



การนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูล เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่าย บริการผู้ป่วยในให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

การประชุมคณะกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังและพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการ
ในเขตสุขภาพที่ 8 ครั้งที่ 3/2568วันอังคารที่ 5 สิงหาคม 2568 เวลา 13.30 – 16.30 น.
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลหนองบัวลำภู อำเภอเมืองหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
ระบบ Zoom Meeting ห้องสัญญาณ ID : 434 9083271 Password : r8waycfo

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

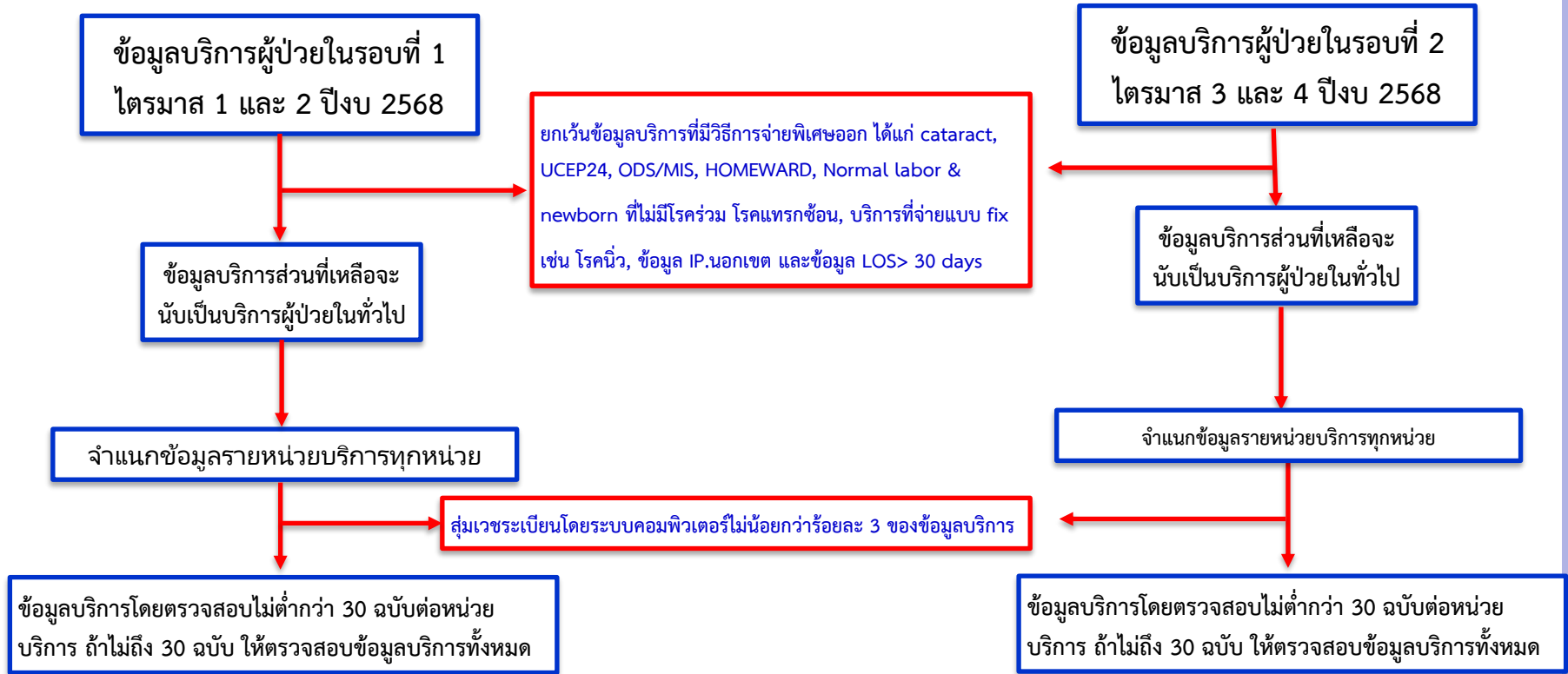
ข้อ ๖ การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับ
บริการผู้ป่วยในทั่วประเทศ ตามข้อ ๔ (๒) ให้ตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบ (auditor) ภายใต้การดำเนินการ
บริหารจัดการของสำนักงานเขต โดยตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ภายในปีงบประมาณตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) สุ่มตรวจข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยใน

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

(ข) สุ่มตรวจข้อมูลแบบมีเงื่อนไข เฉพาะรายที่มีความผิดปกติจากการประมวลผล
กรณีที่เกิดการสุ่มตรวจข้อมูลแบบไม่มีเงื่อนไขตาม (ก) พบความผิดปกติจำนวนมากซึ่งต้องการขยายผล
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
กรมแพทย์ทหาร	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



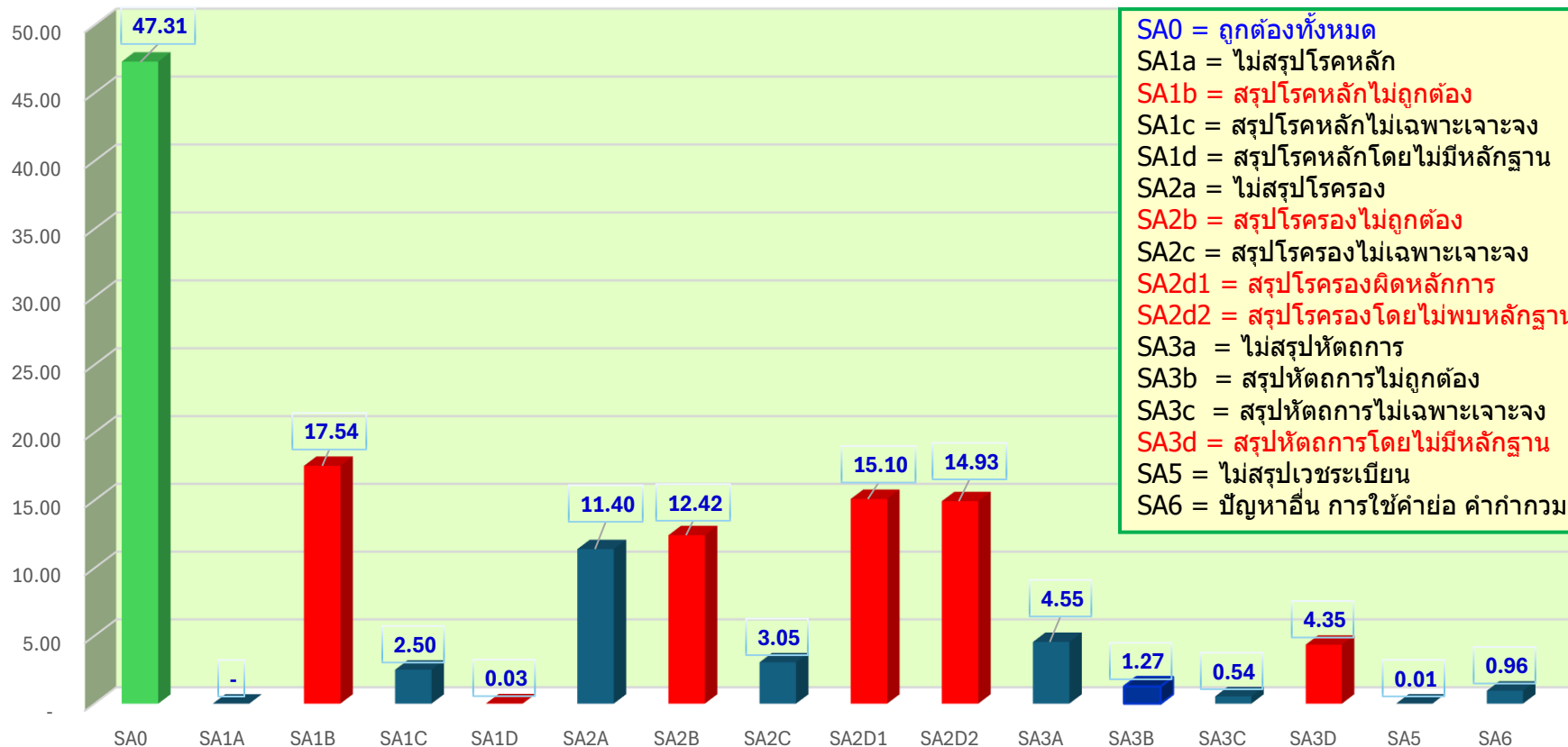
1. นำผลการสุ่มตรวจสอบมาปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง ทั้งปรับเพิ่มและปรับลด โดยการนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ตรวจสอบพบว่าไม่ถูกต้องดังกล่าวไปคำนวณย้อนกลับจากผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) โดยยังคงเป็นการบริหารในระดับเขตภายใต้วงเงิน Global budget ระดับเขตพื้นที่
2. การปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการภายในเขตให้ผ่าน 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

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

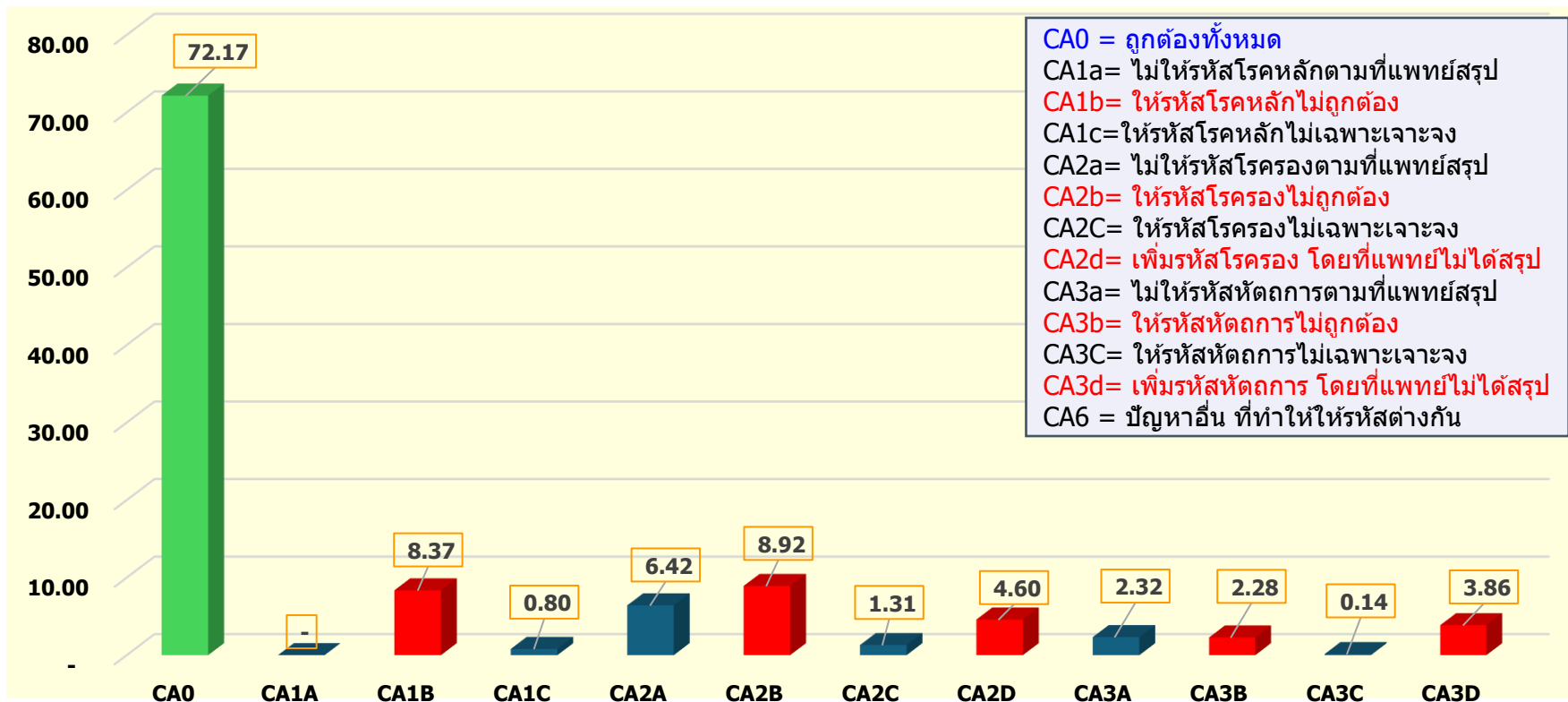
ผลการประเมินการสรุปโรคและหัตถการของแพทย์ (Summary Assessment – SA) ไตรมาส 1-2 ภาพรวมประเทศ



- 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 คำกำกวม

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

การประชุมคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขต 8
ครั้งที่ 2/2568 วันพฤหัสบดีที่ 24 กรกฎาคม 2568



มติที่ประชุม

รับทราบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการ
ผู้ป่วยในทั่วไปให้แก่หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ วันที่ 7
กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ข้อสั่งการ

มอบ สปสช.เขต 8 อุดรธานีและ CFOเขตสุขภาพที่ 8

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

2.2 เสนอ อปสช.เขต 8 อุดรธานี เพื่อพิจารณาเห็นชอบและให้ข้อเสนอแนะ

(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 13 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

ผลการตรวจสอบ IP-Coding audit การสุ่มตรวจแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling)



สำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไป ระดับจังหวัด ในเขต 8 รวมไตรมาส 1 และ ไตรมาส 2

จังหวัด	จำนวนหน่วยบริการที่ตรวจสอบ (แห่ง)	Sum adjrw (ก่อนตรวจ)	Sum adjrw (หลังตรวจ)	จำนวน Sum adjrw ที่เปลี่ยนแปลงหลังการตรวจสอบ	Average of % Sum adjrw เปลี่ยนแปลงหลังการตรวจสอบ	ประมาณการเรียกเงินคืนเพื่อเข้า Global เขต (บาท)	จำนวนหน่วยที่ AdjRWเท่าเดิม/เพิ่มขึ้นหลังตรวจ(แห่ง)	จำนวนหน่วยที่ลดลงหลังตรวจ (แห่ง)	Sum adjrw จ่ายชัดเจน 97%	Sum adjrw ที่เปลี่ยนแปลงตามผลการคำนวณ Extrapolaiton	Sum of จำนวนที่ปรับปรุงผ่านกลไกระดับเขต	Sum of Sum adjrw ที่เปลี่ยนแปลงหลังพิจารณาภายในเขต
		[1]	[2]	[3]=[1]-[2]	[4]	[5]=[3]*8,350	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]=[9]	[11]=[8]-[10]
หนองคาย	10	1,238.0660	1,182.9453	- 55.1207	-4.45%	-460,257.84	1	9	35,823.5641	- 1,293.9618	- 1,293.9618	34,529.6023
สกลนคร	19	2,227.9646	2,120.7156	- 107.2490	-4.81%	-895,529.15	4	15	80,122.6511	- 3,379.6710	- 3,379.6710	76,742.9801
หนองบัวลำภู	7	766.8498	721.9572	- 44.8926	-5.85%	-374,853.21	1	6	20,707.8782	- 1,291.7175	- 1,291.7175	19,416.1607
เลย	16	1,431.2127	1,345.1322	- 86.0805	-6.01%	-718,772.17	3	13	39,255.9736	- 2,356.8093	- 2,356.8093	36,899.1643
นครพนม	14	1,213.5997	1,131.8622	- 81.7375	-6.74%	-682,508.13	2	12	28,011.3424	- 1,983.7036	- 1,983.7036	26,027.6388
อุดรธานี	25	3,791.6440	3,517.7459	- 273.8981	-7.22%	-2,287,049.14	3	22	115,273.9937	- 8,583.0059	- 8,583.0059	106,690.9878
บึงกาฬ	8	639.1593	592.2972	- 46.8621	-7.33%	-391,298.54	1	7	18,999.9785	- 1,280.7716	- 1,280.7716	17,719.2069
Grand Total	99	11,308.4961	10,612.6556	- 695.8405	-6.15%	-5,810,268.18	9	43	338,195.3817	- 20,169.6407	- 20,169.6407	318,025.7410

หมายเหตุ : เงื่อนไขการปรับปรุง Sum adjrw

1.ผลรวมSum adjrw ภาพรวมเขต = - 20,169.6407 ภาพรวมจังหวัด=[10]

2.ผลรวมการปรับปรุงราย CUP Maximum / Minimum = 0

เสนอ CFO เขตสุขภาพที่ 8 เพื่อ

- รับทราบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้แก่หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2568
- พิจารณาหลักเกณฑ์การปรับ Sum adjrw ของหน่วยบริการแต่ละแห่งภายในเขต(เฉพาะหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.) เพื่อเสนอ คทง.5x5 ในการประชุม ครั้งที่ 3/68 วันที่ 8 สิงหาคม 2568

- เสนอ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8/2568 วันที่ 4 สิงหาคม 2568
 - ข้อเสนอการขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปงบประมาณ พ.ศ.2568 เพิ่มเติม (งบกลาง)
 - (ร่าง) ข้อเสนอหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปงบประมาณ พ.ศ. 2569
- ผลการประเมินการสรุปโรคและหัตถการของแพทย์ (Summary Assessment – SA) ไตรมาส 1-2 ภาพรวมเขต 8 อุดรธานี
- ผลงานการบริการการชดเชยกองทุนผู้ป่วยในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ หน่วยบริการในพื้นที่เขต ๘ อุดรธานี

ข้อเสนอการขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 เพิ่มเติม (งบกลาง)

จึงเรียนเสนอคณะกรรมการเพื่อ

1. รับทราบสถานการณ์การเบิกจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผลการตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการ สำหรับรายการงบประมาณที่ไม่เพียงพอปีงบประมาณ 2568
2. เห็นชอบขอเสนอการบริหารงบประมาณระหว่างการขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 เพิ่มเติม (งบกลาง)
3. เห็นชอบขอเสนอการขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 เพิ่มเติม (งบกลาง) จำนวน 17,185.84 ล้านบาท ประกอบด้วย
 - 1) ค่าบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568 ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพ สำหรับการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขตามผลงานบริการ จำนวน 12,866.24 ล้านบาท
 - 2) ค่าบริการผู้ป่วยใน หลังนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าชดเชยให้ถูกต้อง จำนวน 2,061.97 ล้านบาท
 - 3) ค่าบริการผู้ป่วยใน ไม่เพียงพอ ปีงบประมาณ 2568 เพื่อให้หน่วยบริการได้รับอัตราจ่าย 8,350 บาท/AdjRW จำนวน 2,257.63 ล้านบาท (ประมาณที่ต่อไขจำนวน 2,700.59 ล้านบาท และหักที่เงินขอรับงบประมาณจากรายการรายได้สูง (ดู) กวาค่าใช้จ่ายสะสมคงเหลือ ณ 30 พฤศจิกายน 2566 จำนวน 442.96 ล้านบาท)
4. เห็นชอบในหลักการขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 เพิ่มเติม (งบกลาง) ตามที่เสนอ
5. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที



(ร่าง) ข้อเสนอหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ปงบประมาณ พ.ศ. 2569

(ร่าง) ข้อเสนอหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริการจัดการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปงบประมาณ พ.ศ. 2569
(ผ่านครม.เมื่อวันที่ 4 ก.พ. 68 และสภาผู้แทนราษฎรวาระ 1 เมื่อ 31 พ.ค 68
รอเสนอเข้าสภาวาระ 2-3)

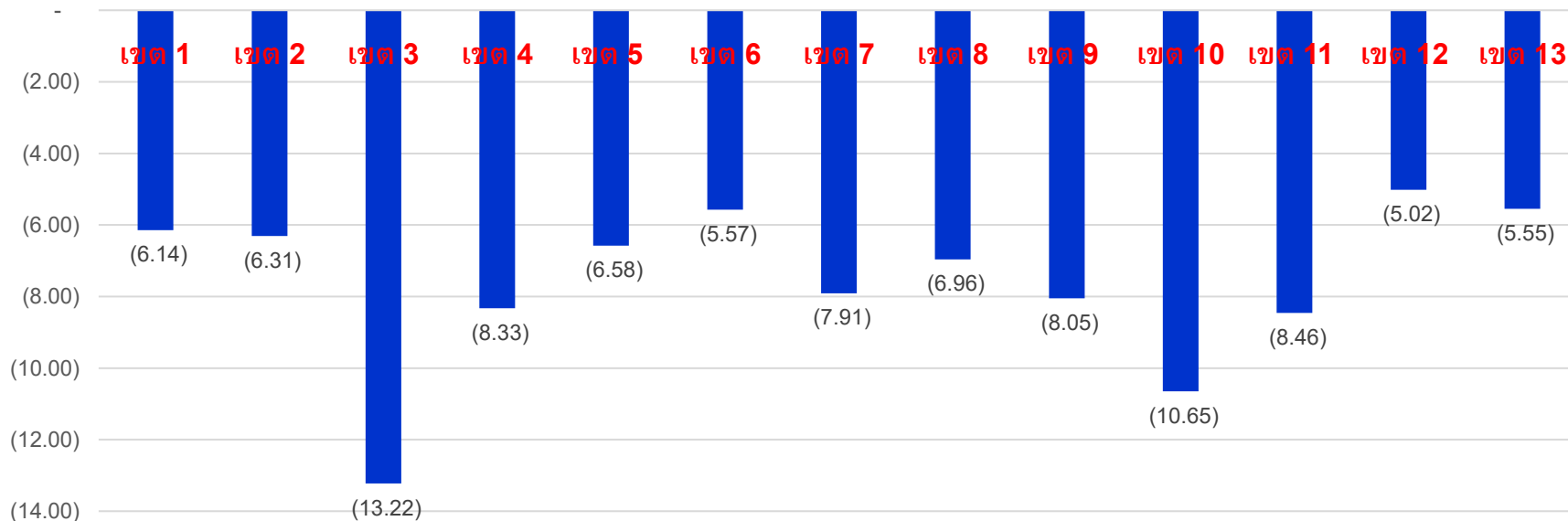
เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8/2568 วันที่ 4 ส.ค. 2568
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผ่านความเห็นชอบจาก คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน เมื่อวันที่ 19 มิ.ย. 68 และ 17 ก.ค.68
คณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ เมื่อวันที่ 29 ก.ค. 68

ผลการตรวจสอบ IP-Coding audit การสุ่มตรวจแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling)

สำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไป ระดับ สปสช.เขต รวมไตรมาส 1 และ ไตรมาส 2

ร้อยละ ADJRW_เปลี่ยนแปลงหลังการตรวจสอบไตรมาส 1และ 2



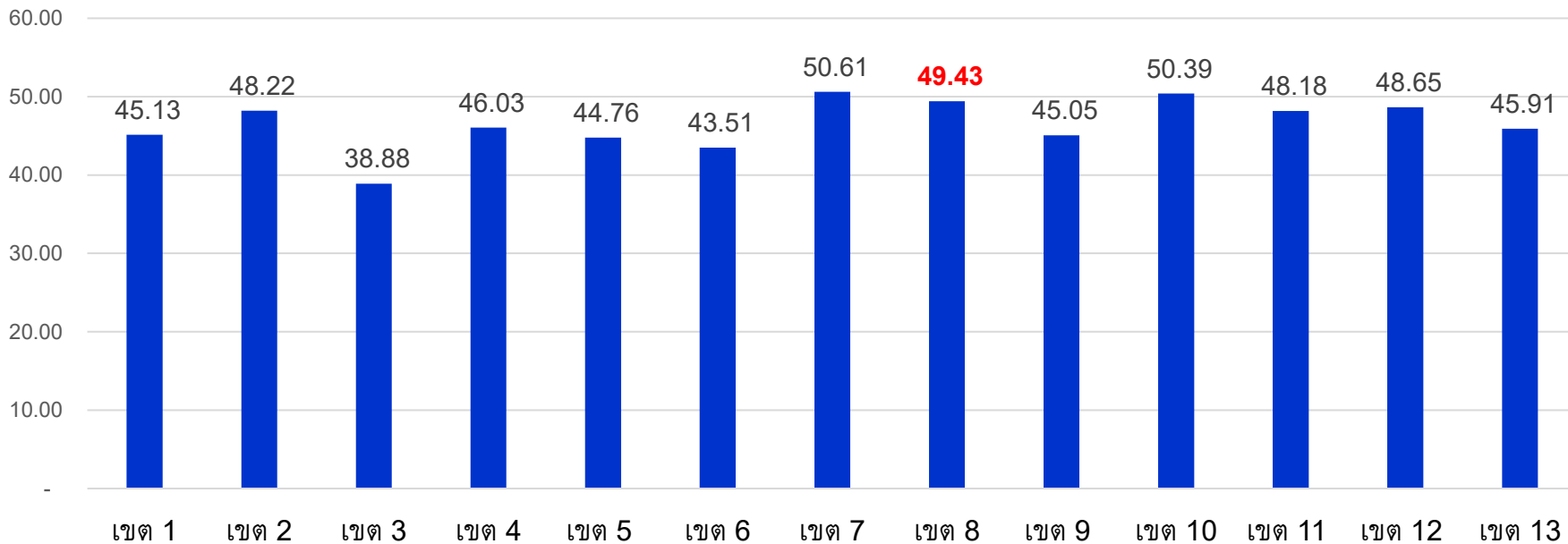
หมายเหตุ : ข้อมูลประมวลผล ณ 3 กรกฎาคม 2568 จากการปิดตรวจข้อมูลไตรมาส 2 (30 มิย 68) อาจมีการประมวลผลข้อมูลและการอุทธรณ์เพิ่มเติม
ข้อมูลแยกรายจังหวัด ยังไม่ได้กรณีไม่เข้าเงื่อนไข ไม่ส่งเวชระเบียน และเบิกผิดกองทุน(ไม่ใช่กองทุนผู้ป่วยในทั่วไป)

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

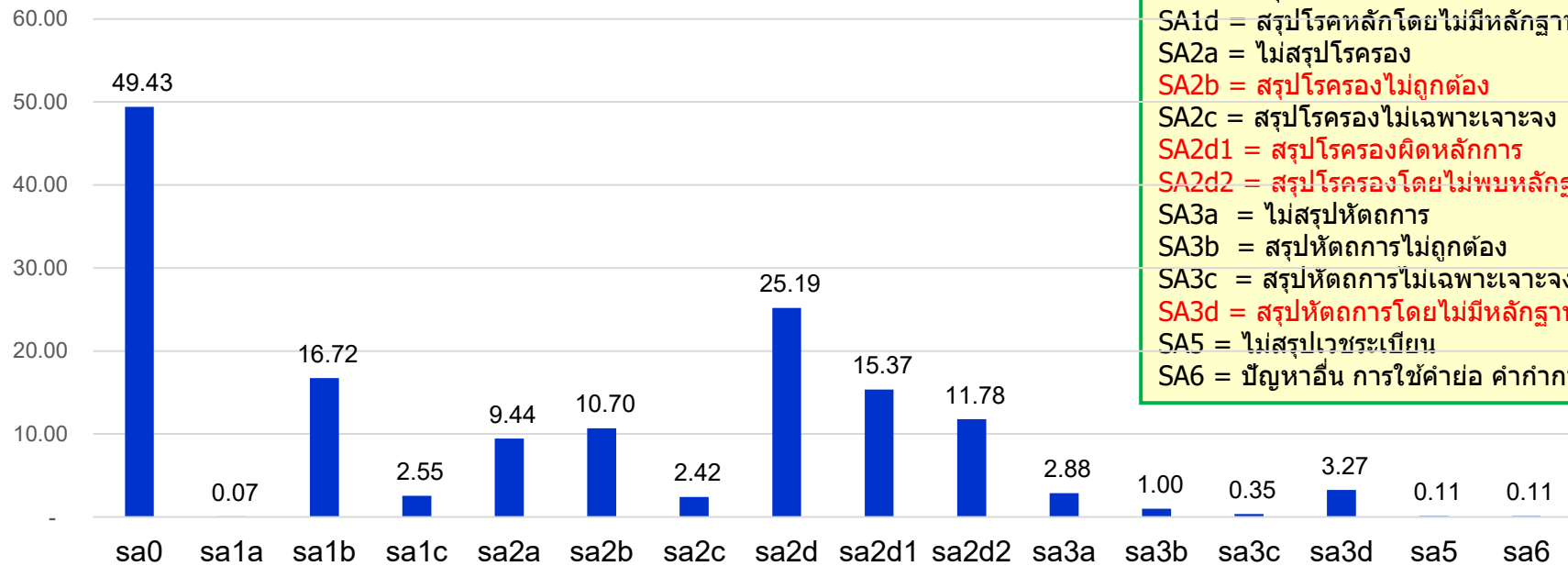
หมายเหตุ : ข้อมูลประมวลผล ณ 3 กรกฎาคม 2568 จากการปิดตรวจข้อมูลไตรมาส 2 (30 มิย 68) อาจมีการประมวลผลข้อมูลและการอุทธรณ์เพิ่มเติม
ข้อมูลแยกรายจังหวัด ยังไม่ได้กรณีไม่เข้าเงื่อนไข ไม่ส่งเวชระเบียน และเบิกผิดกองทุน(ไม่ใช่กองทุนผู้ป่วยในทั่วไป)

ร้อยละ SAO ถูกต้องทั้งหมด



หมายเหตุ : ไม่นับรายการที่ผลการตรวจสอบผิดเงื่อนไขและหน่วยบริการไม่ส่งเวชระเบียน

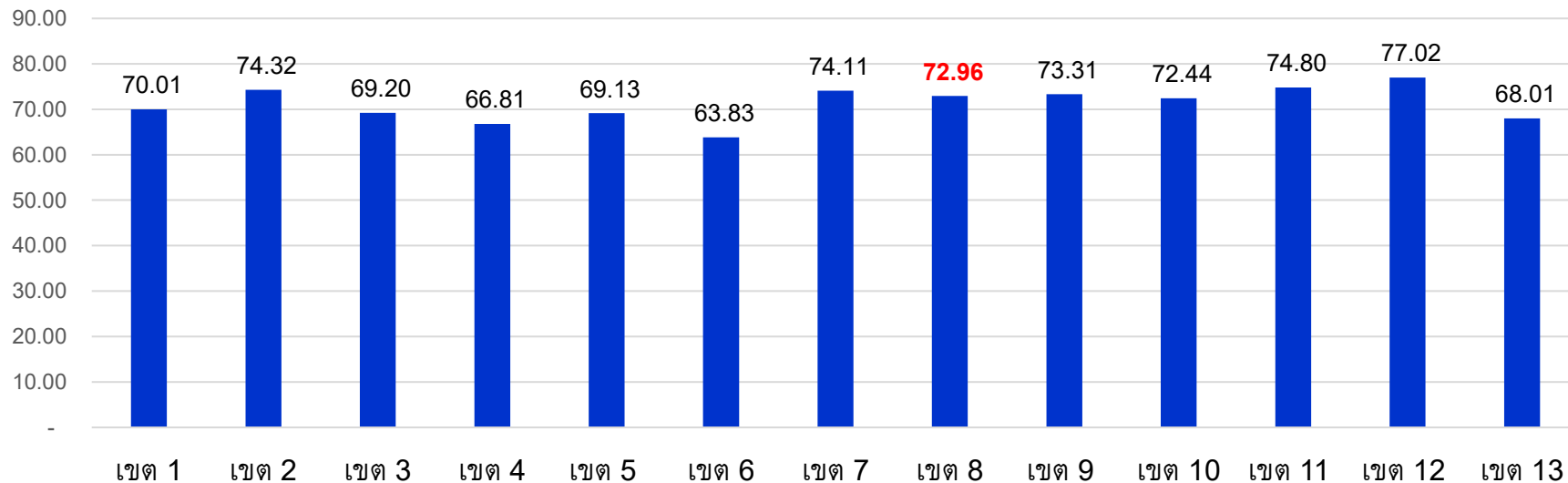
ร้อยละการประเมินการสรุปโรคและหัตถการของแพทย์



- 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

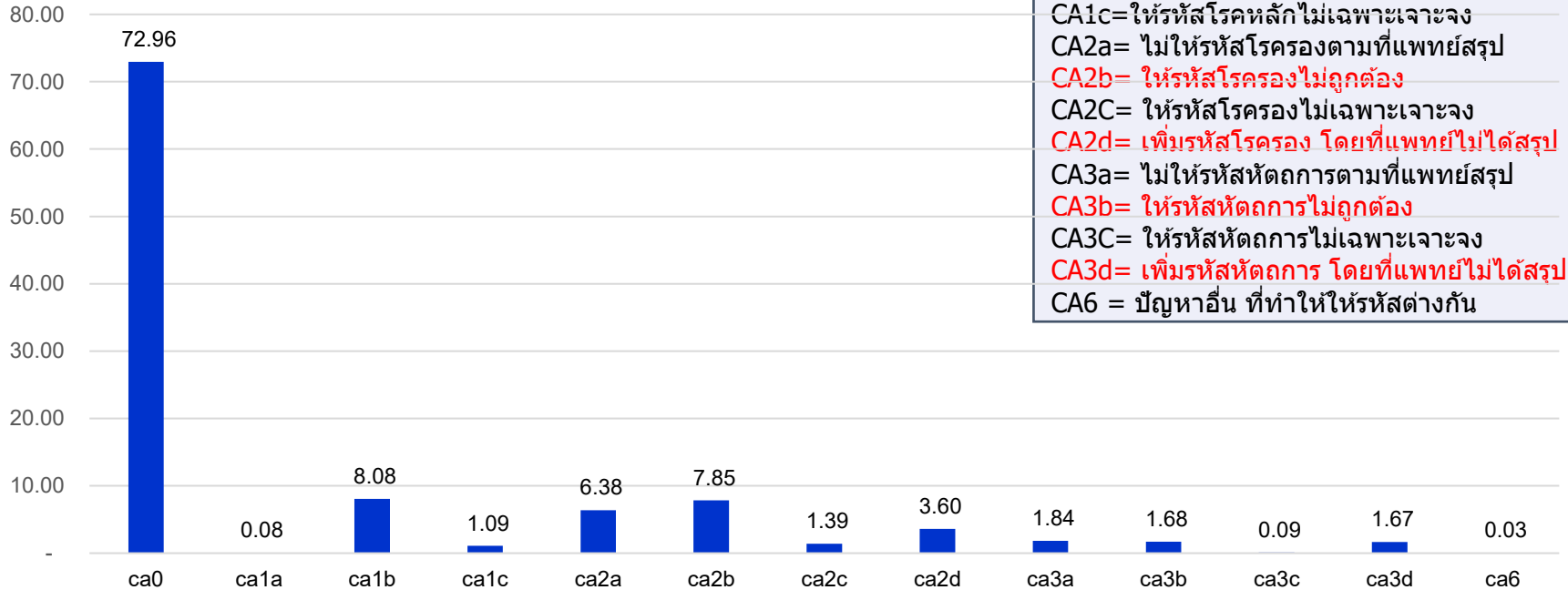
หมายเหตุ : ไม่นับรายการที่ผลการตรวจสอบผิดเงื่อนไขและหน่วยบริการไม่ส่งเวชระเบียน

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) อาจมีการประมวลผลข้อมูลและการอุดหนุนเพิ่มเติม
ข้อมูลแยกรายจังหวัด ยังไม่ได้กรณีไม่เข้าเงื่อนไข ไม่ส่งเวชระเบียน และเบิกผิดกองทุน(ไม่ใช่กองทุนผู้ป่วยในทั่วไป)

Global Budget IP ปี68 (วงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป)



เขต	เขต	คำนวณ GB 68								GB IP เขตปี 68
		ม.7 (9,600บาท/Adj.)	UCEP เอกชน (เงิน)	สำรองเตียง (9,600บาท/Adj.)	นอกเขต (9,600บาท/Adj.)	NB ป่วย (9,000บาท/Adj.)	NB ป่วย+หัตถการ (12,000 บาท/Adj.)	รวม คชจ. Fix (เงิน)	IP ในเขต	จำนวนเงิน GB IP เขต
01	01 เชียงใหม่	12,766,752	58,772,698	95,136	149,330,208	99,991,350	10,853,880	331,810,024	7,570,298,877	7,902,108,901
02	02 ทิพเขตโลก	2,752,416	56,435,619	14,016,288	330,185,856	54,480,150	14,189,040	472,059,369	3,728,610,420	4,200,669,788
03	03 นครสวรรค์	2,720,064	93,183,866	50,863,968	452,386,272	50,405,040	5,737,800	655,297,010	3,307,814,591	3,963,111,601
04	04 สระบุรี	3,745,632	136,751,513	430,464	820,531,296	104,621,850	18,771,960	1,084,852,715	4,910,465,996	5,995,318,711
05	05 ราชบุรี	972,672	88,925,152	80,928	869,267,424	116,241,570	14,137,560	1,089,625,306	5,520,340,477	6,609,965,783
06	06 ระยอง	669,120	201,726,657	2,531,520	847,248,096	159,981,840	32,438,160	1,244,595,393	5,658,176,516	6,902,771,908
07	07 ชัยนาท	17,037,576	21,790,550	00,480	281,912,004	88,100,540	9,333,120	416,323,950	6,208,803,008	6,817,131,557
08	08 อุดรธานี	740,832	17,512,504	-	476,797,440	90,636,480	16,514,640	602,201,896	6,254,372,778	6,856,574,674
09	09 นครราชสีมา	17,888,888	78,453,426	-	588,168,832	188,173,600	28,863,680	885,859,346	7,564,486,832	8,278,255,277
10	10 อุบลราชธานี	572,640	22,357,405	-	320,200,416	85,964,940	15,488,520	444,583,921	5,611,581,011	6,056,164,932
11	11 สุราษฎร์ธานี	276,384	32,168,789	-	475,301,856	128,819,970	15,330,000	651,896,999	4,973,797,239	5,625,694,238
12	12 สงขลา	602,304	34,351,150	-	125,127,168	142,703,730	27,309,480	330,093,832	5,065,422,875	5,395,516,706
13	13 กรุงเทพมหานคร	6,375,648	454,700,061	29,288,352	415,295,808	137,362,500	37,387,080	1,080,409,449	4,691,325,089	5,771,734,538
14	14 SNSP	11,424	245,920	-	-	-	-	257,344	35,466,792	35,724,136
Total		66,363,072	1,289,381,109	97,367,136	6,161,744,736	1,357,549,560	237,553,920	9,209,959,533	71,092,884,298	80,302,843,830

หมายเหตุ:มติคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับเขต (5x5)การประชุมครั้งที่ 3/2567 วันอังคารที่ 22 ตุลาคม 2567

และมติคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๘ อุดรธานี การประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ วันที่ 25 ตุลาคม ๒๕๖๗

กำหนดอัตราจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน ในเขต สำหรับหน่วยบริการทุกสังกัดในพื้นที่ เขต 8 =8,350 บาท/AdjRW ตั้งแต่ STM6710_IP_01 เป็นต้นไป

Base Rate 68-by date sent REGION 08

อัตราจ่ายรายเดือน ตามวันที่ส่งข้อมูล ของหน่วยบริการในพื้นที่เขต 8

BaseRate 68-by date sent									
month	ตค.67	พย.67	ธค.67	มค.68	กพ.68	มีค.68	เมย.68	พค.68	มิย.68
BR01	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350	8,350
BR02-R08	7,160	7,120	7,162	7,210	7,066	7,188	7,159	7,182	7,147
K-BR-CUP									
1	7,160	7,120	7,162	7,210	7,066	7,188	7,159	7,182	7,147
1.05	7,518	7,476	7,520	7,571	7,419	7,547	7,517	7,541	7,504
1.1	7,876	7,832	7,878	7,931	7,773	7,907	7,875	7,900	7,862
1.15	8,234	8,188	8,236	8,292	8,126	8,266	8,233	8,259	8,219
1.2	8,592	8,544	8,594	8,652	8,479	8,626	8,591	8,618	8,576
1.25	8,950	8,900	8,953	9,013	8,833	8,985	8,949	8,978	8,934
1.3	9,308	9,256	9,311	9,373	9,186	9,344	9,307	9,337	9,291
1.35	9,666	9,612	9,669	9,734	9,539	9,704	9,665	9,696	9,648
1.4	10,024	9,968	10,027	10,094	9,892	10,063	10,023	10,055	10,006
1.45	10,382	10,324	10,385	10,455	10,246	10,423	10,381	10,414	10,363
1.5	10,740	10,680	10,743	10,815	10,599	10,782	10,739	10,773	10,721

ชั้นการกำหนดค่า K	คะแนนจัดสรร
รพช. ≤ 10	1.50
รพช. B > 10 - ≤ 60 POP ≤ 5,000	1.45
รพช. B > 10 - ≤ 60 POP > 5,000 - 10,000	1.40
รพช. B > 10 - ≤ 60 POP > 10,000 - 20,000	1.35
รพช. B > 10 - ≤ 60 POP > 20,000 - 30,000	1.30
รพช. B > 10 - ≤ 60 POP > 30,000 - 40,000	1.25
รพช. B > 10 - ≤ 60 POP > 40,000 - 50,000	1.20
รพช. B > 10 - ≤ 60 POP > 50,000 - 60,000	1.15
รพช. B > 10 - ≤ 60 POP > 60,000	1.10
รพช. B > 60 POP ≤ 60,000	1.15
รพช. B > 60 POP > 60,000	1.10
รพท. ≤ 300	1.15
รพท. > 300 - 600	1.10
รพท. > 600	1.05
รพศ. ≤ 600	1.10
รพศ. > 600 - 1,000	1.05
รพศ. > 1,000	1.00

การคำนวณ BR02 หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. รายเดือน

1. SumAdjRW (month) สังกัด สป.สธ. * BR01 = [A]

2. SumAdjRW (month) สังกัด สป.สธ. * K ราย รพ. = [B]

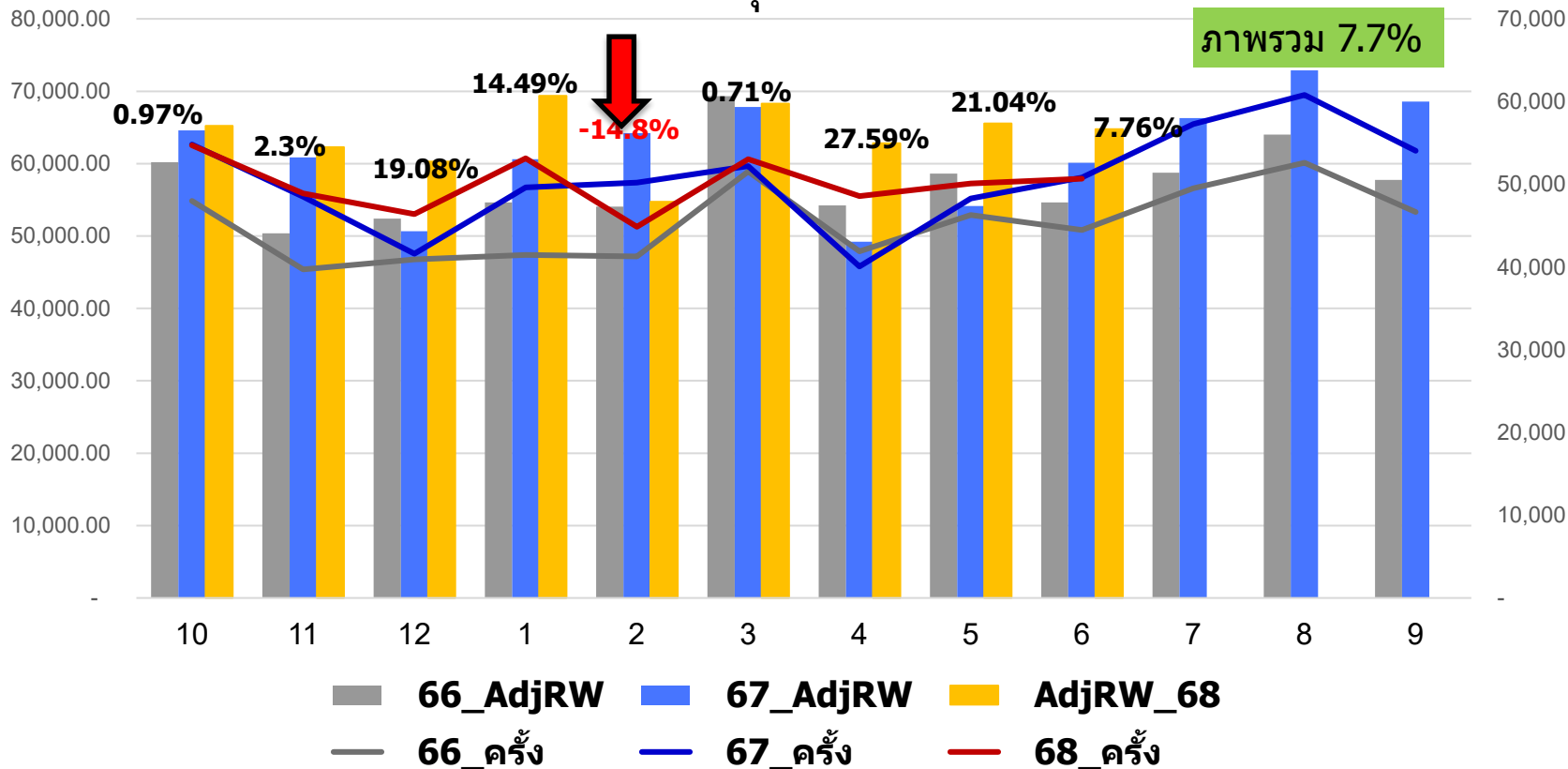
3. BR02 = [B] / [A]

4. K-BR-CUP = K * BR02

5. การจ่ายชดเชย = SumAdjRW (month) * K * BR02 - ค่าแรง CUP

ผลงานบริการผู้ป่วยใน ในเขต (IP01) แยกรายเดือนส่งข้อมูล

หน่วยบริการทุกสังกัดในพื้นที่ เขต 8



การคาดการณ์ผลงานการให้บริการผู้ป่วยใน(ในเขต) ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ และประมาณการวงเงินคงเหลือ

- ปีงบฯ2564-2568 อัตราจ่าย 8,350 บาท/AdjRW
- ปี 2564-2566 สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีงบประมาณเพิ่มเติมตาม พรก.กู้เงินฯ สำหรับบริการ COVID-19
- ปี 2566 งบประมาณไม่เพียงพอ ชะลอการเรียกคืน (STM6609_IP_02อุทธรณ์)

[A]				[B]				[C]=8,350*[B]	[D]=[A]-[C]
Fiscal Year	งบประมาณที่ R08 ได้รับ			ผลงานบริการ IP ในเขต R08 <small>Data</small> <small>from:https://mishos.nhso.go.th/mis_fund/#/fund/ip_global_zone</small>				ปมก.ชดเชย 8,350*SumAdjRW	ปมก.วงเงินคงเหลือ
	ผลงาน adjrw ตามประกาศแต่ละปีฯ	IP ในเขต (เงิน)	%Growth	Admission	Sum AdjRW	%Growth	CMI		
2564	605,126.14	5,052,803,270	-	440,965	544,693.21	-	1.24	4,548,188,303.50	504,614,966.50
2565	612,974.11	5,118,333,805	1.30%	477,891	589,188.34	8.17%	1.23	4,919,722,639.00	198,611,166.00
2566	616,914.30	5,151,234,408	0.64%	544,314	688,978.91	16.94%	1.27	5,752,973,898.50	-601,739,490.50
2567	658,448.54	5,498,045,291	6.73%	608,242	739,978.44	7.40%	1.22	6,178,820,007.40	-680,774,716.40
2568	749,026.68	6,254,372,778	13.76%	675,555	860,026.35	16.22%	1.27	7,181,220,051.31	-926,847,273.31

คาดการณ์จากผลงาน 9 เดือน ณ วันที่ 22 กค.68

