



# การนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูล เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่าย บริการผู้ป่วยในให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

การประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๘ อุดรธานี

ครั้งที่ ๓/๒๕๖๘ วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุม ๑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุดรธานีอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี  
และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ระบบ Zoom Meeting ห้องสัญญาณ ID: 940 5657 6702 Passcode: 988460

# มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 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

# 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
<b>รวม</b>	<b>1,125</b>	<b>107,096</b>	<b>139,936.2282</b>	<b>131,302.6156</b>	<b>330.1839</b>	<b>- 8,963.7965</b>	<b>- 8,633.6126</b>	<b>- 6.17</b>	<b>-72,090,665</b>	<b>170</b>	<b>955</b>

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
<b>Grand Total</b>	<b>1,125</b>	<b>107,096</b>	<b>139,936.2282</b>	<b>131,302.6156</b>	<b>170</b>	<b>955</b>	<b>- 8,633.613</b>	<b>- 6.17</b>	<b>- 72,090,665</b>

## 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

# 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

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

- รับทราบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้แก่หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2568
- ไม่เห็นชอบในการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้แก่หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
- หากต้องดำเนินการ "การปรับ Sum adjrw ของหน่วยบริการแต่ละแห่งภายในเขต โดยคำนวณย้อนกลับ (Extrapolation)“ขอให้พิจารณาภายในจังหวัด

## ข้อเสนอจากผู้บริหาร รพ.ในเครือข่าย ชมรม รพศ./รพท. Uhosnet สำนักงานแพทย์/ กรมการแพทย์ ในวันที่ 3-4 ส.ค.68

1. เห็นด้วยกับหลักการ ในการนำผล Audit มาใช้ปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้อง สำหรับหน่วยบริการที่มีเจตนาในการให้รหัสโรค รหัสหัตถการ หรือบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายไม่ถูกต้องควรได้รับการลงโทษ
2. ให้มีการขยายเวลาในการพิจารณาปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการแต่ละแห่งภายในเขต จากเดิมกำหนดวันที่ 13 สิงหาคม 2568 ออกไปก่อน
3. เสนอให้กระทรวงสาธารณสุขปรับปรุงคู่มือปฏิบัติงาน (Standard Coding Guidelines) ให้เป็นปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ
4. สปสช.ปรับปรุงข้อมูลผลการตรวจสอบรายหน่วยบริการของปีงบประมาณ 2568 ไตรมาส 1 และไตรมาส 2 ที่จะนำไปคำนวณย้อนกลับจากผลงานในภาพรวม (Extrapolation) โดยไม่นำผลการตรวจสอบที่เป็นประเด็นคุณภาพ และข้อมูลที่อยู่ระหว่างการอุทธรณ์มารวม
5. อบรมและพัฒนาศักยภาพของแพทย์ และ Coder ของแต่ละหน่วยบริการ ในการให้รหัสโรค รหัสหัตถการ ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ตามมาตรฐานที่กำหนด
6. การดำเนินการในปีงบประมาณ 2568
  - 6.1 สปสช.ส่งข้อมูลผลการตรวจสอบรายหน่วยบริการไปยัง สปสช.เขต พิจารณาปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ไตรมาส 1 และ ไตรมาส 2 ผ่านกลไกระดับเขต โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการ เพื่อพิจารณาขยายผลการตรวจสอบของแต่ละหน่วยบริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการที่สรุปโรคหรือการทำหัตถการมากเกินไป ที่อาจเข้าข่ายสงสัยว่าจริงใจเบิกจ่ายไม่ถูกต้อง
  - 6.2 การนำผลการตรวจสอบมาขยายผลงานในภาพรวมของหน่วยบริการทั้งหมด (Extrapolation) ให้ผ่าน อปสช.และผ่านกลไกคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขต เพื่อพิจารณา ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 7 กรกฎาคม 2568 (ผู้แทนหน่วยบริการ มีข้อเสนอการนำผลการตรวจสอบมาขยายผลงานในภาพรวมของหน่วยบริการทั้งหมด (Extrapolation) อาจจะยังไม่นำมาขยายผล 100% เนื่องจากเป็นการดำเนินการเป็นครั้งแรก และเริ่มดำเนินการในระหว่างปีงบประมาณ 2568)
  - 6.3 สำหรับข้อมูลในระยะถัดไป (ไตรมาส 3-4) ให้มีการหารือร่วมกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดจำนวนการสุ่มการตรวจสอบ และกำหนดหลักเกณฑ์ในการขยายผล (Extrapolation) ก่อนเริ่มดำเนินการ
7. ปีงบประมาณ 2569 ให้มีนำผลการสุ่มตรวจสอบมาปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง โดยการนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ตรวจสอบพบว่าไม่ถูกต้อง ดังกล่าวไปคำนวณย้อนกลับจากผลงานในภาพรวม (Extrapolation) โดยยังคงเป็นการบริหารในระดับเขตภายใต้วงเงิน Global budget ระดับเขตพื้นที่ โดยผ่านกลไกการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ในการกำหนดจำนวนการสุ่มการตรวจสอบ และกำหนดหลักเกณฑ์ในการขยายผล (Extrapolation) ก่อนเริ่มดำเนินการ
8. การจัดทำค่าของงบประมาณสำหรับค่าบริการผู้ป่วยใน สำหรับปีต่อไป ควรคำนึงถึงต้นทุนและปริมาณผลงานที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีงบประมาณเพียงพอสำหรับการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขให้กับหน่วยบริการ

# ชักซ้อมแนวทางการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่าย ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

1. สปลสช.ปรับปรุงข้อมูลผลตรวจสอบรายหน่วยบริการของปีงบประมาณ 2568 ไตรมาส 1 และไตรมาส 2 ที่จะนำไปคำนวณย้อนกลับจากผลงานในภาพรวม (Extrapolation) โดยไม่นำผลการตรวจสอบที่เป็นประเด็นด้านคุณภาพในการบันทึกเวชระเบียนและข้อมูลที่อยู่ระหว่างการอุทธรณ์มารวม และส่งข้อมูลดังกล่าวไปยัง สปลสช.เขต พิจารณาปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ไตรมาส 1 และ ไตรมาส 2 ของแต่หน่วยบริการ โดยผ่านกลไกระดับเขต
2. หลักการนำผลการตรวจสอบมาขยายผลงานในภาพรวมของหน่วยบริการทั้งหมด (Extrapolation) เป็นไปตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 7 กรกฎาคม 2568 โดยให้ผ่าน อปสช.และกลไกคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตพิจารณา **Extrapolation=< 100% ตามบริบทของพื้นที่ เนื่องจากเป็นการดำเนินการเป็นครั้งแรก และเริ่มดำเนินการในระหว่างปีงบประมาณ 2568** โดยยังคงหลักการ GB ระดับเขต ตามประกาศบริหารกองทุน เงินใน GB ยังเท่าเดิม การปรับผลงานเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม (Equity) ที่เป็นผลจากบางหน่วยบริการที่มีการสรุปและให้รหัสโรค หักผลการและ บันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่รวมกรณีหน่วยบริการที่เพิ่มศักยภาพทำให้ Sum adj. RW เพิ่มขึ้น
3. ขยายกรอบระยะเวลาในการพิจารณาปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ปีงบประมาณ 2568 ไตรมาส 1 และ 2 ของหน่วยบริการแต่ละแห่งภายในเขต โดยส่งผ่าน พิจารณามายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายในวันที่ 25 สิงหาคม 2568(จากเดิมกำหนดวันที่ 13 สิงหาคม 2568) เพื่อนำเสนอคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนพิจารณาต่อไป

## สรุปรายงานผลตรวจข้อมูล (Random Sampling) สำหรับผู้ป่วยในทั่วไป - coding audit ปี 2568

1. ข้อมูลผลการตรวจสอบ ณ วันที่ 5 สิงหาคม 2568
2. ข้อมูลบริการผู้ป่วยในทั่วไป (IP Normal) เฉพาะในเขต exclude ประเด็นดังต่อไปนี้
  - 2.1 ข้อมูลผลการตรวจสอบ รอบที่ 1 (ไตรมาสที่ 1) Exclude รายการเวชระเบียนที่อยู่ในกระบวนการทบทวนรอบที่ 2 (ดึงข้อมูล ณ วันที่ 5 สค.68)
  - 2.2 ข้อมูลผลการตรวจสอบ รอบที่ 2 (ไตรมาสที่ 2) Exclude รายการเวชระเบียนที่อยู่ในกระบวนการทบทวนรอบที่ 1 (ดึงข้อมูล ณ วันที่ 5 สค.68)
  - 2.3 ข้อมูลผิดเงื่อนไขประเด็นคุณภาพ
  - 2.4 บริการอื่น เช่น ข้อมูลหน่วยบริการสำรองเตียง/ ODS/MIS/ Homeward/บริการ Fix rate/ Cataract/ New born/ Normal labour

# สรุปรายงานผลตรวจข้อมูล (Random Sampling) สำหรับผู้ป่วยในทั่วไป - coding audit ปี 2568

**Exclude** รายการเวชระเบียนที่มีข้อมูลผิดเงื่อนไขประเด็นคุณภาพ

No.	ประเด็นคุณภาพ ภาพรวม 13 เขต	จำนวนเวชระเบียน	Sum adjrw ที่ส่งเบิก
1	ไม่พบการลงนาม / บันทึกตรวจร่างกาย โดยแพทย์ในใบ admission note	488	573.8871
2	แนบเวชระเบียนไม่ถูกต้อง	446	559.2597
3	ไม่พบคำสั่ง admit โดยแพทย์ในเวชระเบียน	154	180.2226
4	ไม่พบการลงนามในเอกสารในใบ Discharge summary	145	174.1478
5	ไม่พบ admission note	48	61.7329
6	ไม่พบ discharge summary	42	61.1179
7	อื่นๆ เช่น เอกสารประกอบการตรวจสอบในส่วนอื่นๆ ไม่ครบ (ยกเว้น D/C, Admission note)	35	59.9371
8	การสรุปโรค เช่น การสรุปโรคกำกวม/สรุปเป็นภาษา ICD/ สรุปเป็นภาษาไทย	28	36.6848
9	ไม่พบการลงนามในเอกสารส่วนอื่นๆ เช่น Progress note/ Doctor order	20	19.2207
10	ไม่พบการบันทึกการวินิจฉัย/คำสั่งการรักษา	7	7.1060
<b>สรุปจำนวนรวมทั้งหมด</b>		<b>1,413</b>	<b>1,733.3166</b>

ข้อมูลผลตรวจสอบรายหน่วยบริการของปีงบประมาณ 2568 ไตรมาส 1 และไตรมาส 2  
(ไม่รวมประเด็นคุณภาพและข้อมูลอยู่ระหว่างการอุทธรณ์)

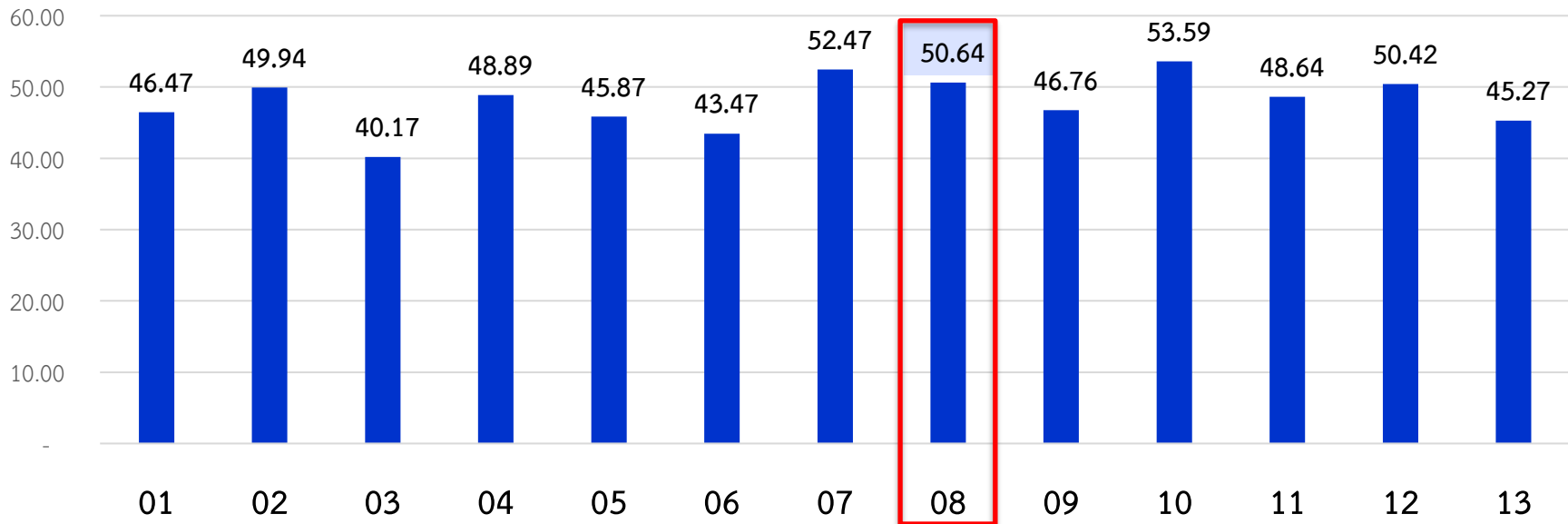
เขต	ข้อมูลก่อนปรับปรุงข้อมูลอยู่ระหว่างการอุทธรณ์					ข้อมูลหลังปรับปรุงประเด็นคุณภาพ และข้อมูลระหว่างการอุทธรณ์				
	จำนวนเวช ระเบียนที่ ตรวจสอบ (ฉบับ)	Adjrw (ก่อนตรวจ)	Adjrw (หลังตรวจ)	Adjrw เปลี่ยนแปลง	ร้อยละ	จำนวนเวช ระเบียน (ฉบับ)	Adjrw (ก่อนตรวจ)	Adjrw (หลังตรวจ)	Adjrw เปลี่ยนแปลง	ร้อยละ
01	10,699	12,966.5802	12,289.4760	-677.1042	-5.22	10,260	12,267.9475	11,813.0281	-454.9194	-3.71
02	7,535	8,306.1566	7,879.6543	-426.5023	-5.13	7,186	7,618.1990	7,353.9417	-264.2573	-3.47
03	6,479	7,502.3102	6,625.0983	-877.2119	-11.69	6,258	6,969.5331	6,302.2717	-667.2614	-9.57
04	6,084	8,212.9938	7,752.1898	-460.8040	-5.61	5,654	7,439.2266	7,193.8082	-245.4184	-3.30
05	7,702	9,759.4867	9,134.6282	-624.8585	-6.40	7,430	9,103.3813	8,745.6510	-357.7303	-3.93
06	7,996	14,871.6665	14,159.0512	-712.6153	-4.79	7,686	13,845.8348	13,291.6086	-554.2262	-4.00
07	7,886	9,735.8358	9,093.7631	-642.0727	-6.59	7,099	8,527.6065	8,229.0688	-298.5377	-3.50
08	9,675	11,308.4961	10,612.6556	-695.8405	-6.15	9,047	10,305.8280	9,923.1758	-382.6522	-3.71
09	10,120	12,318.2614	11,407.3803	-910.8811	-7.39	9,372	11,191.7721	10,693.9814	-497.7907	-4.45
10	7,452	8,502.1843	7,698.5301	-803.6542	-9.45	6,636	7,152.8149	6,736.2344	-416.5805	-5.82
11	7,106	7,640.0524	7,052.5968	-587.4556	-7.69	6,943	7,328.5347	6,840.8669	-487.6678	-6.65
12	8,504	9,220.1770	8,805.1192	-415.0578	-4.50	8,059	8,542.3211	8,349.8240	-192.4971	-2.25
13	3,954	8,713.3483	8,328.5508	-384.7975	-4.42	3,802	8,205.8372	7,988.7847	-217.0525	-2.65
14	54	33.1230	26.7459	-6.3771	-19.25	43	29.2898	22.9127	-6.3771	-21.77
รวม	101,246	129,090.6723	120,865.4396	-8,225.2327	-6.37	95,475	118,528.1266	113,485.1580	-5,042.9686	-4.25

ข้อมูลผลตรวจสอบรายหน่วยบริการของปีงบประมาณ 2568 ไตรมาส 1 และไตรมาส 2  
(ไม่รวมประเด็นคุณภาพและข้อมูลอยู่ระหว่างการอุทธรณ์)  
ภาพรวมจังหวัดในพื้นที่เขต 8

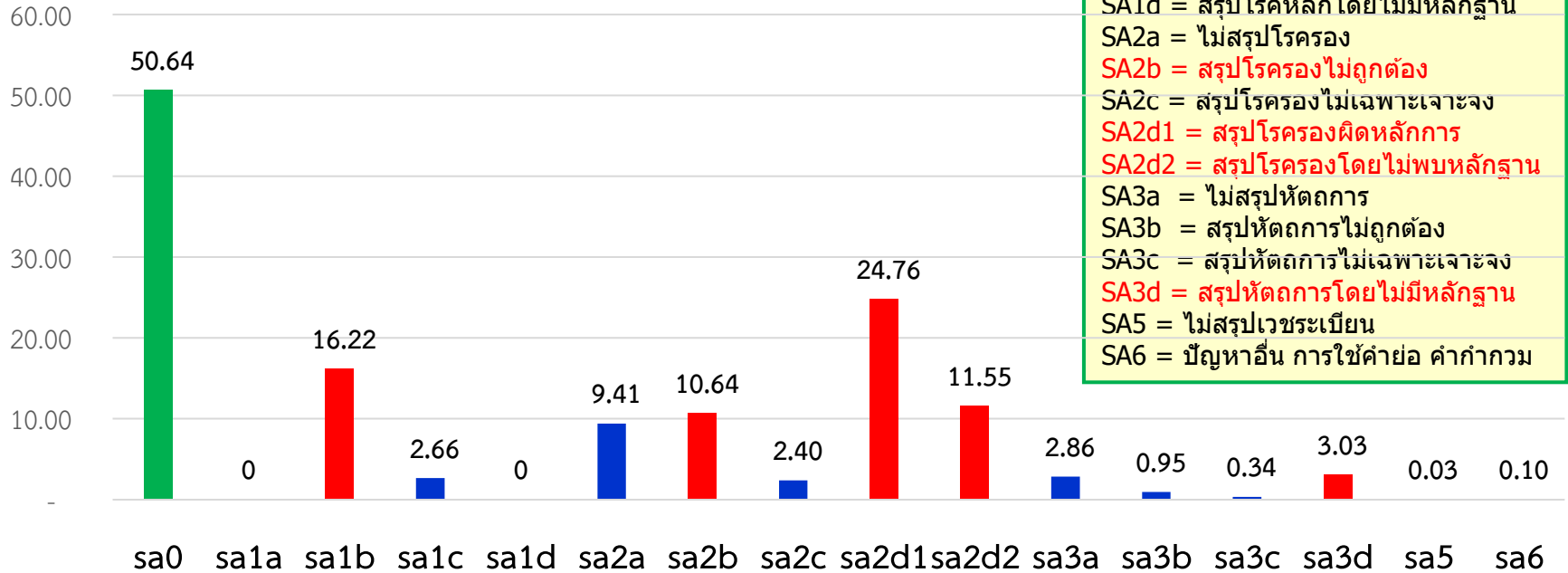
จังหวัด	จำนวนหน่วย บริการที่ ตรวจสอบ	ข้อมูลก่อนปรับปรุงข้อมูลอยู่ระหว่างการอุทธรณ์					ข้อมูลปรับปรุงประเด็นคุณภาพและข้อมูลระหว่างอุทธรณ์				
		จำนวนเวช ระเบียนที่ ตรวจสอบ	ADJRWก่อน ตรวจสอบ	ADJRWหลัง ตรวจสอบ	ADJRW เปลี่ยนแปลง	%AdjRW เปลี่ยน	จำนวนเวช ระเบียนที่ ตรวจสอบ	ADJRWก่อน ตรวจสอบ	ADJRWหลัง ตรวจสอบ	ADJRW เปลี่ยนแปลง	%AdjRW เปลี่ยน
อุดรธานี	25	2,665	3,791.6440	3,517.7459	-273.898	-7.22%	2,478	3,436.4673	3,266.8145	-169.6528	-4.94
บึงกาฬ	8	657	639.1593	592.2972	-46.8621	-7.33%	623	577.8991	549.8734	-28.0257	-4.85
เลย	16	1,424	1,431.2127	1,345.1322	-86.0805	-6.01%	1,331	1,313.2796	1,265.0043	-48.2753	-3.68
นครพนม	14	1,142	1,213.5997	1,131.8622	-81.7375	-6.74%	1,024	1,013.9094	977.7992	-36.1102	-3.56
หนองบัวลำภู	7	688	766.8498	721.9572	-44.8926	-5.85%	670	724.5814	700.4022	-24.1792	-3.34
หนองคาย	10	1,042	1,238.0660	1,182.9453	-55.1207	-4.45%	1,009	1,176.0637	1,142.8310	-33.2327	-2.83
สกลนคร	19	2,057	2,227.9646	2,120.7156	-107.249	-4.81%	1,912	2,063.6275	2,020.4512	-43.1763	-2.09
รวม	99	9,675	11,308.4961	10,612.6556	-695.841	-6.15%	9,047	10,305.8280	9,923.1758	-382.6522	-3.71

# ผลการประเมินการสรุปโรคและหัตถการของแพทย์ (Summary Assessment – SA) บริการผู้ป่วยในทั่วไป ระดับ สปสช.เขต รวมไตรมาส 1 และ 2 สำหรับคำนวณ Extrapolation

ร้อยละประเมินการสรุปโรคและหัตถการของแพทย์ (Summary Assessment –SA0)  
Agreement : ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการสรุปการวินิจฉัยและ การสรุปหัตถการใน discharge Summary



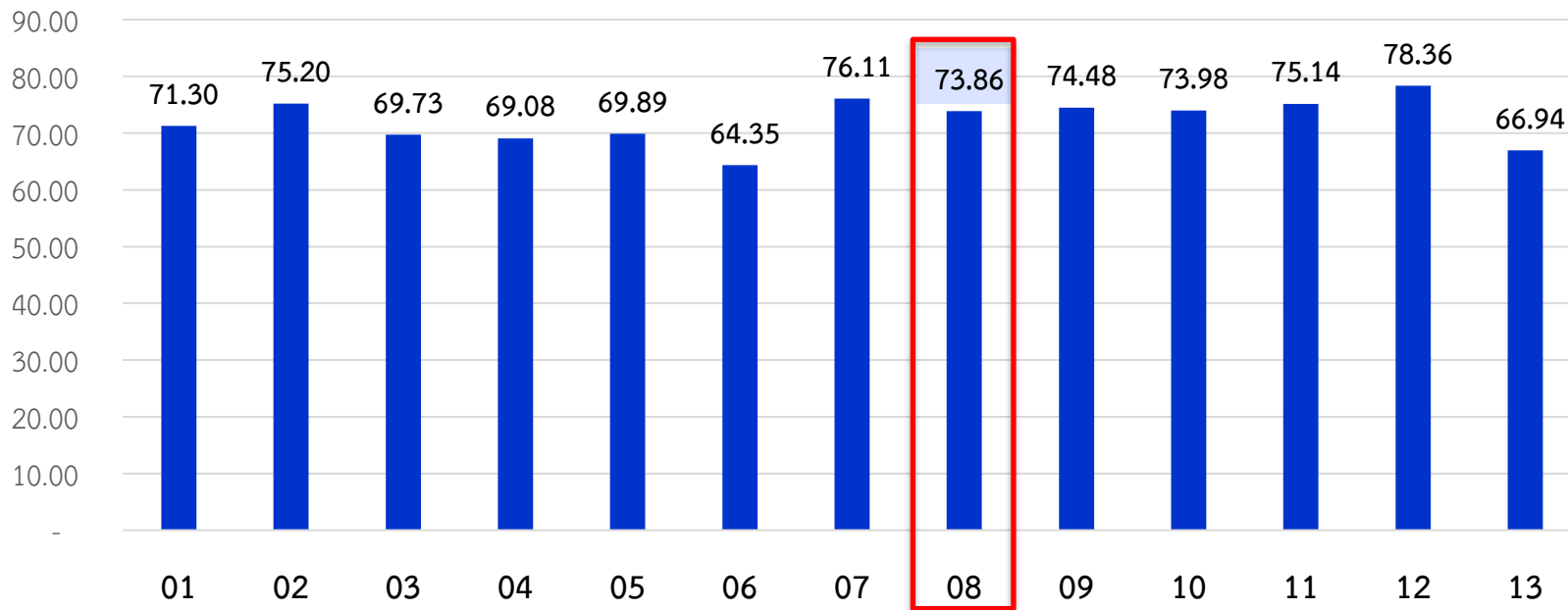
ร้อยละประเมินการสรุปโรคและหัตถการของแพทย์ (SA)



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

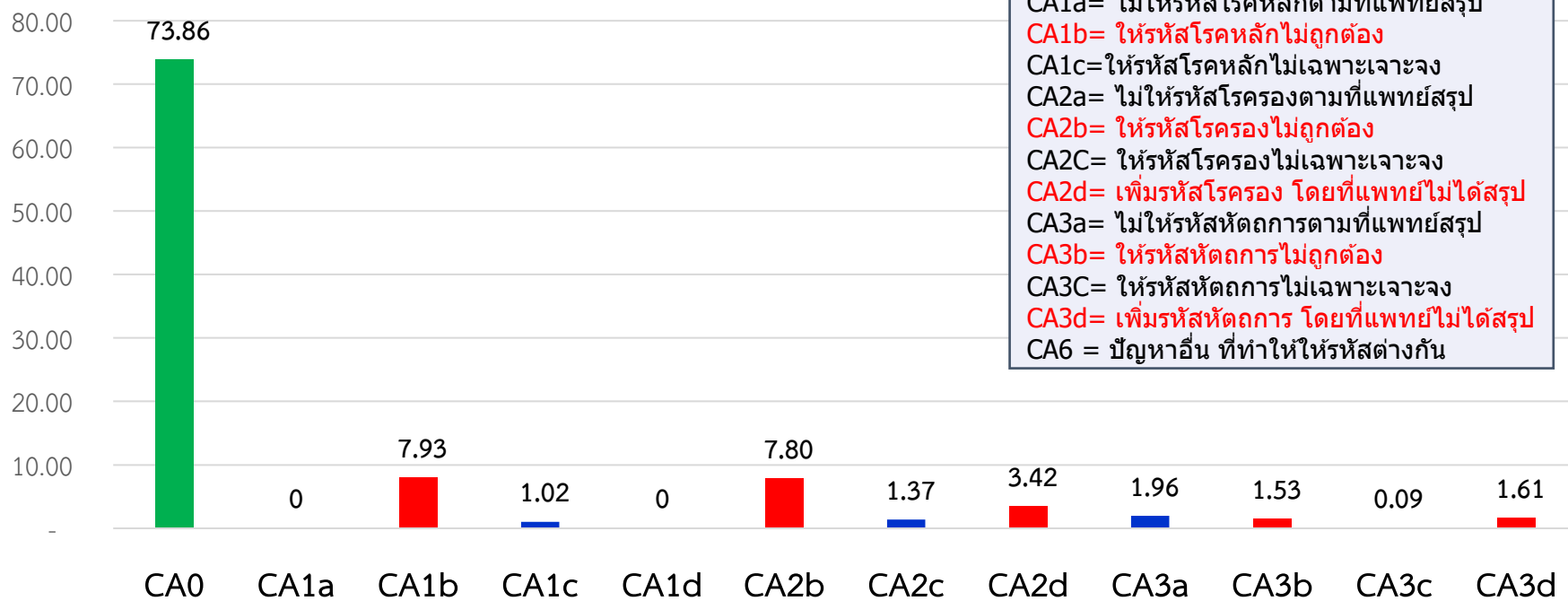
# ผลการประเมินการให้รหัสโรคและหัตถการของCoder (Code Assessment-CA) บริการผู้ป่วยในทั่วไป ระดับ สปสช.เขต รวมไตรมาส 1 และ 2 สำหรับคำนวณ Extrapolation

ร้อยละการประเมินการให้รหัสโรคและหัตถการของCoder (Code Assessment\_CA0)



# ผลการประเมินการให้รหัสโรคและหัตถการของCoder (Code Assessment – CA) สปสช.เขต8 Extrapolation

## ร้อยละการประเมินการให้รหัสโรคและหัตถการของCoder



- 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 : ข้อมูลIP Normal ในเขต exclude ผิดเงื่อนไขประเด็นคุณภาพ และอื่น เช่น ข้อมูลหน่วยบริการสำรองเตียง/ ODS/MIS/ Homeward/บริการ Fix rate/ Cataract/ NB / NL

# ผู้ตรวจสอบเวชระเบียนกรณี IP- CODING AUDIT สปสช.เขต8

## การตรวจสอบ การสรุปโรค และหัตถการ (Coding audit) กรณี IP

### คุณสมบัติ

- 1) เป็นแพทย์มีประสบการณ์ในด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 ปี
- 2) ผู้ตรวจสอบจะต้องผ่านการอบรมความรู้ ขั้นตอนในการตรวจสอบเวชระเบียน และ Code of conduct ต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับหน่วยบริการที่ตรวจสอบ และผ่านการประเมินความรู้ในการเข้ามาเป็นผู้ตรวจสอบ มีการจัดอบรมให้ความรู้ทุกต้นปีงบประมาณ
- 3) ต้องได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 4) มีการควบคุมมาตรฐานของ auditor โดยการตรวจกำกับติดตามและประเมินคุณภาพการตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ตรวจสอบเวชระเบียน (Re-audit) โดยผลการตรวจประเมินต้องผ่านเกณฑ์ตามที่ สปสช.กำหนด
- 5) ปัจจุบัน มี แพทย์ Auditor ในระบบทะเบียน คกก.ตรวจสอบเวชระเบียนฯ 13เขต จำนวน 1,018 คน สปสช.เขต8 มี แพทย์ Auditor 75 คน เข้าร่วมตรวจปี 2568 จำนวน 74 คน มีนักเวชสถิติ/พยาบาลCoder 69 คน 7 จังหวัด

กระบวนการตรวจสอบนี้เจ้าหน้าที่ของ สปสช. ไม่ได้ทำหน้าที่ในการตรวจสอบโดยตรง เป็นทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ รวบรวมเอกสารเพื่อการตรวจสอบ และประมวลผลการตรวจสอบแจ้งหน่วยบริการ โดยผลการตรวจสอบจะแจ้งเป็นภาพรวมของหน่วยบริการ และรายบุคคลทุกครั้ง

## กรอบระยะเวลาการดำเนินงาน

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 มาปรับค่านำหนักสัมพัทธ์ของผลงานบริการ IP ทั่วไป ไตรมาส 1&2 ส่วนที่ยังไม่ได้ตรวจสอบทุกหน่วยบริการ ในเขตนั้นๆ (หลังปรับลดประเด็นคุณภาพ และข้อมูลอยู่ระหว่างการอุทธรณ์) ส่งให้ สปสช.เขต เสนอ อปสช. และผ่านกลไกคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตเพื่อพิจารณา (ค่า Sum adjrw ก่อนตรวจ ในส่วน 97% ใช้ข้อมูลเดิม)	ภายใน 8 ส.ค.68
6. อปสช.และ คณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตของแต่ละเขต พิจารณาค่านำหนักสัมพัทธ์ของทุกหน่วยบริการภายในเขต ตามข้อ 5 และส่งกลับมายัง สปสช.ส่วนกลาง	ภายใน 25 ส.ค.68
7. สปสช.นำผลที่ผ่านการพิจารณาจากข้อ 6 มาปรับค่านำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้อง และเสนอต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน พิจารณาฯ และอนุมัติหลักการดำเนินการสำหรับข้อมูลไตรมาส 3 และไตรมาส 4 (โดยไม่กระทบต่อวงเงิน Global budget เขต)	ภายในเดือน ส.ค.68
8. สปสช.ประมวลผลการปรับค่านำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ โดยคำนวณย้อนกลับผลงานไตรมาส 1&2 ในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation)	ภายในเดือน ส.ค.68
9. หลังจากดำเนินการปรับค่านำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ โดยคำนวณย้อนกลับผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) แล้วพบงบประมาณไม่เพียงพอเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เพื่อพิจารณาต่อไป	ภายในเดือน ก.ย.68
10. อปสช.และ คณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขตของแต่ละเขต พิจารณาค่านำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการภายในเขต ข้อมูลไตรมาส 3 & 4 และส่งกลับมายัง สปสช.ส่วนกลาง	ภายใน 10 ก.ย.68
11. ปรับปรุงค่านำหนักสัมพัทธ์รายหน่วยบริการ 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

- รับทราบ ผลการตรวจสอบ IP-Coding audit สำหรับบริการผู้ป่วยใน ไตรมาส 1-2 และผล Extrapolation ของหน่วยบริการในพื้นที่เขต 8 อุดรธานี เพื่อประกอบการพิจารณาการจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
  - พิจารณาตามมติบอร์ด ครั้งที่ 7/2568 วันที่ 7 กรกฎาคม 2568 ในประเด็น การนำผลการตรวจสอบ 3% ในไตรมาส 1 และ 2 ของหน่วยบริการแต่ละแห่งในสังกัด สป.สธ.ในพื้นที่เขต 8 ที่เปลี่ยนแปลงทั้งส่วนเพิ่มและลด และให้ปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผลงานบริการผู้ป่วยใน ย้อนกลับจากผลงานในภาพรวมทั้งหมด (Extrapolation) ในไตรมาส 1 และ 2
- ปรับตามผลการตรวจสอบ 3% + Extrapolation เป็นร้อยละ 50**
- เห็นชอบองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ **คณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขต** ตามที่เสนอ
  - รับรองมติในที่ประชุมเพื่อดำเนินการได้ทันที

# การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยใน ที่กั้นไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ งบประมาณ พ.ศ.2568

ประชุมคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน  
ครั้งที่ 8/2568 วันที่ 26 สิงหาคม 2568

# ความเป็นมา

- วันที่ 7 กรกฎาคม 2568 การประชุมคณะกรรมการหลักฯ วาระ 6.2 : ข้อเสนอการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

1. เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปให้แกหน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ข้อ 25 และ 26 และประกาศสำนักงานฯ เรื่อง แนวทางการตรวจสอบผู้ป่วยใน ข้อ 6(1)-(3) ตามที่เสนอ ดังนี้

1.1 นำผลการสุ่มตรวจสอบมาปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง ทั้งปรับเพิ่มและปรับลด โดยการนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ตรวจสอบพบว่าไม่ถูกต้อง ดังกล่าวไปคำนวณย้อนกลับจากผลงานในภาพรวมทั้งหมด (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....

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 ที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ

# การบริหารจัดการค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป ปี 2568

ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป 1,790.73 บาทต่อผู้มีสิทธิ (ปกก. 47.0157 ล้านคน)  
84,445.45 ล้านบาท

กัณเงินบริหารจัดการระดับประเทศ  
3,382.82 ล้านบาท

ส่วนที่เหลือ Global budget ระดับเขต 81,062.63 ล้านบาท  
(กระจายวงเงินให้แก่แต่ละเขต 80,302.84 ล้านบาท)

## แนวทางการจ่าย :

- เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายไว้ในเขตพื้นที่เพียงพอในแต่ละปีงบประมาณ และมีอัตราจ่ายใกล้เคียงอัตรา 8,350 บาทต่อ adjRW หากไม่พอจ่ายลดตามส่วน หากเงินที่จ่ายลดลงตามส่วนแล้วยังมีผลต่อสภาพคล่องของหน่วยบริการให้ของบประมาณเพิ่มเติม ทั้ง ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่ สปสช.กำหนด โดยคำขอคำแนะนำ/ความเห็นจากอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ฯ

## แนวทางการจ่าย : ใช้ DRG v6

1. จ่ายตามราคาที่กำหนด เช่น บริการข้ามเขต บริการเด็กแรกเกิด สำรองเตียง มาตรา 7 การใช้บริการโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ORS) เป็นต้น
2. จ่ายเบื้องต้นที่อัตราไม่เกิน 8,350 บาทต่อ adjRW ในระหว่างปีให้ สปสช. สามารถปรับอัตราจ่ายในแต่ละเขตพื้นที่ตามปริมาณผลงานบริการที่จะเกิดขึ้น โดยไม่ถือเป็นอัตราจ่ายเบื้องต้น ทั้งนี้ กรณีเขตพื้นที่อาจขอคำแนะนำหรือความเห็นของ สปสช. เพื่อประกอบการพิจารณาก็ได้
3. คงเหลือยังไม่กระจายค่าบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติภาครัฐ จำนวน 759.79 ล้านบาท

## ข้อเสนอการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยใน ที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568

- 1) เงินบริหารจัดการระดับประเทศ 3,382.82 ล้านบาท กันเงินไว้สำหรับการจ่ายผลกระทบ DRGs Version 6 จำนวน 541.18 ล้านบาท คงเหลือเงินที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ จำนวน 2,841.64 บาท เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายให้ในเขตพื้นที่ มีอัตราจ่ายใกล้เคียงอัตรา 8,350 บาทต่อหน้าหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW)
- 2) จัดสรรเงินเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่) เพิ่มเติม ภายหลังจากการมีปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จากการสุ่มตรวจสอบแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) และผลการพิจารณาการปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการในภาพรวมทั้งหมด มาเป็นปัจจัยประกอบการพิจารณาการจัดสรรเงินกันระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2568 ตามคำแนะนำและความเห็นของคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวกับการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

(ร่าง) การจัดสรรค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยใน ที่กันไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568

เขต	Global budget ระดับเขต	คาดการณ์ค่าใช้จ่ายอัตราคงที่ และ sumadjRW ในเขต ภายใต้ปัจจัย Extrapolaiton 100%					จำนวนเงินเต็มให้ได้อัตราต่ำสุด 7,922 บาท/adjrw	รวม
	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]=[3]+[4]	[6]=[1]-[2]/[5]	[7]=[7,922 - [6]] * [5]	[8]=[1]+[7]
	จำนวนเงิน Global budget ระดับเขต [ล้านบาท]	ค่าใช้จ่ายอัตราคงที่ [ล้านบาท]	Sum adjRW ในเขต	จำนวน AdjRW ที่ Extrapolation 100%	Sum adjRW ในเขตหลัง Extrapolaiton	อัตราจ่ายในเขต	จำนวนเงินจัดสรรเงินกันระดับประเทศ [ล้านบาท]	จำนวนเงิน Global budget ระดับเขต [ล้านบาท]
01 เชียงใหม่	7,902.11	619.82	937,579	-27,116	910,463	7,998	0.00	7,902.11
02 พิษณุโลก	4,200.67	622.87	479,120	-10,261	468,859	7,631	136.52	4,337.19
03 นครสวรรค์	3,963.11	811.34	416,469	-33,154	383,314	8,222	0.00	3,963.11
04 สระบุรี	5,995.32	1,512.99	622,013	-14,541	607,472	7,379	330.08	6,325.40
05 ราชบุรี	6,609.97	1,260.85	704,332	-22,180	682,153	7,842	54.92	6,664.88
06 ระยอง	6,902.77	1,573.99	742,027	-17,574	724,452	7,356	410.34	7,313.11
07 ขอนแก่น	6,617.13	727.20	806,784	-19,563	787,221	7,482	346.45	6,963.59
08 อุดรธานี	6,856.57	893.14	782,012	-22,459	759,553	7,851	53.76	6,910.33
09 นครราชสีมา	8,370.36	1,216.53	976,220	-35,176	941,044	7,602	301.15	8,671.51
10 อุบลราชธานี	6,056.16	675.99	715,968	-24,351	691,617	7,779	98.83	6,154.99
11 สุราษฎร์ธานี	5,625.69	917.24	652,141	-34,044	618,097	7,618	188.13	5,813.82
12 สงขลา	5,395.52	666.14	648,896	-10,974	637,922	7,414	324.25	5,719.77
13 กรุงเทพมหานคร	5,771.73	1,646.80	605,908	-10,032	595,876	6,922	595.60	6,367.34
14 กรมแพทย์ทหารเรือ/ทหารอากาศ	35.72	1.70	4,561	-61	4,499	7,563	1.62	37.34
	80,302.84	13,146.60	9,094,028	-281,485	8,812,543	7,621	2,841.64	83,144.49

หมายเหตุ : ไม่รวมวงเงินค่าบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติภาครัฐ จำนวน 759.79 ล้านบาท และเงินกันไว้จ่ายผลกระทบ DRGs Version 6 จำนวน 541.18 ล้านบาท

# เปรียบเทียบอัตราจ่ายในเขต ก่อน-หลังเติมเงินกันระดับประเทศและ EXTRAPOLATION

เขต	จำนวนAdjRWที่ปรับตามมดิมบอร์ต Extrapolation100% เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรเงินกัน สสส.และหากได้รับงบกลาง(เท่านั้น)	อัตราจ่ายใน เขตจาก GBIP68	จำนวนเงินจัดสรรเงินกัน ระดับประเทศที่เติมให้ได้อัตราที่ ใกล้เคียงกัน 7,922 บาท/AdjRW(ล้านบาท)	อัตราจ่ายในเขตหลังเติมเงินกันและ Extrapolation	
				0%	50%
1	-27,116.00	7,998	-	7,998.45	
2	-10,261.00	7,631	136.52	7,922.04	
3	-33,154.00	8,222	-	8,222.42	
4	-14,541.00	7,379	330.08	7,922.03	
5	-22,180.00	7,842	54.92	7,922.04	
6	-17,574.00	7,356	410.34	7,922.02	
7	-19,563.00	7,482	346.45	7,922.02	
<b>8</b>	<b>-22,459.00</b>	<b>7,851</b>	<b>53.76</b>	<b>7,922.01</b>	<b>8,040.89</b>
9	-35,176.00	7,602	301.15	7,922.03	
10	-24,351.00	7,779	98.83	7,922.01	
11	-34,044.00	7,618	188.13	7,922.03	
12	-10,974.00	7,414	324.25	7,922.02	
13	-10,032.00	6,992	595.60	7,922.00	
			<b>2,840.03</b>		

ขอเสนอการขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
งบประมาณ พ.ศ.2568  
เพิ่มเติม (งบกลาง)

เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8/2568 วันที่ 4 สิงหาคม 2568

## 2. ข้อเสนอขอรับงบค่าบริการผู้ป่วยในปี 2568 เพิ่มเติม หลังปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์



รายละเอียด	(1) กรณีไม่มีผลการนำผล การตรวจสอบมาใช้	(2) กรณีมีการนำผล การตรวจสอบมาใช้ทั้งให้ ถูกต้อง (ทั้งปรับเพิ่มและปรับลด)
1. งบประมาณที่ได้รับปี68 (ล้านบาท)	84,445.45	84,445.45
1.1 จ่ายผลกระทบ DRGs Version 5-Version 6	541.18	541.18
2. คาดการณ์ผลงาน Sum AdjRW IP-ทั่วไปรวม (ล้าน AdjRW)	9.88	9.45
2.1 Sum AdjRW บริการในเขต	9.05	8.62
2.2 Sum AdjRW บริการที่จ่ายไม่เกินอัตรากลางที่กำหนด เช่น การใช้ข้ามเขต เด็กแรกเกิด เป็นต้น	0.83	0.83
3. คาดการณ์งบประมาณ		
3.1 งบประมาณ - บริการในเขต (ล้านบาท)	69,930.13	69,930.13
3.2 งบประมาณ - บริการที่จ่ายไม่เกินอัตรากลางที่กำหนด (ล้านบาท)	13,974.15	13,974.15
4. คาดการณ์อัตราจ่ายเฉพาะบริการในเขตเฉลี่ยทั้งปี (บาท) (ข้อ3.1 หาร ข้อ2.1)	7,730	8,111
5. หากจ่าย 8,350 บาท/sum adjRW ปี 68 ต้องใช้งบประมาณเพิ่ม	-5,609.36	-2,061.97

หมายเหตุ : อัตราจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในเขต เฉลี่ยระดับประเทศ รวมเงินกันจำนวน 3,382.82 ล้านบาท และรวมภาระค่าใช้จ่ายของปีงบประมาณ 2567 จำนวน 2,167.84 ล้านบาท ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุมครั้งที่ 10/2567 เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2567 เห็นชอบในหลักการบริหารจัดการงบประมาณ และการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ โดยให้ใช้แหล่งเงินที่เหมาะสม ทั้งนี้ เป็นอำนาจของสำนักงานในการบริหารจัดการงบประมาณและการเบิกจ่ายในแต่ละปีงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ

# การดำเนินการตามมาตรการปรับประสิทธิภาพ

(ตามข้อเสนอแนวทางการกำกับติดตาม และมาตรการปรับประสิทธิภาพ ที่ คคก.หลักฯ รับทราบเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2568)

1. ปรับการจ่ายกรณีการให้บริการผู้ป่วยนอกแก่ผู้รับบริการในหน่วยบริการอื่นกรณีที่มีเหตุสมควรฯ (OP anywhere) กรณีเข้ารับบริการข้ามจังหวัด ปรับการจ่ายในอัตรา 0.5 บาท/Point และกรณีเข้ารับบริการในจังหวัด ปรับอัตราจ่าย OP เหนือจ่ายรายหัว และหน่วยบริการประจำตามจ่ายตามข้อตกลงภายในจังหวัด
2. หน่วยบริการนวัตกรรมกรรม  
  - กำหนดจำนวนการรับบริการ 2 ครั้งต่อคนต่อเดือน ในคลินิกเวชกรรม - ร้านยา - คลินิกพยาบาล และอยู่ระหว่างการรับฟังความเห็นพิจารณาทบทวน
  - ร่วมกับสภาวิชาชีพในการกำหนดจำนวนครั้งบริการต่อวัน ของแต่ละประเภทบริการ และใช้เป็นเงื่อนไขในการประมวลผลจ่าย เริ่ม 1 พ.ค.2568 โดยมีจำนวนที่ปฏิเสธการจ่ายเนื่องจากไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าว ตั้งแต่ 1 พ.ค.-14 ก.ค.2568 จำนวน 57,595 records เป็นเงินจำนวน 13,256,375 บาท
  - การปิดสิทธิด้วยวิธีการ authen และส่งข้อมูลภายในวัน และการใช้บัตร SMC ข้อมูลที่ถูกปฏิเสธจ่ายเนื่องจากไม่เป็นไปตามเงื่อนไข ตั้งแต่ 1 พ.ค.-13 ก.ค.2568 จำนวน 2,781 records เป็นเงินเบิก 1,125,000 บาท
  - สุ่มตรวจ มีการเบิกจ่ายสูงสุด 100 อันดับแรกในคลินิกพยาบาล ,เวชกรรม,ร้านยา กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บไม่ถูกต้องตามเงื่อนไขที่กำหนดมูลค่าเกิน 15% ของวงเงินตรวจสอบ จะดำเนินการคำนวณค่าปรับเพิ่มเติมจากหน่วยบริการ ตามสัญญาการให้บริการสาธารณสุข
3. ปรับเปลี่ยนการจ่ายค่าใช้จ่าย กรณีบริการไตวายเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต (มีผล 1 เม.ย.2568) โดยการจ่ายรองรับตามนโยบายฯ PD First Policy และ ระบบ Pre-authorization ในการพิจารณา รวมทั้ง กำหนดการจ่ายชดเชยตามเกณฑ์ศักยภาพของหน่วย HD และการยืนยันการเข้ารับบริการ โดยสามารถประหยัดงบประมาณได้เดือนละประมาณ 10 ล้านบาท
4. มาตรการกำกับคุณภาพบริการและป้องกันการให้บริการเกินความจำเป็น ในกรณีการทำหัตถการสวนหัวใจผ่านเส้นเลือด (CAG และ PCI) โดยในเดือน มิ.ย.67 กำหนดให้หน่วยบริการทำ Data from และ กำหนดเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตามศักยภาพหน่วยบริการ สามารถดักจับข้อมูลที่ไม่เป็นไปตามเงื่อนไข เป็นเงินประมาณ 200 ล้านบาท
5. อัตราจ่ายรายการอุปกรณ์และรายการ Fee schedule ผ่านคณะกรรมการพัฒนาข้อเสนออัตราราคากลางของโรคทุกโรค และพัฒนาข้อเสนอมาตรการ ในการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการฯ ปรับปรุงอัตรารายการอุปกรณ์หมวดกระดูก ข้อต่อ เส้นเอ็น และกล้ามเนื้อ จำนวน 45 รายการ และปรับปรุงรายการ Fee Schedule ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งอยู่ระหว่างการออกประกาศการจ่ายฉบับใหม่
6. พัฒนาระบบ Surveillance เฝ้าระวังข้อมูลเพื่อการตรวจสอบพบความผิดปกติในการเบิกจ่าย รวมทั้ง สปสช.เขต ดำเนินการตรวจสอบการจ่ายชดเชยตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด /การลงตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ/การแจ้งการชดเชยจ่าย
7. ติดตามเฝ้าระวังเบิกจ่ายไม่ถูกต้อง/มีเรื่องร้องเรียน ผ่านคณะกรรมการดำเนินการกรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องฯ หรือคณะกรรมการควบคุมพิจารณา โดยชะลอการให้บริการสาธารณสุข ตามสัญญาให้บริการสาธารณสุข จำนวน 26 แห่ง
8. ติดตาม ตรวจสอบการให้บริการผู้ป่วยใน และนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในให้หน่วยบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เพื่อปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้ถูกต้อง
9. คืบข้อมูลค่าบริการ IP เพื่อให้หน่วยบริการร่วมกันกำกับ ติดตาม ตรวจสอบกันเองในพื้นที่ เพื่อ Review ข้อมูลที่ผิดปกติของ หน่วยบริการ ,CMI ของหน่วยบริการ

### 3. ข้อเสนอขอรับงบค่าบริการผู้ป่วยในปี 2566

ความเป็นมา : กรณีค่าบริการผู้ป่วยในไม่เพียงพอ ปีงบประมาณ 2566

- ❑ คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ฯ ในการประชุมวันที่ 14 ก.ย.66 เห็นชอบหลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไปที่กันไว้บริหารจัดการระดับประเทศ จำนวน 100 ล้านบาท ตามที่เสนอ “ใช้หลักเกณฑ์เดิม โดยจัดสรรเพิ่มเติมให้กับเขตที่ได้อัตราจ่ายต่ำสุดตามลำดับให้ได้รับอัตราจ่ายเพิ่มขึ้นเท่ากันจนหมดวงเงิน 100 ล้านบาท”
- ❑ ปีงบประมาณ 2566 มีผลงานบริการที่เกิดขึ้นเกินกว่าที่จะจ่ายอัตราเบื้องต้น 8,350 บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ประกอบกับการบริหารงบบริการผู้ป่วยในให้บริหารจัดการเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตพื้นที่ (Global budget ระดับเขตพื้นที่) ทำให้อัตราจ่ายบาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ต่ำกว่า 8,350 บาท โดยแต่ละเขตเป็นไปตามตาราง ทำให้บางเขต บางหน่วยบริการมีเงินที่ได้รับจัดสรรเกินอัตราจ่าย จึงมีการตั้งหนี้เรียกคืนเงินจากหน่วยบริการ เป็นเงินประมาณ 2,423.66 ล้านบาท

เขต	อัตราจ่าย ในเขต	เติมเงินกัน ระดับประเทศ	อัตราจ่ายหลังเติม เงิน 100 ล้าน
01	8,122	-	8,122
02	8,443	-	8,443
03	8,529	-	8,529
04	7,847	-	7,847
05	8,004	-	8,004
06	7,741	-	7,741
07	7,658	13,664,136	7,678
08	7,599	54,330,027	7,678
09	8,082	-	8,082
10	8,012	-	8,012
11	7,618	32,005,836	7,678
12	8,382	-	8,382
13	8,475	-	8,475
รวม	8,009	100,000,000	8,021

## มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 25 ธันวาคม 2566 วาระ: มาตรการลดผลกระทบต่อหน่วยบริการ กรณีงบค่าบริการผู้ป่วยในไม่เพียงพอ ปีงบประมาณ 2566

1. ยืนยันหลักการบริหารงบประมาณแบบปลายปิดสำหรับค่าบริการผู้ป่วยในและค่าบริการผู้ป่วยนอก โดยคำนึงถึงต้นทุนและปริมาณการให้บริการที่เหมาะสม
2. เห็นชอบหลักการพิจารณางบประมาณที่อาจเหลือจ่ายภายหลังจากการจ่ายในอัตรา 8,350 บาทต่อ AdjRW ของปีงบประมาณ 2567 เพื่อจ่ายเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการในเขตพื้นที่ ที่งบผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2566 ไม่เพียงพอจ่ายในอัตรา 8,350บาท/AdjRW
3. มอบ สปสช.ประสานขอตัวเลขเงินบำรุงคงเหลือของหน่วยบริการ (ปี 2560-2566) จากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งภาพรวมและรายหน่วยบริการ รวมทั้งตัวเลขเฉลี่ยการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในต่อหนึ่งน้ำหนักสัมพัทธ์ ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา เพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพฯ โดยผ่านคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน เพื่อพิจารณาตัดสินใจดำเนินมาตรการลดผลกระทบอย่างเหมาะสมต่อไป โดยมีข้อเสนอเบื้องต้นดังต่อไปนี้
  - 3.1 ขอทั้งงบประมาณจากรายการรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสมคงเหลือ ณ 30 พฤศจิกายน 2566 ในการช่วยเหลือหน่วยบริการ หากดำเนินการตามข้อ 2 แล้ววงผู้ป่วยในคงเหลือไม่เพียงพอต่อการช่วยเหลือหน่วยบริการในปีงบประมาณ 2566 ให้ได้อัตราจ่าย 8,350 บาท/AdjRW (จำนวน 442.96 ล้านบาท)

3.2 กรณีงบประมาณปี 2567 คงเหลือ และงบประมาณจากรายการรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายที่ขอเกินไว้ไม่เพียงพอ ให้พิจารณาของบกลางเพิ่มเติม

  - 3.3 ข้อเสนออื่นๆ
4. เพื่อให้หน่วยบริการมีกระแสเงินสดคล่องตัวในการจัดบริการ ให้ สปสช. จัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในให้หน่วยบริการในลักษณะที่สร้างความมั่นใจเรื่องกระแสเงินสด หากมีความจำเป็นซึ่งจะพิจารณาจากผลในข้อ 3 โดยให้ดำเนินการทยอยเงินคืนของปีงบประมาณ 2566 จากหน่วยบริการต่างๆ ที่ได้รับเงินจัดสรรเก็บไปให้ครบถ้วน ภายในปีงบประมาณ 2567
5. มอบ สปสช. จัดกลไกและคืนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อให้หน่วยบริการร่วมกันกำกับ ติดตาม และพัฒนาระบบการจัดบริการพร้อมทั้งจัดระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ โดยรายงานผลต่อคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนเป็นรายไตรมาส
6. รับรองมติในที่ประชุม เพื่อดำเนินการได้ทันที

## ข้อเสนอมาตรการลดผลกระทบต่อหน่วยบริการกรณีงบค่าบริการผู้ป่วยใน ไม่เพียงพอ ปีงบประมาณ 2566

- เพื่อดำเนินการตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 25 ธันวาคม 2566 วาระ: มาตรการลดผลกระทบต่อหน่วยบริการกรณีงบค่าบริการผู้ป่วยในไม่เพียงพอ ปีงบประมาณ 2566 “ข้อ 3.2 กรณีงบประมาณปี 2567 คงเหลือ และงบประมาณจากรายการรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายที่ขอกันไว้ไม่เพียงพอ ให้พิจารณาของบกลางเพิ่มเติม” เสนอของบกลางเพื่อให้หน่วยบริการได้รับอัตราจ่าย 8,350 บาท/AdjRW โดยจะใช้งบประมาณเพิ่มเติม 2,700.59 ล้านบาท ทั้งนี้ ให้หักเงินที่ขอกันจากรายการรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสมคงเหลือ ณ 30 พฤศจิกายน 2566 จำนวน 442.96 ล้านบาท คงเหลือของบกลางเพิ่มเติม จำนวน 2,257.63 ล้านบาท

## ความคืบหน้าการขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 เพิ่มเติม (งบกลาง)

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8/2568 เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2568

เห็นชอบข้อเสนอการขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 เพิ่มเติม (งบกลาง)

จำนวน 17,185.84 ล้านบาท ประกอบด้วย

- 1) ค่าบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ภายหลังจากปรับประสิทธิภาพ สำหรับการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขตามผลงานบริการ จำนวน 12,866.24 ล้านบาท
- 2) ค่าบริการผู้ป่วยใน (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568) หลังนำผลตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายให้ถูกต้อง จำนวน 2,061.97 ล้านบาท
- 3) ค่าบริการผู้ป่วยใน ไม่เพียงพอ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อให้หน่วยบริการได้รับอัตราจ่าย 8,350 บาท/AdjRW จำนวน 2,257.63 ล้านบาท

### สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. ได้มีหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด่วนที่สุด ที่ สปสช 9.69/26171 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2568 เพื่อเสนอเรื่องต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2568
2. ได้มีหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด่วนที่สุด ที่ สปสช 9.69/26576 ลงวันที่ 13 สิงหาคม 2568 ส่งคำขอรับจัดสรรงบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น ให้สำนักงานงบประมาณ
3. ปัจจุบัน อยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงานงบประมาณ