



ร่างประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง หลักเกณฑ์การนำผลการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขมาใช้เป็นข้อมูล  
เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน  
พ.ศ. ๒๕๖๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการนำผลการตรวจสอบการเรียกเก็บ  
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน  
เพื่อให้การจ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการเป็นไปอย่างถูกต้อง ภายใต้การบริหารในระดับเขตภายใต้วงเงิน  
Global budget ระดับเขตพื้นที่

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๒๕ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่าย  
เพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ พ.ศ. ๒๕๖๗ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบกับ  
คำแนะนำของคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในการประชุม  
ครั้งที่..... เมื่อวันที่..... เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้  
ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์  
การนำผลการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณา  
จ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน พ.ศ. ๒๕๖๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ เพื่อให้การกำกับ ติดตาม ผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับภาระการคาดการณ์  
ที่จะเกิดขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ และตรวจสอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Medical  
audit) โดยให้นำผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไปที่สุ่มตรวจสอบ  
แบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) ของหน่วยบริการระดับเขตภายใต้ประกาศคณะกรรมการหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่าย  
เพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ มาประกอบการพิจารณาปรับค่าผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์  
ที่ปรับค่าแล้ว (AdjRW) ให้ถูกต้อง จึงกำหนดวิธีการสำหรับการนำผลการตรวจสอบมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบ  
การพิจารณาการจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในให้หน่วยบริการ ดังต่อไปนี้

(๑) วิธีการสุ่มตัวอย่างเพื่อการตรวจสอบ มีแนวทางดังต่อไปนี้

(ก) ข้อมูลที่นำมาสุ่มตัวอย่างนำมาจากข้อมูลบริการผู้ป่วยในทั้งหมด ที่ยกเว้นข้อมูลผู้ป่วยในนอกเขต normal labor/newborn ที่ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อน ข้อมูลที่มีวันนอนนานกว่า ๓๐ วัน และข้อมูลบริการมีวิธีการจ่ายพิเศษ ได้แก่ cataract UCEP24 ODS/MIS Homeward เป็นต้น โดยข้อมูลส่วนที่เหลือจะนับเป็นบริการผู้ป่วยในทั่วไปจะนำมาสุ่มเพื่อการตรวจสอบแบบไม่มีเงื่อนไขโดยระบบคอมพิวเตอร์

(ข) วิธีสุ่มตัวอย่างของข้อมูลบริการในไตรมาสที่ ๑ และ ๒ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นการสุ่มตรวจข้อมูลแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) ของทุกหน่วยบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓ ของข้อมูล โดยตรวจสอบไม่ต่ำกว่า ๓๐ ฉบับต่อหน่วยบริการถ้ามีไม่ถึง ๓๐ ฉบับให้ตรวจสอบทั้งหมด

(๒) เกณฑ์และคู่มือในการตรวจสอบเวชระเบียนและเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายประกอบด้วย

(ก) แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยในตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ปี ๒๕๖๖

(ข) คู่มือแนวทางมาตรฐานการให้รหัสโรคปี 2017 ( Standard Coding Guideline 2017) จัดทำโดย กระทรวงสาธารณสุข

(ค) หนังสือ ICD-10-WHO ปี 2016 และ ICD-9-CM ปี 2015

(๓) การตรวจสอบ Coding audit ที่สุ่มตรวจข้อมูลแบบไม่มีเงื่อนไข (Random Sampling) ระดับเขตพื้นที่

(ก) สำหรับไตรมาส ๑ และไตรมาส ๒ ใช้ในการปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมของข้อมูลวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(ข) สำหรับไตรมาส ๓ และไตรมาส ๔ ดำเนินการตามความเห็นหรือคำแนะนำของอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนที่คณะกรรมการแต่งตั้ง หรือตามความเห็นของคณะทำงานที่อนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานฯ แต่งตั้งหรือมอบหมายแล้วแต่กรณี โดยกลไกการมีส่วนร่วมในการกำหนดหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

๑) สำหรับไตรมาส ๓ ใช้ข้อมูลของเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมรายหน่วยบริการเปรียบเทียบกับผลงานในไตรมาส ๑ และไตรมาส ๒ ของหน่วยบริการนั้น ๆ หากไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ให้นำผลการตรวจสอบในไตรมาส ๑ และไตรมาส ๒ มาเป็นตัวแทนสำหรับใช้ในไตรมาส ๓ ของหน่วยบริการนั้น ๆ โดยไม่ต้องสุ่มตรวจสอบใหม่ เว้นแต่ ผลการตรวจสอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติให้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลในไตรมาส ๓ เฉพาะหน่วยบริการนั้น ๆ เพิ่มเติม และใช้ในปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมของข้อมูลวันที่ ๑ เมษายนถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

๒) สำหรับไตรมาส ๔ เพื่อให้การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนได้ทันในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ให้ใช้ข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ของแต่ละหน่วยบริการ มาพยากรณ์ข้อมูลเดือนสิงหาคมและเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยดำเนินการเปรียบเทียบกับไตรมาส ๑ และไตรมาส ๒ เช่นเดียวกันกับการดำเนินการกับไตรมาส ๓ มาใช้ในการปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมของ ข้อมูลวันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ถึงรอบสิ้นปีงบประมาณ

(๔) การปรับปรุงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของหน่วยบริการภายในเขตพื้นที่ ให้เสนอคณะอนุกรรมการ หลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่และคณะกรรมการผู้ป่วยในระดับเขต เพื่อพิจารณาการปรับปรุงค่าน้ำหนัก สัมพัทธ์ของหน่วยบริการแต่ละแห่ง โดยมีรายละเอียดของข้อมูลรายหน่วยบริการประกอบการพิจารณา และให้ เสนอต่อคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนที่คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาอีกครั้ง

(๕) การนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ตรวจสอบพบว่าไม่ถูกต้องดังกล่าวไปคำนวณย้อนกลับ จากผลงานในภาพรวมทั้งหมด โดยยังคงเป็นการบริหารในระดับเขตภายใต้วงเงิน Global budget ระดับเขตพื้นที่

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ