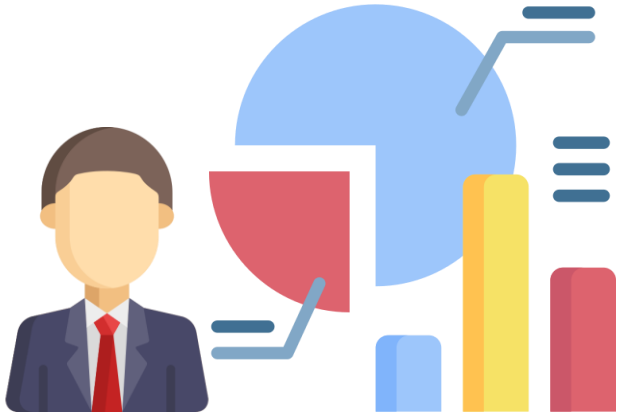
การนิเทศงาน
เพื่อวางระบบศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ

สหสาขาวิชาชีพ



ดร.นพ.ชุมพล นุชผ่อง

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

M.D.,M.B.A.,Ph.D.

รองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

การตรวจสอบผลสัมฤทธิ์และประสิทธิภาพการดำเนินงาน ระบบหลักประกันสุขภาพ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้การบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558–2562 เป็นจำนวนเงินรวม 843,200.15 ล้านบาท สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้แก่ ค่าบริการทางการแพทย์แบบจ่ายรายหัว และงบเพิ่มเติมเพื่อดูแลกลุ่มเฉพาะ ให้แก่บุคคลที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งประชาชนไทย มีสิทธิประจำตัวประชาชน 13 หลัก โดยไม่คำนึงถึงสถานะการปกครอง และไม่มีค่าใช้จ่ายในการรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ทั่วประเทศ

[illegible] การดำเนินการตามหน้าที่ของรัฐ นโยบายแห่งรัฐ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) โดยให้ความสำคัญกับการตรวจสอบผลสัมฤทธิ์และประสิทธิภาพการดำเนินงานตามแผนการจัดสรรงบประมาณภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติ จึงตรวจสอบผลสัมฤทธิ์และประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม [illegible] ประกันสุขภาพ [illegible] ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค [illegible] ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558–2562 ยังมีปัญหาในการบริหารจัดการกองทุนบางประการ ได้แก่ การขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ การประเมินคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ และการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข และผลสัมฤทธิ์และประสิทธิภาพของการใช้จ่ายเงินงบประมาณแผ่นดิน โดยมีประเด็นข้อตรวจพบที่สำคัญ 3 ประเด็น สรุปได้ดังนี้

ข้อตรวจพบที่ 1 การขอเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการไม่ถูกต้อง ส่งผลให้มีการเบิกจ่ายเงินโดยไม่ถูกต้อง

จากข้อมูลผลการสุ่มตรวจสอบเวชระเบียนซึ่งเป็นเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหลังการเบิกจ่าย (Post-audit) พบว่า สปสช. ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558–2562 จำนวนทั้งสิ้น 1,036,659 ฉบับ หรือโดยเฉลี่ย 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.20 ของจำนวนเวชระเบียนทั้งหมดที่หน่วยบริการขอเบิกจ่ายค่าบริการ พบหน่วยบริการ

สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรียกเงินคืนกว่า 3 พันล้าน

5ปีหลักประกันสุขภาพยุครัฐบาลทหาร

https://mgronline.com/

1. พบหน่วยบริการบันทึกเวชระเบียนไม่ถูกต้อง จำนวน 489,635 ฉบับ
หรือคิดเป็นร้อยละ 47.23 ต้องเรียกเงินคืนจากหน่วยบริการจำนวน 1,960.89 ล้านบาท
2. การบันทึกเวชระเบียน และการกำหนดเงื่อนไขตรวจสอบการเบิกจ่ายผ่านระบบ
e-Claim (Pre-audit) ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ
มีธุรกรรมการเบิกจ่ายที่ไม่ผ่านเงื่อนไข 406,303 ฉบับ วงเงินกว่า 2,128.08 ล้านบาท
3. ผลการตรวจสอบ “สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ” พบว่า
มีจำนวน ธุรกรรมที่ไม่ผ่านเงื่อนไขการตรวจสอบ 5,126,363 ฉบับ
ประเภทผู้ป่วยนอกและธุรกรรมบางส่วนที่ถูกปฏิเสธการจ่าย
4. การเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสังคม พบว่า
ผู้ป่วยกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงและประเภทผู้ป่วยในกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง AdjRW≥2
การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง มีจำนวนเงินที่ต้องเรียกคืน รวมจำนวนถึง 2,499.27 ล้านบาท

ปรับ **10** เท่า

เรียกเงินคืนเต็มจำนวน ผู้ให้และผู้รับบริการ

ปรับ **100** เท่า

กระบวนการเรียกเงินคืน

- **กระบวนการอุทธรณ์**

- การสวบสวนทางวินัย
- ส่งเรื่อง ปปท. และ ปปช.

- ละเมิด
- การไม่ปฏิบัติตามหน้าที่
- การทุจริต
- ไร้สมรรนถนะในการปฏิบัติหน้าที่

- **โทษทางวินัย โทษทางปกครอง**
- **โทษทางแพ่ง โทษทางอาญา**
- **ผิดจริยธรรมสภาวิชาชีพ**

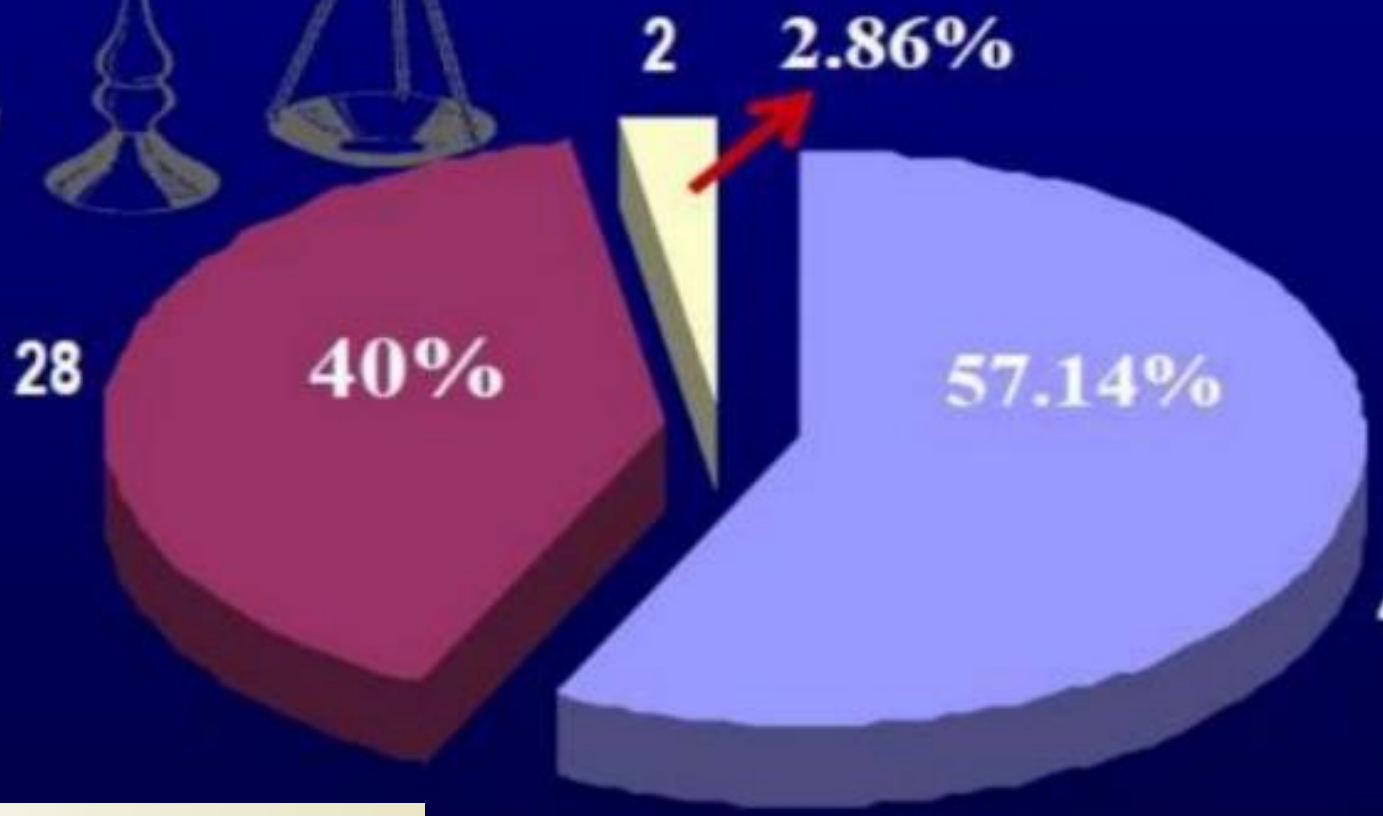
5 ขั้นตอนการบริหารจัดการศูนย์จัดเก็บรายได้

1) ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการ
   ของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ
2) การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ
   ของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ
3) มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim)
4) ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim)
5) การบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน

ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการ

1) ข้อมูลวินิจฉัยโรคหลักและโรครอง โดยแพทย์
2) ข้อมูลประวัติ และ ตรวจร่างกาย โดยแพทย์และพยาบาล
3) ข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการและการแปรผล โดยแพทย์
4) ข้อมูลข้อบ่งชี้ และ เงื่อนไขประกอบการรักษาพยาบาล โดยแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ
5) ความครบถ้วนของการบันทึกหัตถการ
6) ความถูกต้อง วันที่ และเวลา

ประเภทโรงพยาบาลที่ถูกฟ้อง



- รพศ./รพท
- รพช
- อื่น ๆ (ฟ้องผิด)

ผู้ถูกฟ้องคดีคดีแพ่ง

- แพทย์ 55 ราย
- พยาบาล 11 ราย

ผู้ถูกฟ้องคดีอาญา (เฉพาะที่ฟ้องศาล)

ชื่นมนัส จาดยางโทน พย.ม.,น.บ.,น.ม.

6 มีนาคม 2562

โทษทางวินัยตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑

๑. **ภาค**ทัณฑ์ เป็นโทษสำหรับกรณีกระทำผิดวินัยเล็กน้อย หรือมีเหตุ
อันควรลดหย่อนโดยให้ทำทัณฑ์บนเป็นหนังสือหรือว่ากล่าวตักเตือนก็ได้

๒. **ตัด**เงินเดือน เป็นการลงโทษตัดเงินเดือนเป็นจำนวนเปอร์เซ็นต์ของ
เงินเดือนและเป็นจำนวนเดือน เมื่อพ้นเวลาลงโทษก็จะได้รับเงินเดือนตามปกติ

๓. **ลด**เงินเดือน เป็นการลงโทษโดยลดเงินเดือนเป็นจำนวนเปอร์เซ็นต์
เช่น ลดเงินเดือน 2% หรือ 4% ของอัตราเงินเดือนของผู้กระทำผิด

๔. **ปลด**ออก เป็นการลงโทษให้พ้นจากราชการ โดยได้รับบำเหน็จ บำนาญเสมือนผู้นั้นลาออกจาก
ราชการ

๕. **ไล่**ออกเป็นการลงโทษให้พ้นจากราชการ โดยไม่ได้รับบำเหน็จ บำนาญ

โทษในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพ

- พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528

1. ว่ากล่าว
2. ตักเตือน
3. พักใช้
4. เพิกถอน

ไม่ทำงาน

- นายโต ข้าราชการ มีหน้าที่ต้องบันทึกข้อมูลในโปรแกรมSMART TB แต่ก็ไม่ทำการบันทึกข้อมูลดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับเงินสนับสนุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคจาก สปสช. และเมื่อหัวหน้างานมอบหมายงานด้วยวาจาให้ไปร่วมปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่อื่น เช่น การไปฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ การตรวจสุขภาพนักเรียนนายโตก็ไม่ไปโดยมักหลบเลี่ยงและบอกกับเพื่อนร่วมงานว่าเหตุที่ตนไม่ไปร่วมทำงาน เพราะว่าหัวหน้างานไม่ได้มอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษร
- โทษ เป็นการกระทำผิดวินัยอย่างไม่ร้ายแรง ฐานไม่ปฏิบัติหน้าที่ราชการให้เกิดผลดีหรือความก้าวหน้าแก่ราชการด้วยความตั้งใจอุตสาหะ เอาใจใส่ และรักษาประโยชน์ของทางราชการ และฐานไม่ช่วยเหลือกันในการปฏิบัติราชการ ระหว่างข้าราชการด้วยกันและผู้ร่วมปฏิบัติ ลงโทษภาคทัณฑ์

เอาไปทั้ง 2 ที่

- นางคำกอง ข้าราชการ มีหน้าที่รับผิดชอบ ทางด้านการเงิน ของ รพ.สต.เมื่อนางคำกอง ได้รับเงินโอนราชการมาแล้วแต่ก็ไม่ได้บันทึกลงในบัญชีทางการเงิน เมื่อ มีการ นำเงินฝากธนาคาร ก็ไม่บันทึกลงในบัญชีทางการเงิน นอกจากนี้ นางคำกอง ยังได้ลงบันทึกในบัญชีการเงินว่าได้นำเงินราชการฝากเข้าบัญชี ธนาคารแต่ความจริงกลับไม่ปรากฏว่ามีรายการฝากเงินในสมุด บัญชีธนาคาร รวมทั้ง ได้ ทำการถอนเงินจาก บัญชีธนาคาร โดยไม่มี หลักฐานการขออนุมัติใช้จ่ายในงานราชการ และไม่บันทึกลงในบัญชีทางการเงิน โดยนางคำกอง ได้กระทำการดังกล่าวจำนวนหลายครั้ง ต่อมานางคำกองย้ายไปที่ รพ.สต.แห่งใหม่และมีหน้าที่รับผิดชอบปฏิบัติงานด้านการเงินนางคำกอง ก็ ทำการปลอมลายมือชื่อของผู้มีอำนาจลงนามเบิกถอนเงิน ของ รพ.สต. ถอนเงินราชการไปอีกจำนวนหลายครั้ง และได้ นำเงินทั้งหมด ไปใช้ประโยชน์ส่วนตัว รวมเงินราชการ ของหน่วยงานทั้งสองแห่งที่เกิดจากการทุจริตของนางคำกองจำนวน 600,000 บาท ทั้งนี้ นางคำกองได้ให้การ รับ ว่า ตน ได้กระทำการดังกล่าวจริง และยังไม่ได้มีการชดใช้คืนให้กับทางราชการแต่อย่างใด
- พฤติการณ์ ของนางคำกองดังกล่าว เป็นการกระทำผิดวินัยอย่างร้ายแรง ฐานปฏิบัติหน้าที่ราชการโดยทุจริต และฐานกระทำการอันได้ชื่อว่าเป็นผู้ประพฤติชั่วอย่างร้ายแรง ตามมาตรา 85 (1) และมาตรา 85(4) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ.2551
- ลงโทษไล่ออกจากราชการ

โทษทางแพ่ง

- ละเมิด ม. 420 , 425 ,427
- คุ้มครองผู้บริโภค

1. กระทำโดยจงใจ / ประมาท
2. มีหน้าที่ต้องกระทำ แต่งดเว้นไม่กระทำ
3. กระทำให้บุคคลอื่นเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย

อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สินต้องใช้ค่าสินไหมทดแทน

การกระทำผิดกฎหมายอาญาที่เกี่ยวกับการพยาบาล

การประมาทในการประกอบวิชาชีพ

- การไม่ช่วยเหลือหรือปฏิเสธการประกอบวิชาชีพ
- การทอดทิ้งหรือละเลยผู้ป่วย
- การพยาบาลโดยผู้ป่วยไม่ยินยอม
- การหน่วงเหนี่ยวกักขังผู้ป่วย หรือทำให้ผู้ป่วยขาดเสรีภาพ
- การเปิดเผยความลับ
- การปลอมเอกสาร
- การทำหรือรับรองเอกสารเท็จ
- การทำให้หญิงแท้งลูก

ประมาท

๑.การกระทำ ที่มิได้กระทำโดยเจตนา

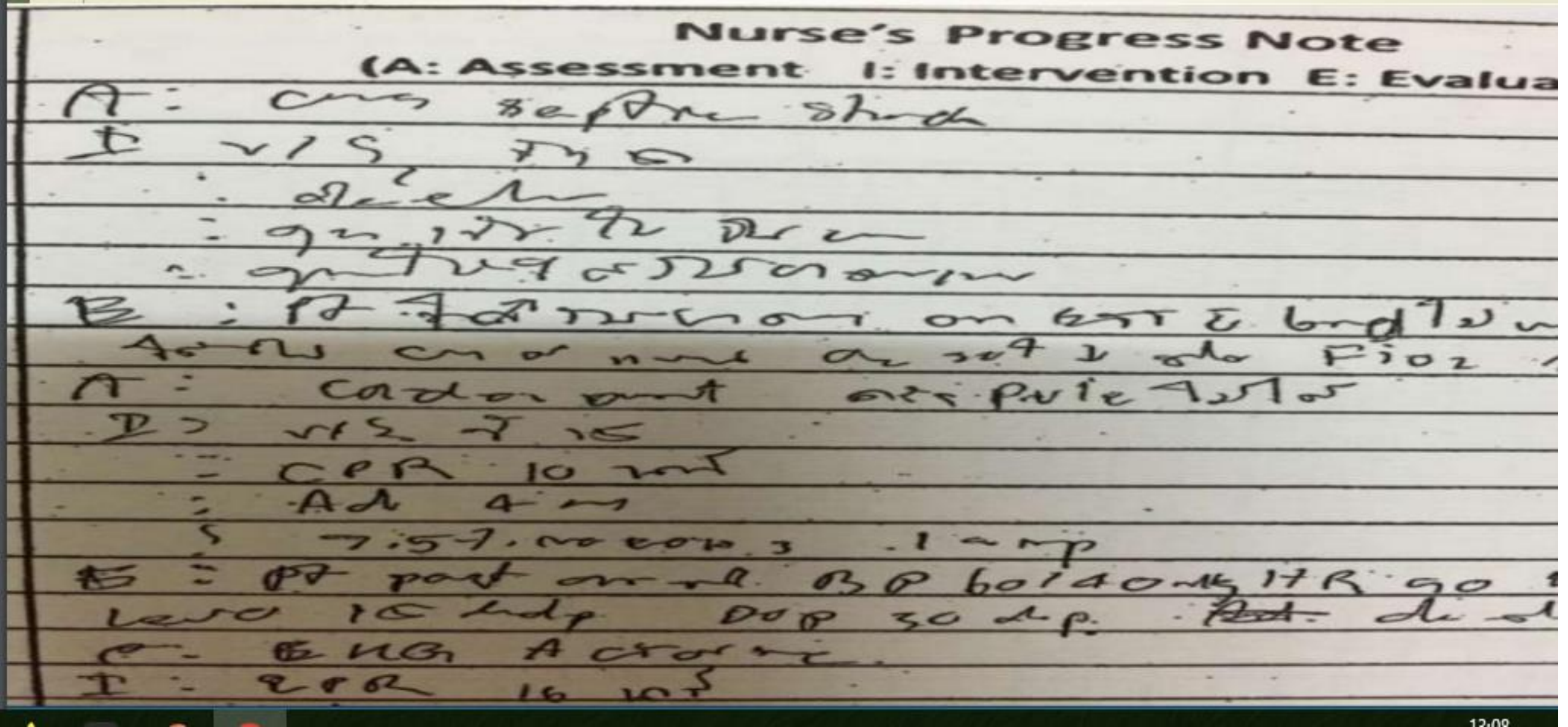
๒.แต่กระทำโดยปราศจากความ ระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้น จะต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์

๓.และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวัง เช่นว่านั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่

การประมาทในการประกอบวิชาชีพ

- ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ
- ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์ไม่ถูกต้อง
- ความบกพร่องด้านการสื่อสาร
- ความบกพร่องด้านการบันทึก
- ความบกพร่องด้านการประเมินและเฝ้าระวังอาการ
- ความบกพร่องด้านการไม่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ความบกพร่องด้านการบันทึก



การปลอมเอกสาร (ป.อ.มาตรา 264)

- ผู้ใด
- ทำเอกสารปลอมทั้งฉบับ/ บางส่วน
- น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น
- ผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารจริง
- เจตนา

จำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

การปลอมเอกสาร = กรอกข้อความลงในแผ่นกระดาษหรือวัตถุอื่นใด, มีลายมือชื่อของผู้อื่น ,ไม่ได้รับความยินยอม , ใช้ในกิจการ ที่อาจเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด

การรับรองเอกสารเท็จ (ป.อ.มาตรา 269)

- ผู้ใด
- ประกอบการงานในวิชาแพทย์ / พยาบาล
- ทำคำรับรองเอกสารอันเป็นเท็จ ผู้ใดโดยทุจริตใช้ หรืออ้างคำรับรอง

น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น

- เจตนา
- จำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

การใช้สิทธิไล่เบี้ย

1.
   - กระทรวงใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่ทายาทไปแล้ว

2.
   - ไล่เบี้ยกับพยาบาลได้ ในกรณี กระทำโดยจงใจ **ประมาทเลินเล่อ อย่างร้ายแรงเท่านั้น**
   - ประมาทเลินเล่อธรรมดาไล่เบี้ยไม่ได้แต่เอกชนไล่เบี้ยได้

3
   - ต้องไล่เบี้ยภายใน 1 ปี
   - หากไม่พอใจคำสั่งหน่วยงานเกี่ยวกับจำนวนเงินที่ให้ชดใช้สามารถยื่นฟ้องต่อศาลปกครองได้

หน่วยงานใช้สิทธิไล่เบี้ย

1.พยาบาล กระทำการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง จึงให้ชดใช้ค่าสินไหมร้อยละ 40 ของค่าเสียหาย ที่คำนวณจากร้อยละ 50 ของเงินต้น 400,000 บาท (80,000 บาท) และลงโทษตัดเงินเดือนอัตราร้อยละ 4 จำนวน 6 เดือน

2.แพทย์เวร กระทำการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง จึงให้ชดใช้ค่าสินไหมร้อยละ60 ของค่าเสียหาย ที่คำนวณจากร้อยละ 50 ของเงินต้น 400,000 บาท(120,000 บาท)

ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 (ต่อ)

เงื่อนไขการรักษาโรคเบื้องต้น

3. ต้องใช้ยาตามคู่มือยาที่สภาฯกำหนด
4. ต้องให้ภูมิคุ้มกันโรคตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
5. ต้องบันทึกรายงานเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วย อาการของโรค การรักษาพยาบาลหรือบริการที่ได้รับ ให้บันทึกตามแบบของสภาฯและเก็บไว้เป็นหลักฐาน (อย่างน้อย 5 ปี)

Thai journal of Nursing Council,2009

ตารางที่ 2 แสดงสภาพปัญหาที่ประสบในระหว่างการปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติ 10 อันดับแรก

ลำดับ	สภาพปัญหา	จำนวน (คน)
★ 1	ทำงานเกินบทบาทและขอบเขตกฎหมาย (ต้องทำหน้าที่แพทย์/ตรวจแทนแพทย์)	107
2	หน่วยงานไม่ให้ความสำคัญ/ไม่ตระหนักในศักยภาพ	94
3	มีภาระงานหลากหลายมากเกินไป/ต้องทำงานหลายด้าน/ขาดประสิทธิภาพ	80
4	ได้รับค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรม/ค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับภาระงาน/ไม่ได้รับค่าตอบแทน (ปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติแต่ตำแหน่งไม่ใช่เลยไม่ได้รับค่าตอบแทน)	79
5	ปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกับตำแหน่ง/ไม่มีโอกาสทำงานด้านเวชปฏิบัติ	78
6	บทบาทไม่ชัดเจน/ไม่แตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพ	57
7	ภาระงาน/ความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นมาก/ทำงานหนักมากขึ้น (แพทย์ทำงานลดลง)	52
8	ผู้ร่วมงานไม่เห็นความสำคัญ/ไม่เข้าใจบทบาท	46
9	หน่วยงานไม่สนับสนุนให้พัฒนาตนเอง ทำแต่งาน/ขาดโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ	44

"หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้ คุณภาพ"

มาตรฐานการบันทึกเวชระเบียน หมายถึง คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐานสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีการสรุปเวชระเบียนตามมาตรฐานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคและน้ำหนักสัมพัทธ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทยสภา ราชวิทยาลัยแพทย์ต่าง ๆ และสภาพยาบาล

- ข้อมูลการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยครบถ้วน สมบูรณ์เป็นไปตามมาตรฐาน การบันทึกเวชระเบียนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลถูกต้อง สมบูรณ์ สอดคล้องกับโรคและการรักษาผู้ป่วย และมีข้อมูลถูกต้องเพียงพอสำหรับการพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านการรักษาพยาบาล การศึกษาวิจัยทางการแพทย์ และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- ข้อมูลรหัสโรค รหัสหัตถการ รหัสสาเหตุการบาดเจ็บถูกต้องสมบูรณ์ตามมาตรฐานการให้รหัสตามระบบ WHO's ICD-10 และ ICD-9 CM ICD-๑๐ สอดคล้องกับข้อมูลการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)
สภาการพยาบาล
กรมบัญชีกลาง
สำนักงานประกันสังคม
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563

ผู้ตรวจประเมิน

หมายถึง ผู้ตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน เพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนตามเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในคู่มือเล่มนี้ ทั้งแบบ internal auditor (ผู้ตรวจประเมินภายในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล) และ external auditor (ผู้ตรวจประเมินจากภายนอก)

แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ของแพทยสภา ปี พ.ศ. 2542

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการผู้ป่วย และประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย เป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ดูแลรักษา ซึ่งจะต้องทำการบันทึกข้อมูลนี้ด้วยตนเอง หรือกำกับตรวจสอบให้มีการบันทึกที่ถูกต้อง

1. ผู้ป่วยนอก

ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียนได้แก่

1.1 อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ

1.2 ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น ๆ

1.3 บันทึกสัญญาณชีพ (Vital signs)

1.4 ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ผิดปกติ หรือที่มีความสำคัญต่อการวินิจฉัย หรือการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย

1.5 ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค

1.6 การสั่งการรักษาพยาบาล รวมตลอดถึงชนิดของยา และจำนวน

1.7 ในกรณีมีการทำหัตถการ ควรมี

ก. บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ

ข. ใบยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงผลดีและอันตรายที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ

ค. มีการอธิบายขั้นตอนและผลลัพธ์ของการทำหัตถการนั้น ๆ

2. ผู้ป่วยแรกรับไว้รักษาในสถานพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วยที่พึงปรากฏในเวชระเบียนขณะแรกรับผู้ป่วย ได้แก่

2.1 อาการสำคัญ และประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ

2.2 ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น

2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ซึ่งอาจสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้

2.4 บันทึกสัญญาณชีพ (Vital signs)

2.5 ผลการตรวจร่างกายทุกระบบที่สำคัญ

2.6 ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค

2.7 เหตุผลความจำเป็นในการรับไว้รักษาในสถานพยาบาล และแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

3. ผู้ป่วยระหว่างนอนพักรักษาในสถานพยาบาล

ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียนได้แก่

3.1 บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่สำคัญระหว่างพักรักษาตัวในสถานพยาบาล

3.2 บันทึกอาการทางคลินิก และเหตุผลเมื่อมีการสั่งการรักษาพยาบาล หรือเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล

3.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, การตรวจพิเศษต่างๆ

3.4 ในกรณีมีการทำหัตถการ ควรมี

ก. บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ

ข. ใบยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดีและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ

4. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาล

ข้อมูลที่พึงปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

4.1 การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย หรือการแยกโรค

4.2 สรุปผลการตรวจพบ และเหตุการณ์สำคัญระหว่างการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

4.3 สรุปการผ่าตัด และหัตถการที่สำคัญ

4.4 ผลลัพธ์จากการรักษา

4.5 สถานภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจากสถานพยาบาล

4.6 คำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย หรือญาติ

แพทย์ผู้รักษาพยาบาล พึงทำการบันทึกข้อมูลทางคลินิกต่างๆ ดังกล่าวให้เสร็จสิ้นโดยรวดเร็ว ภายหลังเหตุการณ์นั้นๆ บันทึกเวชระเบียนควรมีความสมบูรณ์อย่างช้าภายใน 15 วัน หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากการรักษาพยาบาล

18 DIAGNOSIS

(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS บันทึกได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น

(2) PRE ADMISSION COMORBIDITY (S)

(3) COMPLICATION (S) (POST ADMISSION COMORBIDITY)

(4) OTHER DIAGNOSIS

(5) EXTERNAL CAUSE (S) OF INJURY

DIAGNOSIS ICD CODING

by CODER .....

MAIN CONDITION (มีได้รหัสเดียว)
COMORBIDITY (S)
COMPLICATION (S)
OTHER (S)
EXTERNAL CAUSE (S)

19 OPERATION

OPERATING ROOM PROCEDURES — DATE — TIME IN — TIME OUT

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

20

IMPORTANT NON OPERATING ROOM PROCEDURES

1. .....
2. .....
3. .....

PROCEDURES ICD CODING

by CODER .....

MAIN (มีได้รหัสเดียว)
OTHER (S)

21

SPECIAL INVESTIGATIONS

1. .....
2. .....
3. .....

การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย ตามประกาศของกระทรวงการคลัง พ.ศ.2555

หนังสือด่วนที่สุด ที่ กค. 0422.2/ว 111 ลว. 24 กันยายน 2555

เรื่อง การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย

กระทรวงการคลังพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า จากการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ผ่านมา พบว่า มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างไม่สมเหตุผล และไม่ถูกต้อง โดยมีการเบิกค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นยาขนานแรก ไม่มีการระบุเหตุผลที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ หรือระบุเหตุผลที่ไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงตามข้อมูลทางการแพทย์ ทำให้รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยเฉพาะค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นมาก กระทรวงการคลังจึงเห็นควรดำเนินการดังนี้

F. ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)

แพทย์มีความประสงค์ที่จะสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ผู้ป่วยมีเหตุผลส่วนตัวบางประการที่ต้องการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แม้ว่าแพทย์จะได้อธิบายแล้วว่าสามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อรักษาโรคหรืออาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผลและปลอดภัย ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง ทั้งนี้ ให้แพทย์ผู้รักษาระบุการวินิจฉัยโรค รายละเอียดการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ และระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติไว้หลังชื่อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ**แต่ละชื่อ** (ระบุเฉพาะอักษร A ถึง F) ในเวชระเบียนและใบสั่งยาให้ชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

(๑) ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัยและออกใบรับรองในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อประกอบการเบิกจ่ายทั้งในระบบเบิกจ่ายตรงและระบบใบเสร็จรับเงิน ตามเหตุผลดังนี้

A. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาเดิมได้ต่อไป

แพ้ยา หมายถึง มีประวัติแพ้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือเกิดอาการแพ้ยา หลังจากใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและไม่มีกลุ่มยาอื่นใดในบัญชียาหลักแห่งชาติให้เลือกใช้อีก โดยเชื่อได้ว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่เลือกใช้จะช่วยให้ผู้ที่ใช้ยา ใช้ยาได้ต่อไปอย่างปลอดภัย

B. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ว่าได้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว

ผู้ป่วยได้รับยาที่ใช้รักษาโรคหรืออาการดังกล่าวในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษามาก่อนแล้วยังไม่สามารถให้ผลการรักษาที่ต้องการ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อได้ว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่เลือกใช้ มีประสิทธิภาพที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมายการรักษาได้ดีกว่ายาเดิม

C. ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยานี้ตามข้อบ่งใช้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การใช้ยานอกบัญชียาหลักตามเหตุผลนี้ แพทย์ได้พิจารณาองค์ประกอบสำคัญในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างครบถ้วนแล้ว ได้แก่ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนประสิทธิผล ความปลอดภัยของยา ลักษณะและความรุนแรงของโรค และหลักฐานด้านความคุ้มค่าของยาในบริบทของสังคมไทย

D. ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชีอย่างสัมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามการใช้ยาในบัญชีร่วมกับยาอื่น (contraindicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

๒.๓ การเบิกค่ายาที่กระทรวงการคลังและ/หรือกรมบัญชีกลางได้กำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินไว้เป็นการเฉพาะ เช่น ค่ายาวิตามิน ค่ายาสมุนไพร ค่ายาบรรเทาอาการข้อเข่าเสื่อม ค่ายามะเร็งที่มีค่าใช้จ่ายสูง ๖ ชนิด ค่ายาชีววัตถุสำหรับผู้ป่วยโรครูมาติกและโรคสะเก็ดเงิน ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์นั้นต่อไป

๒.๔ ให้ส่วนราชการตรวจสอบคำขอเบิกค่ารักษาพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กระทรวงการคลังกำหนดอย่างเคร่งครัด

๒.๕ กรณีตรวจสอบพบว่า สถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด กระทรวงการคลังจะดำเนินการเรียกเงินคืนทั้งหมดของรายการยานั้นๆ ที่มีการเบิกจ่าย

ทั้งนี้ ให้มีผลใช้บังคับสำหรับการรักษาพยาบาลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ ให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เดิม พร้อมนี้ กระทรวงการคลังได้จัดทำหลักการแนวคิดของการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติและคู่มือการแสดงเหตุผลการใช้ยานอกบัญชี

บัญชี ก หมายถึง รายการยาสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ เป็นรายการยามาตรฐานที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย มีหลักฐานชัดเจนที่สนับสนุนการใช้ มีประสบการณ์การใช้ในประเทศไทยอย่างพอเพียง และเป็นยาที่ควรได้รับการเลือกใช้เป็นอันดับแรกตามข้อบ่งใช้ของยานั้น

บัญชี ข หมายถึง รายการยาที่ใช้สำหรับข้อบ่งใช้หรือโรคบางชนิดที่ใช้ยาในบัญชี ก ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือใช้เป็นยาแทนยาในบัญชี ก ตามความจำเป็น

บัญชี ค หมายถึง รายการยาที่ต้องใช้ในโรคเฉพาะทาง โดยผู้ชำนาญ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจาก ผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยมีมาตรการกำกับการใช้ ซึ่งสถานพยาบาลที่ใช้จะต้องมีความพร้อมตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการติดตามผลการรักษา เนื่องจากยากลุ่มนี้เป็นยาที่ถ้าใช้ไม่ถูกต้อง อาจเกิดพิษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือเป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่าย หรือ เป็นยาที่มีแนวโน้มในการใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้หรือไม่คุ้มค่าหรือมีการนำไปใช้ในทางที่ผิด หรือมีหลักฐานสนับสนุนการใช้ที่จำกัด หรือมีประสบการณ์การใช้ในประเทศไทยอย่างจำกัด หรือมีราคาแพงกว่ายาอื่นในกลุ่มเดียวกัน

บัญชี ง หมายถึง รายการยาที่มีหลายข้อบ่งใช้แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือ เป็นรายการยาที่มีราคาแพง จึงเป็นกลุ่มยาที่มีความจำเป็นต้องมีการระบุข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยาการใช้บัญชียาหลักแห่งชาติไปอ้างอิงในการเบิกจ่ายควรนำข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ไปประกอบในการพิจารณาอนุมัติการเบิกจ่ายจึงจะก่อประโยชน์สูงสุด

บัญชี จ ได้แก่

บัญชี จ (1) รายการยาสำหรับโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานของรัฐที่มีการกำหนดวิธีการใช้และการติดตามประเมินการใช้ยาตามโครงการ โดยมีหน่วยงานนั้นรับผิดชอบ และมีการรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะอนุกรรมการฯ เป็นระยะตามความเหมาะสม เพื่อพิจารณาจัดเข้าประเภทของยา (ก ข ค ง) ในบัญชียาหลักต่อไปเมื่อมีข้อมูลเพียงพอ

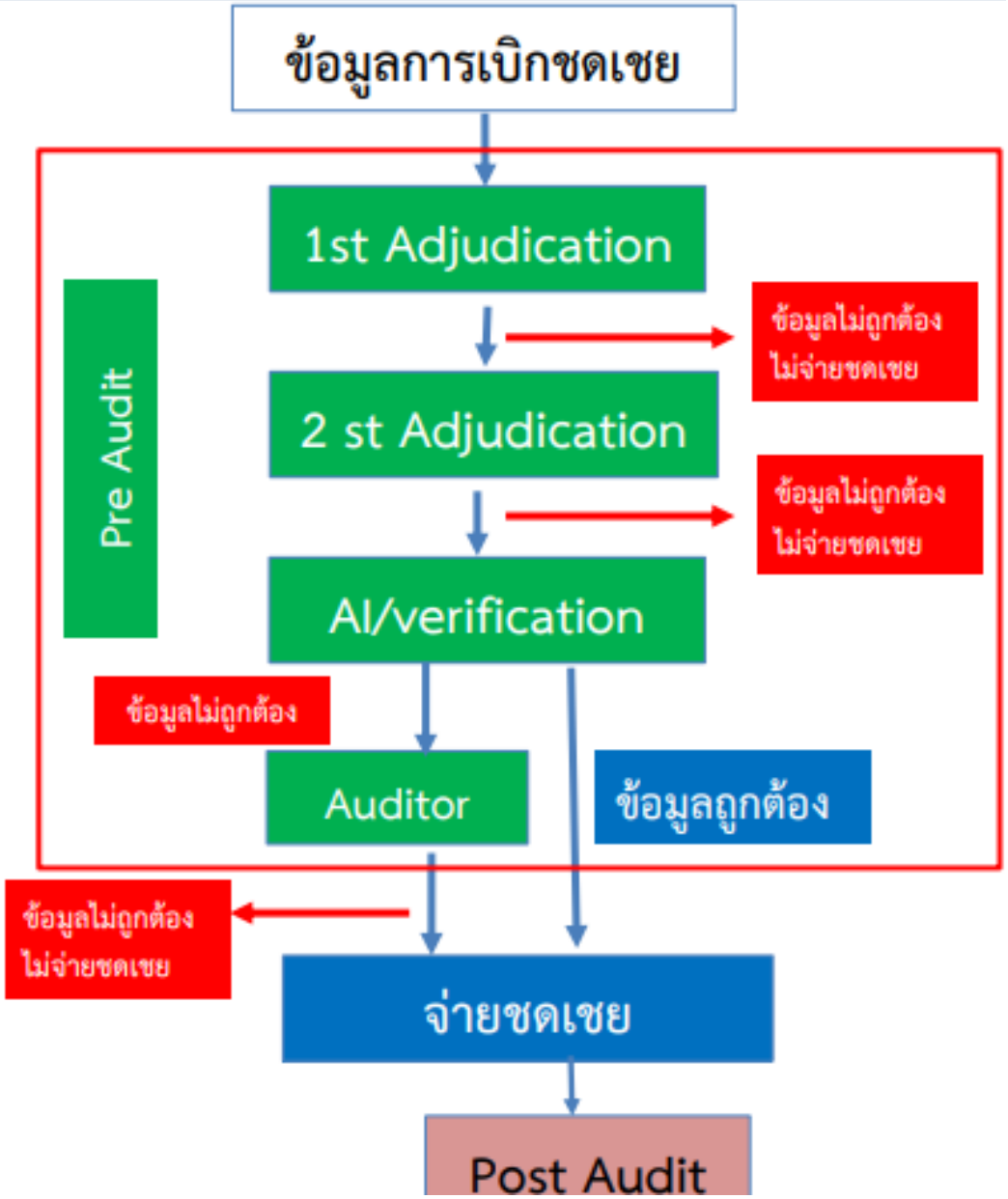
บัญชี จ (2) รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ[3] ให้เข้าถึงยาได้อย่างสมเหตุผลและคุ้มค่า ซึ่งมีการจัดกลไกกลางเป็นพิเศษในกำกับการใช้ยาภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพซึ่งดูแลโดย กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ยาในบัญชี จ (2) มีเกณฑ์การพิจารณาเพิ่มเติมเป็นการเฉพาะกล่าวคือ เป็นยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากและยามีค่าใช้จ่ายสูงที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจ่ายของรัฐ ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รัฐสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ โดยจัดระบบบริหารจัดการยาที่เหมาะสม

หลักการในการตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการ

- **ตรวจสอบก่อนการจ่ายชดเชย (Pre-audit) ในทุกรายการที่มีการเบิกชดเชย ซึ่งมีมาตรการในการตรวจสอบดังนี้**
  - **ระบบ authentication การตรวจสอบการพิสูจน์ตัวตนของผู้รับบริการ**
  - **ระบบตรวจสอบ 1st Adjudication**
  - **ระบบตรวจสอบ 2nd Adjudication**
  - **ระบบ AI และ verification system เป็นการตรวจสอบข้อมูลเบิกจ่ายที่ผิดปกติ ที่ผ่านการตรวจสอบ 2nd Adjudication ซึ่งจะนำมาใช้ในการตรวจสอบรายการที่มีข้อมูลเบิกจำนวนมาก หรือมีค่าใช้จ่ายสูง**
  - **ตรวจสอบโดย auditor ภายนอก กรณีที่พบข้อมูลผิดปรกติ**
- **ตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย (Post-audit) :**
  - **กรณีที่ยังไม่ได้รับการตรวจสอบ pre audit โดย auditor**
  - **กรณีที่ได้รับการตรวจสอบ pre audit แต่พบว่าข้อมูลของหน่วยบริการนั้นๆ พบความผิดปกติ หรือเป็นนโยบาย ของคณะกรรมการ ฯ อนุกรรมการฯ หรือ สำนักงาน ให้ดำเนินการ**

ผ่านความเห็นชอบจากคกก.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ 6 กันยายน 2564



รายการตรวจสอบเวชระเบียน ปี 2565

1. บริการ OP กทม.	• OP-refer/AE/พิการ/ทันตกรรม/HC (กทม.) • OP -ปฐมภูมิ (Model 5 กทม.)
2. บริการ IP	• **IP normal (Coding audit)** • **ODS/MIS (Quality audit)** • UCEP
3. บริการ CR	• การให้เคมีบำบัด/รังสีรักษา (ส่วนที่มี protocol)+CA anywhere (เฉพาะ OP) • IP กรณี CAG + PCI • IP กรณี Instrument • ประสาทหูเทียม (cochlear implant) (PA) • OP บริการไปที่ไหนก็ได้เหตุสมควร • OPAE
4. บริการ PP Fee schedule	• บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ • บริการคุมกำเนิดและยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย • บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก • บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีสายตาผิดปกติ
5. บริการฟื้นฟู	• อุปกรณ์ผู้พิการ • บริการฟื้นฟู
6.บริการไตวายเรื้อรัง	• บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)
7. บริการ COVID-19	• ตรวจคัดกรอง • การกักกันโรค (Hospital Quarantine) • UCEP-COVID • ค่าบริการ IP/ IPPUI /cohort ward / hospital /home Isolation
8.บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	• **DM type I (Quality audit)**
10.ตรวจสอบ OPLG	• ตรวจสอบผู้ป่วยนอกสิทธิ อปท. • IP (Coding audit)

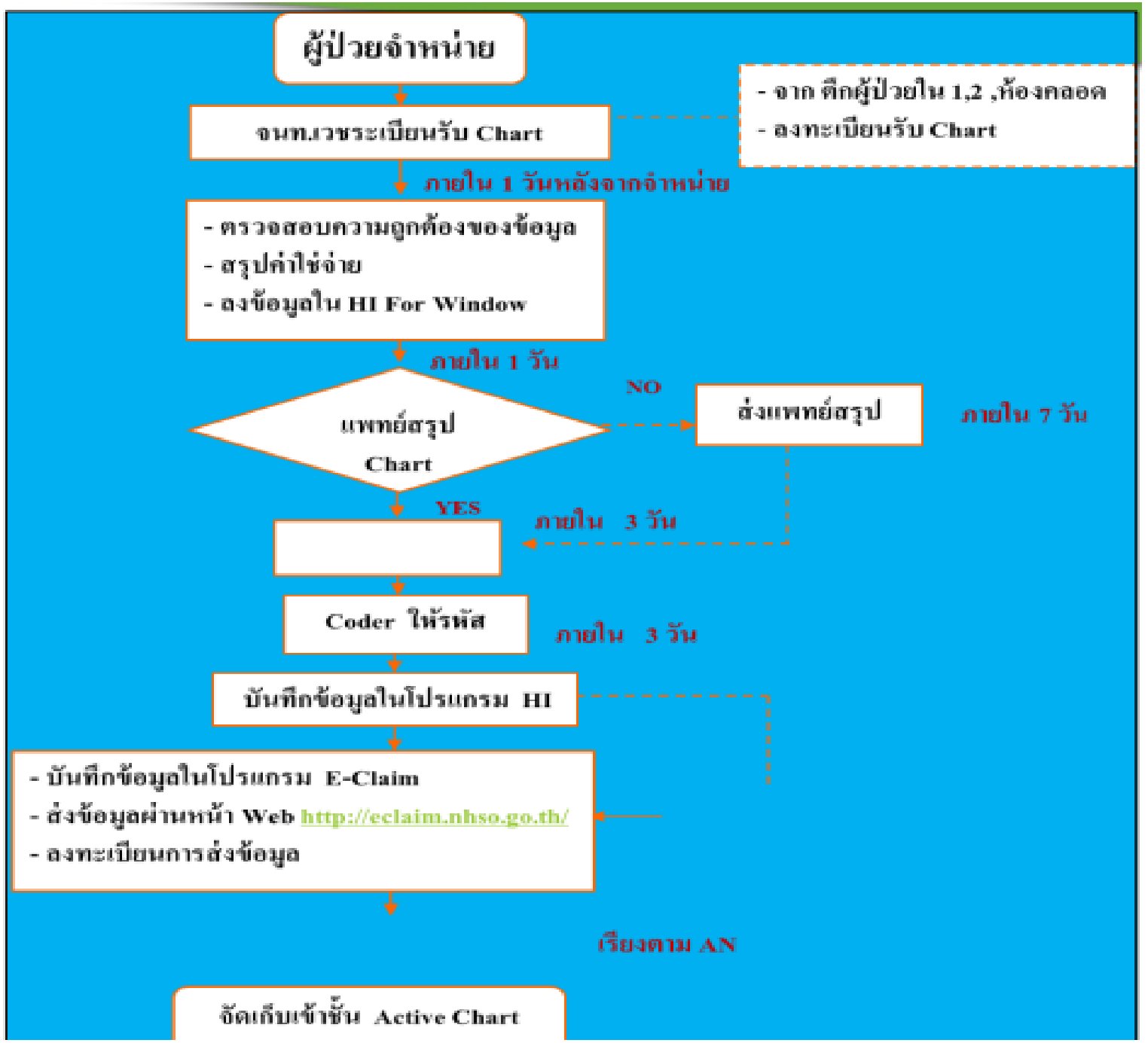
กรณีที่หน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบ สปสช. จะดำเนินการจ่ายเงินตามข้อมูลผลการตรวจสอบ

กรณีที่หน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบนั้น ให้ดำเนินการขอทักท้วงภายในวันเวลาที่กำหนดหลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ หากพ้นกำหนดแล้วจะไม่รับพิจารณาการขอทักท้วง และถือว่าหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบ

- หน่วยบริการสามารถขอทักท้วงผลการตรวจสอบได้ 1 ครั้ง

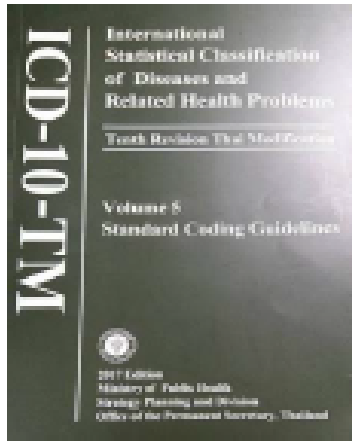
สำนักงานดำเนินการพิจารณาข้อทักท้วงของหน่วยบริการและรายงานผลการพิจารณาให้แก่หน่วยบริการรับทราบ

สำนักงานนำข้อมูลที่สิ้นสุดกระบวนการตรวจสอบไปดำเนินการประมวลผลจ่ายชดเชยตามผลการตรวจสอบ ตามรอบการจ่ายชดเชย


ผู้ป่วยจำหน่าย
จนท.เวชระเบียนรับ Chart
- จาก ตึกผู้ป่วยใน 1,2 ,ห้องคลอด
- ลงทะเบียนรับ Chart
ภายใน 1 วันหลังจากจำหน่าย
- ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
- สรุปค่าใช่จ่าย
- ลงข้อมูลใน HI For Window
ภายใน 1 วัน
แพทย์สรุป Chart
NO
ส่งแพทย์สรุป
ภายใน 7 วัน
YES
ภายใน 3 วัน
Coder ให้รหัส
ภายใน 3 วัน
บันทึกข้อมูลในโปรแกรม HI
- บันทึกข้อมูลในโปรแกรม E-Claim
- ส่งข้อมูลผ่านหน้า Web http://eclaim.nhso.go.th/
- ลงทะเบียนการส่งข้อมูล
เรียงตาม AN
จัดเก็บเข้าชั้น Active Chart

กระบวนการจัดการข้อมูล การสรุปให้รหัสโรค และการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน

รพ.เขื่องใน 12วันได้ครบ	รพ.สูงเนิน เร็วสุด 15วันโอกาสไม่ครบสูงมาก
1.จนท.เวชระเบียนรับ Chart -จากตึกผู้ป่วยใน ห้องคลอด ลงทะเบียนรับ Chart *ภายใน 1วันหลังจำหน่าย*	1.จนท.ตึกผู้ป่วยในเตรียม Chart สรุปค่าใช้จ่าย แพทย์สรุป Chart หลังจำหน่ายทุกวัน รวบรวมส่งงานเวชระเบียนเพื่อรอ Audit *ภายใน3วันหลังจากวันจำหน่าย*
2. *ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล* - สรุปค่าใช้จ่าย - ลงข้อมูลใน HI For Window *ภายใน 1 วัน*	2. Coder ให้รหัสโรค พยาบาล Audit เวช*ระเบียน 1 คน* ทั้งหมดให้แล้วเสร็จ *ภายในวันที่10ของเดือนถัดไป*
3. ส่งแพทย์สรุป Chart *ภายใน 7 วัน* *และในวันที่ 25-31ให้สรุปทันทีที่ D/C*	3. Coder เปรียบเทียบ AdjRW ของ dx. เดิม และ dx.ใหม่ -เสนอให้แพทย์แก้ไข *ภายใน3วัน*
4. Audit เวชระเบียนโดย***เวชสถิติ 3คน*** *ภายใน 3 วัน*	-Coder ให้รหัสโรคใหม่ - บันทึกข้อมูลในโปรแกรม Hos-xp - บันทึกข้อมูลในโปรแกรม E-Claim - ส่งข้อมูลผ่านหน้า Web http://eclaim.nhso.go.th/ - ลงทะเบียนการส่งข้อมูล - นำเข้าข้อมูล 12 แฟ้ม จากโปรแกรม HI *ภายในวันที่ 15-30 ของเดือนถัดไป*
5. Coder ให้รหัส *ภายใน 3 วัน*	
6. บันทึกข้อมูลในโปรแกรม HI *ภายใน 3 วัน* - บันทึกข้อมูลในโปรแกรม E-Claim - ส่งข้อมูลผ่านหน้า Web http://eclaim.nhso.go.th/ - ลงทะเบียนการส่งข้อมูล - นำเข้าข้อมูล 12 แฟ้ม จากโปรแกรม HI	5.จัดเก็บเข้าชั้น *เรียงตาม AN*
7. จัดเก็บเข้าชั้น *เรียงตาม AN*	



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การอบรมแนวทางการสรุปโรคและหัตถการ เพื่อ เบิกจ่ายชดเชยผู้ป่วยในตามระบบ DRGs ปี 2564 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นายณัฐพงศ์ อนุวัตรยรรยง
กลุ่มงานพัฒนาระบบตรวจสอบการจ่ายชดเชยในระบบ DRGs
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภารกิจการตรวจสอบเวชระเบียนของ สปสช. ตาม พรบ.

พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

- มาตรา ๑๘ คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

  (๔)กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน

- มาตรา ๒๖ ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

  (๖) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

- มาตรา ๔๕ ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

  (๕) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

- มาตรา ๕๗ ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา

สรุปประเด็นปัญหาที่พบบ่อยจากการตรวจสอบเวชระเบียน

- เวชระเบียนหาย
- ส่งเวชระเบียนผิด AN
- เวชระเบียนไม่มีการลงนามใบสรุป
- ไม่มีบันทึกแรกรับ
- ไม่มีการประเมินบันทึกความก้าวหน้า
- ไม่มีบันทึกการแปลผลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ไม่มีบันทึกการผ่าตัด รวมถึง ไม่มีการลงนามในแบบผ่าตัดสำเร็จรูป
- ไม่มีวินิจฉัย โดยเฉพาะโรครอง
- บันทึกอาการที่เป็นอาการร่วมของโรค ซ้ำซ้อน
- ประเมินการวินิจฉัยแบบไม่เฉพาะเจาะจง แต่สรุปแบบเฉพาะเจาะจง
- ขาดการประเมินการให้รหัสที่ไม่เหมาะสม การให้รหัสรวม การให้รหัสคู่
- ข้อมูลทั่วไปผิดพลาด เวลาแรกรับ เวลาจำหน่าย ประเภทการจำหน่าย น้ำหนัก
- ขาดบันทึกการให้ยา กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ ร่วม 3 กองทุน ปี 2563 กรณีผู้ป่วยใน

1. ตรวจสอบ OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบครั้งนั้นเพื่อพิสูจน์หลักฐานการดำเนินของโรค เช่น โรคเรื้อรัง กรณี emergency claim online เป็นต้น

2. ตรวจสอบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) ประเด็นการพิจารณามี ดังนี้

2.1 การระบุใบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) เพื่อการตรวจสอบ กรณีที่มีใบ discharge summary หลายใบ จะต้องมีหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าใช้ใบ discharge summary ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีจะใช้ใบแรกสุดที่ผู้ตรวจสอบพบในเวชระเบียนในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นเพื่ออ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้น แบบฟอร์มดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general discharge summary จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้

2.2 ควรสรุปเป็นคำวินิจฉัยโรคและหัตถการทางการแพทย์ ไม่ควรสรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-9, ICD-10 หรือ กรณีสรุปด้วยดินสอให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ประสงค์จะเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้น

การสรุปโรค R/O ตัวย่อ รหัสลับ

ตัวอย่าง ผู้ป่วยหญิงปวดท้องน้อยด้านขวามารับการตรวจที่ห้องฉุกเฉินแพทย์ไม่แน่ใจว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบหรือไม่รับไว้ดูอาการในโรงพยาบาล 1 คืน อาการปวดลดลงเรื่อย ๆ จนหายในวันรุ่งขึ้น ผู้ป่วยขอกลับบ้านแพทย์อนุญาตให้กลับโดยยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่าอากรปวดท้องเกิดจากจากสาเหตุหรือโรคใด

การวินิจฉัยของแพทย์ **R/O Appendicitis**

การวินิจฉัยที่ถูกต้อง **Right lower abdominal pain**

แพทย์จำเป็นต้องสรุปโรคและหัตถการเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น และไม่ควรใช้คำย่อที่ไม่สากล **หากไม่สามารถอ่านลายมือหรือคำย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้ ถือว่าไม่มีบริการนั้นเกิดขึ้น** กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่รับรู้เฉพาะในโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือหัตถการได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น

การวินิจฉัยโรคร่วมและโรคแทรก

1. หมายความรวมทั้ง Comorbidity &Complication
2. เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงชีวิตสูงขึ้น หรือมีการตรวจหรือรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้
3. ในการสรุปการวินิจฉัยร่วม โรคแทรก ต้องมีคำวินิจฉัยโรคที่บันทึก อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ผู้ดูแลหรือร่วมรักษาเป็นหลักฐานรับรองอยู่ในเวชระเบียน เช่น Problem list , Provisional diagnosis , progress note, operative note, clinical summary เป็นต้น ไม่ใช่การวินิจฉัยที่แพทย์บันทึกเป็นการวินิจฉัยในบันทึกสรุปจำหน่าย (discharge summary) เท่านั้น
4. ไม่สามารถนำผลการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ ผลการเพาะเชื้อหรือการตรวจพิเศษอื่นที่มิใช่คำวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่ดูแลรักษา หรือร่วมรักษาในเวชระเบียน มาตีความเป็นการวินิจฉัยในบันทึกสรุปจำหน่าย **ยกเว้นบางกรณีดังต่อไปนี้**
    - รายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาโดยพยาธิแพทย์

การวินิจฉัยโรคร่วมและโรคแทรก

การวินิจฉัยร่วมที่แพทย์บันทึกไว้ใน Discharge summary ต้องมีการวินิจฉัยโรคนั้นเป็นลายลักษณ์อักษรในส่วนใดส่วนหนึ่งในเวชระเบียนของการรับไว้ครั้งนั้น(ไม่ใช่มีเฉพาะใน Discharge summary) ผู้ให้รหัส รวมทั้ง internal auditor ไม่สามารถนำผลการตรวจเลือด ตรวจพิเศษอื่นๆ ที่มิใช่คำวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รักษา มาตีความเป็นการวินิจฉัยร่วมเองโดยพละการ หากสงสัยว่าผู้ป่วยจะมีการวินิจฉัยร่วมอื่นที่แพทย์มิได้สรุป หรือไม่ไม่พบคำวินิจฉัยในเวชระเบียน ควรส่งเวชระเบียนให้แพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยทบทวนก่อน

การบันทึกเพียงประวัติประจำตัว โรคเดิม underlying cause เช่น HT DM ปัญหาต่างๆเหล่านี้แพทย์ผู้รักษาต้องให้คำวินิจฉัย ว่าเป็นปัญหาร่วมที่จำเป็นต้องรักษาในการนอน รพ. ครั้งนี้ โดยต้องบันทึกใน Problem list , Provisional diagnosis , progress note, operative note, clinical summary ใบส่งตัวไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น เป็นต้น จึงสามารถนำมาสรุปเป็นการวินิจฉัยร่วม ถึงแม้ว่าจะพบว่ามีการตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วยก็ตาม อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยใดๆ ต้องมีหลักฐานที่เพียงพอที่สนับสนุนการวินิจฉัยนั้นๆด้วย

การให้รหัสโรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วมทุกรหัส ต้องมีการวินิจฉัยโรคอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ผู้ดูแล หรือร่วมกันรักษาเป็นหลักฐานรับรองการบันทึกรหัสเสมอ ผู้ให้รหัสไม่สามารถนำผลการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ หรือการตรวจพิเศษอื่นใดที่มิใช่คำวินิจฉัยโรคของแพทย์มาตีความเป็นการวินิจฉัยร่วมเองโดยพลการ หากมีข้อสงสัยว่าผู้ป่วยจะมีโรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วมอื่นใดที่แพทย์ลืมบันทึก ผู้ให้รหัสควรส่งเวชระเบียนให้แพทย์พิจารณาทบทวนวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมได้ก่อนให้รหัส

หลีกเลี่ยงคำย่อ หรือ รหัสลับ

- AR, MI, NS
- URI, UTI, CVA
- UA, AUR, RF
- AAA , GSW
- HAP , CAP
- #BB , DAI, HI
- UP,B24,VP

กลุ่มโรค Acute diarrhoea

ผู้ป่วย diarrhea อาจมีอาการต่างๆ ร่วมด้วยที่ถือว่าเป็นอาการของโรค

ไม่ต้องบันทึกเป็นการวินิจฉัยร่วม เช่น

- Dehydration
- Postural hypotension
- Prerenal azotemia
- Hypokalemia
- Hyponatremia
- Metabolic acidosis เป็นต้น

กรณี hyponatremia, Hypokalemia เป็นเพียงอาการของโรค เช่น Diarrhea ไม่จำเป็นต้องบันทึกภาวะเหล่านี้เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม (ใน SCG 2017 ยกเว้นในกรณีที่แพทย์วินิจฉัย severe hyponatremia Na<125 /hypokalemia K<2.5 และมีการรักษา) แพทย์ควรวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะนี้
(ประเด็นที่มีการปรับปรุงจาก คู่มือตรวจสอบ ปี 2559)

ยกเว้น ตรวจพบอาการแสดงของภาวะช็อก และ แพทย์ให้วินิจฉัยว่า hypovolaemic shock ร่วมด้วย

คำถาม:ในcase Diarrhea +hypovolemic shock+ AKI จะให้รหัส AKI เพิ่มเติมได้หรือไม่ หรือมีความเห็นว่า AKI มี cause จาก hypovolemic shock
ตอบ ถ้า AKI=prerenal azotemia (R39.2) ไม่ได้ นอกจากเข้า criteria acute renal failure ให้รหัสได้ (N17.9)

SCG – 2017 : การเปลี่ยนแปลงในประเด็นสำคัญ

SCG-2017 : SIRS. อาจเกิดจากภาวะติดเชื้อ หรือเกิดจากภาวะไม่ติดเชื้อ เช่น **burn trauma** ดังนั้นแพทย์ไม่ควรวินิจฉัยภาวะ **SIRS. without organ failure** ไม่ว่าจะเป็นโรคติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อ เป็น**final diagnosis** ควรวินิจฉัยโรคที่ตรวจพบภายหลัง เป็นโรคหลัก **โดยไม่ต้องให้ SIRS. without organ failure (R65.0, R65.2,R65.9) เป็นโรคร่วม**

- **Auditor** ไม่สามารถวินิจฉัย **SIRS** เป็นการวินิจฉัยหลักได้ตามกฎ **ICD 10**
- **Auditor** ไม่สามารถวินิจฉัย **SIRS without organ failure** เป็นการวินิจฉัยร่วมได้ ตาม **SCG-2017**

มีประเด็นที่มีการปรับปรุงจาก คู่มือตรวจสอบ ปี 2559

SCG – 2017 : การเปลี่ยนแปลงในประเด็นสำคัญ

SCG-2017 : SIRS. อาจเกิดจากภาวะติดเชื้อ หรือเกิดจากภาวะไม่ติดเชื้อ เช่น **burn trauma** ดังนั้นแพทย์ไม่ควรวินิจฉัยภาวะ **SIRS. without organ failure** ไม่ว่าจะเป็นโรคติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อ เป็น**final diagnosis** ควรวินิจฉัยโรคที่ตรวจพบภายหลัง เป็นโรคหลัก **โดยไม่ต้องให้ SIRS. without organ failure (R65.0, R65.2,R65.9) เป็นโรคร่วม**

- **Auditor ไม่สามารถวินิจฉัย SIRS เป็นการวินิจฉัยหลักได้ตามกฎ ICD 10**
- **Auditor ไม่สามารถวินิจฉัย SIRS without organ failure เป็นการวินิจฉัยร่วมได้ ตาม SCG-2017**

มีประเด็นที่มีการปรับปรุงจาก คู่มือตรวจสอบ ปี 2559

22-23

Tuberculosis

38 17

25-27

Organ	Confirm Dx	Not confirm Dx
Respiratory	**A15.-**	**A16.-**
• Lung	A15.0 - A15.3	A16.0 - A16.2
• Intrathorasic LN	A15.4	A16.3
• larynx, trachea and bronchus	A15.5	A16.4
• Pleura	A15.6	A16.5
• Primary respiratory tuberculosis	A15.7	A16.7
• Other respiratory tuberculosis	A15.8	A16.8
Nervous system	**A17† + รหัส***	
Other organs	**A18.† + รหัส ***	

กลุ่มโรคมะเร็ง

1. พบหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปรากฏอยู่ในที่ใดที่หนึ่งของเวชระเบียน เช่น ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจทาง imaging ที่สนับสนุน **เน้น CA Protocol**
2. กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจากสถานพยาบาลอื่น แล้วมารับการรักษาต่อเนื่อง สามารถใช้หนังสือส่งตัวหรือบันทึกการซักประวัติของแพทย์ที่บอกรายละเอียด ชนิด ตำแหน่ง การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย
3. ถ้ารับไว้เพื่อรักษามะเร็งชนิดปฐมภูมิ ให้ใช้มะเร็งชนิดปฐมภูมินั้นเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก
4. ถ้ารับไว้เพื่อรักษามะเร็งชนิดทุติยภูมิ ให้ใช้มะเร็งชนิดทุติยภูมินั้นเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก ถ้าทราบว่ามะเร็งนั้นเริ่มต้นจากอวัยวะใด ให้ใช้มะเร็งที่ตำแหน่งเริ่มต้น (Primary site) เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม ถ้าไม่ทราบให้ใช้ **รหัส C80.0 malignant neoplasm,primary site unknown, so stated เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม**

Malignancy

เป้าหมายในการ admit	PDx	SDx	ICD9	หลักฐาน
รักษา Primary CA : Chemo	Primary CA	-Z51.1 • Chemo • Immuno Tx -Secondary CA ถ้ามี	• IV chemo 99.25 • Oral chemo – • IV immune tx 99.28	Official report patho (ถ้าไม่มีผล report PDX จะเป็น รหัส D neoplasm)
รักษา Primary CA: RT	Primary CA	-Z51.0 -Secondary CA ถ้ามี	92.2-, 92.3-,92.4-,92.5-	
รักษา Secondary CA -ถ้าเป็น local tx -primary หาย/ตัดออก/ไม่ทราบ	Secondary CA	-Z51.1, Z51.0 ขึ้นกับการ Tx -Primary CA หรือ unkown CA	ขึ้นกับการ Tx	
Palliative treatment	มะเร็ง	-Z51.5 ร่วมกับ Comorbidity (ถ้ามี)		พบบันทึกที่บรรยายรายละเอียดของมะเร็งที่แสดงว่ายัง active (ถ้าไม่พบรายละเอียดอาจได้รหัส Z history CA)
รักษา complication จากมะเร็ง	มะเร็ง	-Complication ที่เกิดขึ้น -มะเร็งที่ตำแหน่งอื่น (ถ้ามี)		
รักษา complication จากการรักษามะเร็ง	Complication ที่เกิดขึ้น	มะเร็ง (รหัส C)		
รักษาภาวะอื่นที่ไม่เกี่ยวกับมะเร็ง	ภาวะอื่นที่นำมา admit	- มะเร็ง (รหัส C) ถ้ายัง active		

Diabetic mellitus

Type of DM

E10.- DM type 1 (IDDM)

E11.- DM type 2 (NIDDM)

E12.- Malnutrition-related DM

E13.- Other specified DM

E14.- Unspecified DM

Complication

- Hypoglycemia
- Hyperglycemia
- Hyperosmolar
- Ketoacidosis

Without coma

.0 with coma

.1 with ketoacidosis

.2† with renal comp.

.3† with ophthalmic comp.

.4† with neurological comp.

.5 with peripheral circulatory comp.

.6 with other specified comp.

.7 with multiple comp.

.8 with unspecified comp.

.9 without complications

Complication of DM

	complication	Clinical	PDx	SDx
.0	With coma	Hyperosmolar , DKA , Hypoglycemia	E10.0, E11.0 ,E14.0	- (External cause Y42.3 drug induce hypogly)
.1	Ketoacidossis	DKA	E10.1,E11.1, E14.1	
.2†	Renal	Diabetic nephropathy	E10.2, E11.2, E14.2	N08.3*Glomerular disease in DM + N 18.- (stage CKD)
.3†	Ophthalmic	Diabetic retinopathy	E10.3, E11.3, E14.3	H36.- Diabetic retinopathy
		Diabetic cataract		H28.0* Diabetic cataract
.4†	Neurological	Diabetic mononeuropathy	E10.4, E11.4, E14.4	G63.0* Diabetic mononeuropathy
		Diabetic polyneuropathy neuropathy		G63.2* Diabetic polyneuropathy
		Diabetic amyotrophy		G73.0* Diabetic amyotrophy
		Autonomic diabetic diarrhea		G99.0 * Diabetic autonomic polyneuropathy
.5†	Peripheral circulatory	Diabetic gangrene, ulcer	E10.5, E11.5, E14.5	I79.2* Peripheral angiopathy in dz classified
.6	Other specified	Diabetic arthropathy	E10.6, E11.6, E14.6	M14.2* Diabetic arthropathy
		Neuropathic arthropathy(Charcot 's jt)		M14.6* Neuropathic arthropathy
.7	Multiple complication	Chronic complication ≥ 2	E10.7, E11.7, E14.7	complication
.9	without complications	complication, Stroke, Ischemic heart	E10.9, E11.9, E14.9	- stroke, ischemic heart

Cerebral hemorrhage

I61 **Intracerebral haemorrhage**

Excludes: sequelae of intracerebral haemorrhage (I69.1)

I61.0 **Intracerebral haemorrhage in hemisphere, subcortical**
Deep intracerebral haemorrhage

I61.1 **Intracerebral haemorrhage in hemisphere, cortical**
Cerebral lobe haemorrhage
Superficial intracerebral haemorrhage

I61.2 **Intracerebral haemorrhage in hemisphere, unspecified**

I61.3 **Intracerebral haemorrhage in brain stem**

I61.4 **Intracerebral haemorrhage in cerebellum**

I61.5 **Intracerebral haemorrhage, intraventricular**

I61.6 **Intracerebral haemorrhage, multiple localized**

I61.8 **Other intracerebral haemorrhage**

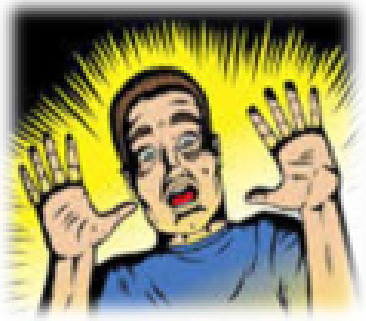
I61.9 **Intracerebral haemorrhage, unspecified**

ถ้าเกิดจากการบาดเจ็บให้รหัส S06.3 or S06.8 + External cause

64 . Shock

การสรุปการวินิจฉัยกลุ่ม shock (R57.-) ต้องจำแนกการสรุปให้เฉพาะเจาะจง ภาวะ shock อื่นๆ ดังต่อไปนี้ ออก

1. Anaphylactic shock จากปฏิกิริยาแพ้อาหาร ใช้รหัส T78.0 Anaphylactic shock due to adverse food reaction
2. Anaphylactic shock จากซีรัม ใช้รหัส T80.5 Anaphylactic shock due to serum
3. Anaphylactic shock ที่ไม่ระบุรายละเอียด ใช้รหัส T78.2 Anaphylactic shock
4. ช็อกจากการระงับความรู้สึกซึ่งใช้สารถูกชนิดและบริหารถูกต้อง ใช้รหัส T88.2 Shock due to anesthesia
5. ช็อกที่เป็นภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดหลังการแท้ง การตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก ใช้รหัส O00 – O07, O08.3 Shock complicating or following abortion or ectopic or molar pregnancy
6. ช็อกระหว่างหรือหลังการเจ็บครรภ์หรือการคลอด ใช้รหัส O75.1 Obstetric shock
7. ช็อกจากกระแสไฟฟ้า ใช้รหัส T75.4 Electric shock
8. ช็อกจากฟ้าผ่า ใช้รหัส T75.0 Lightning shock
9. ช็อกหลังการผ่าตัด ใช้รหัส T81.1 Postoperative shock
10. ช็อกจากสาเหตุทางจิตใจ ใช้รหัส F43.0 Psychic shock
11. ช็อกเพราะบาดเจ็บ ใช้รหัส T79.4 Traumatic shock
12. กลุ่มอาการท็อกซิกช็อก ใช้รหัส A48.3 Toxic shock syndrome



คู่มือ

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ร่วม 3 กองทุน

ปี 2560

การบริหารกองทุนประกันสังคม

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง หลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงินรายรับของหน่วยบริการที่ได้รับจากกองทุนประกันสังคม

พ.ศ. ๒๕๕๕

ข้อ ๔. ให้คู่สัญญาหลัก นำเงินรายรับที่ได้ฝากธนาคารพาณิชย์ที่เป็นรัฐวิสาหกิจ โดยใช้ชื่อบัญชีว่า "บัญชีเงินรายรับของหน่วยบริการตามกฎหมายประกันสังคม"

- ให้กำหนดสัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก เป็น ๔๕ : ๕๕
- ผู้ป่วยในให้จ่ายตามน้ำหนักกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับปัจจุบัน (DRGs) ที่ใช้อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ผู้ป่วยนอกให้จ่ายค่าบริการต่อครั้งตามสัดส่วนต้นทุนระหว่าง โรงพยาบาลศูนย์ : โรงพยาบาลทั่วไป : โรงพยาบาลชุมชน = ๗๐๐ บาท : ๖๐๐ บาท : ๔๐๐ บาท

ทั้งนี้คณะกรรมการตามข้อ ๖ จะกำหนดสัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยใน : ผู้ป่วยนอก เป็นอย่างอื่นและสัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยนอกต่อครั้งของ โรงพยาบาลศูนย์ : โรงพยาบาลทั่วไป : โรงพยาบาลชุมชน ใหม่ให้เหมาะสมกับข้อมูลที่มีอยู่ของพื้นที่แต่ละจังหวัดได้

(๓) ให้สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือศูนย์แพทย์ชุมชน ตามที่จ่ายจริง และเพิ่มอีกร้อยละ ๑๕ เป็นค่าพัฒนากิจการ หรือให้คณะกรรมการตามข้อ ๖ สามารถกำหนด

๕.๓ เงินรายรับทั้งหมดของหน่วยบริการ หลังจากหักค่าใช้จ่ายตามข้อ ๕.๑ และ ๕.๒ ให้นำเข้าเป็นเงินบำรุงของหน่วยบริการร้อยละ ๕๐ ส่วนเงินรายรับที่เหลือให้จ่ายเป็นค่าตอบแทนและพัฒนากิจการของหน่วยบริการ ดังนี้

(๑) ค่าจ้างบุคลากร

(๒) เป็นค่าตอบแทนบุคลากรเป็นรายคาบและหรือตามปริมาณและคุณภาพของงานทั้งในและนอกเวลาราชการ แต่ไม่เกินร้อยละ ๕๐ ของจำนวนเงินรายรับส่วนที่เหลือโดยมติของคณะกรรมการประกันสังคมของหน่วยบริการ ทั้งนี้ต้องไม่เกิดผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของหน่วยบริการ

(๓) เพื่อการพัฒนาหน่วยบริการ และพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ

(๔) เพื่อกิจการอื่นที่จำเป็นในการจัดบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน

๕.๔ การจ่ายเงินรายรับเพื่อเป็นรายจ่ายเกี่ยวกับค่าครุภัณฑ์ ที่ดิน สิ่งก่อสร้างให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ระเบียบสำนักงานประกันสังคม
ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล
และการจ่ายเงินค่ายาแก่หน่วยงานภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๖ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลโดยวิธีเหมาจ่ายตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน ภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามจำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้กับสถานพยาบาลโดยให้จ่ายภายในวันที่ ๑๕ ของทุกเดือน

ให้สำนักงานแบ่งจ่ายเงินตามวรรคหนึ่งเป็นรายเดือนๆ ละไม่น้อยกว่าร้อยละเจ็ดสิบห้าของจำนวนผู้ประกันตนที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ในวันทำการสุดท้ายของเดือนก่อนเดือนที่จะทำการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์โดยใช้จำนวนผู้ประกันตนที่มีชื่อตามทะเบียนที่สำนักงานได้กำหนดไว้ให้กับสถานพยาบาลในการไปรับบริการทางการแพทย์เป็นเกณฑ์คำนวณ

เมื่อมีการจ่ายเงินในแต่ละเดือนแล้ว ให้มีการคิดคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับจริงตามจำนวนผู้ประกันตนของเดือนที่มีการจ่ายเงินโดยให้ใช้จำนวนผู้ประกันตนโดยเฉลี่ยซึ่งคำนวณได้จากจำนวนผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันต้นเดือนรวมกับจำนวนผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในวันสิ้นเดือนหารด้วยสองเป็นเกณฑ์คำนวณ และในกรณีที่ต้องจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาลให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๓ เดือน นับแต่เดือนที่มีการจ่ายเงิน

ข้อ ๗ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยงตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนหนึ่งคน ภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยแบ่งจ่ายเป็นสองงวดและให้จ่ายเงินภายในสิบห้าวันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ การจ่ายเงินงวดหนึ่งให้คำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ของผู้ป่วยในของเดือนมกราคม – เดือนมิถุนายน และจำนวนผู้ประกันตนเฉลี่ยของเดือนดังกล่าว สำหรับการจ่ายเงินงวดสองให้มีการคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงที่สถานพยาบาลจะได้รับทั้งปี ซึ่งคำนวณตามคะแนนโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ของผู้ป่วยในของเดือนมกราคม – เดือนธันวาคม และจำนวนผู้ประกันตนเฉลี่ยของเดือนดังกล่าว และนำเงินค่าบริการทางการแพทย์งวดหนึ่งที่สถานพยาบาลได้รับหักจากค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงที่สถานพยาบาลจะได้รับทั้งปีข้างต้น ทั้งนี้ สถานพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนให้แก่สำนักงานภายในสองเดือนถัดจากเดือนที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเพื่อให้สำนักงานนำมาใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณ โดยการกำหนดสัดส่วนค่าบริการทางการแพทย์ระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งคะแนนของโรคเรื้อรังในแต่ละโรคเพื่อคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามภาระเสี่ยงให้สำนักงานพิจารณาตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์

ข้อ ๙ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนหรือผู้ประกันตนซึ่งเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Related Weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในอัตราตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยให้แบ่งจ่ายเป็นรายงวดภายในสิบห้าวันนับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติ

ทั้งนี้ สถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นที่ให้การรักษาด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามวรรคหนึ่ง ต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนผ่านไปยังหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดภายในสองเดือน ถัดจากเดือนที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน พร้อมทั้งส่งคำขอเบิก และเอกสารหลักฐานค่าบริการอื่น ๆ อาทิ ค่าอุปกรณ์หรือค่ารักษาอื่นๆ ตามประกาศฯ ที่มิได้รวมไว้ใน AdjRW (ถ้ามี) เพื่อให้สำนักงานนำมาใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณสำหรับการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลได้รับทั้งปีของเดือนมกราคม - ธันวาคม เมื่อครบกำหนดหนึ่งปีหากค่าบริการทางการแพทย์ในปลายปีคงเหลือจำนวนเท่าใด ให้อยู่ในดุลพินิจของสำนักงานในการพิจารณาคำนวณจ่ายเงินเพิ่มเติมหรือลดลง แต่ต้องอยู่ภายใต้วงเงินตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข้อ ๑๐ ให้สำนักงานจ่ายเงินค่ายาให้แก่หน่วยงานภาครัฐตามอัตราที่สำนักงานประกันสังคมได้ทำความตกลงในการจัดหายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(๒) หรือยาต้านไวรัสเอดส์แล้วแต่กรณีให้แก่ผู้ประกันตนที่ไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นที่ได้รับการส่งตัวผู้ประกันตนจากสถานพยาบาลไปรักษาต่อ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(๒) และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์

ข้อ ๑๑ ในกรณีสำนักงานได้จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นตามข้อ ๙ ไปแล้ว ต่อมาในภายหลังจากการตรวจสอบและการคำนวณที่ถูกต้อง พบว่าสำนักงานได้จ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลเกินกว่าจำนวนเงินซึ่งสถานพยาบาลพึงจะได้รับจริง ให้เลขาธิการหรือผู้ซึ่งเลขาธิการมอบหมายเป็นผู้พิจารณาปรับปรุงหักลบจำนวนเงินที่ขาด-เกินในเดือนถัดจากเดือนที่มีการคิดคำนวณที่ถูกต้องแล้ว หรือดำเนินการเรียกเงินคืนจากสถานพยาบาล หรือจากค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับจากสำนักงานประกันสังคม

กรณีพบว่าสำนักงานต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติม ให้จ่ายเงินแก่สถานพยาบาลภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ได้รับอนุมัติแล้ว

๑ ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอกกำหนดบัญชีรายการโรคเรื้อรัง ดังนี้

(๑) โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)

(๒) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

(๓) โรคตับอักเสบเรื้อรังและโรคตับแข็ง (Chronic hepatitis, Cirhosis of liver)

(๔) โรคภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)

(๕) โรคเส้นเลือดสมองแตก/อุดตัน (Cerebrovascular accident)

(๖) โรคมะเร็ง (Malignancy)

(๗) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS)

(๘) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema)

(๙) โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure)

(๑๐) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease)

(๑๑) โรคมายแอสทีเนีย กราวิส (Myasthenia gravis)

(๑๒) โรคเบาจืด (Diabetes insipidus)

(๑๓) โรคมัลติเพิล สเคลอโรสิส (Multiple sclerosis)

(๑๔) โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)

(๑๕) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis)

(๑๖) โรคต้อหิน (Glaucoma)

(๑๗) โรคไต เนฟโฟติค (Nephrotic syndrome)

(๑๘) โรคลูปัส (SLE)

(๑๙) โรคเลือดจางอะพลาสติก (Aplastic anemia)

(๒๐) โรคทาลาสซีเมีย (Thalassemia)

(๒๑) โรคฮีโมฟิเลเลีย (Hemophilia)

(๒๒) โรคเรื้อนกวาง (Psoriasis)

(๒๓) โรคผิวหนังพุพองเรื้อรัง (Chronic vesiculobullous disease)

(๒๔) โรคเลือดไอทีพี (ITP)

(๒๕) โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis)

(๒๖) โรคอื่นตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ ๑๐ (ICD ๑๐) รหัส F ๒๐-F ๒๙

๒. ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในจะคำนวณการจากการรักษาผู้ป่วยในทุกราย โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight : AdjRW) น้อยกว่า ๒

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข ตามวรรคสาม ใน (๑) ของข้อ ๕ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามข้อ ๕/๑ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

---

๑. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน จนสิ้นสุดการรักษา โดยไม่จำกัดจำนวนเงินค่าใช้จ่ายและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องไม่เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ประกันตน ยกเว้นค่าใช้จ่ายในด้านบริการอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือสิทธิประกันสังคม

๒. สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลให้หน่วยงานที่สำนักงานกำหนด

๓. สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือผู้ประกันตน โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ (AdjRW ≥ ๒) ในอัตราไม่เกิน ๓๕,๐๐๐ บาท ต่อ ๑ น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) โดยพิจารณาคำนวณตามข้อมูลที่หน่วยงานที่สำนักงานกำหนดประมวลผลแล้ว

๑.๒ สำนักงานประกันสังคมจะตรวจสอบข้อมูลขอรับค่าบริการทางการแพทย์ โดยเรียกตรวจเวชระเบียนด้วยวิธีสุ่มไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของจำนวนข้อมูลที่มีอยู่ในขณะนั้น หรือสุ่มเวชระเบียนไม่ต่ำกว่า ๓๐ ฉบับเพื่อเป็นตัวแทนของข้อมูลขอรับค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดในขณะนั้น หากพบว่าการขอรับค่าบริการทางการแพทย์ไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดเป็นเหตุให้สถานพยาบาลได้รับเงินเกินกว่าจำนวนเงินที่สถานพยาบาลพึงจะได้รับ สำนักงานประกันสังคมจะพิจารณาเรียกค่าบริการทางการแพทย์คืนจากสถานพยาบาลตามร้อยละที่ตรวจพบว่าไม่ถูกต้องจากจำนวนที่ขอรับค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดในครั้งนั้น

๑.๓ กรณีสำนักงานประกันสังคมตรวจสอบพบว่าการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ไม่ครบถ้วนไม่ถูกต้องหรือผิดพลาดคลาดเคลื่อนด้วยเหตุอันใดก็ตาม สำนักงานจะดำเนินการดังต่อไปนี้

๑) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า สถานพยาบาลใดเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ไม่ถูกต้อง สำนักงานจะให้คำแนะนำเพื่อให้สถานพยาบาลนั้นเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ให้ถูกต้อง

๒) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า สถานพยาบาลใดเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์เกินจริง อันเกิดจากความไม่เข้าใจ หรือความไม่รู้ หรือความเลินเล่อของสถานพยาบาล ให้สำนักงานประกันสังคมเรียกเงินส่วนที่เกินไปนั้นคืนได้ทันทีและให้ตักเตือนสถานพยาบาล หากตักเตือนเกิน ๒ ครั้ง สำนักงานประกันสังคมพิจารณาเรียกค่าปรับจากสถานพยาบาลได้ไม่เกินสิบเท่าของจำนวนเงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์เกินจริงในการให้บริการในครั้งนั้น

๒) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า สถานพยาบาลใดเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์เกินจริง อันเกิดจากความไม่เข้าใจ หรือความไม่รู้ หรือความเลินเล่อของสถานพยาบาล ให้สำนักงานประกันสังคมเรียกเงินส่วนที่เกินไปนั้นคืนได้ทันทีและให้ตักเตือนสถานพยาบาล หากตักเตือนเกิน ๒ ครั้ง สำนักงานประกันสังคมพิจารณาเรียกค่าปรับจากสถานพยาบาลได้ไม่เกินสิบเท่าของจำนวนเงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์เกินจริงในการให้บริการในครั้งนั้น

๓) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วเชื่อได้ว่า สถานพยาบาลใดจงใจเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์เกินจริงในกรณีดังต่อไปนี้

(๑) กรณีสรุปโรคมากเกินหลักฐานในเวชระเบียน

(๒) สรุปการทำหัตถการโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน

(๓) มีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคโดยไม่มีหลักฐาน

(๔) มีการเพิ่มรหัสหัตถการโดยไม่มีหลักฐาน

(๕) เบิกค่าบริการทางการแพทย์ผิดเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(๖) กระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงานประกันสังคมต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลมากเกินควรแก่กรณี

ให้สำนักงานประกันสังคมเรียกเงินส่วนที่เกินไปคืนพร้อมกับค่าปรับจากสถานพยาบาลได้ไม่เกินสิบเท่าของจำนวนเงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บเกินจริงในการให้บริการในครั้งนั้น

การดำเนินคดีกับคลินิกเอกชนที่ทุจริตการเบิกจ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือกองทุนบัตรทอง พร้อมความคืบหน้าหลังจาก สปสช.ได้ขยายผลตรวจสอบหน่วยบริการในการเบิกจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในกลุ่มของโรคเมตาบอลิกเพิ่มเติมอีก 86 แห่ง

ทั้งนี้ ในส่วนของความคืบหน้าการดำเนินการกรณีคลินิกเอกชน 18 แห่ง ทุจริตเงินบัตรทองนั้น สปสช.ได้ดำเนินการดังนี้

1.ระงับจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการทั้ง 18 แห่ง

2.เรียกคืนเงินตามจำนวนที่ตรวจสอบพบว่าการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่ไม่ถูกต้อง โดยเป็นยอดเรียกคืนทั้งสิ้น 74,397,720 บาท ขณะนี้เรียกคืนแล้ว 60,773,809 บาท คงเหลือยอดค้างชำระรอเรียกคืน ณ วันที่ 30 มิ.ย. 63 จำนวน 13,623,911 บาท

3.แจ้งความตามคดีอาญา พร้อมส่งมอบเอกสารหลักฐานเมื่อวันที่ 7 ก.ค. 63

4.วันที่ 7 ก.ค. 63 สปสช. ส่งเรื่องให้สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, แพทยสภา และอยู่ระหว่างการตรวจสอบว่ามีผู้ประกอบวิชาชีพอื่นด้วยหรือไม่ เพื่อดำเนินการเรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพแล้ว

5.คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อวันที่ 8 ก.ค.63 ตั้งคณะกรรมการสอบสวนข้อเท็จจริงกรณี 18 คลินิกทุจริต วันที่ 8 ก.ค. 63

6.ยกเลิกสัญญาหน่วยบริการประจำทั้ง 18 แห่ง และประกาศยกเลิกการเป็นหน่วยบริการ วันที่ 9 ก.ค. 63 โดย สปสช.จัดระบบให้ผู้ใช้สิทธิบัตรทอง

นายจิรวุสธ์ สุขได้พึ่ง กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประธานคณะอนุกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอันเป็นเท็จ กล่าวว่า จากการตรวจสอบข้อมูลหลักฐานพบการเบิกชดเชยกรณีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคกิจกรรมตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มภาวะเมตาบอลิก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เข้าข่ายเป็นการทุจริตเป็นความผิดอาญา จำนวน 211 แห่ง แยกเป็นคลินิกชุมชน จำนวน 176 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 35 แห่ง นอกจากนี้ได้มีการตรวจสอบกรณีชดเชยกิจกรรม ทันตกรรมสร้างเสริมป้องกันโรคและทันตกรรมรักษาของหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2563 ของหน่วยบริการคลินิกทันตกรรม จำนวน 79 แห่ง พบความผิดปกติของการเบิกชดเชยกรณีการให้บริการทันต กรรม จำนวน 77 แห่ง ซึ่งเข้าข่ายเป็นการกระทำทุจริตผิดกฎหมายอาญา การกระทำดังกล่าวทั้ง 2 กรณีนั้น เป็นมูลค่าความเสียหาย 324 ล้านบาท และก่อให้เกิดความเสียหายอื่นๆ ต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพในเบื้องต้น รวมเป็นค่าเสียหายทั้งสิ้นประมาณ 691 ล้านบาท

การพิจารณากรณีอุทธรณ์คำสั่งของคณะอนุกรรมการพิจารณาหักค่าใช้จ่ายกรณีโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โดยสรุปดังนี้

สรุปขั้นตอนการพิจารณาหักค่าใช้จ่าย

ปีงบประมาณ ๒๕๕๕	สำนักงาน ตรวจสอบพบความผิดปกติของข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ค่า CMI.มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลขนาดเดียวกัน
กรกฎาคม ๒๕๕๕	สำนักงาน ลงตรวจสอบเวชระเบียนโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน ๓๐๐ ฉบับ (บางส่วน) สรุปผลการตรวจสอบต้องเรียกเงินคืน เป็นเงิน ๒,๓๘๗,๐๑๕.๖๐ บาท(เบิกเกินร้อยละ ๘๑ จากที่ควรได้รับ) โดยเกิดจากการสรุปโรคมากเกินหลักฐานในเวชระเบียน หรือมีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคโดยไม่พบข้อมูลในเวชระเบียน ได้แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง แก่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์
สิงหาคม ๒๕๕๕	สำนักงานได้ทำหนังสือแจ้งเตือนข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในผิดปกติตามเงื่อนไข จำนวน ๒,๑๕๒ ฉบับ ให้ทบทวนและแก้ไขโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ได้ทบทวนและแก้ไขข้อมูลผ่านระบบอิเลคโทรนิคไปยัง สปสช. เพียง ๔๒๐ ฉบับ และยืนยันไม่แก้ไข จำนวน ๑,๗๓๒ ฉบับ
มกราคม ๒๕๕๖	สำนักงานได้ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน ๑,๗๓๒ ฉบับ สรุปผลการตรวจสอบ ต้องเรียกเงินคืน เป็นเงิน ๑๖,๖๑๘,๐๗๙.๔๔ บาท (เบิกเกินร้อยละ ๑๐๙ จากที่ควรได้รับ)

สปสช. ได้แจ้งมติของคณะอนุกรรมการฯ ให้หักค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ในอัตรา ๗.๕ เท่า เป็นเงินทั้งสิ้น ๙๐,๙๙๖,๒๘๙.๘๐ บาท ตามหนังสือที่ สปสช.๒.๑๖ /๐๐๖๗๕ ลงวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗

๒.๑ ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลข้าราชการประเภทผู้ป่วยนอก ณ สถานพยาบาลของทางราชการแห่งเดียวหรือหลายแห่ง และได้รับยาประเภทเดียวกันจนมีปริมาณยาสะสมเป็นจำนวนมากเกินขนาดที่ให้ผลการรักษาในแต่ละโรค (Therapeutic Dose) หรือเกินกว่าจำนวนที่กรมบัญชีกลางกำหนด ถือเป็นการใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเพื่อเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลเกินสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๒.๓ สถานพยาบาลของทางราชการ หากตรวจสอบพบว่ามีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวในระบบเบิกจ่ายตรงโดยไม่ปรากฏข้อมูลในเอกสารว่าผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวมารับบริการจริง นอกเหนือจากการเรียกคืนเงินจากสถานพยาบาลของทางราชการแล้ว กรมบัญชีกลางจะแจ้งส่วนราชการต้นสังกัดให้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง หากปรากฏข้อเท็จจริงว่ามีเจ้าหน้าที่ของรัฐรายใดมีพฤติกรรมทุจริตใช้ระบบเบิกจ่ายตรงแสวงหาผลประโยชน์ ให้ดำเนินการสอบสวนทางวินัยกับบุคคลดังกล่าว

ข้อ ๗ กรณีกรมบัญชีกลางตรวจสอบรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลและเอกสารประกอบการเบิกจ่ายของบุคคลที่ถูกระงับสิทธิตามข้อ ๖ พบว่า บุคคลดังกล่าวมีการเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบเบิกจ่ายตรงเกินสิทธิ นอกเหนือจากการเรียกคืนเงินจากผู้มีสิทธิแล้ว กรมบัญชีกลางจะแจ้งส่วนราชการต้นสังกัดดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง หากปรากฏข้อเท็จจริงว่า ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวมีเจตนาทุจริต ให้ส่วนราชการต้นสังกัดดำเนินการ ดังนี้

(๑) กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ให้ดำเนินการสอบสวนทางวินัยแก่บุคคลดังกล่าว

(๒) กรณีเป็นบุคคลในครอบครัวของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ หากปรากฏข้อเท็จจริงว่าข้าราชการ ลูกจ้างประจำ รู้เห็นและมีเจตนาทุจริต ให้ดำเนินการสอบสวนทางวินัยกับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ

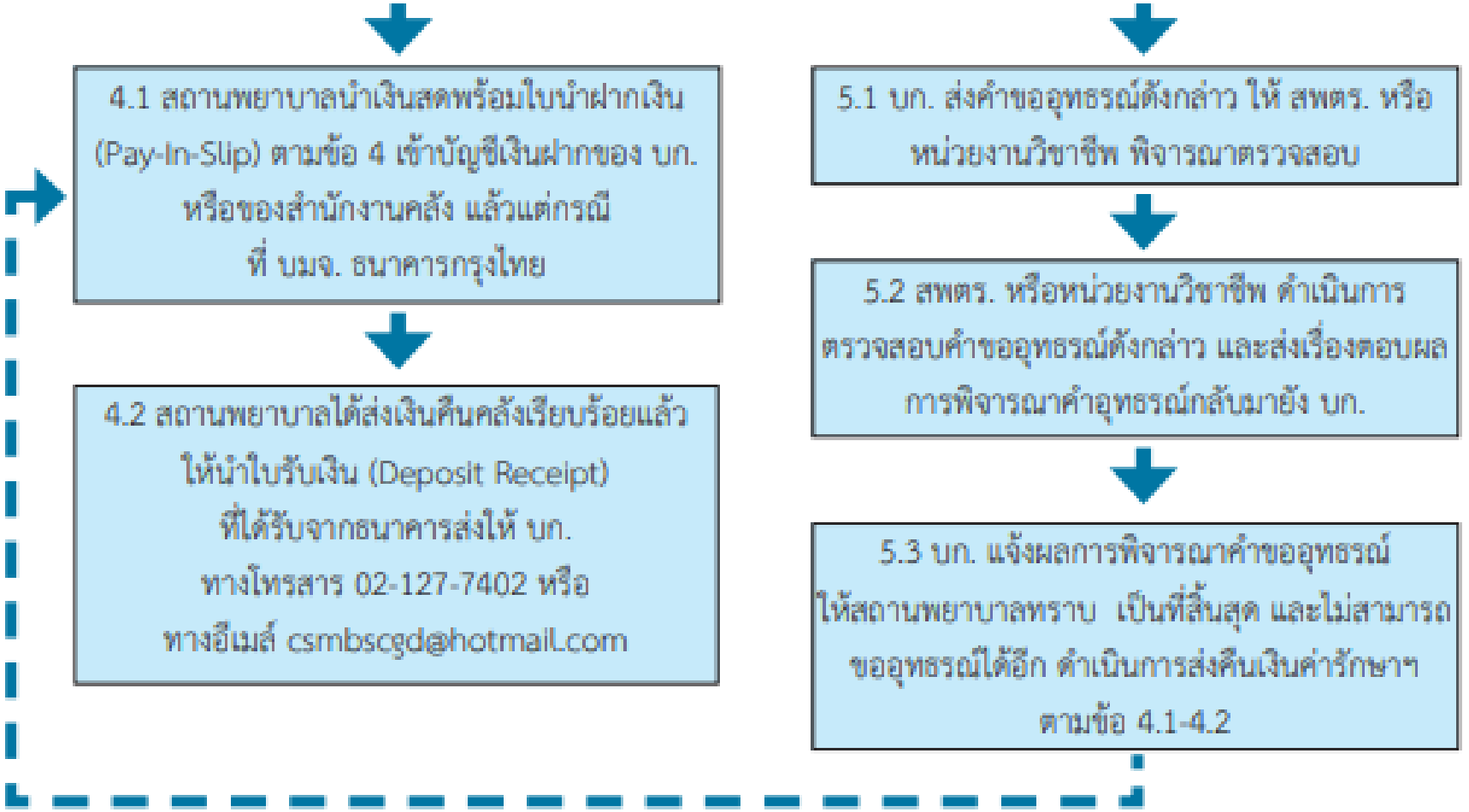
(๓) กรณีเป็นผู้รับเบี้ยหวัด ผู้รับบำนาญ หรือบุคคลในครอบครัวของผู้รับเบี้ยหวัด ผู้รับบำนาญ และบุคคลตาม (๑) (๒) หากข้อเท็จจริงใดเข้าข่ายการกระทำความผิดทางอาญาต้องดำเนินการตามขั้นตอนของกฎหมายต่อไป

ข้อ ๘ กรณีกรมบัญชีกลางตรวจสอบพบว่า สถานพยาบาลของทางราชการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวในระบบเบิกจ่ายตรงโดยไม่ปรากฏข้อมูลในเอกสารว่าผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวมารับบริการจริง นอกเหนือจากการเรียกคืนเงินจากสถานพยาบาลของทางราชการแล้ว กรมบัญชีกลางจะแจ้งส่วนราชการต้นสังกัดให้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง หากปรากฏข้อเท็จจริงว่ามีเจ้าหน้าที่ของรัฐรายใดมีพฤติกรรมทุจริตใช้ระบบเบิกจ่ายตรงแสวงหาผลประโยชน์ ให้ดำเนินการสอบสวนทางวินัยกับบุคคลดังกล่าว

หลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง
ว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553

ข้อ 29 ในกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือสถานพยาบาลเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลไม่เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 หรือเกินสิทธิที่จะได้รับตามพระราชกฤษฎีกาข้างต้น ให้ดำเนินการส่งเงินคืนกระทรวงการคลัง ทั้งนี้ แนวปฏิบัติการตรวจสอบ การอุทธรณ์ ให้เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด สำหรับการส่งคืนเงินให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยการส่งเงินคืนคลัง

ขั้นตอนการขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ



หมายเหตุ :

1. กรณีสถานพยาบาลไม่เห็นด้วยกับผลการอุทธรณ์ ขอให้สถานพยาบาลยื่นหลักฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออุทธรณ์กับกรมบัญชีกลาง
2. การนำเงินค่ารักษาพยาบาลส่งคืนคลัง ขอให้สถานพยาบาลปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด ตามหนังสือ กรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 209 ลงวันที่ 30 กันยายน 2553
3. กรณีที่กรมบัญชีกลางแจ้งผลการตอบอุทธรณ์ไปแล้ว หากสถานพยาบาลไม่ส่งคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่เบิกไม่ถูกต้อง/ ไม่ขออุทธรณ์ ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ปรากฏในหนังสือแจ้งผลการตอบอุทธรณ์ หากพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าว

ด่วนที่สุด

ที่ กค ๐๔๑๖.๓/ส ๔๔๕

กรมบัญชีกลาง
ถนนพระรามที่ ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๑๒ กันยายน ๒๕๖๒

เรื่อง การจัดส่งข้อมูลเพื่อขออุทธรณ์ กรณีที่สถานพยาบาลไม่ส่งข้อมูลหรือส่งข้อมูลล่าช้า (ติดรหัส C๕๔ หรือรหัส C๕๐๖) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติก (RDPA) และโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (DDPA) ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการ

อ้างถึง หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๒๔ ลงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๕๓

ตามหนังสือที่อ้างกรมบัญชีกลางได้กำหนดหลักเกณฑ์/แนวทางการปฏิบัติการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามระบบเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติก (Rheumatic Disease Prior Authorization : RDPA) และกลุ่มโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (Dermatology

ด่วนที่สุด

ที่ กค ๐๔๑๖.๓/ส ๔๔๕

กรมบัญชีกลาง
ถนนพระรามที่ ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๑๒ กันยายน ๒๕๖๒

เรื่อง การจัดส่งข้อมูลเพื่อขออุทธรณ์ กรณีที่สถานพยาบาลไม่ส่งข้อมูลหรือส่งข้อมูลล่าช้า (ติดรหัส C๕๔ หรือรหัส C๕๐๖) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา (OCPA) ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการ

อ้างถึง หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๑๖.๒/ว ๓๔ ลงวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๑

- **หลักเกณฑ์**

๑. กรณีการอุทธรณ์ ได้แก่

๑.๑ เป็นการขอแก้ไขข้อมูลภายหลังวันตัดยอดข้อมูลตามที่กำหนดในหนังสือคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๕๒

๑.๒ เป็นการขออุทธรณ์ภายหลังได้รับทราบรายงานการจ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่าย ทั้งกรณีถูกปฏิเสธการจ่ายชดเชย และกรณีได้รับการจ่ายชดเชยแต่หน่วยบริการเห็นแย้งกับผลการจ่ายชดเชย

๒. การอุทธรณ์กำหนดให้ขออุทธรณ์โดยการแก้ไขข้อมูลทางระบบอิเลคทรอนิกส์ ผ่านโปรแกรม e-Claim และส่งเอกสาร/หลักฐานมายืนยันการขออุทธรณ์

๓. ระยะเวลาในการอุทธรณ์ กำหนดเป็นภายในเวลา ๓๐ วัน (รวมวันหยุดราชการ) โดยนับจากวันที่ สปสช.แจ้งรายงานการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (วันที่ปรากฏข้อมูลการจ่ายชดเชยใน www.nhso.go.th/acc)

รายละเอียดการดำเนินการ

<u>กรณีการขออนุมัติการใช้ยารายใหม่ หรือการต่ออายุสำหรับผู้ป่วยที่เคยได้รับการอนุมัติ</u>

<u>ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง</u> (Prior Authorization)

ในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยกลุ่มโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบยึดติด และโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก

สำหรับสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ นอกเหนือ ๑๖๘ แห่ง และสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)

****

ยาที่ต้องขออนุมัติ	การวินิจฉัย
☐ Imatinib (Glivec)	Chronic myeloid leukemia (CML)
☐ Imatinib (Glivec)	Gastro-intestinal stromal tumor (GIST)
☐ Rituximab (Mabthera)	Non Hodgkin's Lymphoma
☐ Gefitinib (Iressa)	Nonsmall Cell Lung Cancer
☐ Erlotinib (Tarceva)	Nonsmall Cell Lung Cancer
☐ Trastuzumab (Herceptin)	Metastatic Breast Cancer
☐ Bevacizumab (Avastin)	Metastatic Colorectal Carcinoma
☐ Etanercept (AS-ETA)	Ankylosing Spondylytis (AS)
☐ Infliximab (AS-INF))	Ankylosing Spondylytis (AS)
☐ Etanercept (RA-ETA)	Rheumatoid Arthritis (RA)
☐ Infliximab (RA-INF))	Rheumatoid Arthritis (RA)
☐ Rituximab (RA-RTX)	Rheumatoid Arthritis (RA)
☐ Etanercept (JIA-ETA)	Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA)
☐ Infliximab (JIA-INF))	Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA)
☐ Etanercept (PsA-ETA)	Psoriasis Arthritis (PsA)
☐ Infliximab (PsA-INF))	Psoriasis Arthritis (PsA)
☐ Etanercept (PS-ETA)	Moderate to severe Psoriasis (Ps)
☐ Infliximab (PS-INF))	Moderate to severe Psoriasis (Ps)

โปรโตคอล	ระยะเวลาการอนุมัติ (เดือน)	
	ฉบับแรก (Initial)	ฉบับ ๐๒, ..., ๙๙ (Re Approve)
CML - IMT	๔	๖
GIS - IMT	๓	๔
NHL - RTX	๓	๓
NSL - GFT	๓	๓
NSL - ELT	๓	๓
MBC - TTZ	๓	๓
CRC - BCZ	๓	๓
AS - ETA	๔	๔
AS - INF	๔	๔
RA - ETA	๔	๔
RA - INF	๔	๔
RA - RTX	๖	๖
JIA - ETA	๔	๔
JIA - INF	๔	๔
PsA - ETA	๔	๔
PsA - INF	๔	๔
PS - ETA	๔	๔
PS - INF	๔	๔

5 ขั้นตอนการบริหารจัดการศูนย์จัดเก็บรายได้

1) **ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการ ของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ**
2) การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ
3) มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim)
4) ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim)
5) การบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน

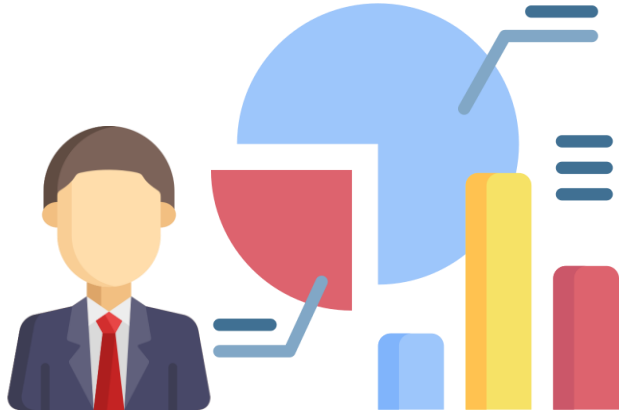
1.3การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

1) ข้อมูลวินิจฉัยโรคหลักและโรครอง โดยแพทย์
2) ข้อมูลประวัติ และ ตรวจร่างกาย โดยแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ
3) ข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการและการแปรผล
4) ข้อมูลข้อบ่งชี้ และ เงื่อนไขประกอบการรักษาพยาบาล
5) ความครบถ้วนของการบันทึกหัตถการ
6) ความถูกต้อง วันที่ และเวลา
7) การสรุปเวชระเบียนภายใน 15 วัน

ตรวจสอบเงื่อนไข ให้ครบถ้วน กับ การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

เป้าหมายหน่วยบริการที่มีระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ เกณฑ์การประเมิน ใช้บุคลากร หรือ Software ตรวจสอบ	คะแนน	รพ.A	รพ.B
C3. มีตรวจสอบรหัสให้ถูกต้องก่อนส่งเบิกจ่าย (Complete Data)			
3.1 มีการตรวจสอบผู้รับบริการให้ถูกต้องกับรหัสโรค **(ID และ สิทธิ) และ วินิจฉัยโรคหลักและโรครอง**	1		
3.2 มีการตรวจสอบโรคให้ถูกต้องกับรหัสการตรวจชันสูตร **วินิจฉัยโรค และ รหัส Lab รหัส CXR**	1		
3.3 มีการตรวจสอบโรคให้ถูกต้องกับรหัสยา **วินิจฉัยโรค และ รหัสยา**	1		
3.4 มีการตรวจสอบโรคให้ถูกต้องกับรหัสหัตถการ **วินิจฉัยโรค และ รหัส ICD 9**	1		

ข้อ ๒๓ ในกรณีที่มีการปฏิเสธการจ่ายเงินตามเอกสารแทนตัวเงินของลูกหนี้รายใดให้รายงานให้ผู้อำนวยการทราบ เพื่อแจ้งลูกหนี้ให้ดำเนินการชำระเงินโดยเร็ว หากลูกหนี้ไม่ดำเนินการชำระหนี้ภายในระยะเวลาที่กำหนดให้โรงพยาบาลดำเนินการตามกฎหมาย



Thank you