระดับเขตรอบ 1 ปี 2568

- 1) นำข้อมูลบริการ IP ทั้งหมดของ ไตรมาส 1 และ 2 ยกเว้นข้อมูลบริการที่มีวิธีการจ่ายพิเศษออก ได้แก่ cataract, UCEP24, ODS/MIS, HOMEWARD, Normal labor & newborn ที่ไม่มีโรคร่วม โรคแทรกซ้อน, บริการที่จ่ายแบบ fix เช่น โรคนิ้ว, ข้อมูล IP.นอกเขต และข้อมูล LOS> 30 days ข้อมูลส่วนที่เหลือจะนับเป็นบริการผู้ป่วยในทั่วไป
- 2) คำนวณจำนวนเป้าหมายของทุกหน่วยบริการที่มีบริการ IP ที่มี LOS<= 30 days ช่วงที่ตรวจสอบ (ทุก Hcode)ตามประกาศสำนักงานฯกำหนดทุกหน่วยบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของข้อมูลบริการในไตรมาสที่ 1 และ 2 ของปีงบประมาณ โดยตรวจสอบไม่ต่ำกว่า 30 ฉบับ ต่อหน่วยบริการ ถ้ามีไม่ถึง 30 ฉบับ ตรวจสอบทั้งหมด
- 3) ข้อมูลของทุกหน่วยบริการดำเนินการสุ่มเวชระเบียนโดยระบบคอมพิวเตอร์ ระบบจะทำการสุ่มข้อมูลบริการให้ได้จำนวนเวชระเบียนเป้าหมายตามข้อ 2



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไป
พ.ศ. ๒๕๖๘

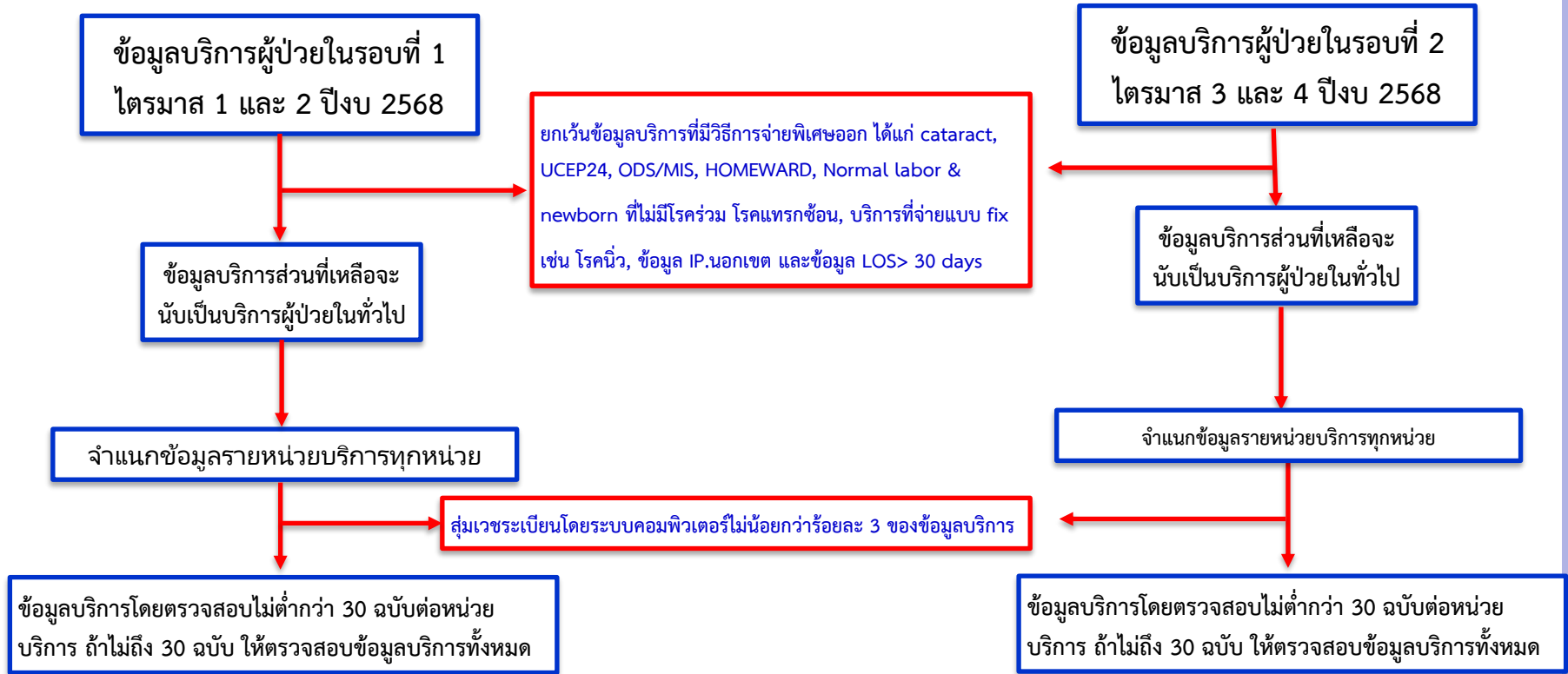
ข้อ ๖ การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับ
บริการผู้ป่วยในทั่วประเทศ ตามข้อ ๔ (๒) ให้ตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบ (auditor) ภายใต้การดำเนินการ
บริหารจัดการของสำนักงานเขต โดยตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ภายในปีงบประมาณตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) สุ่มตรวจข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยใน

(ก) สุ่มตรวจข้อมูลแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) ทุกหน่วยบริการไม่น้อยกว่า
ร้อยละ ๓ ของข้อมูลบริการในไตรมาสที่ ๑ และไตรมาสที่ ๒ ของปีงบประมาณ โดยตรวจสอบไม่ต่ำกว่า ๓๐ ฉบับ
ต่อหน่วยบริการ ถ้ามีไม่ถึง ๓๐ ฉบับให้ตรวจสอบทั้งหมด

(ข) สุ่มตรวจข้อมูลแบบมีเงื่อนไข เฉพาะรายที่พบความผิดปกติจากการประมวลผล
กรณีที่เกิดการสุ่มตรวจข้อมูลแบบไม่มีเงื่อนไขตาม (ก) พบความผิดปกติจำนวนมากซึ่งต้องมีการขยายผล
การตรวจสอบ หรือกรณีมีข้อร้องเรียน

วิธีการสุ่มข้อมูลแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) สำหรับ IP - coding audit ระดับเขต ปี 2568



รายงานการประชุมหารือเพื่อขอคำแนะนำจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ
ในการคัดเลือกข้อมูลด้วยวิธีการสุ่ม เพื่อให้ได้จำนวนเป้าหมายและช่วงเวลาที่เหมาะสม ในการตรวจสอบเอกสาร
หลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2568



วันที่ 21 พฤษภาคม 2568 สปสข. ได้มีการประชุมหารือเพื่อขอคำแนะนำจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในการคัดเลือกข้อมูลด้วยวิธีการสุ่ม เพื่อให้ได้จำนวนเป้าหมายและช่วงเวลาที่เหมาะสม ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2568 ซึ่งที่ประชุมได้มีข้อสรุปดังนี้ (สปสข. ได้จัดส่งสรุปรายงานการประชุม และ สสข. ได้มีการแก้ไขและแจ้งกลับเมื่อ 29 พ.ค. 68)

1. จำนวนเป้าหมายและช่วงเวลาที่กำหนดของข้อมูลรอบที่ 1 ที่ ใช้ข้อมูลบริการผู้ป่วยในของไตรมาสที่1&2 เป็นตัวแทนที่ เหมาะสมตามหลักการทางสถิติหรือไม่อย่างไร

1.1) ในการสุ่มของแต่ละหน่วยบริการตามประกาศฯ ที่ สปสขกำหนด 3% สำหรับข้อมูลที่จะมาใช้ในการปรับเพิ่มหรือลดผลงานของหน่วยบริการนั้นๆ มีประกาศระเบียบแนวทางปฏิบัติอยู่แล้ว อ้างอิงจากข้อมูลของต่างประเทศ ที่มีบริบทที่ไม่แตกต่างกันก็สามารถดำเนินการได้

1.2) แนะนำให้คำนวณค่าความเชื่อมั่นที่ 95 % (CI) ของ ค่าความแตกต่างที่พบ รายหน่วยบริการ เพื่อเป็นข้อมูล ในการกำหนดกรอบให้ สปสข. และกลไกคณะกรรมการ ผู้ป่วยในระดับเขต ใช้ในการพิจารณาปรับค่า Sum AdjRW. รายหน่วยบริการ

2. การดำเนินการตรวจสอบของข้อมูลไตรมาส 3,4

2.1) ข้อมูลไตรมาส 3 (เม.ย. - มิ.ย.68) ให้นำค่า SumAdjRW.รายหน่วยบริการ (ทุกหน่วยบริการ) เปรียบเทียบกับผลงานในไตรมาส 1 และ 2 ของหน่วยบริการตนเอง หากไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% (95% Confidence Interval) ก็ให้นำผลการตรวจสอบในไตรมาส 1 และ 2 มาเป็นตัวแทนสำหรับใช้ใน ไตรมาส 3 ของหน่วยบริการตนเอง โดยไม่ต้องสุ่มตรวจสอบใหม่ แต่ถ้ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติให้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลใน ไตรมาส 3 เฉพาะหน่วยบริการนั้นๆเพิ่มเติม

2.2) สำหรับไตรมาส 4 เพื่อให้บริหารจัดการได้ทันในปีงบประมาณ 2568 ให้ใช้ข้อมูล 10 เดือน (ต.ค. 67 - ก.ค. 68) ของแต่ละหน่วยบริการ มาพยากรณ์ (Forecast)ข้อมูลเดือน ส.ค. และก.ย. 68 และดำเนินการเปรียบเทียบกับไตรมาส 1 และ 2 เช่นเดียวกันกับที่ทำกับไตรมาส 3

การทบทวนวรรณกรรม เปรียบเทียบระบบ DRG ระหว่างประเทศ

วัตถุประสงค์: เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอในการพัฒนาระบบการตรวจสอบและการใช้ผลจากการตรวจสอบ DRG ในประเทศไทย

วิธีการ: ใช้ระเบียบวิธี Rapid Review เกี่ยวข้องจาก 11 ประเทศตัวอย่างสังเคราะห์ข้อค้นพบจากหลักฐานทั้งหมด 107 รายการ ภายใต้ข้อจำกัดเวลา 3 สัปดาห์ (มิถุนายน 68) ในการตอบคำถามหลัก 2 ข้อ ได้แก่ 1.ขนาดตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบ (audit) การเข้ารหัส DRG, 2.ผลกระทบของการปรับค่า Adjusted RW ต่อการเบิกจ่ายผู้ป่วยในทั้งระบบ โดยมีข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

ข้อเสนอระยะสั้น ภายใต้สถานการณ์การตรวจสอบในปัจจุบันที่ดำเนินการโดย สปสช. ในปีพ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นการสุ่มภายใต้ประกาศของสำนักงานฯ และคำแนะนำของสำนักงานสถิติแห่งชาติและจากการทบทวนไม่พบข้อค้นพบที่เป็นฉันทามติว่าร้อยละการสุ่มควรเป็นเท่าใดและมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ (มีตั้งแต่ $ADR \leq 1\%$ ต่อปี -12% หรือ 200 ฉบับต่อแห่ง) ดังนั้นหากต้องการนำผลการตรวจสอบไปปรับใช้กับการเบิกจ่ายผู้ป่วยในทั้งหมด (extrapolation to claim universe) ทั้งนี้พบว่ามีหลายประเทศมีมาตรการ Extrapolation และการนำผลที่ได้ไปปรับ “ทั้งระบบ” ควรทำการวิเคราะห์เพิ่มเติม ได้แก่

- 1) การตรวจสอบความเป็นตัวแทน (representativeness checking) หรือการตรวจสอบ external validity
- 2) การตรวจสอบผลการ audit ในสถานพยาบาลเดียวกัน แต่เวลาแตกต่างกัน หรือการตรวจสอบ internal consistency

สปสช. ได้มอบหมายให้ ทีม M&E และ อ. สุพล ตรวจสอบความเป็นตัวแทน (representativeness checking) โดยการทดสอบทางสถิติด้วย ANOVA เพิ่มเติม โดยการนำข้อมูล 3 กลุ่ม คือ ก.กลุ่มที่ยังไม่ได้ audit (97%) ข.กลุ่มที่ Audit ไปแล้ว (3%) ค.กลุ่มที่สุ่มใหม่ 3% ในกลุ่ม ก ด้วยวิธีการเดียวกับกลุ่ม ข แต่ยังไม่ได้ Audit มาเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล โดยใช้ตัวแปร 2 ตัวคือค่า CMI และ LOS เฉลี่ยรายโรงพยาบาล โดยทำการเปรียบเทียบตั้งแต่ระดับราย รพ./รายเขต/ รายประเภทหน่วยบริการ/ ระดับประเทศ สรุปผลได้ดังนี้

1) การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของน้ำหนักสัมพัทธ์ (CMI) ระหว่างกลุ่ม ก. ข. และ ค. พบว่า

1. ภาพรวมของประเทศ ไม่แตกต่าง
2. ภาพรวมระดับเขตไม่แตกต่าง ทั้ง 12 เขต เฉพาะเขต 6 เท่านั้นที่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ
3. ภาพรวมรายประเภทหน่วยบริการ เฉพาะประเภท รพ.เอกชน เท่านั้นที่มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

2) การเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยวันนอน (LOS) ระหว่างกลุ่ม ก. ข. และ ค. ของภาพประเทศ/เขต/ประเภทหน่วย พบว่า ไม่แตกต่างในทุกระดับ



ผลการตรวจสอบ IP-Coding audit การสุ่มตรวจแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling)

สำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไป ระดับ สปสช.เขต รวมไตรมาส 1 และ ไตรมาส 2

สปสช.เขต (1)	จำนวนหน่วย บริการที่ ตรวจสอบ (แห่ง) (2)	จำนวนเวช ระเบียนที่ ตรวจสอบ (ฉบับ) (3)	SUM ADJRW ที่ส่งเบิก (4)	SUM ADJRW หลัง การตรวจสอบ (5)	จำนวน ADJRW_ เพิ่มขึ้นหลัง ตรวจสอบ (6)	จำนวน AdjRW ลดลงหลัง ตรวจสอบ (7)	ADJRW_ เปลี่ยนแปลงหลัง การตรวจสอบ (8)=(5)-(4)	ร้อยละ ADJRW_ เปลี่ยนแปลงหลัง การตรวจสอบไตร มาส 1และ 2 (9)	ประมาณการเรียก เงินคืนเพื่อเข้า Global เขต (บาท) 10 = (8)*(8,350)	จำนวนหน่วย ที่ AdjRWเท่า เดิม/เพิ่มขึ้น หลังตรวจ (แห่ง) (11)	จำนวนหน่วยที่ SumAdjRW ลดลงหลังตรวจ (แห่ง) (12)
เขต 1 เชียงใหม่	123	10,855	13,156.7214	12,510.3542	40.4451	- 686.8123	- 646.3672	- 4.91	- 5,397,166	21	102
เขต 2 พิษณุโลก	56	7,641	8,465.8071	8,119.9259	13.0321	- 358.9133	- 345.8812	- 4.09	- 2,888,108	9	47
เขต 3 นครสวรรค์	59	6,547	7,608.6761	6,846.4606	7.2703	- 769.4858	- 762.2155	- 10.02	- 6,364,499	3	56
เขต 4 สระบุรี	91	6,652	9,206.9703	8,725.1046	31.0592	- 512.9249	- 481.8657	- 5.23	- 4,023,579	19	72
เขต 5 ราชบุรี	80	8,134	10,203.9336	9,578.6455	25.9033	- 651.1914	- 625.2881	- 6.13	- 5,221,156	10	70
เขต 6 ระยอง	94	8,863	16,741.7137	16,059.9488	81.7117	- 763.4766	- 681.7649	- 4.07	- 5,692,737	23	71
เขต 7 ขอนแก่น	89	8,427	10,844.5555	10,069.3717	22.8132	- 797.9970	- 775.1838	- 7.15	- 6,472,785	11	78
เขต 8 อุดรธานี	99	10,015	11,820.3523	11,069.9245	21.6862	- 772.1140	- 750.4278	- 6.35	- 6,266,072	15	84
เขต 9 นครราชสีมา	100	10,633	12,857.1959	11,921.2581	12.5399	- 948.4777	- 935.9378	- 7.28	- 7,815,081	9	91
เขต 10 อุบลราชธานี	77	7,761	8,825.2925	7,932.3435	-	- 892.9490	- 892.9490	- 10.12	- 7,456,124	1	76
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	94	7,440	7,969.7742	7,340.7054	31.5356	- 660.6044	- 629.0688	- 7.89	- 5,252,724	16	78
เขต 12 สงขลา	89	8,813	9,747.8154	9,309.5780	24.4634	- 462.7008	- 438.2374	- 4.50	- 3,659,282	16	73
เขต 13 กทม.	70	5,256	12,447.1275	11,792.2489	17.7184	- 672.5970	- 654.8786	- 5.26	- 5,468,236	16	54
กรมแพทยทหาร	4	59	40.2927	26.7459	0.0055	- 13.5523	- 13.5468	- 33.62	- 113,116	1	3
รวม	1,125	107,096	139,936.2282	131,302.6156	330.1839	- 8,963.7965	- 8,633.6126	- 6.17	-72,090,665	170	955

หมายเหตุ : ข้อมูลประมวลผล ณ 3 กรกฎาคม 2568 จากการปิดตรวจข้อมูลไตรมาส 2 (30 มิย 68) อาจมีการประมวลผลข้อมูลและการอุทธรณ์เพิ่มเติม

แยกรายสังกัดของแต่ละเขต ที่ % ของ adj.rw ที่มีผลการเปลี่ยนแปลง

สังกัด	จำนวนหน่วย บริการที่ ตรวจสอบ(แห่ง) [2]	จำนวนเวชระเบียนที่ ตรวจสอบทั้งหมด (ฉบับ) [3]	Sum adjrw_ ก่อน ตรวจสอบ [4]	Sum adjrw_ หลัง ตรวจสอบ [5]	จำนวนหน่วยที่ AdjRWเท่าเดิม/ เพิ่มขึ้นหลังตรวจ (แห่ง) [6]	จำนวนหน่วยที่ SumAdjRW ลดลง หลังตรวจ(แห่ง) [7]	Sum adjrw_ เปลี่ยนแปลง [8]	ร้อยละ ADJRW_ เปลี่ยนแปลงหลัง การตรวจสอบ [9]	ประมาณการเรียก เงินคืนเข้าGlobal เขต [10]
รัฐในสังกัด สป. (สร.)	896	94,093	110,001.9870	103,079.0286	119	777	- 6,922.958	- 6.29	- 57,806,703
รัฐนอกสังกัด สป.(สร.)	59	3,422	7,160.8744	6,632.9301	9	50	- 527.944	- 7.37	- 4,408,335
รัฐนอก สร.	92	5,302	10,078.0445	9,631.2035	20	72	- 446.841	- 4.43	- 3,731,122
UHOSNET	9	1,087	2,961.9947	2,846.8133	1	8	- 115.181	- 3.89	- 961,765
เอกชน	69	3,192	9,733.3276	9,112.6401	21	48	- 620.688	- 6.38	- 5,182,741
Grand Total	1,125	107,096	139,936.2282	131,302.6156	170	955	- 8,633.613	- 6.17	- 72,090,665

กระบวนการมีส่วนร่วม และรับฟังความคิดเห็น

- 1) แนวทางการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชยกองทุนผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2568 ผ่านการประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับประเทศ ครั้งที่ 1/2568 วันที่ 14 มกราคม 2568
- 2) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ป่วยในทั่วไป พ.ศ 2568 โดยเริ่มเปิดรับฟังความคิดเห็นระหว่างวันที่ 27 ม.ค.68-10 ก.พ.68
- 3) เสนอการกำกับติดตามผลงานบริการ IP และข้อเสนอการนำผลการตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ IP ให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ผ่านการประชุมคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน วันที่ 24 เมษายน 2568
- 4) เสนอการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ผ่านการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 7 พฤษภาคม 2568 และคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน วันที่ 22 พฤษภาคม 2568

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการ พิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้แก่หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



1. นำผลการสุ่มตรวจสอบมาปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง ทั้งปรับเพิ่มและปรับลด โดยการนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ตรวจสอบพบว่าไม่ถูกต้องดังกล่าวไปคำนวณย้อนกลับจากผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) โดยยังคงเป็นการบริหารในระดับเขตภายใต้วงเงิน Global budget ระดับเขตพื้นที่
2. การปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการภายในเขตให้ผ่าน อปสข.และผ่านกลไกคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตเพื่อพิจารณาปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการแต่ละแห่ง โดยมีรายละเอียดของข้อมูลรายหน่วยบริการประกอบการพิจารณา ทั้งนี้หาก อปสข.ดำเนินการไม่แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนพิจารณา
3. การตรวจสอบครั้งนี้เป็นการปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง **ต้องรีบดำเนินการเพื่อให้มีเงินเพียงพอจ่าย โดยยึดหลักการในการคงค่าอัตราเบื้องต้นที่ 8,350 บาทต่อAdjrw และเพื่อใช้ประกอบการขอรับงบประมาณเพิ่มเติมหากมีความจำเป็น**
4. การตรวจสอบ Coding audit ที่สุ่มตรวจข้อมูลแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) ระดับเขต
 - 4.1 รอบที่ 1: ไตรมาส 1 และ 2 ใช้ในปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวม ของข้อมูล 16 ก.ย.67 - 31 มี.ค. 68 (ดำเนินการตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว)
 - 4.2 รอบที่ 2: ไตรมาส 3 และ 4 ดำเนินการตามความเห็นจากการประชุมเพื่อขอคำแนะนำจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังนี้
 - ไตรมาส 3 (ข้อมูล เม.ย. - มิ.ย.68) นำค่า Sum AjRW.รายหน่วยบริการ (ทุกหน่วยบริการ) เปรียบเทียบกับผลงานในไตรมาส 1 และ 2 ของหน่วยบริการตนเองหากไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% (95% Confidence Interval) นำผลการตรวจสอบในไตรมาส 1 และ 2 มาเป็นตัวแทนสำหรับใช้ใน ไตรมาส 3 ของหน่วยบริการตนเอง โดยไม่ต้องสุ่มตรวจสอบใหม่ แต่ถ้ามีผลแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติให้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลใน ไตรมาส 3 เฉพาะหน่วยบริการนั้นๆเพิ่มเติม ใช้ในปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวม ของข้อมูล 1 เม.ย. 68 – 30 มิ.ย.68
 - ไตรมาส 4 เพื่อให้บริหารจัดการได้ทันในปีงบประมาณ 2568 ให้ใช้ข้อมูล 10 เดือน (ต.ค. 67 - ก.ค. 68) ของแต่ละหน่วยบริการมาพยากรณ์ (Forecast) ข้อมูลเดือน ส.ค. และก.ย. 68 และดำเนินการเปรียบเทียบกับไตรมาส 1 และ 2 เช่นเดียวกันกับที่ทำกับไตรมาส 3 ใช้ในปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวม ของข้อมูล 1 เม.ย. 68 – รอบสิ้นปีงบประมาณ

**(ร่าง) กรอบแนวทางและระยะเวลาดำเนินการในการคำนวณผลงานการบริการปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
(เสนอคณะทำงานศึกษากระบวนการตรวจสอบฯ อย่างมีส่วนร่วม)**

การดำเนินงาน	ระยะเวลา
1. ตรวจสอบและประมวลผลการตรวจสอบ IP-Coding audit รายเขตและหน่วยบริการ ที่สุ่มตรวจข้อมูลแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) ระดับเขต ไตรมาส 1 และ 2	ภายใน 30 มิ.ย.68
2. เสนอการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูล เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ IP ให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ต่อคณะกรรมการหลักฯ	วันที่ 7 ก.ค.68
3. ประชุมคณะทำงานศึกษากระบวนการตรวจสอบรหัสโรค สำหรับค่าบริการผู้ป่วยในด้วยระบบ DRG อย่างมีส่วนร่วม	วันที่ 14 ก.ค.68
4. เสนอผลการประชุมของคณะทำงานศึกษากระบวนการตรวจสอบรหัสโรค สำหรับการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในด้วยระบบ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) อย่างมีส่วนร่วม ต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน	วันที่ 17 ก.ค.68
5. นำค่า ADJRW เปลี่ยนแปลงทั้งส่วนเพิ่มและลด มาปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผลงานบริการ IP ทั้งไป ไตรมาส 1&2 ส่วนที่ยังไม่ได้ตรวจสอบทุกหน่วยบริการ ในเขตนั้นๆ ส่งให้ สปสช.เขต เสนอ อปสช. และผ่านกลไกคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตเพื่อพิจารณา	ภายใน 31 ก.ค.68
6. อปสช.และ คณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตของแต่ละเขต พิจารณาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของทุกหน่วยบริการภายในเขต ตามข้อ 5 และส่งกลับมายัง สปสช.ส่วนกลาง	ภายใน 11 ส.ค.68
7. สปสช.นำผลที่ผ่านการพิจารณาจากข้อ 6 มาปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้อง และเสนอต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน พิจารณาฯ และอนุมัติหลักการดำเนินการสำหรับข้อมูลไตรมาส 3 และไตรมาส 4 (โดยไม่กระทบต่อวงเงิน Global budget เขต)	วันที่ 21 ส.ค.68 (ประชุมอนุฯ)
8. สปสช.ประมวลผลการปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ โดยคำนวณย้อนกลับผลงานไตรมาส 1&2 ในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation)	ภายในเดือน ส.ค.68
9. หลังจากดำเนินการปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ โดยคำนวณย้อนกลับผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) แล้วพบบงบประมาณไม่เพียงพอเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เพื่อพิจารณาต่อไป	ภายในเดือน ก.ย.68
10. อปสช.และ คณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตของแต่ละเขต พิจารณาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการภายในเขต ข้อมูลไตรมาส 3 & 4 และส่งกลับมายัง สปสช.ส่วนกลาง	ภายใน 10 ก.ย.68
11. ปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ โดยคำนวณย้อนกลับผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) ของข้อมูลไตรมาส 3 & 4	ตามรอบการปิด ปีงบประมาณ
12. สปสช.ดำเนินการประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 : ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยในทั่วไป ข้อ 20.10.12 โดยใช้เงินกันระดับประเทศ	ตามรอบการปิด ปีงบประมาณ

หมายเหตุ : 1. กรอบระยะเวลาสามารถปรับได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ ให้สามารถนำเสนอต่ออนุกำหนดหลักเกณฑ์ฯ ได้ทันได้ตามที่กำหนด

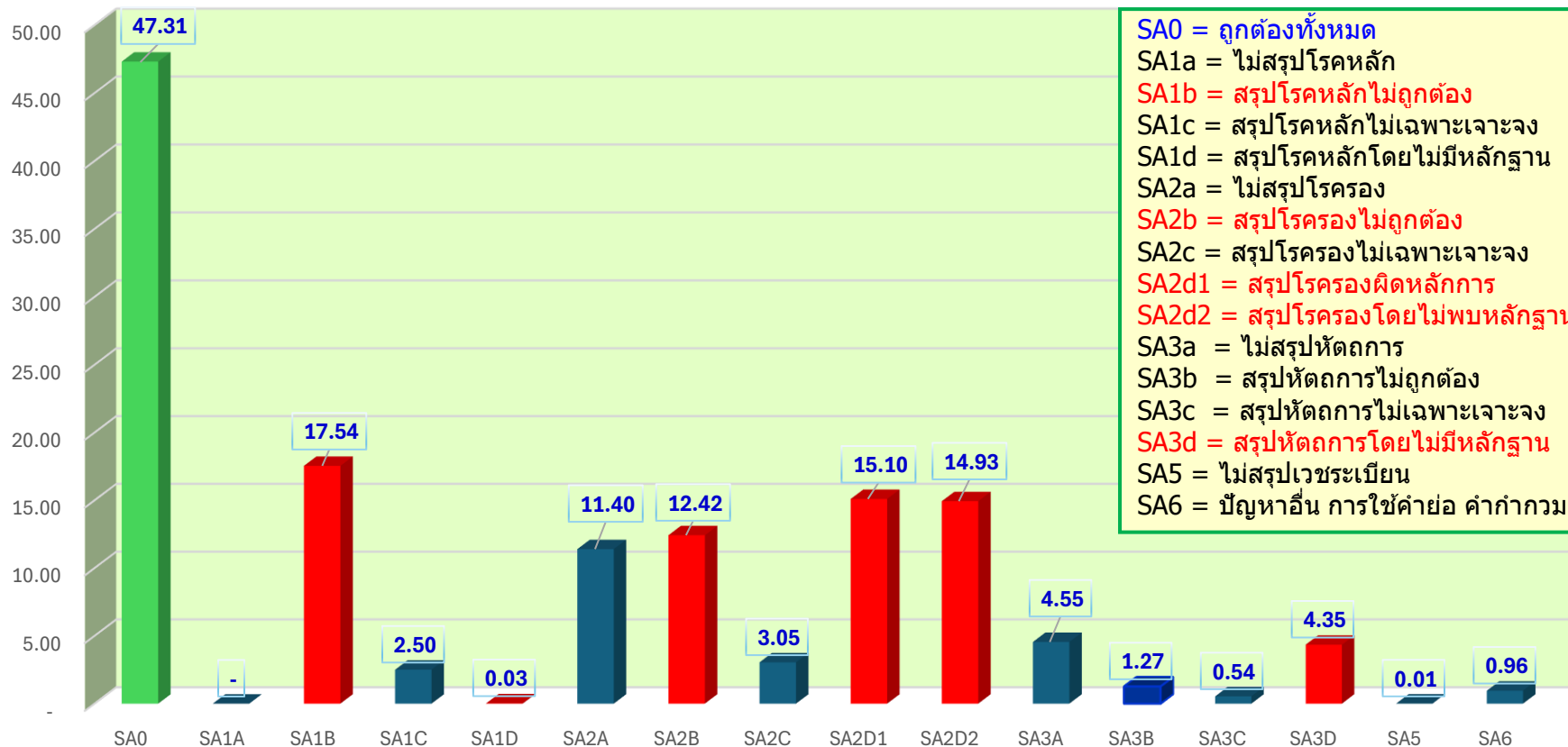
2. การประชุมคณะทำงานศึกษากระบวนการตรวจสอบรหัสโรค สำหรับค่าบริการผู้ป่วยในด้วยระบบ DRG อย่างมีส่วนร่วม อาจมีการประชุมก่อนการปรับของข้อมูลไตรมาส 3 & 4

แนวทางการปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



1. สปสช.ส่งผลการเปลี่ยนแปลงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่มีการตรวจสอบ 3% รายเขต และรายหน่วยบริการ และข้อมูลกลุ่มเป้าหมายส่วนที่ยังไม่ตรวจสอบ 97% เพื่อให้ สปสช.เขต นำไปเสนอ อปสข.และผ่านกลไกคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขต เพื่อพิจารณาปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการภายในเขต
2. นำผลการพิจารณาปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามข้อ 1 มาประมวลปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ
 1. กรณีเวชระเบียนที่ตรวจสอบ 3% ปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามผลการตรวจสอบ เงินที่เรียกคืนกลับเข้า Global ระดับเขต
 2. กรณีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายส่วนที่ยังไม่ตรวจสอบ 97% นำมาคำนวณย้อนกลับผลงานภาพรวมของหน่วยบริการ (Extrapolation)
 3. โดยยึดหลักการในการคงค่าอัตราเบื้องต้นที่ 8,350 บาทต่อ Adj.RW และบริหารในระดับเขตภายใต้วงเงิน Global budget ระดับเขตพื้นที่
 4. กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.จะประมวลตามหลักเกณฑ์การเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (ค่า K) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการภายในเขต
3. หลังดำเนินการตามข้อ 2 สปสช.จะแจ้งการประมวลปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ โดยออก Statement ตามรอบการปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

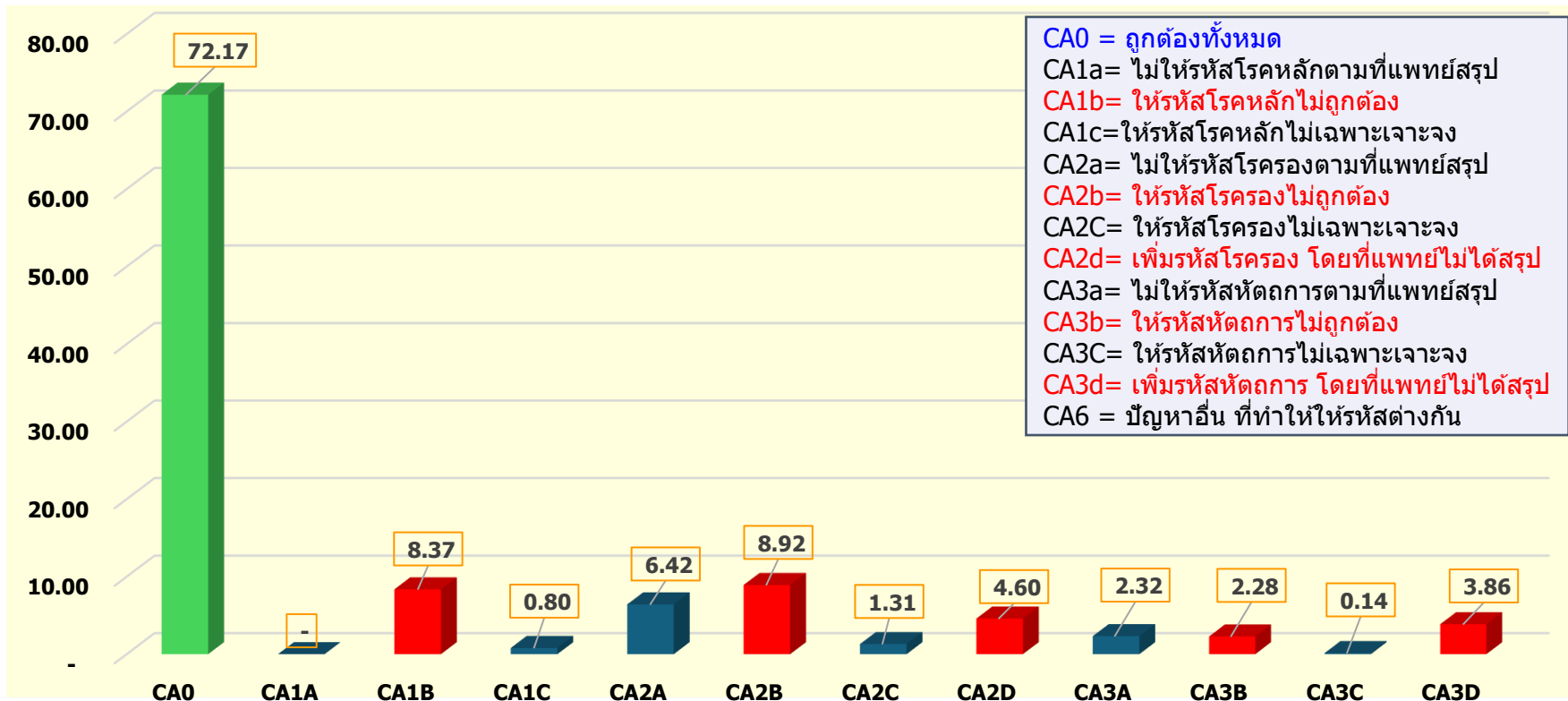
ผลการประเมินการสรุปโรคและหัตถการของแพทย์ (Summary Assessment – SA) ไตรมาส 1-2 ภาพรวมประเทศ



- SA0 = ถูกต้องทั้งหมด
- SA1a = ไม่สรุปโรคหลัก
- SA1b = สรุปโรคหลักไม่ถูกต้อง
- SA1c = สรุปโรคหลักไม่เฉพาะเจาะจง
- SA1d = สรุปโรคหลักโดยไม่มีหลักฐาน
- SA2a = ไม่สรุปโรครอง
- SA2b = สรุปโรครองไม่ถูกต้อง
- SA2c = สรุปโรครองไม่เฉพาะเจาะจง
- SA2d1 = สรุปโรครองผิดหลักการ
- SA2d2 = สรุปโรครองโดยไม่พบหลักฐาน
- SA3a = ไม่สรุปหัตถการ
- SA3b = สรุปหัตถการไม่ถูกต้อง
- SA3c = สรุปหัตถการไม่เฉพาะเจาะจง
- SA3d = สรุปหัตถการโดยไม่มีหลักฐาน
- SA5 = ไม่สรุปเวชระเบียน
- SA6 = ปัญหาอื่น การใช้คำย่อ คำกำวม

หมายเหตุ : ไม่นับรายการที่ผลการตรวจสอบผิดเงื่อนไขและหน่วยบริการไม่ส่งเวชระเบียน

ผลการประเมินการให้รหัสโรคและหัตถการของCoder (Code Assessment – CA) ไตรมาส 1-2 ภาพรวมประเทศ



หมายเหตุ : ไม่นับรายการที่ผลการตรวจสอบผิดเงื่อนไขและหน่วยบริการไม่ส่งเวชระเบียน

ประเด็นที่พบจากการตรวจสอบกรณี CODING AUDIT ปีงบประมาณ 2568

1. แพทย์ที่ทำหน้าที่บันทึกและสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน ให้การวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรกซ้อน และหัตถการ ไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์การสรุปโรคและหัตถการ โดยประเด็นที่พบบ่อยคือ
 - สรุปโรคหลักไม่ถูกต้อง
 - สรุปโรครองไม่ถูกต้อง
 - สรุปโรครองโดยไม่พบหลักฐานการให้บริการ
 - สรุปหัตถการโดยไม่มีหลักฐานและพบว่าแพทย์ที่จบใหม่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการสรุปเวชระเบียนตามหลักการ จึงทำให้ Coder ใ้รหัสไม่ถูกต้องไปด้วย
2. ผู้ทำหน้าที่ใ้รหัสโรคและหัตถการในหน่วยบริการ ใ้รหัสไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้ใ้รหัสตามที่แพทย์สรุปโรค/หัตถการโดยประเด็นที่พบบ่อยคือ
 - ใ้รหัสโรคหลักไม่ถูกต้อง
 - เพิ่มรหัสโรครอง โดยที่แพทย์ไม่ได้สรุป
 - ใ้รหัสหัตถการไม่ถูกต้อง
 - เพิ่มรหัสหัตถการ โดยที่แพทย์ไม่ได้สรุป
3. หน่วยบริการนำข้อมูลบริการที่ควรเป็นการบริการแบบผู้ป่วยนอกมาเรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบผู้ป่วยในที่มี LOS 0-1 วัน
4. หน่วยบริการนำข้อมูลผู้ป่วยในที่มี LOS ระยะเวลา มาแบ่งการเบิกชดเชยเป็นหลาย admission (Readmit) โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้จำหน่ายออกจาก รพ.จริงโดยเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตเวช

ข้อเสนอแผนการกำกับ ติดตาม และแนวทางป้องกันแก้ไข

1. สื่อสารผลการประเมินการสรุปโรค-หัตถการของแพทย์และการให้รหัสโรค -หัตถการของ Coder (Summary Assessment: SA และ Code Assessment: CA) ของทุกหน่วยบริการและภาพรวมของทุกสปสช.เขต เพื่อสร้างความตระหนักในการสรุป Discharge summary การบันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วน ในการส่งข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายในแต่ละกองทุนเพื่อความถูกต้อง โดยดำเนินการในระดับพื้นที่ผ่านคณะทำงานระดับเขตที่เกี่ยวข้อง
2. ปีงบประมาณ 2569 มีแผนงาน ขั้นตอน และช่วงเวลา ในการดำเนินการ Audit ที่ชัดเจน และสื่อสารให้หน่วยบริการรับทราบกันอย่างทั่วถึง
3. สื่อสาร ทำความเข้าใจ กับหน่วยบริการที่ส่งเบิกในกลุ่มบริการที่มีการ Re-admission เช่น ในกลุ่มจิตเวช และวันนอนสั้น 0-1 d ว่าการรับไว้เป็นผู้ป่วยในต้องมีเหตุผลความจำเป็นทางการแพทย์
4. Empower ให้ สปสช.เขต มีการช่วยเหลือกันระหว่างหน่วยบริการในเขตในการ Training แพทย์และCoder และจัดให้เกิดการดำเนินกิจกรรม Peer Review ในระดับจังหวัด ซึ่งมีวัตถุประสงค์ ดังนี้
 - เพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการในการตรวจสอบการส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยใน อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นมาตรฐาน
 - เพื่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทำความเข้าใจร่วมกันในการสรุปโรค/หัตถการ และการให้รหัสโรค/หัตถการให้ถูกต้องตามมาตรฐาน
5. การตรวจสอบเวชระเบียนในปีต่อไป กรณีนำผลการตรวจสอบมาทำExtrapolation ควรทำแบบไขว้เขต เพื่อความโปร่งใส เป็นธรรมในการตรวจสอบ และสร้างความเข้มแข็งของ Auditor
6. สร้างมาตรฐานของการตรวจสอบระหว่าง 3 กองทุน

เสนอคณะทำงานฯเพื่อ

1) รับทราบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่าย บริการผู้ป่วยในทั่วไปให้แก่หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

2) มอบ สปสช.เขต 8 อุดรธานีและ CFOเขตสุขภาพที่ 8

2.1 จัดประชุม คทง.CFO เขตสุขภาพที่ 8 เพื่อกรั่นกรองข้อเสนอคณะทำงานฯตามกรอบแนวทางและระยะเวลา ดำเนินการที่ สปสช.กำหนด

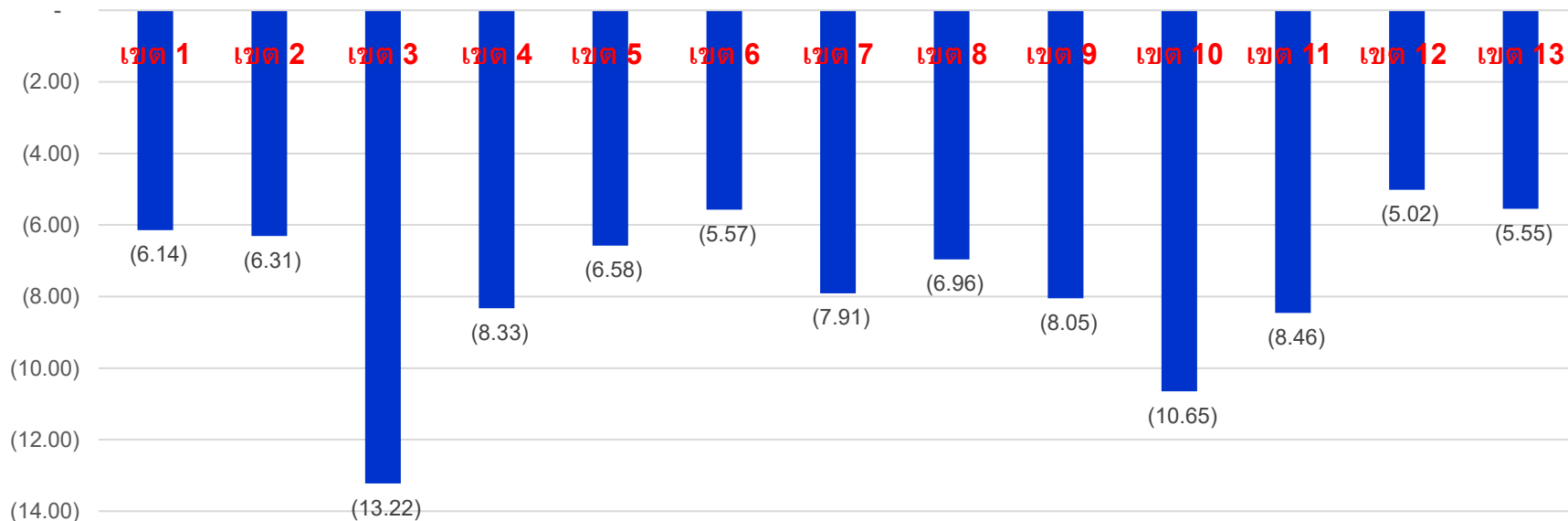
2.2 เสนอ อปสช.เขต 8 อุดรธานี เพื่อพิจารณาเห็นชอบและให้ข้อเสนอแนะ

1) รับรองมติในที่ประชุม เพื่อให้ดำเนินการได้ทันที

BACK UP

ผลการตรวจสอบ IP-Coding audit การสุ่มตรวจแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) สำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไป ระดับ สปสช.เขต รวมไตรมาส 1 และ ไตรมาส 2

ร้อยละ ADJRW_เปลี่ยนแปลงหลังการตรวจสอบไตรมาส 1 และ 2



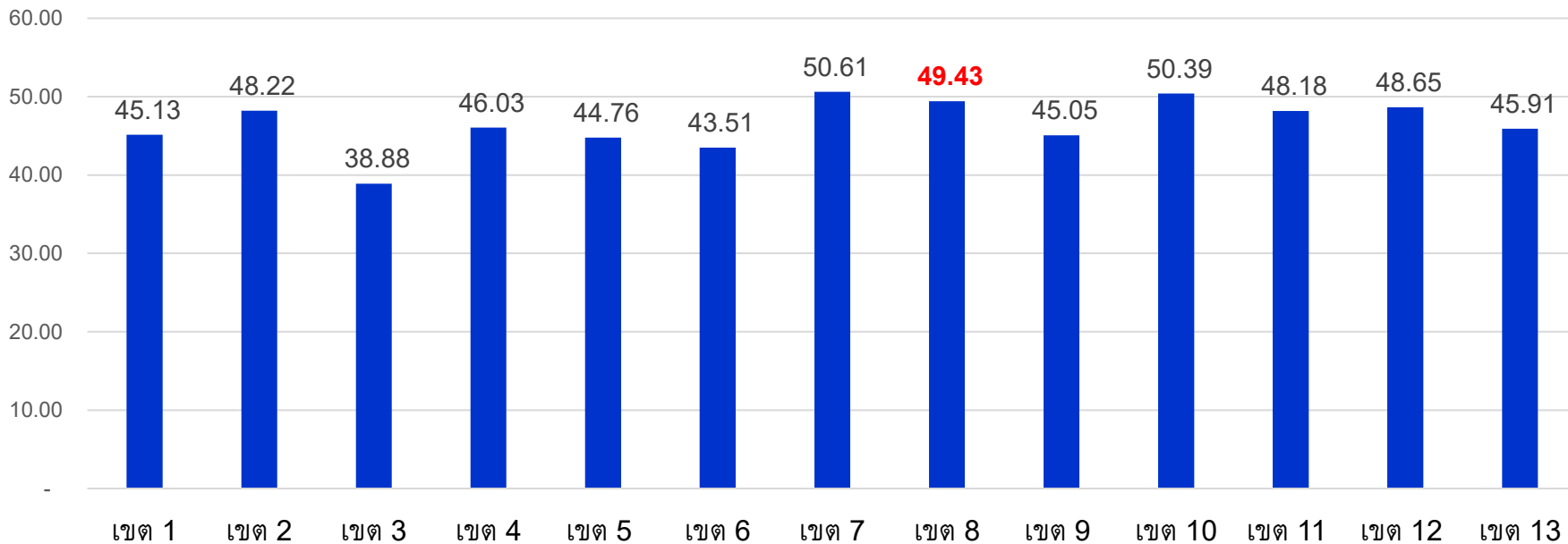
หมายเหตุ : ข้อมูลประมวลผล ณ 3 กรกฎาคม 2568 จากการปิดตรวจข้อมูลไตรมาส 2 (30 มิย 68) อาจมีการประมวลผลข้อมูลและการอุทธรณ์เพิ่มเติม
ข้อมูลแยกรายจังหวัด ยังไม่ได้กรณีไม่เข้าเงื่อนไข ไม่ส่งเวชระเบียน และเบิกผิดกองทุน(ไม่ใช่กองทุนผู้ป่วยในทั่วไป)

ผลการตรวจสอบ IP-Coding audit การสุ่มตรวจแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling)
สำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไป สปสช.เขต8 แยกรายจังหวัด รวมไตรมาส 1 และ ไตรมาส 2

PROVINCE_ID	จังหวัด	จำนวนหน่วย บริการที่ ตรวจสอบ	จำนวน เวชระเบียนที่ ตรวจสอบ	ADJRW ก่อนตรวจสอบ	ADJRW หลังตรวจสอบ	ADJRW เปลี่ยนแปลง	%AdjRW เปลี่ยน
3800	บึงกาฬ	8	728	698.8941	639.3392	-59.5549	-8.52
3900	หนองบัวลำภู	7	720	813.9943	752.3929	-61.6014	-7.57
4100	อุดรธานี	25	2,815	4,007.8220	3,701.3392	-306.4828	-7.65
4200	เลย	16	1,496	1,498.5274	1,384.2499	-114.2775	-7.63
4300	หนองคาย	10	1,078	1,290.2501	1,227.3131	-62.9370	-4.88
4700	สกลนคร	19	2,156	2,324.6978	2,183.9857	-140.7121	-6.05
4800	นครพนม	14	1,221	1,332.8805	1,201.4825	-131.3980	-9.86
สปสช.เขต 8 อุดรธานี Total		99	10,214	11,967.0662	11,090.1025	-876.9637	-7.33

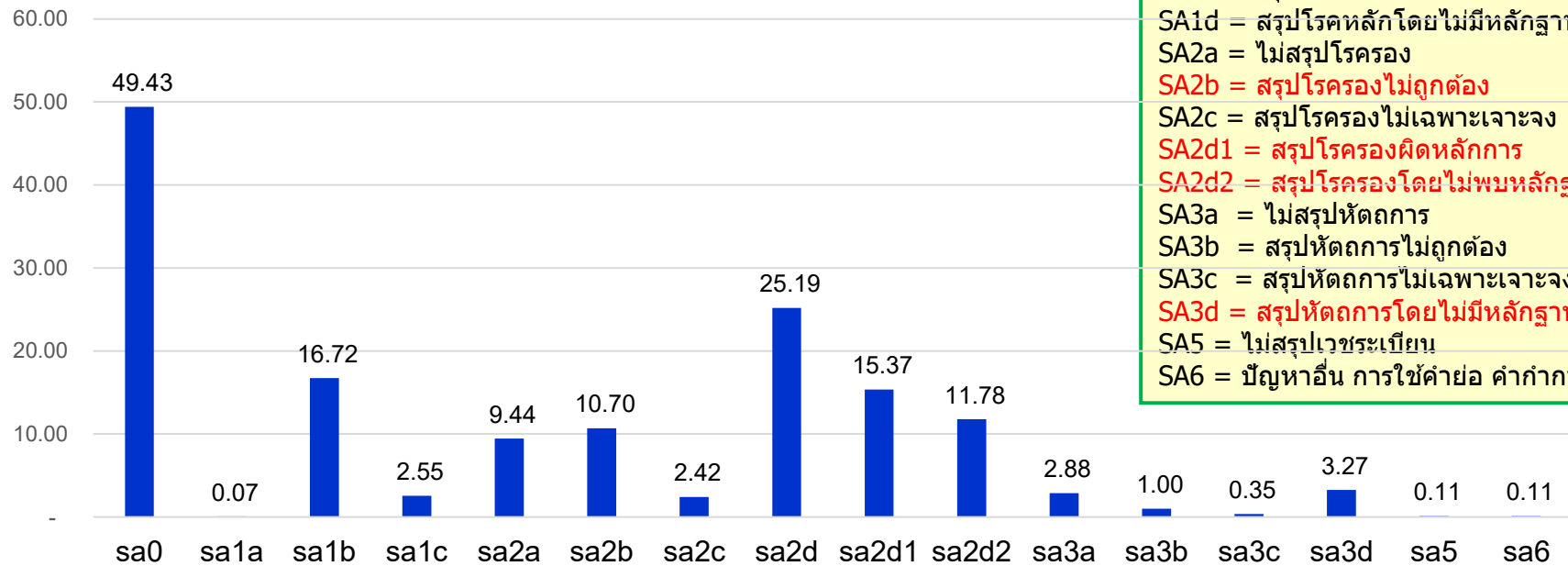
หมายเหตุ : ข้อมูลประมวลผล ณ 3 กรกฎาคม 2568 จากการปิดตรวจข้อมูลไตรมาส 2 (30 มิย 68) อาจมีการประมวลผลข้อมูลและการอุทธรณ์เพิ่มเติม
ข้อมูลแยกรายจังหวัด ยังไม่ได้กรณีไม่เข้าเงื่อนไข ไม่ส่งเวชระเบียน และเบิกผิดกองทุน(ไม่ใช่กองทุนผู้ป่วยในทั่วไป)

ร้อยละ SAO ถูกต้องทั้งหมด



หมายเหตุ : ไม่นับรายการที่ผลการตรวจสอบผิดเงื่อนไขและหน่วยบริการไม่ส่งเวชระเบียน

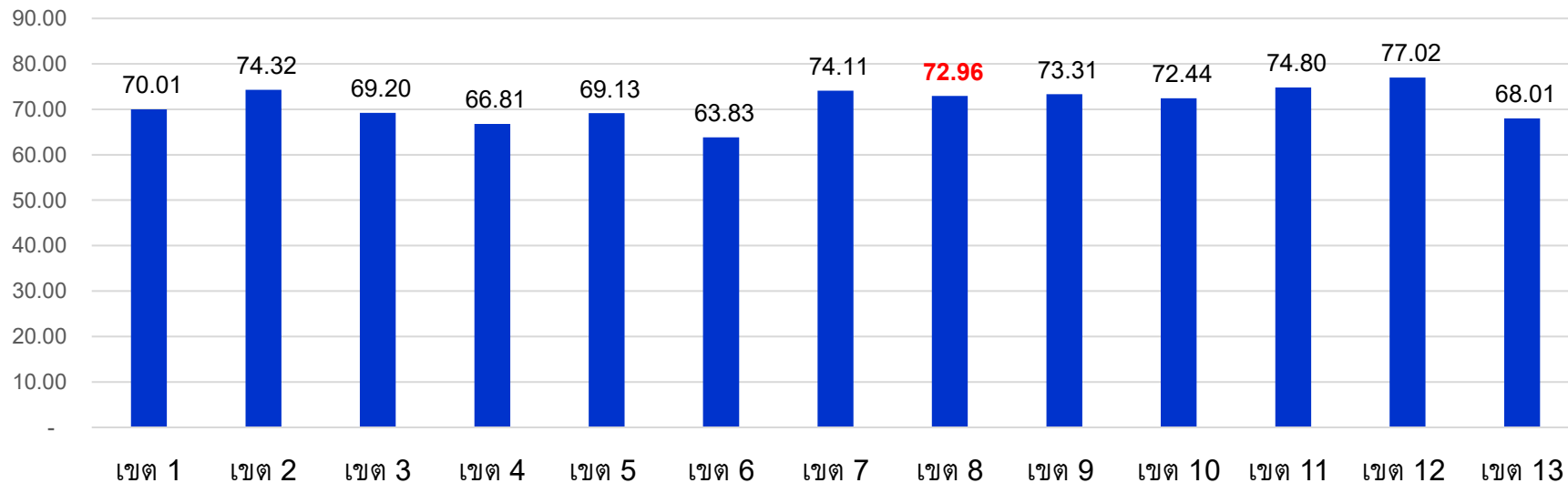
ร้อยละการประเมินการสรุปโรคและหัตถการของแพทย์



- SA0 = ถูกต้องทั้งหมด
- SA1a = ไม่สรุปโรคหลัก
- SA1b = สรุปโรคหลักไม่ถูกต้อง
- SA1c = สรุปโรคหลักไม่เฉพาะเจาะจง
- SA1d = สรุปโรคหลักโดยไม่มีหลักฐาน
- SA2a = ไม่สรุปโรครอง
- SA2b = สรุปโรครองไม่ถูกต้อง
- SA2c = สรุปโรครองไม่เฉพาะเจาะจง
- SA2d1 = สรุปโรครองผิดหลักการ
- SA2d2 = สรุปโรครองโดยไม่พบหลักฐาน
- SA3a = ไม่สรุปหัตถการ
- SA3b = สรุปหัตถการไม่ถูกต้อง
- SA3c = สรุปหัตถการไม่เฉพาะเจาะจง
- SA3d = สรุปหัตถการโดยไม่มีหลักฐาน
- SA5 = ไม่สรุปเวชระเบียน
- SA6 = ปัญหาอื่น การใช้คำย่อ คำกำวม

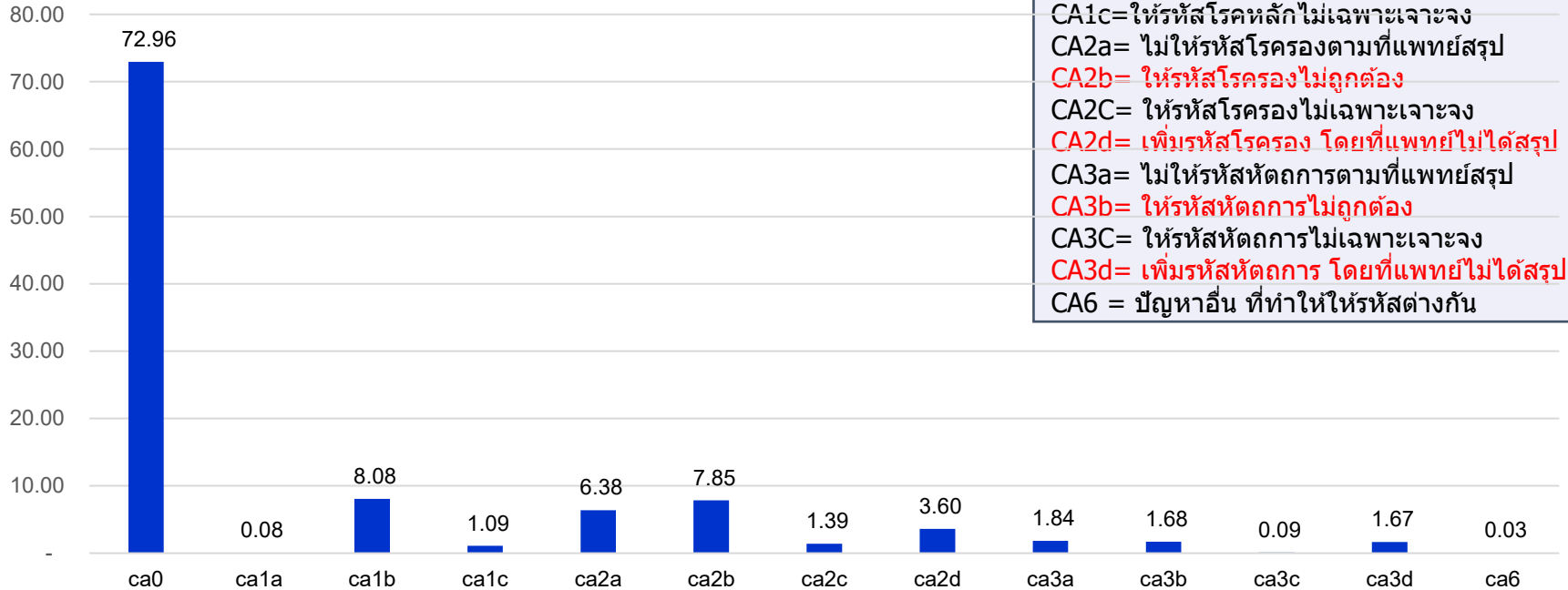
หมายเหตุ : ไม่นับรายการที่ผลการตรวจสอบผิดเงื่อนไขและหน่วยบริการไม่ส่งเวชระเบียน

ร้อยละCA0 ถูกต้องทั้งหมด



หมายเหตุ : ไม่นับรายการที่ผลการตรวจสอบผิดเงื่อนไขและหน่วยบริการไม่ส่งเวชระเบียน

ร้อยละประเมินการให้รหัสโรคและหัตถการของCoder



- CA0 = ถูกต้องทั้งหมด
- CA1a= ไม่ให้รหัสโรคหลักตามที่แพทย์สรุป
- CA1b= ให้รหัสโรคหลักไม่ถูกต้อง
- CA1c=ให้รหัสโรคหลักไม่เฉพาะเจาะจง
- CA2a= ไม่ให้รหัสโรครองตามที่แพทย์สรุป
- CA2b= ให้รหัสโรครองไม่ถูกต้อง
- CA2C= ให้รหัสโรครองไม่เฉพาะเจาะจง
- CA2d= เพิ่มรหัสโรครอง โดยที่แพทย์ไม่ได้สรุป
- CA3a= ไม่ให้รหัสหัตถการตามที่แพทย์สรุป
- CA3b= ให้รหัสหัตถการไม่ถูกต้อง
- CA3C= ให้รหัสหัตถการไม่เฉพาะเจาะจง
- CA3d= เพิ่มรหัสหัตถการ โดยที่แพทย์ไม่ได้สรุป
- CA6 = ปัญหาอื่น ที่ทำให้ให้รหัสต่างกัน

หมายเหตุ : ไม่นับรายการที่ผลการตรวจสอบผิดเงื่อนไขและหน่วยบริการไม่ส่งเวชระเบียน

ผลการตรวจสอบ IP-Coding audit การสุ่มตรวจแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling)
กรณีไม่เข้าเงื่อนไขการเบิกจ่าย ผู้ป่วยใน (ฉบับ) แยกตามประเภทที่ตรวจพบ และแยกรายจังหวัด รวมไตรมาส 1และ2

ลำดับ	จำนวนประเภทกรณีผิดเงื่อนไข	นครพนม	บึงกาฬ	เลย	สกลนคร	หนองคาย	หนองบัวลำภู	อุดรธานี	Total	ร้อยละ
1	OPD CASE	13	9	12	95	17	10	45	201	60.36
2	อื่นๆเช่นF/U case ,แพทย์ไม่ลงนาม	15	5	15	15	6	3	15	74	38.95
3	แนวเวชระเบียนไม่ถูกต้อง	8	0	8	5	2	2	9	34	17.89
4	รับไว้ observe หรือไม่มีคำสั่ง admit	2	1	2	8	0	0	6	19	10.00
5	เตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งต่อ	2	0	0	1	1	1	0	5	2.63
	สปสช.เขต 8 อุดรธานี	40	15	37	124	26	16	75	333	100.00

หมายเหตุ : ข้อมูลประมวลผล ณ 3 กรกฎาคม 2568 จากการปิดตรวจข้อมูลไตรมาส 2 (30 มิย 68) อาจมีการประมวลผลข้อมูลและการอุทธรณ์เพิ่มเติม
ข้อมูลแยกรายจังหวัด ยังไม่ได้กรณีไม่เข้าเงื่อนไข ไม่ส่งเวชระเบียน และเบิกผิดกองทุน(ไม่ใช่กองทุนผู้ป่วยในทั่วไป)