

ด่วนที่สุด

ที่ รง ๐๖๒๖/ว ๓๕๖๕



สำนักงานประกันสังคม
ถนนติวานนท์ นบ ๑๑๐๐๐

๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๑

เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงตั้งแต่ ปี ๒๕๖๑

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลประกันสังคมทุกแห่ง

อ้างถึง ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตรา สำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงตั้งแต่ ปี ๒๕๖๑

ตามประกาศที่อ้างถึง กำหนดให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับ สถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ ในอัตรา ๔๔๗ บาทต่อคนต่อปี โดยผู้ป่วยนอกใช้บัญชีรายการโรคเรื้อรังซึ่งมี ๒๖ โรค และผู้ป่วยในใช้ผลรวมคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight : AdjRW) ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ของรายที่มีน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนน้อยกว่า ๒ เป็นเกณฑ์การจ่ายเงิน นั้น

สำนักงานประกันสังคม จึงขอแจ้งหลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๑ ได้แก่ สัดส่วนการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงผู้ป่วยนอกและภาระเสี่ยงผู้ป่วยใน คะแนนโรคเรื้อรัง ๒๖ โรค การคำนวณผลรวมคะแนนโรคเรื้อรัง กำหนดเงื่อนไขการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และวิธีการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

โทรศัพท์ ๐ ๒๙๕๖ ๒๕๑๕

โทรสาร ๐ ๒๙๕๖ ๒๔๙๓

หลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงตั้งแต่ ปี 2561

1. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง

1.1 กำหนดสัดส่วนค่าบริการทางการแพทย์ตามเสี่ยงผู้ป่วยนอก(โรคเรื้อรัง) อัตรา 100% และผู้ป่วยในกรณีการรักษาที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjust Relative Weight : AdjRW) น้อยกว่า 2 อัตรา 0%

1.2 กำหนดคะแนนโรคเรื้อรัง 26 โรค ดังนี้

รหัส	โรคเรื้อรัง	คะแนน
1	โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)	4.86
2	โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)	3.42
3	โรคตับอักเสบเรื้อรังและโรคตับแข็ง (Chronic hepatitis and Cirrhosis of liver)	3.83
4	โรคภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure)	6.02
5	โรคเส้นเลือดสมองแตก/อุดตัน (Cerebrovascular accident)	4.47
6	โรคมะเร็ง (Malignancy)	0.74
7	โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS)	7.10
8	โรคถุงลมโป่งพองและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Emphysema and COPD)	3.84
9	โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure)	8.74
10	โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease)	0.74
11	โรคมายแอสทีเนีย เกรวิส (Myasthenia gravis)	5.94
12	โรคเบาจืด (Diabetes insipidus)	0.87
13	โรคปลอกประสาทเคลือบ (Multiple sclerosis)	17.17
14	โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)	0.37
15	โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis)	4.69
16	โรคต้อหิน (Glaucoma)	4.62
17	โรคไต เนฟโรติก (Nephrotic syndrome)	5.33
18	โรคลูปัส (SLE)	6.39
19	โรคเลือดอะพลาสติก (Aplastic anemia)	5.68
20	โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia)	0.27
21	โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)	1.25
22	โรคเรื้อนทาง (Psoriasis)	3.34
23	โรคผิวหนังพุพองเรื้อรัง (Chronic vesiculobullous disease)	1.70
24	โรคเลือด ไอทีพี (ITP)	3.74
25	โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis)	2.02
26	โรคจิต (Schizophrenia)	2.02

1.3 คะแนนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้ผลรวมคะแนนโรคเรื้อรังทุกโรคของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์จ่าย

1.4 ต้องมีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนี้

1) ต้องมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกด้วยโรคที่ลงทะเบียนไว้ 3 เดือนต่อเนื่องกัน หรืออย่างน้อย 3 ครั้ง
ในปีนั้น

2) ปรับคะแนนตามระยะเวลาการดูแล 1 ปี = 100% ของคะแนน 2 ปี = 110% ของคะแนน
และ 3 ปี = 130% ของคะแนน

1.5 ต้องไม่มีการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังนั้นๆ

2. วิธีการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง

2.1 แบ่งงบประมาณเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เท่ากับ 50% ของงบประมาณต่อคนต่อปี แบ่งจ่ายเป็นรายเดือน เดือนละเท่าๆ กัน จำนวน 11 งวด
- งวดที่ 1 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์
ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลที่ส่งภายในเดือน
มกราคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม

- งวดที่ 2 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์
ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลที่ส่งภายในเดือน
มกราคม - กุมภาพันธ์ และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์
งวดที่ 1 มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 2 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

- งวดที่ 3 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์
ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลที่ส่งภายในเดือน
มกราคม - มีนาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม - มีนาคม และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ 1 - 2
มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 3 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

- งวดที่ 4 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์
ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลที่ส่งภายในเดือน
มกราคม - เมษายน และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม - เมษายน และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์
งวดที่ 1 - 3 มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 4 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

- งวดที่ 5 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์
ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลที่ส่งภายในเดือน
มกราคม - พฤษภาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม - พฤษภาคม และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์
งวดที่ 1 - 4 มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 5 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

- งวดที่ 6 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์
ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลที่ส่งภายในเดือน
มกราคม - มิถุนายน และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม - มิถุนายน และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์
งวดที่ 1 - 5 มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 6 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

- งวดที่ 7 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์
ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลที่ส่งภายในเดือน
มกราคม - กรกฎาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม - กรกฎาคม และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์
งวดที่ 1 - 6 มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 7 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

- งวดที่ 8 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลที่ส่งภายในเดือนมกราคม - สิงหาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม - สิงหาคม และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ 1 - 7 มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 8 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

- งวดที่ 9 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลที่ส่งภายในเดือนมกราคม - กันยายน และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม - กันยายน และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ 1 - 8 มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 9 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

- งวดที่ 10 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลที่ส่งภายในเดือนมกราคม - ตุลาคม และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม - ตุลาคม และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ 1 - 9 มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 10 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

- งวดที่ 11 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลที่ส่งภายในเดือนมกราคม - พฤศจิกายน และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม - พฤศจิกายน และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ 1 - 10 มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 11 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

ส่วนที่ 2 เท่ากับ 50% ของงบประมาณต่อคนต่อปี จ่ายเป็นงวดที่ 12 ให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยใน ของข้อมูลป็นันท์ทั้งหมดที่ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม - ธันวาคม และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดที่ 1 - 11 มาหักออก เป็นเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงงวดที่ 12 ที่จ่ายให้สถานพยาบาล

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง ตามข้อ 1.4 และ ข้อ 1.5 จะดำเนินการในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง งวดที่ 12

2.2 งบประมาณในแต่ละเดือนจ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามภาระงานที่เกิดขึ้นจริง ทั้งนี้ ข้อมูลที่นำมาคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ จะเป็นข้อมูลที่ส่งภายในวันทำการสุดท้ายของแต่ละเดือน

2.3 สำนักงานจะจ่ายค่าบริการฯ ในแต่ละเดือน ภายใน 60 วัน นับจากวันทำการสุดท้ายของแต่ละเดือน

2.4 งบประมาณส่วนที่ 2 สำนักงานจะจ่ายเมื่อได้รับข้อมูลครบถ้วนตามระยะเวลาการส่งข้อมูลที่สำนักงานกำหนด และปรับปรุงแก้ไขข้อมูลตามผลการตรวจสอบข้อมูลแล้ว

2.6 สถานพยาบาลจะได้รับเงินงวดสุดท้าย (งวดที่ 12) ภายในเดือนมิถุนายน ของปีถัดไป

2.6 ในระหว่างที่ดำเนินการจ่ายงวดสุดท้ายของปี สามารถดำเนินการจ่ายเงินของปีถัดไปตามกำหนดที่กำหนดไว้

2.7 กำหนดการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง

งวดที่	ตัดยอดการส่งข้อมูล	จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ฯ
1	วันทำการสุดท้ายของเดือนมกราคม	ภายในเดือนมีนาคม
2	วันทำการสุดท้ายของเดือนกุมภาพันธ์	ภายในเดือนเมษายน
3	วันทำการสุดท้ายของเดือนมีนาคม	ภายในเดือนพฤษภาคม
4	วันทำการสุดท้ายของเดือนเมษายน	ภายในเดือนมิถุนายน
5	วันทำการสุดท้ายของเดือนพฤษภาคม	ภายในเดือนกรกฎาคม
6	วันทำการสุดท้ายของเดือนมิถุนายน	ภายในเดือนสิงหาคม

งวดที่	ตัดยอดการส่งข้อมูล	จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ฯ
7	วันทำการสุดท้ายของเดือนกรกฎาคม	ภายในเดือนกันยายน
8	วันทำการสุดท้ายของเดือนสิงหาคม	ภายในเดือนตุลาคม
9	วันทำการสุดท้ายของเดือนกันยายน	ภายในเดือนพฤศจิกายน
10	วันทำการสุดท้ายของเดือนตุลาคม	ภายในเดือนธันวาคม
11	วันทำการสุดท้ายของเดือนพฤศจิกายน	ภายในเดือนมกราคม ปีถัดไป
12	วันทำการสุดท้ายของเดือนกุมภาพันธ์ ปีถัดไป	ภายในเดือนมิถุนายน ปีถัดไป

2.8 ในปีที่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรายงานข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ที่ใช้ในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง ทำให้ต้องขยายระยะเวลาการส่งข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ ในช่วงแรกที่ยังไม่ได้รับข้อมูลฯ ให้คำนวณคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอก จากข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ของปีก่อนหน้า และข้อมูลผู้ประกันตนเฉลี่ยตามปีที่จ่าย ในการคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงให้แก่สถานพยาบาลเป็นรายเดือนไปก่อนตามวิธีการในข้อ 1.1) และเมื่อได้รับข้อมูลฯ ปีที่จะจ่ายจริงแล้ว จึงคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงด้วยข้อมูลของปีที่จะจ่าย ทั้งนี้ จะต้องไม่เกินงวดที่ 11 สำหรับสถานพยาบาลที่เข้าใหม่ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนตามปีที่จ่าย ด้วยอัตรา 25% ของอัตราตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ โดยแบ่งจ่ายเป็นรายเดือน และเมื่อได้รับข้อมูลฯ ปีที่จะจ่ายจริงแล้ว จึงคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงด้วยข้อมูลของปีที่จะจ่าย ทั้งนี้ จะต้องไม่เกินงวดที่ 11

3. การคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 1 คำนวณภาระเสี่ยง

1) ภาระเสี่ยงผู้ป่วยนอก - คำนวณจากคะแนนโรคเรื้อรัง

1.1) นาย Bป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง และโรคไขมันในเลือดสูง นาย B จะมีคะแนนโรคเรื้อรัง เท่ากับ $4.86 + 3.42 + 0.74 + 0.37$ เท่ากับ 9.39

1.2) โรงพยาบาล A มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คัดคะแนนโรคเรื้อรัง ได้ดังนี้

รหัส	โรคเรื้อรัง	คะแนน (1)	จำนวน (คน) (2)	คะแนน (3) = (1) x (2)
1	โรคเบาหวาน	4.86	1,229	5,972.94
2	โรคความดันโลหิตสูง	3.42	3,087	10,557.54
3	โรคตับอักเสบเรื้อรังและโรคตับแข็ง	3.83	84	321.72
4	โรคภาวะหัวใจล้มเหลว	6.02	4	24.08
5	โรคเส้นเลือดสมองแตก/อุดตัน	4.47	4	17.88
6	โรคมะเร็ง	0.74	268	198.32
7	โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	7.1	473	3,358.30
8	โรคถุงลมโป่งพองและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3.84	5	19.20
9	โรคไตวายเรื้อรัง	8.74	42	367.08
10	โรคพาร์กินสัน	0.74	3	2.22

รหัส	โรคเรื้อรัง	คะแนน (1)	จำนวน (คน) (2)	คะแนน (3) = (1) x (2)
11	โรคมายแอสทีเนีย เกรวิส	5.94	3	17.82
12	โรคเบาจัด	0.87	1	0.87
13	โรคเม็ดติเฟิลสเคลอโรสิส	17.17	1	17.17
14	โรคไขมันในเลือดสูง	0.37	695	257.15
15	โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์	4.69	22	103.18
16	โรคต้อหิน	4.62	22	101.64
17	โรคไต เนฟโรติก	5.33	2	10.66
18	โรคลูปัส	6.39	64	408.96
19	โรคเลือดอะพลาสติก	5.68	1	5.68
20	โรคทาลาสซีเมีย	0.27	29	7.83
21	โรคฮีโมฟีเลีย	1.25	2	2.50
22	โรคเรื้อนกวาง	3.34	21	70.14
23	โรคผิวหนังพุพองเรื้อรัง	1.7	3	5.10
24	โรคเลือด ไอทีพี	3.74	3	11.22
25	โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ	2.02	113	228.26
26	โรคจิต	2.02	63	127.26
รวมคะแนน				22,214.72

1.3) โรงพยาบาล A มีผู้ประกันตนเฉลี่ยเท่ากับ 92,227 คน

1.4) คำนวณภาระเสี่ยงผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

- ภาระเสี่ยงผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลแต่ละแห่งเท่ากับ

$$\left(\frac{\text{ผลรวมคะแนนโรคเรื้อรังของสถานพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ประกันตนเฉลี่ยของสถานพยาบาล}} - \text{อัตราฐานผู้ป่วยนอก} \right) \times \text{จำนวนผู้ประกันตนเฉลี่ยของสถานพยาบาล}$$

* ปัจจุบันอัตราฐานผู้ป่วยนอกมีค่าเป็นศูนย์ ดังนั้นภาระเสี่ยงผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลแต่ละแห่งจึงเท่ากับผลรวมคะแนนโรคเรื้อรังของสถานพยาบาล

แทนค่า

$$\text{ภาระเสี่ยงผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล A} = \left(\frac{22,214.72}{92,227} - 0 \right) \times 92,227 = 22,214.72$$

2) ภาระเสี่ยงผู้ป่วยใน - คำนวณจากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjust Relative Weight : AdjRW) น้อยกว่า 2 ของผู้ป่วยในทุกราย

2.1) โรงพยาบาล A มีผู้ป่วยในที่มีค่า AdjRW น้อยกว่า 2 จำนวน 2,501 ราย มีผลรวมค่า AdjRW เท่ากับ 1953.6722 มีผู้ประกันตนเฉลี่ยเท่ากับ 92,227 คน

- 2.2) จำนวนภาระเสี่ยงผู้ป่วยในของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง
- ภาระเสี่ยงผู้ป่วยในของสถานพยาบาลแต่ละแห่งเท่ากับ

$$\left(\frac{\text{ผลรวม AdjRW ที่มีค่าน้อยกว่า 2 ของสถานพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ประกันตนเฉลี่ยของสถานพยาบาล}} - \text{อัตราฐานผู้ป่วยใน} \right) \times \text{จำนวนผู้ประกันตนเฉลี่ยของสถานพยาบาล}$$

* ปัจจุบันอัตราฐานผู้ป่วยในมีค่าเป็นศูนย์ ดังนั้น ภาระเสี่ยงผู้ป่วยในของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง จึงเท่ากับผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) ของสถานพยาบาล

แทนค่า

$$\begin{aligned} \text{ภาระเสี่ยงผู้ป่วยในของโรงพยาบาล A} &= \left(\frac{1953.6722}{92,227} - 0 \right) \times 92,227 \\ &= 1953.6722 \end{aligned}$$

ขั้นตอนที่ 2 จำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง

- 1) สัดส่วนค่าบริการทางการแพทย์ตามเสี่ยงผู้ป่วยนอก (โรคเรื้อรัง) อัตรา 100% และผู้ป่วยในกรณีการรักษาที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjust Relative Weight : AdjRW) น้อยกว่า 2 อัตรา 0%
- 2) จากข้อ 1 เมื่อค่าบริการทางการแพทย์ตามเสี่ยงสัดส่วนผู้ป่วยใน อัตรา 0% ดังนั้น จึงไม่ต้องคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงผู้ป่วยใน เนื่องจากตามสัดส่วนแล้วจะมีค่าเป็น ๐ บาท
- 3) ค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยง จึงเท่ากับค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงผู้ป่วยนอก (โรคเรื้อรัง)
- 4) แบ่งงบประมาณเป็น 2 ส่วน
 - 4.1) ส่วนที่ 1 เท่ากับร้อยละ 50 ของงบประมาณต่อคนต่อปี แบ่งจ่ายเป็นรายเดือน เดือนละเท่าๆ กัน จำนวน 11 งวด ส่วนที่ 1 แบ่งจ่ายเป็น 11 งวด
 - 4.2) ค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงแต่ละงวดของสถานพยาบาล คำนวณตามสูตรด้านล่าง

งวดที่ 1 เท่ากับ

$$\left(\text{ผลรวมคะแนนโรคเรื้อรังของสถานพยาบาล} \times \left(\frac{\left(\frac{50\% \times 447}{11} \right) \times \text{ผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคม} \times 100\%}{\text{ผลรวมคะแนนโรคเรื้อรังของสถานพยาบาลทุกแห่ง}} \right) \right)$$

งวดที่ 2 เท่ากับ

$$\left(\text{ผลรวมคะแนนโรคเรื้อรังของสถานพยาบาล} \times \left(\frac{\left(2 \times \frac{50\% \times 447}{11} \right) \times \text{ผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์} \times 100\%}{\text{ผลรวมคะแนนโรคเรื้อรังของสถานพยาบาลทุกแห่ง}} \right) \right) - \text{เงินงวดที่ 1}$$

งวดที่ 11 เท่ากับ

$$\left(\text{ผลรวมคะแนนโรคเรื้อรังของสถานพยาบาล} \times \left(\frac{\left(11 \times \frac{(50\% \times 447)}{11} \right) \times \text{ผู้ประกันตนเฉลี่ยเดือนมกราคมถึงพฤศจิกายน} \times 100\%}{\text{ผลรวมคะแนนโรคเรื้อรังของสถานพยาบาลทุกแห่ง}} \right) \right) - \text{เงินงวดที่ 1 ถึง 10}$$

4.2) ส่วนที่ 2 เท่ากับ 50% ของงบประมาณต่อคนต่อปี จ่ายเป็นงวดที่ 12

งวดที่ 12 เท่ากับ

$$\left(\text{ผลรวมคะแนนโรคเรื้อรังของสถานพยาบาล} \times \left(\frac{447 \times \text{ผู้ประกันตนเฉลี่ยทั้งปี} \times 100\%}{\text{ผลรวมคะแนนโรคเรื้อรังของสถานพยาบาลทุกแห่ง}} \right) \right) - \text{เงินงวดที่ 1 ถึง 11}$$
