

ภาคต่อของ 9 คำถาม 9 คำตอบ

คู่มือบริหารงบผู้ป่วยในตามแนวทาง CARE

ปีงบประมาณ 2570 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาล

อ่าน 15 นาที แล้วรู้ว่าต้องทำอะไร เมื่อไร และจะวัดผลอย่างไร

จัดทำโดย คณะกรรมการร่วมเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ภายใต้การสนับสนุนของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

ฉบับร่าง ตุลาคม 2569

เล่มนี้ตอบว่า "แล้วต้องทำอะไร"

หากท่านได้อ่าน “9 คำถาม 9 คำตอบ” เพื่อทำความเข้าใจนโยบายการจัดสรรงบผู้ป่วยในระดับเขตรูปแบบใหม่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว ท่านจะทราบถึงเหตุผลที่ต้องปรับระบบจัดสรรงบผู้ป่วยในเป็นรูปแบบ Collaborative Area-based Reimbursement with Excellence หรือ CARE model คำถามถัดมาคือ เขตสุขภาพ จังหวัด และโรงพยาบาลต้องดำเนินการอย่างไร เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อตอบคำถามดังกล่าว ทั้งนี้ CARE model ที่นำเสนอในเอกสารฉบับนี้แตกต่างจากเอกสาร “9 คำถาม 9 คำตอบ” ในบางประเด็น เนื่องจากได้ปรับปรุงให้สอดคล้องกับมติของคณะกรรมการร่วมเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2569 เพื่อทดลองใช้ในการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2570

ควรจดจำ 5 ประเด็นสำคัญ

1. **ทุกเขตสุขภาพทราบโควตาเพดานน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในตั้งแต่ต้นปี โดยน้ำหนักสัมพัทธ์ของบริการผู้ป่วยใน (Adjusted Relative Weight: RW)** ถูกจัดสรรให้ 14 เขตสุขภาพ (เขตที่ 14 ไม่ใช่พื้นที่ แต่เป็นกลุ่มโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม) เพื่อใช้เป็นกรอบในการกำหนดอัตราชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน (base rate) ที่ 10,000 บาทต่อ RW
2. **เงินในโควตาไม่ถูกเรียกคืน** หากเขตสุขภาพมีผลงานต่ำกว่าโควตาเพดานน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในที่ได้รับจัดสรร เงินส่วนที่เหลือยังคงเป็นของเขตสุขภาพ โดยปรับด้วยตัวชี้วัดคุณภาพ
3. **หากผลงานเกินโควตา ยังได้รับค่าชดเชย แต่ในอัตราที่ลดลงเป็นขั้น ได้แก่** 100%, 80% และ 60% ของ base rate 10,000 บาทต่อ RW และปรับด้วยตัวชี้วัดคุณภาพ โดยจ่ายจากงบกองกลางที่กันไว้
4. **คุณภาพบริการมีผลต่อเงินเพิ่มหรือค่าชดเชยที่จะได้รับปลายปี โดยปีนี้พิจารณาจากอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วยใน** ระหว่างเดือน ต.ค. 69 ถึง มิ.ย. 70
5. **ผู้บริหารเขตสุขภาพร่วมกันกำหนดแนวทางจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในระหว่างจังหวัดและโรงพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย** “1 เขตสุขภาพ 1 จังหวัด 1 โรงพยาบาล” โดยทีมวิจัยมีข้อมูลคาดการณ์โควตา RW รายจังหวัดและรายโรงพยาบาล (HCODE) เพื่อช่วยในการติดตาม และ สปสช. มีข้อมูลบริการที่เกิดขึ้นจริงสำหรับใช้เปรียบเทียบ

อ่านเอกสารเล่มนี้อย่างไร

แต่ละคำถามเริ่มด้วยคำตอบสั้น ๆ ตามด้วยรูปหรือตาราง และท้ายคำถามบางข้อจะมีกล่อง “ลงมือ” เพื่อระบุสิ่งที่สามารถดำเนินการได้ทันที หากมีเวลาจำกัด แนะนำให้อ่านคำถามที่ 2, 3 และ 9 ก่อน เพื่อให้เห็นภาพรวมการดำเนินงานตลอดทั้งปี

คำถามที่ 1 การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้หวังผลอะไร?

คำตอบ กลไกการจ่ายเงินในระบบเดิมส่งไม่เอื้อต่อการบริหารจัดการงบประมาณโรงพยาบาล กล่าวคือ โรงพยาบาลไม่มีแรงจูงใจที่จะควบคุมปริมาณบริการผู้ป่วยในให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และไม่มีแรงจูงใจที่จะลงทุนยกระดับคุณภาพบริการ ทั้งงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการผู้ป่วยนอก ไปจนถึงบริการผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการนอนโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น นอกจากนี้ต้นทุนการจัดบริการที่สูงกว่าค่าชดเชยยังทำให้โรงพยาบาลคาดการณ์รายรับล่วงหน้าได้ยาก และเกิดการดำเนินงานแบบต่างโรงพยาบาลต่างทำ ทั้งโรงพยาบาลในสังกัดเดียวกันและต่างสังกัด ขณะที่ สปสช. ก็เผชิญความท้าทายในการบริหารงบผู้ป่วยในให้มีความยั่งยืน

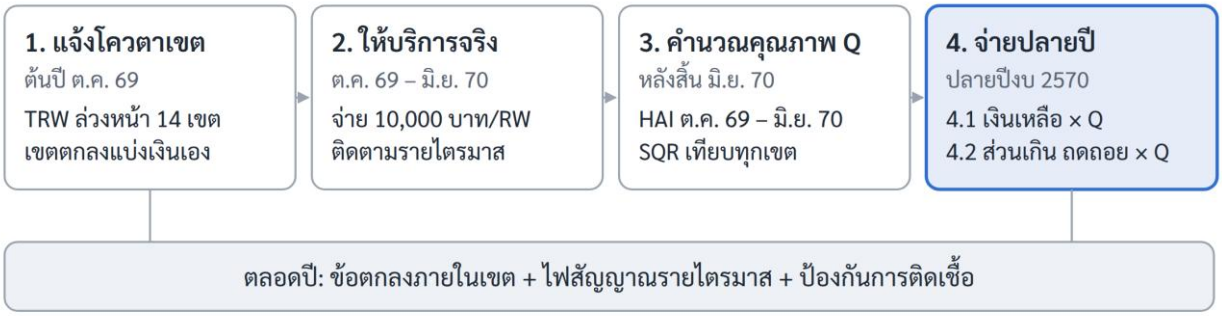
หาก CARE model ดำเนินการได้ตามแผน ภาพที่คาดหวังจะตรงข้ามกับสถานการณ์ปัจจุบัน (รูปที่ 1) กล่าวคือ โรงพยาบาลมีสมดุลทางการเงินมากขึ้น และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความยั่งยืนมากขึ้น



รูปที่ 1 จากปัญหาของระบบเดิม สู่ผลที่คาดหวังเมื่อ CARE ทำได้ดี

คำถามที่ 2 ทั้งปีงบประมาณ 2570 เดินหน้าอย่างไร?

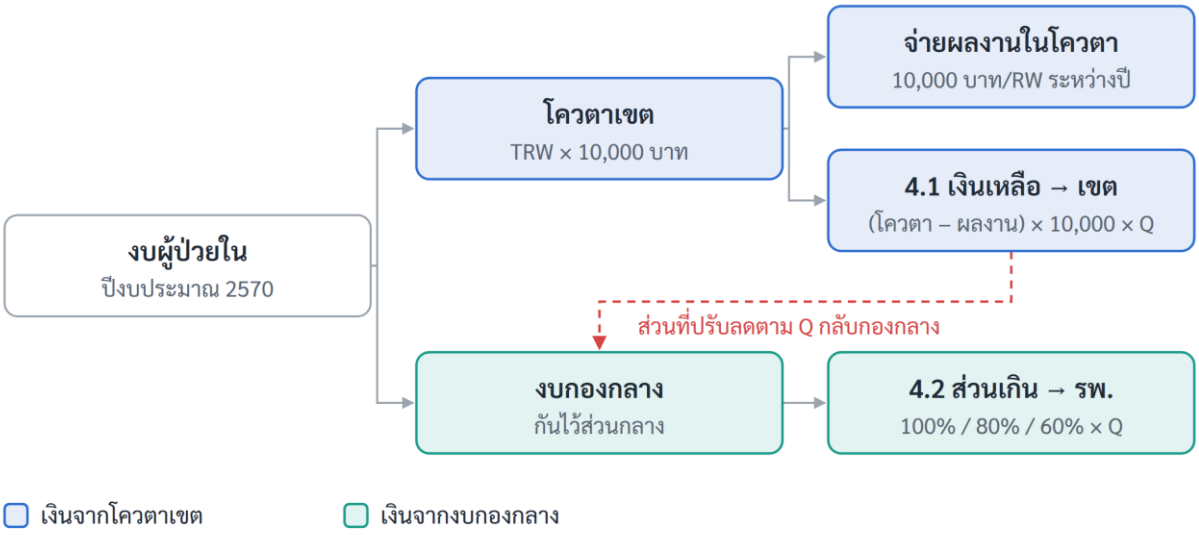
คำตอบ ปีงบประมาณนี้มีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน (รูปที่ 2) โดยระหว่างปีจ่ายตามผลงานจริงภายในโควตา ส่วนเงินปลายปีขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยที่เขตสุขภาพสามารถบริหารจัดการได้ ได้แก่ **ผลงานรวมของทั้งเขตเมื่อเทียบกับโควตา และอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล**



รูปที่ 2 วงจรงบผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2570

คำถามที่ 3 เงินไหลไปทางไหนบ้าง?

คำตอบ ระหว่างปีงบประมาณ ผลงานภายในโควตาได้รับค่าชดเชย 10,000 บาทต่อ RW เมื่อถึงปลายปีจะมีการจ่ายเงินอีกส่วนหนึ่ง โดยเป็นกรณี 4.1 หรือ 4.2 ขึ้นอยู่กับว่าผลงานรวมของเขตสุขภาพต่ำกว่าหรือเกินโควตา



รูปที่ 3 เงินไหลจากงบผู้ป่วยในสู่เขตและโรงพยาบาล (4.1 และ 4.2)

ผลงานทั้งเขตเทียบกับโควตา	อัตราจ่ายต่อ RW	จ่ายเมื่อ	แหล่งเงิน
ภายในโควตา	10,000 บาท	ระหว่างปี	โควตาเขต
4.1 ต่ำกว่าโควตา (เงินเหลือ)	(โควตา − ผลงาน) × 10,000 × Q	ปลายปี	โควตาเขต
4.2 เกินไม่เกิน 5%	10,000 × Q	ปลายปี	งบกองกลาง
4.2 เกิน 5–10%	8,000 × Q (80%)	ปลายปี	งบกองกลาง
4.2 เกินมากกว่า 10%	6,000 × Q (60%)	ปลายปี	งบกองกลาง

- ส่วนเกินคิดแบบขั้นบันได เช่น หากเกินโควตา 8% ส่วนเกิน 5% แรกได้รับ 100% และส่วนเกินอีก 3% ได้รับ 80%
- ร้อยละของผลงานส่วนเกินคำนวณจากโควตารวมทั้งเขต ไม่ได้คำนวณแยกรายโรงพยาบาล
- ภายในโควตา การเพิ่มผลงานแทบจะไม่ทำให้รายรับรวมของเขตเพิ่มขึ้น เพราะเงินส่วนที่เหลือในโควตาจะได้รับคืนอยู่แล้ว ปัจจัยที่เพิ่มเงินได้จริงคือ **คุณภาพบริการ**

> **ลงมือ** ให้ฝ่ายการเงินของเขตจัดทำประมาณการรายรับไว้ 2 ฉากทัศน์ตั้งแต่ต้นปี ได้แก่ ฉากทัศน์ที่ 1 ผลงานพอดีโควตา และฉากทัศน์ที่ 2 ผลงานเกินโควตา 10%

คำถามที่ 4 คุณภาพเกี่ยวกับเงินอย่างไร?

คำตอบ ปีงบประมาณ 2570 ใช้ตัวชี้วัดคุณภาพเพียงตัวเดียวคือ **อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วยใน (hospital-acquired infection: HAI) ของทั้งเขต ไม่ใช่รายโรงพยาบาล** โดยเปรียบเทียบกับเขตสุขภาพอื่น ๆ ใช้ข้อมูลตั้งแต่เดือน ต.ค. 69 ถึง มิ.ย. 70 และคำนวณหลังสิ้นเดือน มิ.ย. 70 การลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลช่วยลดการใช้บริการผู้ป่วยในที่ป้องกันได้ จึงเพิ่มโอกาสที่เขตจะควบคุมผลงานให้อยู่ภายในโควตาและได้รับเงินเพิ่มปลายปี

1. อัตราการติดเชื้อของเขต (ครั้งต่อ 1,000 วันนอน) = จำนวนครั้งการติดเชื้อรวม (นับจากรหัส ICD-10 22 รหัส) ÷ วันนอนรวม × 1,000
2. SQR = อัตราของเขต ÷ ค่ามัธยฐานของทุกเขต
3. แปลง SQR เป็นตัวชี้วัดคุณภาพ Q ด้วยปัจจัยปรับ 0.05

ถ้า SQR ≤ 1 ⟶ **Q = 1.00** | ถ้า SQR > 1 ⟶ **Q = 1 − 0.05 × (SQR − 1)**

SQR ของเขต	Q	ผลต่อเงินปลายปี (4.1 และ 4.2)
≤ 1.00	1.000	ได้เต็ม
1.10	0.995	ลดลง 0.5%
1.20	0.990	ลดลง 1.0%
1.60	0.970	ลดลง 3.0%

Q ไม่มีผลต่อเงิน 10,000 บาทต่อ RW ที่จ่ายไปแล้วระหว่างปี แต่มีผลต่อเงินเหลือในโควตา (4.1) และค่าชดเชยส่วนเกิน (4.2) โดยเงินส่วนที่ถูกปรับลดจะกลับเข้าสู่งบกองกลาง

> **ลงมือ** ลงทุนด้านคุณภาพบริการ จัดตั้งทีมป้องกันการติดเชื้อทั้งระดับเขตและระดับโรงพยาบาล และติดตาม HAI ทุกเดือนตั้งแต่ ต.ค. 69 เนื่องจากข้อมูลทุกเดือนจะถูกนำมารวมในการคำนวณ

คำถามที่ 5 ภายในเขตสุขภาพต้องตกลงอะไรกันบ้าง?

คำตอบ CARE กำหนดกรอบการจัดสรรเงินในระดับเขตสุขภาพ ส่วนการจัดสรรเงินต่อไปยังจังหวัดและโรงพยาบาลให้เขตสุขภาพร่วมกันกำหนด ตามนโยบาย “1 เขตสุขภาพ 1 จังหวัด 1 โรงพยาบาล” อย่างไรก็ตาม ไม่แนะนำให้นำทุกองค์ประกอบของ CARE ไปใช้โดยตรงในระดับโรงพยาบาล เพราะอาจเพิ่มความซับซ้อนและกระตุ้นการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลแทนความร่วมมือ ตัวอย่างแนวทางมี 3 ทางเลือก ดังตารางด้านล่าง

ทางเลือก	วิธีการ	ข้อดี	ข้อควรระวัง
ก. ตามผลงานจริง	จ่ายทุกโรงพยาบาลตาม RW จริง โดยใช้อัตราเดียวกันทั้งเขต	ง่าย คุ้นเคย	ไม่มีสัญญาณเตือนรายโรงพยาบาลก่อนผลงานรวมทั้งเขตเกินโควตา
ข. โควตาย่อยรายโรงพยาบาล	ใช้ค่าคาดการณ์ RW รายโรงพยาบาล (HCODE) เป็นโควตาย่อย หากผลงานรวมทั้งเขตเกินโควตา กลุ่มที่เกินโควตาย่อยจะได้รับอัตราถดถอย	ชัดว่าใครทำให้เขตเกิน	ต้องติดตามข้อมูลรายไตรมาสอย่างใกล้ชิด
ค. แบบผสม	ใช้ทางเลือก ก. หรือ ข. และกันเงินเหลือ (4.1) บางส่วนเป็นกองทุนกลางของเขต	ช่วยโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดในลักษณะ “พี่ช่วยน้อง”	ต้องมีกติกาใช้เงินกองทุนที่โปร่งใส

ข้อตกลงภายในเขตควรกำหนดให้ชัดเจนอย่างน้อย 5 เรื่อง

- ☐ วิธีแบ่งเงินในโควตาให้จังหวัดและโรงพยาบาล

☐ วิธีใช้เงินเหลือในโควตา (4.1) เช่น กองทุนพัฒนาบริการ หรือจ่ายคืนตามสัดส่วนผลงาน

☐ เกณฑ์กำหนดว่ากลุ่มโรงพยาบาลใดจะได้รับอัตราถดถอย (4.2) เมื่อผลงานทั้งเขตเกินโควตา

☐ แนวทางส่งต่อและใช้เตียงร่วมกันข้ามจังหวัด

☐ รอบการทบทวนผลงานรายไตรมาส และหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบหลัก

ลงมือ นัดประชุมผู้บริหารทุกจังหวัดในเขตเพื่อเลือกแนวทาง และจัดทำข้อตกลงร่วมกันให้แล้วเสร็จก่อนสิ้นเดือน ธ.ค. 69

คำถามที่ 6 จังหวัดและโรงพยาบาลต้องทำอะไร?

คำตอบ จังหวัดทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการประสานการส่งต่อ ส่วนโรงพยาบาลบริหารความเหมาะสมของการรับผู้ป่วยในและคุณภาพบริการ โดยทั้งสองระดับใช้ค่าคาดการณ์ RW ของตนเองเป็นกรอบในการวางแผน

ระดับ	สิ่งที่ต้องทำ	ตัวเลขที่ต้องดู
เขตสุขภาพ	ทำข้อตกลงภายในเขต ติดตามผลงานเทียบโควตา ตั้งทีมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกัน	RW สะสมทั้งเขตเทียบโควตา และ SQR ของเขต
จังหวัด	ใช้ค่าคาดการณ์ระดับจังหวัดเป็นกรอบวางแผนบริการ และประสานการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล	RW สะสมรายจังหวัด และการส่งต่อออกนอกจังหวัด
โรงพยาบาล	ทบทวนเกณฑ์รับผู้ป่วยใน ขยายบริการผู้ป่วยนอกและทางเลือก บันทึก ICD-10 ให้ครบถ้วน ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	RW สะสมเทียบค่าคาดการณ์รายโรงพยาบาล (HCODE) และอัตรา HAI รายเดือน

ถ้าคุณเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

- แจ้งค่าคาดการณ์ RW รายโรงพยาบาลให้ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดทราบตั้งแต่ต้นปี
- ทบทวนเส้นทางการส่งต่อว่า ผู้ป่วยกลุ่มใดควรรักษาที่ใด และสามารถใช้เตียงร่วมกันได้อย่างไร
- เชิญโรงพยาบาลต่างสังกัดในจังหวัดเข้าร่วมการประชุมรายไตรมาสด้วย

ถ้าคุณเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล

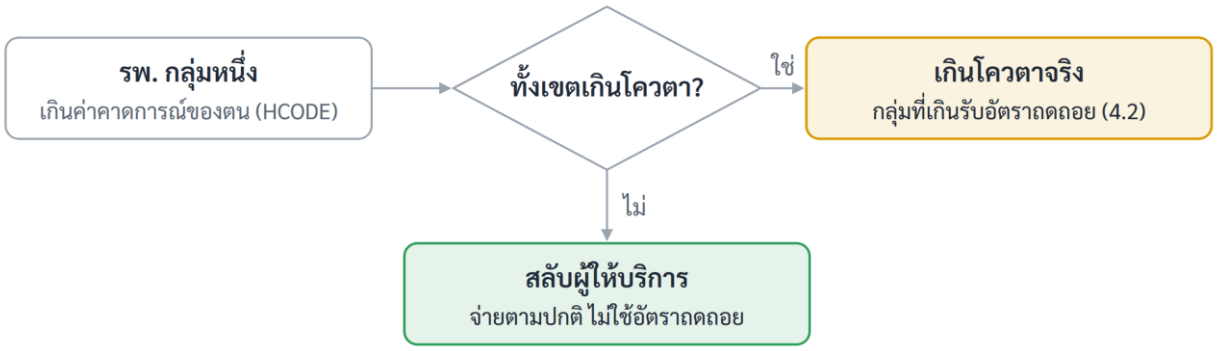
- วางแผนการเงินจากค่าคาดการณ์ RW ของโรงพยาบาล ไม่ใช้ผลงานของปีก่อนเป็นตัวตั้ง
- การรับผู้ป่วยในเพิ่มภายในโควตาแทบไม่ทำให้รายรับรวมของเขตเพิ่มขึ้น การลดวันนอนที่ไม่จำเป็นจึงเป็นประโยชน์ต่อทั้งเขตมากกว่า
- บันทึกข้อมูลการติดเชื้อให้ตรงตามความเป็นจริง ไม่ขาดหรือเกิน เนื่องจากค่า Q คำนวณจากข้อมูลที่โรงพยาบาลบันทึก

คำถามที่ 7 ระหว่างปีงบประมาณต้องดูอะไร?

คำตอบ ทุกไตรมาส เขตสุขภาพนำ RW สะสมมาเปรียบเทียบกับโควตาสะสมของไตรมาสนั้น ๆ โดยอาจแบ่งโควตาทั้งปีตามช่วงเวลาหรือตามฤดูกาล จากนั้นพิจารณาระดับสัญญาณสี ซึ่งแต่ละระดับสอดคล้องกับขั้นของอัตราชดเชยค่าบริการส่วนเกินปลายปี อย่างไรก็ตาม สัญญาณระหว่างปียังไม่ส่งผลต่อการจ่ายจริง ตราบใดที่ผลงานรวมทั้งเขตสุขภาพยังไม่เกินโควตา ณ เวลานั้น

สัญญาณ	RW สะสม เทียบโควตาสะสม	ผลต่ออัตราชดเชย ค่าบริการส่วนเกินปลายปี	สิ่งที่ต้องทำ
เขียว	ไม่เกิน 100%	จ่ายเต็มอัตรา	รักษาระดับ เน้นคุณภาพ
เหลือง	100–105%	ส่วนเกินยังได้ 100% × Q	หาสาเหตุรายโรงพยาบาล และ ทบทวนเกณฑ์รับผู้ป่วยใน
ส้ม	105–110%	ส่วนเกินได้ 80% × Q	ประชุมเขต ปรับการส่งต่อและการใช้เตียง
แดง	เกิน 110%	ส่วนเกินได้ 60% × Q	มาตรการเร่งด่วนระดับเขต ตามข้อตกลงภายในเขต

อย่าเพิ่งตัดสินจากตัวเลขรายโรงพยาบาล หากโรงพยาบาลกลุ่มหนึ่งมีผลงานเกินค่าคาดการณ์ของตนเอง ต้องพิจารณาภาพรวมทั้งเขตก่อนเสมอ



รูปที่ 4 อัตราถดถอยใช้เมื่อทั้งเขตเกินโควตาเท่านั้น

ตัวอย่าง โรงพยาบาลกลุ่ม A มีผลงาน 115% ของค่าคาดการณ์ และกลุ่ม B มีผลงาน 85% หากผลงานรวมทั้งเขตไม่เกินโควตา สถานการณ์นี้เป็นเพียงการสลับผู้ให้บริการ แต่หากกลุ่ม B มีผลงานครบ 100% และทำให้ผลงานรวมทั้งเขตเกินโควตา กลุ่ม A จึงจะเป็นกลุ่มที่ได้รับอัตราถดถอยสำหรับผลงานส่วนเกิน

คำถามที่ 8 ลองคำนวณอัตราชดเชยค่าบริการผู้ป่วยใน: ในโควตากับเกินโควตาต่างกันแค่ไหน?

คำตอบ แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยผลงานที่อยู่ภายในโควตาจะได้รับเงินเฉลี่ยต่อ RW สูงที่สุด ลองพิจารณาเขตสมมติที่ได้รับโควตา 100,000 RW หรือคิดเป็น 1,000 ล้านบาท ภายใต้ผลงาน 3 กรณี

กรณี	ผลงาน	Q	วิธีคิดเงินปลายปี	รายรับรวม	เฉลี่ยต่อ RW
ก. ในโควตา	95,000 RW	1.000	4.1: 5,000 RW × 10,000 × 1.000 = 50 ล้านบาท	1,000 ล้านบาท	**≈ 10,526 บาท**
ข. เกินโควตา 8%	108,000 RW	1.000	4.2: 5,000 × 10,000 + 3,000 × 8,000 = 74 ล้านบาท	1,074 ล้านบาท	**≈ 9,944 บาท**
ค. เกินโควตา 15%	115,000 RW	0.990	4.2: (50 + 40 + 30) × 0.990 = 118.8 ล้านบาท	1,118.8 ล้านบาท	**≈ 9,729 บาท**

กรณี ค. มีผลงานมากกว่ากรณี ก. 20,000 RW แต่มีรายรับเพิ่มขึ้นเพียง 118.8 ล้านบาท หรือประมาณ 5,940 บาทต่อ RW ที่เพิ่มขึ้น



รูปที่ 5 ยิ่งเกินโควตา รายรับเฉลี่ยต่อ RW ยิ่งลดลง

ที่ผลงาน 100% ของโควตา อัตราเฉลี่ยเท่ากับ 10,000 บาทต่อ RW หากผลงานต่ำกว่าโควตา อัตราเฉลี่ยต่อ RW จะสูงกว่า เนื่องจากเงินในโควตาไม่ถูกเรียกคืน แต่เมื่อผลงานเกินโควตา โดยเฉพาะเกิน 10% อัตราเฉลี่ยต่อ RW จะลดลงเร็วขึ้น

คำถามที่ 9 เริ่มอะไรก่อน และต้องระวังอะไร?

คำตอบ ปีงบประมาณ 2570 เริ่มดำเนินการแล้ว และข้อมูลการติดเชื้อตั้งแต่เดือน ต.ค. 69 ถูกนำมารวมในการคำนวณ Q ดังนั้น ไตรมาสแรก (ต.ค. – ธ.ค. 69) จึงเป็นช่วงสำคัญที่สุดสำหรับการวางระบบ

ระดับ	เช็กลิสต์ไตรมาสแรก
เขตสุขภาพ	☐ ชี้แจงหลักการ CARE ให้ผู้บริหารทุกจังหวัดและโรงพยาบาลในเขต ☐ ตกลงและประกาศข้อตกลงภายในเขต ☐ ตั้งระบบรายงาน RW สะสมและอัตรา HAI รายเดือน พร้อมสัญญาณเตือน ☐ ตั้งทีมป้องกันการติดเชื้อร่วมระดับเขต
จังหวัด	☐ รับค่าคาดการณ์ RW ระดับจังหวัดและโรงพยาบาล และแจ้งให้ทุกโรงพยาบาลทราบ ☐ ทบทวนเส้นทางการส่งต่อและการใช้เตียงร่วมกันในจังหวัด
โรงพยาบาล	☐ จัดทำแผนการเงินปี 2570 จากค่าคาดการณ์ RW ของโรงพยาบาล ☐ ทบทวนเกณฑ์รับผู้ป่วยใน และกลุ่มโรคที่สามารถดูแลแบบผู้ป่วยนอกได้ ☐ ตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึก ICD-10 รวมถึงรหัสการติดเชื้อ 22 รหัส

ข้อควรระวัง: พฤติกรรมเล่ยงเกณฑ์ (gaming)

พฤติกรรมที่ต้องระวัง	สัญญาณที่ติดตามได้
เลื่อนการรักษาข้ามปีงบประมาณ	ผลงานลดผิดปกติในเดือน ส.ค. – ก.ย. และเพิ่มใน ต.ค.
ไม่บันทึกการติดเชื้อเพื่อให้ Q ดี	อัตรา HAI ลดลงฉับพลัน แต่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลการชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในหรือการระบุรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล
ส่งต่อหรือปฏิเสธผู้ป่วยหนักไปเขตอื่น	การส่งต่อผู้ป่วยในออกนอกเขตเพิ่มขึ้น
ลดการรับผู้ป่วยในที่จำเป็น	การกลับมารักษาซ้ำและอัตราตายในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

> CARE จะบรรลุผลหรือไม่ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่าใครมีผลงานมากกว่ากัน แต่ขึ้นอยู่กับความไว้วางใจและความร่วมมือระหว่างเขตสุขภาพ จังหวัด และระหว่างโรงพยาบาล