

สรุปผลการประชาพิจารณ์ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ฉบับ 6.1

วันพุธ ที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2560 เวลา 08:30 – 16:00 น.
ณ ห้องประชุมวายุภักษ์ 5 ชั้น 5 โรงแรมเซ็นทรา บาย เซ็นทรา
ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร

.....

ตามที่ สำนักพัฒนาโรคร่วมไทย (เดิมชื่อ ศูนย์พัฒนาโรคร่วมไทย หรือ ศรท.) ส่วนงาน
มาตรฐานและการบริการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพ (สมสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้จัดประชุม
ประชาพิจารณ์ “กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยฉบับ 6.1” ในวันพุธ ที่ 21 มิถุนายน 2559 นั้น

มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 121 คน หลังจากพิธีเปิดโดย นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา ที่ปรึกษา
คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทีมพัฒนา
“กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยฉบับ 6.1” เริ่มต้นการชี้แจงว่า การพัฒนาโรคร่วมไทยฉบับ 6.1 ได้ตอบสนองต่อ
ปัญหาและข้อเสนอแนะที่สำคัญจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยฉบับ 5.1 เป็นต้นมา จนได้ผลผลิตกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
ไทยฉบับ 6.1 รวมทั้งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ และนำเสนอผลกระทบที่มีต่อโรงพยาบาลและกองทุน จากนั้นที่ประชุมได้
ให้ผู้แทนโรงพยาบาลชุมชน ผู้แทนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และผู้แทนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
วิพากษ์นำ ตามด้วยเวทีระดมสมองประชุมกลุ่มย่อย 4 กลุ่มย่อย เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้แทนกองทุนประกัน
สุขภาพของรัฐทั้งสามกองทุนและผู้แทนโรงพยาบาลระดับต่างๆ ต่อการตั้งอัตราค่าจ่ายด้วยคะแนนน้ำหนักร
สัมพัทธ์ใหม่ (base rate setting) รับฟังประเด็นการปรับตัวของกองทุนฯ และสถานพยาบาลในการใช้กลุ่ม
วินิจฉัยโรคร่วมไทยฉบับใหม่ และรับฟังประเด็นการปรับปรุงกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ฉบับถัดไป เพื่อความโปร่งใส
และได้รับการยอมรับในการพัฒนาโรคร่วมไทยฉบับที่ 6.1 ประชุมชี้แจงและการประชุมระดมสมอง ได้
ข้อเสนอจากที่ประชุม แบ่งเป็นภาคเช้าและภาคบ่าย สรุปได้ดังนี้

ข้อเสนอแนะในภาคเช้า

- ผู้แทนโรงพยาบาลชุมชน: ให้ข้อคิดเห็นว่าการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยฉบับ 6.1 โรงพยาบาลชุมชนจะมี
ค่าเฉลี่ยของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (adjusted relative weight) ลดลงในทุกระดับ อาจส่งผล
กระทบต่อสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลได้ ซึ่งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ฉบับ 6.1 ใช้ข้อมูลค่ารักษาในการคำนวณ
อาจไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงของโรงพยาบาลชุมชน ที่มีสัดส่วนค่าแรงสูงจากการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากร
ปัจจุบันกลไกกระทรวงสาธารณสุขมีการปรับค่า K เพื่อให้อัตราจ่ายในส่วนโรงพยาบาลชุมชนสูงขึ้น ซึ่งไม่ปรากฏใน
ข้อมูลค่ารักษา อีกทั้งผู้ป่วยที่พบในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นกลุ่ม

วินิจฉัยโรคร่วมที่ไม่ซับซ้อนและมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่ำ เช่น อุจจาระร่วง หวัด ฯลฯ ข้อเสนอในการพัฒนาต่อ คือ ทำอย่างไรให้ค่า RW ที่สะท้อนต้นทุนในระดับโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างแท้จริง

- ผู้แทนโรงพยาบาลศูนย์: มีความเห็นว่าไม่ว่ากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับใด ฉบับ 5.1 หรือ 6.1 ค่าเฉลี่ยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอนของโรงพยาบาลศูนย์ก็ลดลง ทั้งๆ ที่โรงพยาบาลศูนย์มีแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น และแพทย์เฉพาะทางสาขาเฉพาะมากขึ้น รักษายากขึ้น แต่ทำไม RW ลดลง อาจเป็นปัญหาที่ข้อมูลนำเข้าและความน่าเชื่อถือของข้อมูลหรือไม่ ว่ามีความน่าเชื่อถือและความถูกต้อง สมบูรณ์มากน้อยเพียงใด ทั้งข้อมูลการสรุปเวชระเบียนของแพทย์ ผู้ให้รหัส และข้อมูลการรักษา ซึ่งต้องตรวจสอบ และหาก RW ลด อัตราจ่าย (Base rate) ควรมีการปรับเพิ่มให้

- ผู้แทนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย: ให้ความเห็นดังนี้

- ข้อมูลที่ถูกตัดออกจากการวิเคราะห์ ถึงแม้ว่าพิจารณาคุณภาพข้อมูลเป็นรายปีมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่จะทำให้ข้อมูลเหล่านี้มีความสมบูรณ์มากขึ้นได้อย่างไร การปรับค่ารักษาเป็นค่ารักษามาตรฐาน จะแก้ปัญหาค่าเพิ่มราคาจากต้นทุน (mark up) ที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลได้อย่างไร และการตัดข้อมูลโรงพยาบาลเอกชนออกจากการคำนวณจะสมเหตุสมผลหรือไม่ ถ้าในอนาคตสัดส่วนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

- การจัดกลุ่มของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับ 6.1 ทำให้กลุ่ม unrelated operating room procedure ลดลงได้มาก

- การตัด MDC 28 ออกและแทนด้วย RW0d (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กรณีนอนน้อยกว่า 24 ชั่วโมง) ต้องระวังกรณีที่ได้รับการชดเชยมากกว่าค่ารักษาจริง หรือชดเชยน้อยไปกรณีการผ่าตัดที่มีต้นทุนสูง

- กรณีการผ่าตัด Laparoscopic เป็นหัตถการที่มีต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองสูง ได้คิดรวมไว้ใน RW หรือไม่¹

- การรักษาด้วยเทคโนโลยีใหม่ ๆ เช่น endoscopic ในกลุ่มโรคไทรอยด์ เต้านม หรือระบบทางเดินปัสสาวะ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับ 6.1 ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มนี้หรือไม่²

- กรณีผลกระทบที่ต้องประชุมต่อภาคบ่ย คือ RW ของโรงพยาบาลบางกลุ่มลดลง ประกอบกับการจ่ายของแต่ละกองทุนที่มีความแตกต่าง โดยเฉพาะกรณีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยที่อยู่นอกเขต อัตราจ่ายคงที่สำหรับโรงพยาบาลระดับสูง เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีแนวโน้มที่งบประมาณจะไม่พอเพียง กรณีสิทธิประกันสังคม ผู้ป่วยที่มี RW มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ลดลง จะทำอย่างไร โรงพยาบาลต้องปรับตัว และกองทุนจะคิดอัตราชดเชยอย่างไร

¹ ค่ารักษากรณีหัตถการที่มีการใช้วัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง (รหัส 5601) ใน TDRG 6.1 ได้นำค่าวัสดุสิ้นเปลืองรายการนี้มาคำนวณค่า RW ด้วยแล้ว

² ใน TDRG 6.1 มีการแยก DRG สำหรับ endoscopic surgery ใน MDC04 (Respiratory System), MDC06 (Digestive System), MDC07 (Hepatobiliary System and pancreas) และ MDC13 (Female Reproductive System) ซึ่งมีรหัสหัตถการเฉพาะ แยกจากการผ่าตัดแบบเปิด การผ่าตัดผ่านกล้องที่ไม่มีรหัสหัตถการเฉพาะไม่สามารถแยก DRG ได้

- การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับ 6.1 เห็นว่าทำได้ในระดับหนึ่ง แต่ต้องพัฒนาต่อ
- ผู้เข้าร่วมประชุม ร่วมแสดงความคิดเห็นในภาคเช้า สรุปได้ดังนี้
 - การพิจารณาในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับ 6.1 ครั้งนี้หากพิจารณาความสมเหตุสมผล ว่าสะท้อนความเป็นจริงของการบริการหรือไม่ เห็นว่าการจัดกลุ่มดีขึ้น เช่น กลุ่มผู้ป่วยตั้งครรภ์ ระบบ CC (complication and comorbidity) มีความละเอียดมากขึ้น
 - ปัญหา ต้องมองสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เช่น การสรุปเวชระเบียน ครบถ้วนหรือยัง หาก RW ลดลงต้องมีสาเหตุว่าเพราะเหตุใด เช่น กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับ 6.1 แยก laparoscopic ออกมาจากการผ่าตัดเปิด หากโรงพยาบาลไหนทำ laparoscopic มาก RW ก็ต้องเพิ่มขึ้น
 - กรณีที่เปรียบเทียบว่า RW ลดลง ในขณะที่มีการ normalization แล้ว ต้องวิเคราะห์ว่า การ normalization แก้ปัญหาได้หรือไม่ RW ที่เพิ่มขึ้น/ลดลง สะท้อนความรุนแรงของโรคหรือไม่
 - จากการตรวจสอบเวชระเบียน พบปัญหาการให้รหัสสูงเกินจริง (creep) มาก ทำให้ได้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีค่า RW สูงขึ้นแต่การรักษาเท่าเดิม รวมถึงการบันทึกเวชระเบียนที่ไม่ครบถ้วนของโรงพยาบาลบางแห่ง ทำให้ RW ลดได้
 - มีผู้เสนอว่าการศึกษาผลกระทบไม่ควรดูที่ RW เท่านั้น ควรดูข้อมูลรายรับในภาพรวมของแต่ละโรงพยาบาลว่ารายรับเพิ่มขึ้นหรือลดลง
 - ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนเสนอว่าโรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงสูงกว่า 50% เมื่อไม่ให้เบิกค่าแพทย์ (doctor fee) จึง mark up ค่ายาสูงจริง แต่ต้นทุนโดยรวมก็สูงด้วย ควรพิจารณาข้อมูลของโรงพยาบาลเอกชนในการวิเคราะห์ด้วย
 - มีผู้เสนอว่า กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นเครื่องมือการจัดกลุ่มเพื่อจ่ายเงินกรณีเฉลี่ยๆ ที่ใกล้เคียงกัน ไม่ควรรวมกลุ่มโรคราคาสูงที่มีผู้ป่วยไม่มากนัก เช่น การผ่าตัดปอดและหัวใจ ควรแยกออกจาก DRG
 - มีผู้เสนอว่า กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นเครื่องมือการจัดกลุ่มและการจ่ายเงินที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะเฉียบพลันเท่านั้น ควรมีการพัฒนากลุ่มโรคร่วมอื่น ๆ ร่วมไปกับ DRG เหมือนการพัฒนาโรคร่วม ฉบับ 5 โดยฉบับต่อไปอาจเป็นกลุ่มโรคร่วมที่รวมผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน ฯลฯ เพื่อให้การจ่ายเงินมีความเป็นธรรมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในภาคปลาย การระดมสมองกลุ่มย่อยเพื่อตอบคำถามและข้อเสนอแนะ มีประเด็นสรุปสำคัญ ดังนี้

ก. กองทุนควรยึดหลัก budget neutral³ หรือไม่?

ภายใต้ข้อจำกัดต่อความเข้าใจความหมายของ budget neutral

กลุ่ม 1 เห็นด้วยว่ากองทุนควรยึดหลัก budget neutral

กลุ่ม 2 อธิบายเพิ่มเติมว่าหลัก budget neutral มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดี คือกองทุนควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ทำให้ค่าใช้จ่ายสมเหตุสมผล ไม่บานปลาย ส่วนข้อเสีย คือโรงพยาบาลไม่สามารถประมาณการงบประมาณล่วงหน้าได้, รายรับของโรงพยาบาลอาจไม่พอเพียงจึงควรมีการประกันรายได้ขั้นต่ำ และควรคาดการณ์งบประมาณจากข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อให้สะท้อนค่าใช้จ่ายที่แท้จริง

กลุ่ม 3 เห็นว่ากองทุนไม่ควรยึดหลัก budget neutral ควรจะจัดงบประมาณแปรผันตาม Workload สิทธิประโยชน์ และเพิ่มส่วนกำไร (Margin) ด้วย รวมทั้งกองทุนควรพิจารณาเพิ่มส่วนพัฒนาในอนาคต (future development) ด้วย โดยอาจเป็นส่วนของกำไร

ข. ควรคำนวณอัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ (base rate) อย่างไร? เท่าไร?

กลุ่ม 1 ให้ข้อคิดเห็นว่าคำนวณอัตราจ่ายแบบไหนก็ได้ แต่ขอให้เพิ่ม Base Rate อย่างสมเหตุสมผล

กลุ่ม 2 เห็นว่าไม่ควรใช้เพดานงบประมาณ (Global budget) แต่ควรจัด base rate ตามระดับรพ. เหมือนกรมบัญชีกลาง และควรใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายที่แท้จริงมาคิด รวมทั้งปรับค่าบริการทางการแพทย์ให้ทันสมัย สะท้อนต้นทุนค่าแรง

กลุ่ม 3 เห็นว่าหากไม่ใช่เพดานงบประมาณ แต่จ่ายตามอัตราคงที่ (fixed rate) กองทุนอาจมีปัญหาในการควบคุมงบประมาณ แต่ขอให้ fixed งบประมาณ รวมทั้งอาจจ่าย base rate ที่ไม่เท่ากัน โดยตามระดับศักยภาพของโรงพยาบาล (โดยให้จ่ายรพ.ศูนย์เท่ากับ UHOSNET) และเสนอให้คำนวณอัตราจ่ายเป็นค่าอัตราคาดว่าจะเป็นจ่าย (proposed base rate) ถ้าอัตราที่จ่ายจริงต่ำกว่า proposed base rate กองทุนควรอธิบายเหตุผล

ค. โรงพยาบาลควรปรับตัวประเด็นอะไรบ้าง?

กลุ่ม 1 ให้ความเห็นว่า

- โรงพยาบาลควรปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ครบถ้วนตามความเป็นจริง
- โรงพยาบาลควรนำข้อมูลต้นทุนบริการมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงการให้บริการให้เหมาะสมกับต้นทุนบริการ
- โรงพยาบาลควรมีระบบ Internal Audit

³ เอกสารการประชุมกลุ่มย่อยใช้คำว่า “งบประมาณสะเทิน” (budget neutral) หมายถึงวิธีการงบประมาณที่รัฐจัดสรรงบประมาณปีต่อมาให้เท่ากับปีที่ผ่านมา (โดยบวกเพิ่มค่าอัตราเงินเพื่อ) กรณีที่เงื่อนไขต่างๆ ของโครงการไม่เปลี่ยนแปลง

กลุ่ม 2 เห็นว่า

- โรงพยาบาลควรต้องเห็นความสำคัญเรื่องข้อมูลที่สำคัญทุกอย่าง ตั้งแต่การบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทั้งค่าใช้จ่าย สรุปลเวชระเป็ยง ICD, ส่งข้อมูลให้ถูกต้อง ทันทเวลา และมีระบบวิเคราะห์ และตรวจสอบข้อมูล
- โรงพยาบาลควรทบทวนการใช้ทรัพยากร
- โรงพยาบาลควรมีความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ ของแต่ละกองทุน

กลุ่ม 3 เห็นว่า

- โรงพยาบาลควรส่งข้อมูลให้ครบถ้วนและถูกต้อง
- รพ.ควรควบคุมการใช้ทรัพยากร ตามสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยและตามความจำเป็นของผู้ป่วย
- รพ.ต้องมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ
- โรงพยาบาลควรทราบว่าสิทธิประโยชน์ที่อยู่นอก DRG ว่ามีอะไรบ้าง และหากโรงพยาบาลเห็นว่า ควรมีสิทธิประโยชน์ใดเพิ่มเติม ควรแจ้งให้กองทุนทราบ เพื่อทำการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ต่อไป

ง. ยังมีประเด็นปรับปรุงกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยฉบับนี้อย่างไรอีกบ้าง?

กลุ่ม 1 เสนอให้ทีมงานผู้พัฒนาทำคู่มือ Trigger Tool ออกมาให้เร็วที่สุด และขอเพิ่ม DRG ในกลุ่ม Sub-Acute

กลุ่ม 2 เสนอว่าควรมีการ On top กรณีราคาแพง เช่น Antibiotic, antiviral หรือ X-Ray, Lab ราคาแพง

กลุ่ม 3 เห็นว่าการที่สถานพยาบาลจะบอกได้ว่าจะมีอะไรปรับปรุงบ้าง ต้องมีการศึกษาผลกระทบจากการใช้งานจริง โดยอาจเป็นการนำร่องการใช้ DRG 6.1 ก่อน และขอให้สถานพยาบาลเสนอ base rate ที่เป็นที่ยอมรับได้ เสนอมายังกองทุน รวมทั้งขอให้ทีมวิจัยชี้แจงว่า ค่าใช้จ่ายในระบบ DRG ได้รวมค่าใช้จ่ายใดไว้บ้าง และมีค่าใช้จ่ายใด ไม่รวมอยู่ใน DRG และควรใช้ระบบอื่นใดในการจ่าย กรณีการรักษาโรคราคาแพง เช่น new technology

จ. ประเด็น Reclassification /Recalibration ควรปรับปรุงอย่างไร ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยฉบับต่อไป มีข้อคิดเห็นจากกลุ่ม 4 ดังนี้

1. ข้อมูลที่นำมาใช้ในการคำนวณ มีข้อสังเกตคือ ข้อมูลของโรงพยาบาลเอกชน สมควรถูก exclude หรือไม่

2. หากไม่ใช้ DRG อาจใช้ Resource based classification ชนิดอื่นแทน และควรใช้ระบบกำหนด resource identifier เดียวกันทั้งประเทศ ในผู้ป่วยกลุ่มมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ไม่ควรจ่ายด้วย DRG ควรแยกจ่ายในระบบอื่น

3. Tracheostomy อาจไม่สะท้อนค่าใช้จ่ายสูงที่แท้จริง ควรพิจารณา Exclusion Criteria เพิ่ม เช่น โรคในกลุ่ม ENT, Length of on tracheostomy หรือ เปลี่ยนเป็น Ventilator support (9672) + ระยะเวลา (Date On/Off) หรือ ตัดทิ้งไปเลย เพราะค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นสะท้อนจากภาวะแทรกซ้อนอื่นที่มีอยู่แล้ว

4. กรณี Hemorrhage following procedure พบว่ามีการ creep ข้อมูลเพื่อหวังค่า RW ที่สูงขึ้น จึงไม่ควรจ่ายชดเชยเลย หรือไม่สมควรจ่ายชดเชยมากนัก

5. กลุ่มผู้ป่วย Non OPD non IPD procedure หรือ one day surgery เช่น Cataract, Endoscopy, Blood transfusion, RW0d ไม่ควรปรับลดและควรปรับกลไกการจ่ายในลักษณะ OPD case

5. Blood transfusion ในกลุ่ม neoplasm สมควรจัดเป็น DC เฉพาะหรือไม่ และควรมีจำนวนของ Blood transfusion มาพิจารณาในรูปแบบของ extension code

ฉ. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจาก ห้องประชุม

1. กรณี complication ควรจ่ายหรือไม่ ในต่างประเทศเริ่มพิจารณางดการจ่ายเพื่อลดการจูงใจให้เกิด
2. ควรแจ้งให้โรงพยาบาลทราบว่าค่าใช้จ่ายใน DRG รวม/ตัดอะไรบ้าง
3. วิธีการจ่ายอาจใช้วิธีจ่ายแบบทำสัญญาแบบ Fixed budget, fixed base rate และ fixed ปริมาณ service หากทำเกินหรือไม่ครบอาจมีวิธีการจ่ายเพิ่มหรือลด ควรมีข้อตกลงกันก่อนเพื่อให้ได้ประโยชน์ทั้ง 2 ฝ่าย ทั้งกองทุนและโรงพยาบาล เหมือนประเทศเยอรมนี

.....

รายนามผู้ร่วมประชุมระดมสมองและประชาพิจารณ์
วันที่ 21 มิถุนายน 2560

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน
1	นพ.ประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล	โรงพยาบาลมหาชัย
2	ศ.ดร.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ
3	นพ.ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร	สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ
4	นพ.บุญชัย กิจสนาโยธิน	สำนักพัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย
5	นพ.สุเมธี เขยประเสริฐ	สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ
6	ดร.อรทัย เขียวเจริญ	สำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย
7	นางสาวมัทนา นาทชนนันท์	โรงพยาบาลมหาชัย
8	นางสาวชลธิดา ไบม่วง	สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ
9	นางสาวภณิดา ประเสริฐสุข	สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ
10	นางสาวชลลดา ดีปานแก้ว	สำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย
11	นางสาวเบญจกานต์ ลีลาภิตติสิน	สำนักพัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย
12	นางสาวอมรารวรรณ เพ็ญตระการ	สำนักพัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย
13	นางกนกวรรณ สดศรีวิไล	นักวิชาการสถิติชำนาญการ กรมสุขภาพจิต
14	นส.กนกวรรณ สุวรรณศรี	สถาบันประสาทวิทยา
15	รศ.พญ.กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ	ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
16	พล.ต.กฤษา ม่วงทอง	ประธานราชวิทยาลัยโสต คอ นาสสิกแพทย์แห่งประเทศไทย
17	พญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
18	นพ.กวิน ก้านแก้ว	โรงพยาบาลสุโขทัย
19	พญ.กาญจณี เจนวนิชสถาพร	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
20	พ.อ.หญิงเกษราวดี แสงสุข	โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์
21	คุณเกษรินทร์ ชูบัว	โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล
22	พญ.ขวัญใจ วงศกิตติรักษ์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
23	น.ส.ขวัญใจ วิชิตาภา	โรงพยาบาลมะการักษ์
24	น.ส.จรินทร์ทิพย์ เทียมที	โรงพยาบาลศุภมิตรเสนา
25	น.ส.จินดารัตน์ ชันสังข์	โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์
26	น.ส.จวีร์รัตน์ พลแสง	โรงพยาบาลแพทย์ปัญญา

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน
27	คุณฉันทนา พรพงษ์อภิสิทธิ์	โรงพยาบาลเพชรเวช
28	น.ส.ชฎานันท์ ประดิษฐ์สุวรรณ	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
29	พ.อ.นพ.ชัชชาญ คงพานิช	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย
30	นพ.ชัยสิทธิ์ ศรีทองชัย	โรงพยาบาลจุฬารัตน์
31	ผศ.นพ.ชิต เพชรพิเชฐเชียร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
32	นพ.ฐิติณัฐ ดิลกหัตถการ	โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
33	นพ.ณรงค์ฤทธิ์ มัตยาอานนท์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
34	นายณัฐพงศ์ อนุวัตรรยรง	หัวหน้ากลุ่มงาน สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สปสช.
35	ผศ.พญ.ณัฐพร เทศะวิบูล	ภาควิชาจักษุวิทยา
36	พญ.ดลฤดี ศรีสุภผล	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
37	คุณดุจฤดี ธรรมบุตร	โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล
38	นางทัศนดา เจนวนิชสถาพร	หัวหน้างาน สำนักสำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สปสช.
39	พญ.ทศนีย์ จันทร์น้อย	
40	คุณทิพย์ศิริ สงชัย	โรงพยาบาลบางปะกอก3พระประแดง
41	น.ส.ธนพรรณ เรือนคำ	โรงพยาบาลพญาไท นวมินทร์ แผนกเวชระเบียน
42	นายธนวัฒน์ ชัยเลิศ	ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม
43	พญ.ธีรนุช คงสวัสดิ์	โรงพยาบาลสระบุรี
44	นส.นิชนันท์ รอดเนียม	นักวิชาการสถิติปฏิบัติการ กรมสุขภาพจิต
45	นพ.บริรักษ์ เจริญศิลป์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
46	พญ.บุญรอด แสงอังคนาวิน	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
47	พญ.บุษกร โลหารชุน	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
48	นายปกิต รุ่งจรรยารักษ์	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
49	นางปณิตา รัชตะปิติ	โรงพยาบาลราชวิถี
50	ผศ.ดร.ประพัฒน์ สุริยผล	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
51	นพ.ประพันธ์ ปลื้มภาณุภัทร	ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม
52	พญ.ประไพศรี लयงูร	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
53	ภญ.ประภัสสร คณะรัฐ	โรงพยาบาลบัวลาย
54	นายประสาท กิจเจริญ	โรงพยาบาลกลาง
55	นางมุสดี เผือกคง	โรงพยาบาลสงขลา

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน
56	พอ.พญ.พนมวัลย์ บุญยमानพ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
57	นายพรชัย คำเพ็งใจ	โรงพยาบาลขอนแก่น
58	ผศ.นพ.พรณรงค์ โชติวรรณ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
59	นางพรรณวดี สุขศีล	โรงพยาบาลพญาไท 3
60	นส.พรพรพรรณ เกษมสรवल	สำนักงานประกันสังคม
61	น.ส.พัชรี ดุลนิมิตร	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
62	นางพีรยา ด่านกุล	ผู้จัดการแผนกเวชสถิติโรงพยาบาลพญาไท 2
63	น.ส.ภณิดา กลิ่นพิพัฒน์	หัวหน้างาน สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สปสช.
64	ผศ.นพ.ภัทรวินท์ อัดตสาระ	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
65	คุณภาวิณี กอแก้วเกษา	โรงพยาบาลเอกชล 2
66	พญ.ภาวิณี เอี่ยมจันทร์	โรงพยาบาลสุโขทัย (ผอ.)
67	นพ.เมธ โชคชัยชาญ	โรงพยาบาลศุภมิตร
68	จ.ส.อ.หญิงยอดสร้อย เกตุมณี	โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์
69	นางชรารินทร์ มัยจิ้น	โรงพยาบาลไทรน้อย
70	นางรพีพรรณ ศรีดา	โรงพยาบาลเกษมราษฎร์สระบุรี
71	คุณรัชดาพร บุตรเริ่ม	โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล
72	พญ.รัชนิศ พรวิภาวี	ผช.ผอ.สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สปสช.
73	น.ส.รุ่งนภา ทองเมือง	ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม
74	นางลภัสรดา ศิลาโรจน์	โรงพยาบาลราชวิถี
75	นายวรนาท พราหมณ์กระโทก	อื่น ๆ
76	นางวรรณภา งอกอ่อน	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
77	คุณวรรณวิไล ดีเจริญ	โรงพยาบาลมหาชัย2
78	น.ส.วริษฐา ใจศิริ	โรงพยาบาลศิริรินทร์
79	นายวัฒนา บุญญรักษ์ธัญญา	กรมบัญชีกลาง (นักวิชาการคลังชำนาญการ)
80	น.ส.วันวิสา เนยคำ	โรงพยาบาลพญาไท 3
81	นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒน์กุล	ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
82	นายวิโรจน์ รัชตฤงคารสกุล	โรงพยาบาลราชบุรี
83	พญ.ศิริจิตต์ วาสนะวัฒน์	โรงพยาบาลขอนแก่น
84	นพ.ศิวฤทธิ์ รัศมีจันทร์	โรงพยาบาลพุทธชินราช (ผอ.)

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน
85	น.ส.ศุภิสรา จิตรตรง	โรงพยาบาลภัทร-ธนบุรี
86	นพ.สนธยา พริ้งลำภู	สำนักงานประกันสังคม
87	ผศ.นพ.สนั่น วิสุทธศักดิ์ชัย	โรงพยาบาลศิริราช
88	พญ.สมใจ อุดมพงศ์ลักษณ์	โรงพยาบาลสกลนคร
89	นพ.สิทธิพันธ์ ตันจักรวรรานนท์	โรงพยาบาลสระบุรี (แพทย์จิตเวช)
90	นส.สุนทร เต็มวิสุทธิกุล	กรมบัญชีกลาง (นักวิชาการคลังปฏิบัติการ)
91	นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา	ที่ปรึกษาคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ สาธารณสุข สปสช.
92	น.ส.สุภาณี รักษามั่น	โรงพยาบาลสงขลา
93	น.ส.สุภาภรณ์ หวานจริง	โรงพยาบาลกรุงเทพ - ขอนแก่น
94	น.ส.สุรภา มรรคเจริญ	โรงพยาบาลพญาไท 3
95	นพ.สุรินทร์ ประสิทธิ์หิรัญ	โรงพยาบาลราชธานีโรจนะ (ผอ.)
96	ดร.สุรรัตน์ นามเกียรติไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
97	นพ.เสรี ศรีสันต์	ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม
98	น.ต.หญิงอมรา มูลสืบ	โรงพยาบาลภัทร-ธนบุรี
99	พญ.อรศิริ เสรีรัตน์	โรงพยาบาลราชวิถี
100	น.ส.อรษา สุขไพบูลย์	โรงพยาบาลมหาชัย2
101	พญ.อรัญญา กัลยาณพจน์พร	รพ.เจ้าพระยายมราช
102	นางอัญชสา ศรีคะรัน	โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล
103	นายเอกรัตน์ อัครปรัชญานันท์	กรมบัญชีกลาง (นักวิชาการคลังปฏิบัติการ)
104	นส.นลินี ศิริโสม	โรงพยาบาลลาดพร้าว
105	นายอรรถพร ภูริศิวรักษ์	บริษัท สแตนดาร์ด โซลูชัน จำกัด
106	นายทวีศักดิ์ พุทธวรรณไชย	บริษัท สแตนดาร์ด โซลูชัน จำกัด
107	นายเผด็จ ชมชื่น	งานประกันสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สธ.
108	นางเบญจมาศ เลิศชาคร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
109	นางอัญชลี หอมหวล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
110	นพ.สุกิจ จำปาเงิน	โรงพยาบาลบางไผ่
111	นางปานใจ ตันติภูษานนท์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
112	นส.จากรุวรรณ สวงสถ์กลิ่น	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	หน่วยงาน
113	พญ.นฤมล จินตพัฒนากิจ	โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
114	นพ.ธวัชชัย เข้มยุพา	โรงพยาบาลแก่งคอย
115	นพ.ทรงพล ชวาลตันพิพัฒน์	โรงพยาบาลราชบุรี
116	นส.วรรณรัตน์ อนันต์วัฒนสุข	โรงพยาบาลพญาไท 1
117	นส.พรชนก นพรัตน์	โรงพยาบาลเกษมราษฎร์สระบุรี
118	นพ.ฐิติ พัฒนกำจร	โรงพยาบาลการุญเวช สุขุมวิท 3
119	นางประนอม มั่นกำเนิด	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
120	นพ.วิทวัส แนววงศ์	คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
121	นพ.ปิติพงศ์ กิจรัตน์กุล	คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....