

ชี้แจง การบริหารจัดการและแนวทางการตรวจสอบ ก่อนและหลังการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ในการตรวจสอบการจ่ายชดเชย

1

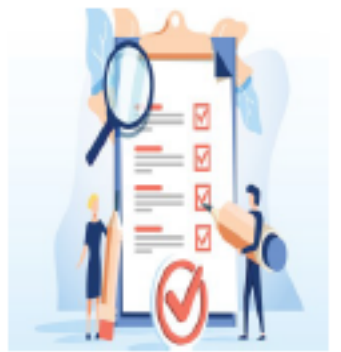
เพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของหน่วยบริการ (ตามมาตรา 26 (6) แห่งพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

2

เพื่อนำผลการตรวจสอบไปใช้ในการพัฒนาระบบการตรวจสอบ
การจ่ายชดเชยค่าบริการ

3

สะท้อนผลการตรวจสอบให้แก่หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ใช้พัฒนาระบบบริการของหน่วยบริการ และระบบการจ่ายชดเชย

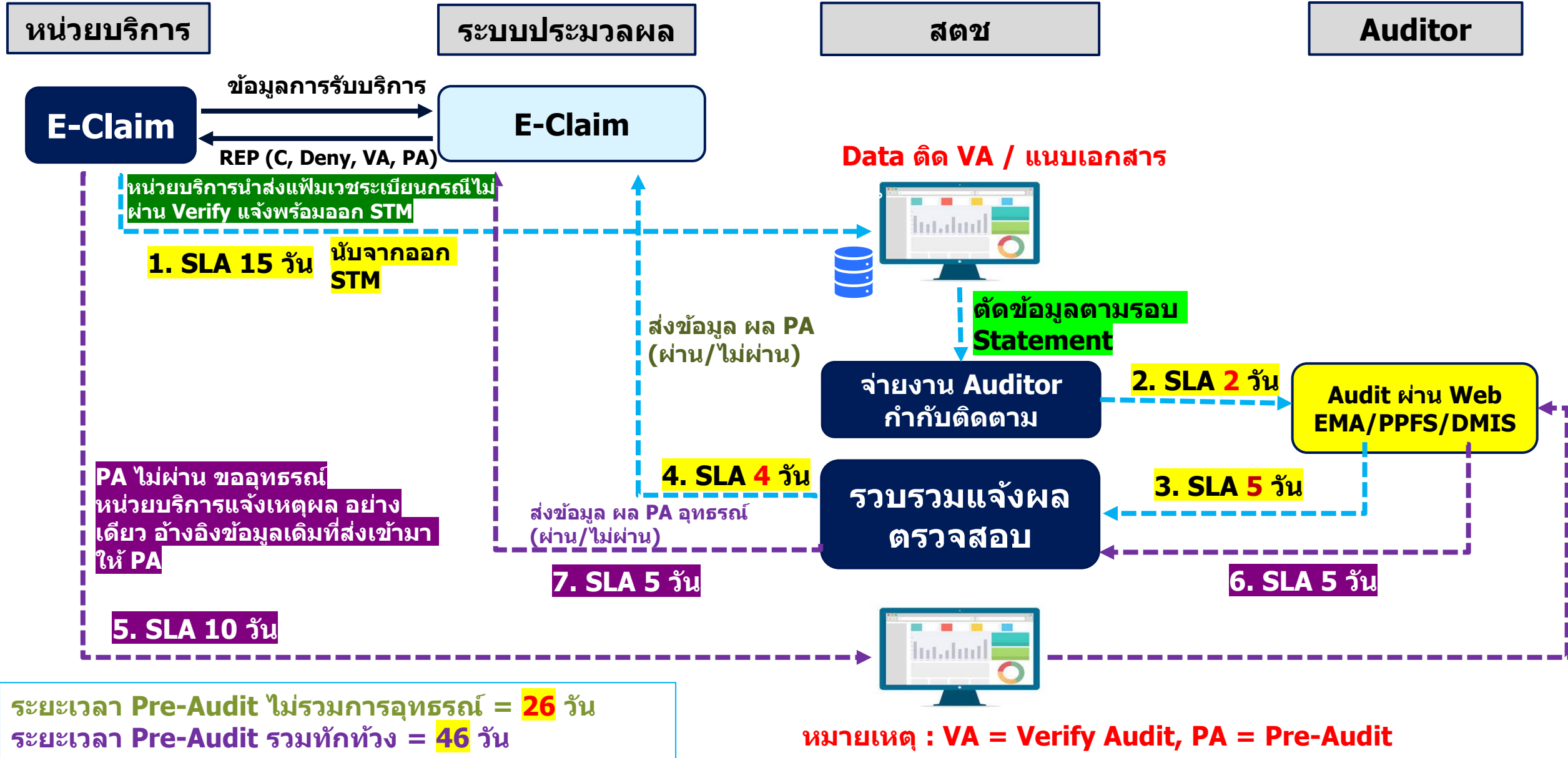


ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

- ▶ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
 1. มาตรา 26(6) สำนักงานมีอำนาจ ตรวจสอบ เอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
 2. มาตรา 45(5) หน่วยบริการมีหน้าที่จัดทำระบบการให้บริการสาธารณสุข เพื่อความสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการรวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่าย
 3. มาตรา 57 รายงานต่อคณะกรรมการอนุกรรมการสอบสวน เมื่อพบการปฏิบัติไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด เจตนาหรือไม่เจตนา
 4. มาตรา 58 โดยไม่เจตนาให้เตือน ถ้าเจตนากระทำผิดให้ดำเนินการ มีคำสั่งชำระค่าปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาทและแจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สอบสวน

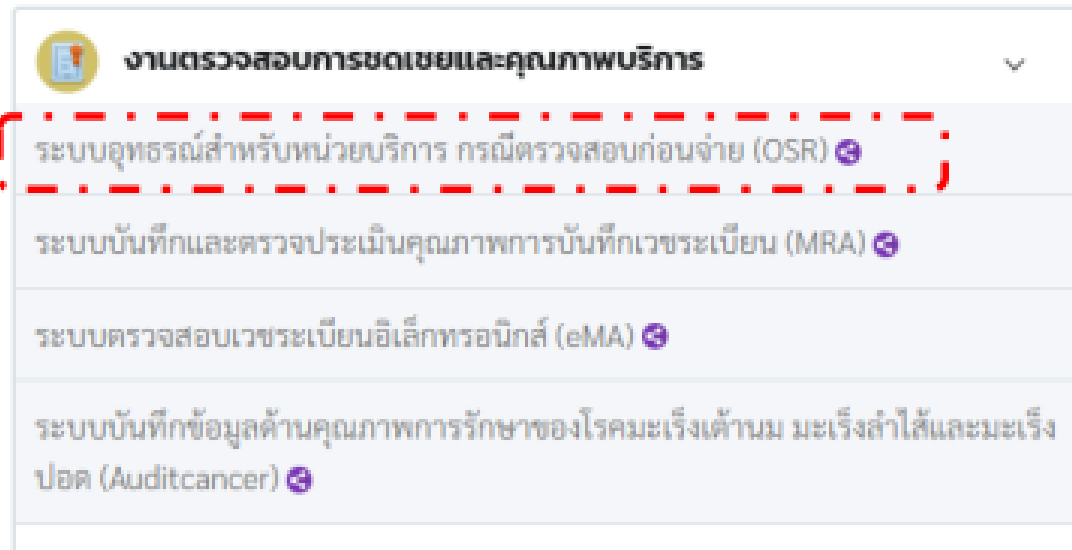
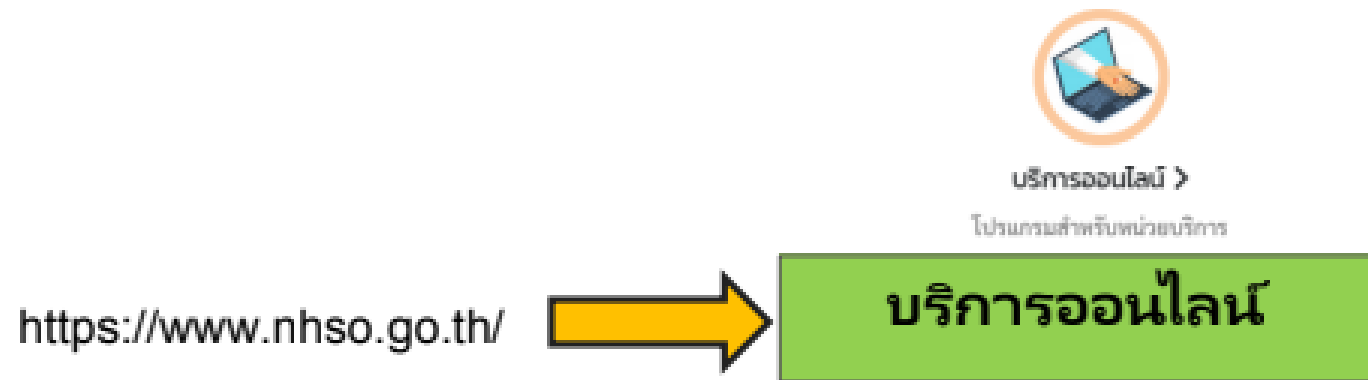


Flow แนวทางการตรวจสอบก่อนจ่ายชดเชย



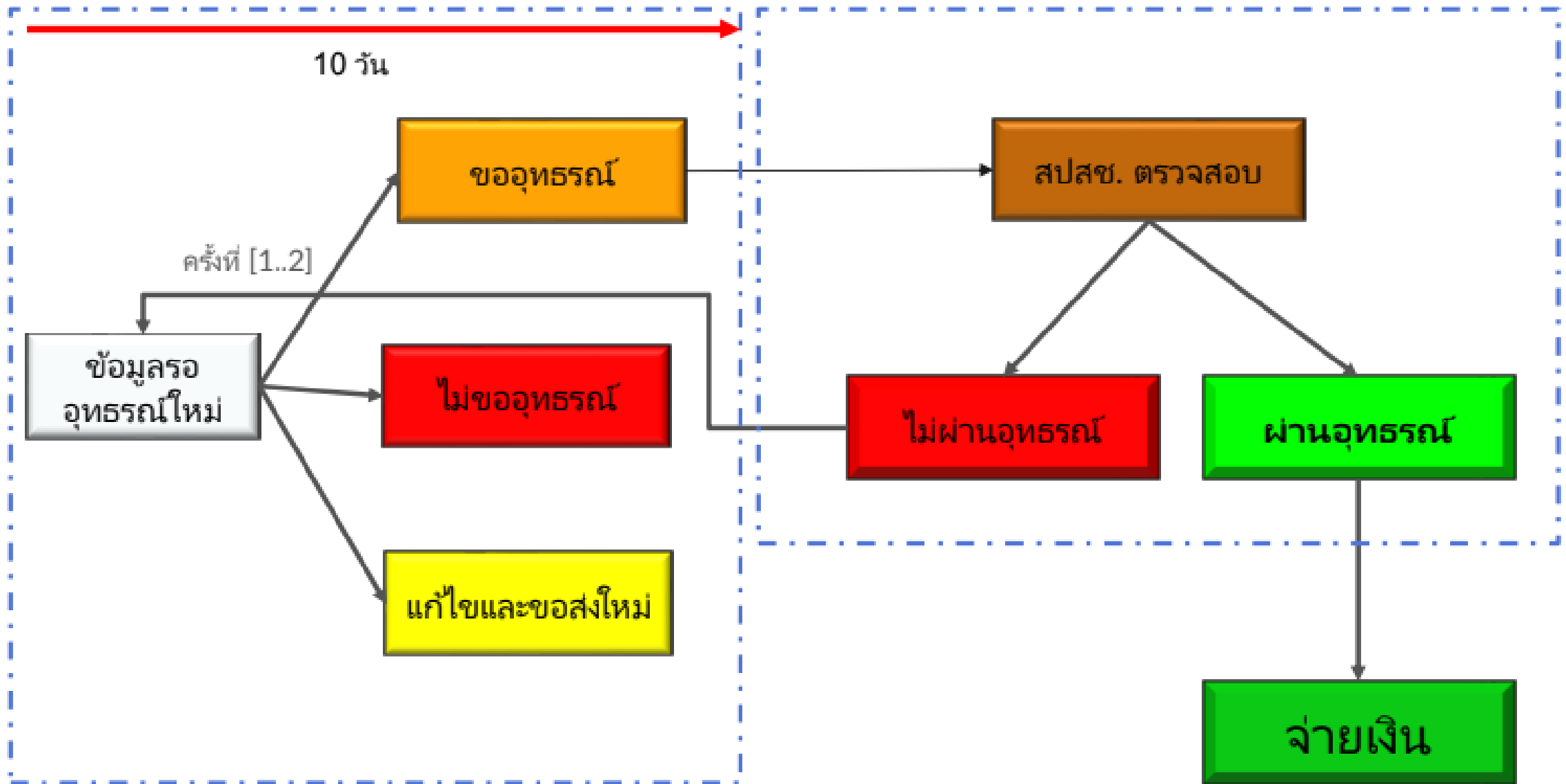
การเข้าใช้งาน

<https://audit.nhso.go.th/osrappeal/frontend/>



<http://www.nhso.go.th>





Flow ขั้นตอนการอุทธรณ์เอกสาร

* ปีงบประมาณ 2568 หน่วยงานบริการจะอุทธรณ์ได้ 2 ครั้ง

Concept of Post Payment Audit

Reimbursement

Post Payment Audit Monitor & Surveillance System

Outlier detection & Anomaly Detection

1. วิเคราะห์ข้อมูลที่จ่ายชดเชยเพื่อค้นหาความผิดปกติ: Outlier Data/High cost/Risk Behavior /Fraud Claim
2. คัดเลือกหน่วยบริการเพื่อการตรวจสอบ : กรณีที่มีพฤติกรรมการเบิกชดเชยและข้อมูลที่ผิดปกติ
3. ตรวจสอบความซ้ำซ้อน เพื่อ Re-claim process
 - ความซ้ำซ้อนของรายการเบิก
 - ความซ้ำซ้อนของกองทุน
 - ความซ้ำซ้อนของข้อมูลการจ่ายชดเชยต่าง Statement

- ประเด็นเงื่อนไขการจ่าย
- การจ่ายซ้ำซ้อน

Re-Claim Process

Objective

1. Improve Quality of Care and Reimbursement
2. Risk Detection
3. Fraud Detection

วิธีการ audit

1. **Coding Audit**: IP DRG
2. **Billing Audit**: Fee schedule
3. **Quality of Care Audit**
4. **Other audit** : Telephone audit, การตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

การดำเนินการหลังการตรวจสอบ

1. ประมวลผลเรียกคืนตามที่ตรวจสอบ
2. รายงาน/ส่งกลับข้อมูลผลการตรวจสอบ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - หน่วยบริการ
 - สปสช เขต
 - ฝ่าย Pre audit / Re-Claim process
 - สมาคมวิชาชีพ ในกรณีผลตรวจสอบคุณภาพบริการ
 - ทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาการออกแบบบริหารกองทุน
 - นำเสนอผลการตรวจสอบต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและคณะสอบสวน 4 ในกรณีที่พบประเด็นการเบิกชดเชย/คุณภาพบริการ
 - นำเสนอผลการตรวจสอบกรณีหน่วยบริการมีการจัดทำเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขที่มีมูลเชื่อได้ว่าจะเกิดความอันเป็นเท็จ ต่อคณะกรรมการดำเนินการกรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
3. สนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยบริการมีการนำผลตรวจสอบไปใช้ในการพัฒนา (Guidance) : feedback หน่วยบริการ/สื่อสาร/ประชาสัมพันธ์
4. **Onsite inspection** กรณีที่ตรวจพบว่าหน่วยบริการมีการเบิกจ่ายที่อาจเข้าข่ายทุจริต/ ประเด็นคุณภาพบริการ
5. การดำเนินการทางกฎหมายกรณีที่มีประเด็นทุจริต



Adobe Acrobat
Document



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแนวทาง วิธีปฏิบัติ และระยะเวลาในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ (๖) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๑๑ แห่งระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“เอกสารหลักฐาน” หมายความว่า บรรดาเอกสาร เวชระเบียน วัตถุ หรือข้อมูลหรือหลักฐาน



หมวด 1 แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด 2 วิธีการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

- ❖ Pre-Authorized
- ❖ Pre Audit
- ❖ Post Audit

หมวด 3 มาตรการในการดำเนินการ กรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้อง

ประกาศ ณ วันที่ ๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2567

หมวด ๒

วิธีการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข



ข้อ ๑๑ การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการสาธารณสุขก่อนการจ่ายค่าใช้จ่าย (Pre Audit) หากสำนักงานพบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ผิดปกติ สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามวิธีการ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้หน่วยบริการส่งเอกสารหลักฐานภายใน ๑๐ วันทำการ นับแต่วันได้รับการแจ้งผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

(๒) สำนักงานหรือผู้ตรวจสอบจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานของหน่วยบริการ และแจ้งผลการตรวจสอบแก่หน่วยบริการภายใน ๑๐ วันทำการตามวิธีการ ดังต่อไปนี้

(ก) กรณีผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบว่าเป็นไปตามข้อมูลที่บันทึกในระบบการเบิกจ่าย สำนักงานจะพิจารณาอนุมัติและนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการประมวลผลการจ่ายตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่สำนักงานกำหนด

(ข) กรณีผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบว่าไม่เป็นไปตามข้อมูลที่บันทึกในระบบการเบิกจ่าย สำนักงานจะปฏิเสธการจ่ายพร้อมทั้งชี้แจงเหตุผลการปฏิเสธการจ่ายในช่องทางที่กำหนด

(๓) กรณีหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ หน่วยบริการสามารถขอให้สำนักงานทบทวนผลการตรวจสอบได้ ๑ ครั้ง ภายใน ๑๐ วันทำการนับแต่วันได้รับแจ้งผลการตรวจสอบ โดยสำนักงานจะพิจารณาการขอทบทวนผลการตรวจสอบของหน่วยบริการภายใน ๑๐ วันทำการ

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
พ.ศ. 2567

หมวด ๒

วิธีการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ การตรวจสอบเอกสารหลักฐานภายหลังการจ่ายค่าใช้จ่าย (Post Audit) หากสำนักงานพบความผิดปกติหลังจากสำนักงานได้มีการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไปแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการพบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่ผิดปกติ การพบข้อร้องเรียน การพบความผิดปกติของกระบวนการเบิกจ่ายจากการลงพื้นที่ การตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ หรือกรณีอื่น ๆ ที่มีลักษณะเดียวกัน สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ดังต่อไปนี้

(๑) ให้นำหน่วยบริการดำเนินการตามกำหนดระยะเวลา

ตรวจสอบ ณ หน่วย

(ก) กรณีสำนักงานพื้นที่ตรวจสอบ สำนักงานจะแจ้งหน่วยบริการเพื่อจัดเตรียมเอกสารหลักฐานก่อนการลงพื้นที่ตรวจสอบภายใน **๓ วันทำการ** นับแต่วันได้รับแจ้ง

ตรวจสอบรวมศูนย์

(ข) กรณีสำนักงานเรียกเอกสารหลักฐานเพื่อการตรวจสอบ สำนักงานจะแจ้งหน่วยบริการให้จัดส่งเอกสารหลักฐานส่งไปยังหน่วยงานหรือสถานที่ที่สำนักงานกำหนดภายใน **๑๕ วันทำการ** นับแต่วันที่รับแจ้ง

ตรวจสอบผ่านโปรแกรม

(ค) กรณีสำนักงานเรียกเอกสารหลักฐานเพื่อการตรวจสอบผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ สำนักงานจะแจ้งหน่วยบริการให้จัดส่งเอกสารหลักฐานเข้าสู่ระบบตรวจสอบอิเล็กทรอนิกส์ภายใน **๓๐ วันทำการ** นับแต่วันได้รับแจ้ง

(๒) สำนักงานหรือผู้ตรวจสอบจะดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานของหน่วยบริการ และแจ้งผลการตรวจสอบแก่หน่วยบริการภายใน ๓๐ วันทำการนับแต่วันที่ได้รับเอกสารหลักฐานครบถ้วน

(๓) การดำเนินการเมื่อได้รับการแจ้งผลการตรวจสอบจากสำนักงาน

(ก) กรณีหน่วยบริการเห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ ให้ถือว่าหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบและยินยอมให้สำนักงานดำเนินการแก้ไขและประมวลผลข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามผลการตรวจสอบต่อไป

(ข) กรณีหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ หน่วยบริการสามารถขอทบทวนผลการตรวจสอบได้ ๒ ครั้ง

๑) ครั้งที่ ๑ ขอทบทวนผลการตรวจสอบภายใน ๑๕ วันทำการนับแต่วันได้รับรายงานผลการตรวจสอบหรือตามวันที่กำหนด โดยสำนักงานจะเป็นผู้พิจารณาคำขอทบทวนหรืออาจมอบหมายให้ผู้ตรวจสอบดำเนินการแทน และแจ้งผลการพิจารณาให้ทราบภายใน ๓๐ วันทำการนับแต่วันได้รับคำขอทบทวน

๒) ครั้งที่ ๒ ขอทบทวนผลการพิจารณาจากการทบทวนครั้งที่ ๑ ได้ภายใน ๑๕ วันทำการ นับแต่วันได้รับทราบผลการขอทบทวนครั้งที่ ๑ หรือตามวันที่กำหนด โดยสำนักงานจะเป็นผู้พิจารณาการขอทบทวนผลการตรวจสอบของหน่วยบริการภายใน ๓๐ วันทำการ

**การขอทบทวนผลการตรวจสอบของหน่วยบริการจะสามารถ
ขอทบทวนได้เพียง 2 ครั้ง**

ข้อ ๑๓ การดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐานตามข้อ ๑๑ และข้อ ๑๒ สำนักงานอาจเข้าไป
ในสถานที่ของหน่วยบริการ เพื่อตรวจสอบเอกสารหลักฐาน หรือกระทำการอย่างอื่นตามสมควรเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริง
เกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

รองรับการตรวจสอบ ณ หน่วย และ surprise visit

ข้อ ๑๔ หากหน่วยบริการไม่สามารถดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบตามระยะเวลา
ที่กำหนดตามข้อ ๑๑ หรือข้อ ๑๒ โดยระบุเหตุผลความจำเป็น ให้หน่วยบริการทำหนังสือขอขยายระยะเวลา
การขอทบทวนผลการตรวจสอบมายังสำนักงานภายใน ๗ วันก่อนครบกำหนด ทั้งนี้ ให้ขยายเวลาได้อีกไม่เกิน
๑๕ วันทำการ หรือตามที่สำนักงานเห็นชอบ

ข้อ ๑๕ สำนักงานอาจขยายระยะเวลาในการตรวจสอบหรือการพิจารณาทบทวนผลการตรวจสอบ
ตามที่กำหนดในข้อ ๑๑ หรือข้อ ๑๒ แล้วแต่กรณีตามการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเอกสารที่ทำการตรวจสอบ

ข้อ ๑๖ กรณีหน่วยบริการไม่ดำเนินการขอทบทวนผลการตรวจสอบภายในระยะเวลาที่สำนักงาน
กำหนด สำนักงานจะถือว่าหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบและยินยอมให้สำนักงานดำเนินการแก้ไข
และประมวลผลข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามผลการตรวจสอบที่ไม่ได้มีการขอทบทวน
ต่อไป

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2567

หมวด ๓

มาตรการในการดำเนินการกรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้อง

ข้อ ๑๗ ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบพบว่าเอกสารหลักฐานในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการไม่ถูกต้องหรือหน่วยบริการไม่ดำเนินการกรณีหนึ่งกรณีใดตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ สำนักงานมีอำนาจ ชะลอการจ่าย ระวังการจ่าย หรือเรียกเงินคืน แล้วแต่กรณี และดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ หรือดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ต่อไป

คำสั่งมอบอำนาจผู้อำนวยการเขต ในการ ตรวจสอบข้อมูลการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข



Adobe Acrobat
Document



คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๓๕๗ /๒๕๖๗

เรื่อง มอบหมายให้ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต
ปฏิบัติหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

โดยที่เป็นการสมควรมอบหมายให้ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต
ปฏิบัติหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อให้การเรียกเก็บ
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

มอบหมายให้ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑ ถึงเขต ๑๓ ปฏิบัติ
หน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑. ตรวจสอบข้อมูลและเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ
หน่วยบริการก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (Pre-Audit) และหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุข (Post-Audit)

๒. พิจารณาและสั่งการในการชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในกรณี
ตรวจสอบพบกรณีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
และรายงานให้เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบโดยเร็ว

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<http://www.nhso.go.th>



พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๑๑ แนวทาง วิธีปฏิบัติ และระยะเวลาในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวดนี้ ให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

หมวด ๒

การดำเนินการกรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้อง
ในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๑๒ เมื่อสำนักงานตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายอันพิสูจน์ได้ว่าเป็นเท็จ โดยไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยการสรุปโรคหรือสรุปการทำหัตถการมากเกินไปพบหลักฐานในเวชระเบียน หรือมีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคหรือรหัสหัตถการโดยไม่พบหลักฐาน หรือการเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในกรณีต่าง ๆ โดยไม่พบหลักฐานการให้บริการ หรือกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไปจนควรแก่กรณี ให้สำนักงานพิจารณาดำเนินการดังต่อไปนี้

- (๑) เรียกคืนค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการได้รับพร้อมดอกเบี้ย ในกรณีที่หน่วยบริการไม่ยอมคืนค่าใช้จ่ายพร้อมดอกเบี้ย ให้สำนักงานดำเนินการฟ้องร้องทางแพ่งต่อไป
- (๒) ระบุหรือชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการมีสิทธิได้รับ
- (๓) ร้องทุกข์ กล่าวโทษให้ดำเนินคดีทางอาญากับบุคคลผู้กระทำความผิด
- (๔) แจ้งสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการต่อผู้ประกอบวิชาชีพ
- (๕) พิจารณาว่าหน่วยบริการนั้นกระทำความผิดสัญญาให้บริการสาธารณสุขหรือไม่

19/11)

ตามที่ ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและการดำเนินการกรณีตรวจพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด 1 (ข้อ 11) ว่าด้วย วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หมวด 2 (ข้อ 12 และ 14) การดำเนินการกรณีตรวจสอบเอกสารหลักฐานพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖
ชลงาน ศรีแก้ว
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<http://www.nhso.go.th>

19

ขั้นตอนการดำเนินการตรวจสอบ และช่วงเวลาการแจ้งขอคืนค่าใช้จ่ายแก่สำนักงานฯ ของหน่วยบริการ

นอกกระบวนการตรวจสอบ เช่น
จากการตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ

เข้าสู่กระบวนการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน

หน่วยบริการแจ้ง
ขอคืนเงิน (A)

หน่วยบริการแจ้ง
ขอคืนเงิน (B)

หน่วยบริการแจ้ง
ขอคืนเงิน (C)

หน่วยบริการแจ้ง
ขอคืนเงิน (D)

ยังไม่เข้าสู่กระบวนการ
ตรวจสอบ

เรียกเวชระเบียน

เริ่มตรวจสอบเอกสาร
หลักฐาน

ตรวจสอบเอกสาร
หลักฐานเสร็จสิ้น

ประมวลผลเรียกคืน

ประมวลผลเรียกคืน &
ดำเนินการต่อในกรณีที่ตรวจพบความผิดปกติ

แนวทางการขยายการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียน

โดยพิจารณาจาก

1. ประเด็นที่ตรวจสอบพบ
2. จำนวนความไม่ถูกต้องที่ตรวจสอบพบ
3. เจตนาที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจเข้าข่ายทุจริต

มติที่ประชุม คณะทำงานพัฒนาระบบตรวจสอบก่อน และหลังการจ่ายชุดเวชค่าใช้จ่าย เพื่อบริการ สาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2567 วันพุธที่ 25 กันยายน 2567

• ประเด็นที่ตรวจสอบพบ :

1. ตรวจสอบพบการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ที่ไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการจ่าย ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด
2. ตรวจสอบพบการสรุปโรคหรือสรุปการทำหัตถการมากเกินไปโดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน หรือมีการ เพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคหรือรหัสหัตถการโดยไม่พบหลักฐาน
3. ตรวจสอบพบการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย โดยไม่พบหลักฐานการให้บริการ
4. ตรวจสอบพบการกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไป แยกกรณี

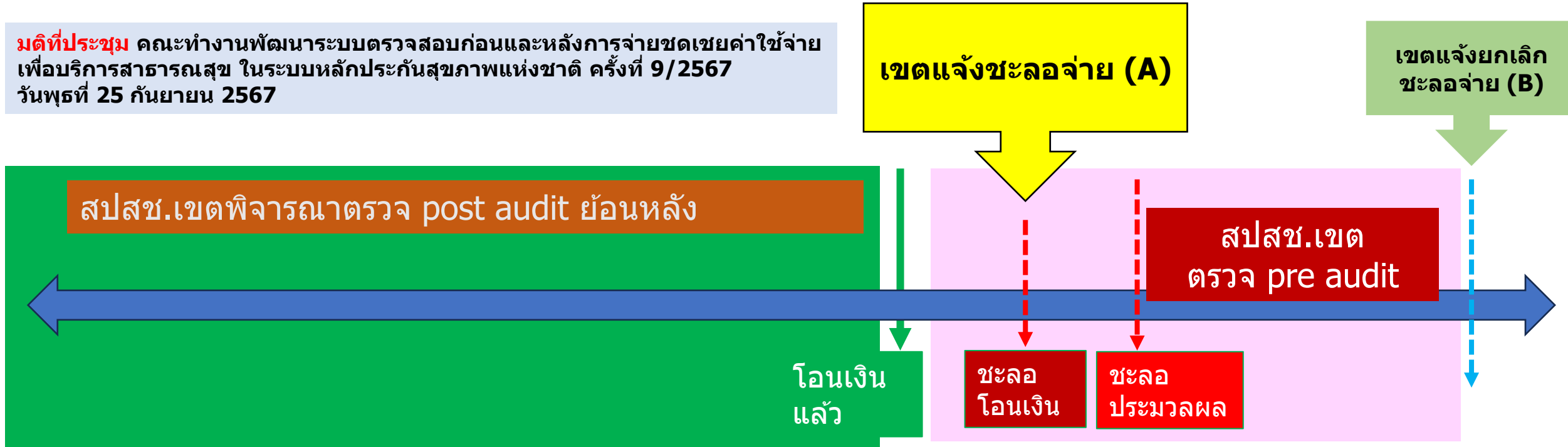
• จำนวนความไม่ถูกต้องที่ตรวจสอบพบ :

1. ร้อยละความไม่ถูกต้องของบริการ (visit) ที่ตรวจสอบพบ : > 30%
2. ร้อยละความไม่ถูกต้องของจำนวนเงิน (เรียกคืน) ที่ตรวจสอบพบ : > 30%

• เจตนาที่จะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่ถูกต้อง อันมีมูลเชื่อได้ว่าเป็นเท็จ

แนวทางการดำเนินการตรวจสอบหน่วยบริการที่ถูกชะลอจ่าย

มติที่ประชุม คณะทำงานพัฒนาระบบตรวจสอบก่อนและหลังการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2567
วันพุธที่ 25 กันยายน 2567



สปสช.เขตพิจารณาตรวจ post audit ย้อนหลัง

การยกเลิกชะลอจ่าย

1. กระบวนการตรวจสอบเสร็จสิ้น
2. สปสช.เขตได้ข้อมูลเพียงพอที่จะดำเนินการต่อตามระเบียบคณะกรรมการฯ
3. ตรวจสอบ pre audit ข้อมูลที่ยังไม่ได้โอนเงินให้แล้วเสร็จ โดยตรวจผ่านระบบ OSR และให้หน่วยบริการแนบเอกสารทุกราย

วิธีการตรวจสอบเวชระเบียน

- 1. Coding Audit** : ตรวจสอบการจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยใน ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)
- 2. Billing Audit** : : ตรวจสอบการเรียกเก็บตามรายการ Fee Schedule
- 3. Quality of Care Audit** : การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ โดยเทียบกับมาตรฐานวิชาชีพในการให้บริการสาธารณสุข
- 4. Other audit** : การตรวจสอบด้วยวิธีอื่น เช่น Telephone audit, โปรแกรม OCR, การตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

เอกสารหลักฐาน
ที่ใช้อ้างอิง
ในการตรวจสอบ



1) **ระเบียบ ประกาศ คู่มือแนวทาง**
ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแต่ละ
ประเภทบริการ



2) **สัญญาให้บริการสาธารณสุข**
ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

เอกสารประกอบการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข



<http://audit.nhso.go.th/ema/index-download>

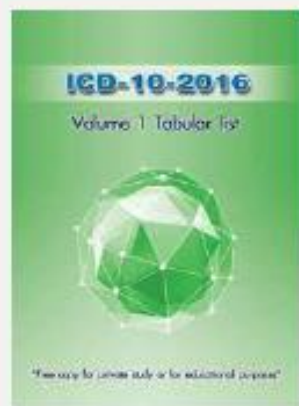
คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมกำกับบริการ
และคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่าง 3 กองทุน

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม 3 กองทุน



ประกาศใช้ ตั้งแต่
กุมภาพันธ์ 2567
จะเริ่มใช้แนวทางการตรวจสอบร่วม
3 กองทุน ปี 2566 ในการตรวจสอบ
เอกสารหลักฐาน/เวชระเบียน
(audit) ปี 2568

ดาวน์โหลดคู่มือได้ที่
<https://audit.nhso.go.th/ema/index-download>



บริการผู้ป่วยใน จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) → ประมวลผล
การตรวจสอบ date sent ตั้งแต่ พ.ค. 2567 ด้วย DRGs version 6.3

รหัสวินิจฉัยโรค

ICD-10 WHO ปี 2016 และ ICD-10 -TM

รหัสหัตถการ

ICD-9-CM WHO ปี 2015

แนวทางการตรวจสอบ Post Payment Audit

- 1. การตรวจสอบข้อมูลการเบิกชดเชยโดยการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์**
 - กรณีที่ตรวจสอบพบความผิดปกติในการเบิกชดเชย จะมีการประมวลผลการจ่ายชดเชย/เรียกคืนการจ่ายชดเชย ตามผลการตรวจสอบ เช่น กรณีการตรวจสอบ electronic coding audit จะดำเนินการตัดเฉพาะรหัส ICD10/ICD9 ที่ไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์การให้รหัส และประมวลผลการคำนวณ DRG ใหม่ตามข้อมูล ICD10/ICD9 ที่มีการปรับรหัส
- 2. การตรวจสอบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนโดยผู้ตรวจสอบ**
 - ตรวจสอบผ่าน **Program Single Audit** ที่พัฒนาใหม่ ในปีงบประมาณ 2568
 - ตรวจสอบรวมศูนย์
 - ตรวจสอบ ณ หน่วยบริการ

หมายเหตุ กรณีดังต่อไปนี้ไม่ถือเป็นบริการผู้ป่วยใน ได้แก่

1. กรณีรับไว้เพื่อทำ diagnosis procedure เช่น การรับไว้เพื่อทำ CT, MRI, IVP เป็นต้น
 2. กรณีรับไว้เพื่อการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการไปทำหัตถการหรือการการผ่าตัดด้วยหน่วยบริการอื่น เช่น การเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำ PCI, gastroscopy เป็นต้น
 3. กรณีรับไว้นอนในหน่วยบริการ แต่ไม่พบคำสั่งให้ admit จากแพทย์ เช่น พบว่ามีคำสั่งให้ส่งต่อ refer ใน OPD card หรือคำสั่งให้ observe เป็นต้น
 4. กรณีรับไว้โดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์ที่เหมาะสม เช่น การ admit เพื่อรับยาต่อเนื่อง เป็นต้น
 5. กรณีนัดมาทำหัตถการที่ไม่ซับซ้อน ใช้เวลาไม่นาน ไม่ต้องวางยาทางวิสัญญีและไม่ต้องใช้เวลาในการเฝ้าติดตามหลังทำหัตถการนาน เช่น การทำเลเซอร์ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ต้นในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ
- ทั้งนี้ หากมีความจำเป็น ให้สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ บันทึกเหตุผลความจำเป็นในเวชระเบียน



หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน

สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น.pdf สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

- ประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก (OPD card) หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น รวมถึงหน้าแรกที่มีข้อมูลส่วนบุคคลของประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก (patient's profile)
- แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary)
- แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ (Informed consent) ของผู้ป่วย
- แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกายของแพทย์ (history, physical examination, admission note) และหรือ เอกสารการประเมินต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ใบประเมินระบบประสาท NIHSS, Barthel's Index, MRS เป็นต้น
- แบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note) ของแพทย์
- แบบบันทึกการสั่งการรักษา (doctor's order)
- แบบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (consultation record) (ถ้ามี)
- แบบบันทึกวิสัญญี (anesthetic record) (ถ้ามี)
- แบบบันทึกการผ่าตัด (operative note) กรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัด (ถ้ามี)
- แบบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (labour record) (ถ้ามี)
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาและผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น
- แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (rehabilitation record) (ถ้ามี)
- แบบบันทึกทางพยาบาล (nurses 's note) รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- แบบบันทึกสัญญาณชีพหรือฟอร์มปรอท (graphic sheet)
- แบบบันทึกการให้ยา (medication sheet) การให้สารน้ำและการให้เลือด intake-output sheet แบบประเมินผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด เป็นต้น
- เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย (ถ้ามี) เช่น ใบส่งต่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น **เอกสารการให้รังสีรักษา** (กรณีการรักษาเสร็จสิ้นตามแผนการรักษา **ต้องมี**แบบบันทึกสรุปการรักษา) สำเนาใบตรวจสอบสิทธิการรักษา เป็นต้น

17. กรณีการเบิกจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือการให้บริการทางการแพทย์ ตามรายการค่าใช้จ่ายที่มารับบริการ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบ ดังนี้

17.1 กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคราคาสูงที่มี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกับผู้ป่วยรายนั้นจริง โดยกรณีผู้ป่วยในต้องติด sticker ของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคทุกชิ้นที่มีการเบิกไว้ในบันทึกการผ่าตัดหรือในเวชระเบียนผู้ป่วยในที่สามารถตรวจสอบได้ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

17.2 กรณีรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่ไม่มี sticker สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานทางการแพทย์ว่ามีการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกับผู้ป่วยรายนั้นจริง เช่น ภาพเอกซเรย์หลังทำหัตถการ (ถ้ามี) หรือ ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ระบุจำนวนรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ พร้อมหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ทุกชิ้น หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

18. กรณีการขอตรวจสอบเวชระเบียนโรคเฉพาะทางอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ต้องมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ตั้งแต่ละกองทุนจะแจ้งในการขอเอกสารเพื่อการตรวจสอบในเรื่องนั้น ๆ

19. การขอเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

19.1 กรณีที่มีการขอตรวจสอบเวชระเบียนแล้วไม่พบเอกสารหลักฐานหรือ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้นภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น โดยไม่รับพิจารณาการขอทบทวนเอกสารที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลัง

19.2 กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากชำรุดอันเกิดจากภัยพิบัติ อัคคีภัย อุทกภัย เป็นต้น สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องส่งหลักฐานประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนเพื่อในแต่ละกองทุนพิจารณาเหตุผล โดยให้ผู้บริหารสูงสุด เช่น หัวหน้าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ของสถานพยาบาล เซ็นรับรองการชี้แจงดังกล่าว

19.3 กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการรักษา เช่น ชำระเงินเอง หรือใช้สิทธิประกันชีวิต ไม่สามารถนำส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเบิกค่าบริการสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามสิทธิของแต่ละกองทุน

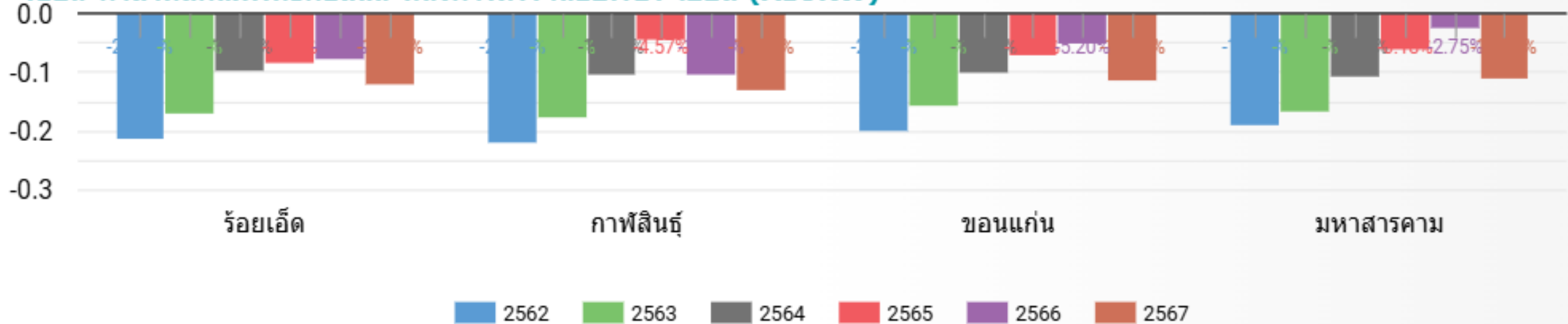
ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ก่อนและหลังการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน หน่วยบริการในพื้นที่ สปสช.เขต 7 ขอนแก่น

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ก่อนและหลังการตรวจสอบเวชระเบียน (ADJRW)

จำนวน รพ.	จำนวนการตรวจสอบ	AdjRw ก่อนตรวจสอบ	AdjRw หลังตรวจสอบ	AdjRw เปลี่ยนแปลง	ร้อยละAdjRWเปลี่ยนแปลง
84	74,788	102,623.65	88,036.82	-14,586.83	-14.21

ปีที่ตรวจสอบ	จำนวนตรวจสอบ	AdjRw ก่อนตรวจสอบ	AdjRw หลังตรวจสอบ	AdjRw เปลี่ยนแปลง	ร้อยละเปลี่ยนแปลง
2562	18,000	26,847.11	21,329.96	-5,517.15	-20.55
2563	18,534	25,864.67	21,572.38	-4,292.29	-16.60
2564	19,398	25,362.32	22,737.54	-2,624.78	-10.35
2565	12,148	13,408.43	12,487.04	-921.39	-6.87
2566	2,012	1,836.11	1,714.80	-121.31	-6.61
2567	4,696	9,305.01	8,195.10	-1,109.91	-11.93

ร้อยละค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ก่อนและหลังการตรวจสอบเวชระเบียน (ADJRW)



การประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary assessment (SA)

0 Agreement : ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับ การสรุปการวินิจฉัยและ การสรุปหัตถการใน discharge Summary

1 Principal diagnosis : PDx

1a Missing principal diagnosis : ไม่สรุป Pdx.

1b Incorrect principal diagnosis : สรุป Pdx. ไม่ถูกต้อง

1c Non-specific principal diagnosis : สรุป Pdx. ไม่เฉพาะเจาะจง

2 Secondary diagnosis (co-morbidity and complication) : SDx

2a Missing secondary diagnosis (SDx) : ไม่สรุป SDx

2b Incorrect secondary diagnosis (SDx) : สรุป SDx ไม่ถูกต้อง (รวมกรณีที่สรุป other diagnosis เป็น SDx หรือสรุป SDx เป็น other diagnosis)

2c Non-specific secondary diagnosis (SDx) : สรุป SDx ไม่เฉพาะเจาะจง

2d Unjustified secondary diagnosis (SDx) : สรุป SDx. โดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน

3 Procedure : หมายถึง OR procedure หรือ non OR procedure ที่มีความสำคัญต่อการ จัดกลุ่ม DRG หรือการเบิกจ่ายชดเชย

3a Missing procedure : ไม่สรุป procedure

3b Incorrect procedure : สรุป procedure. ไม่ถูกต้อง

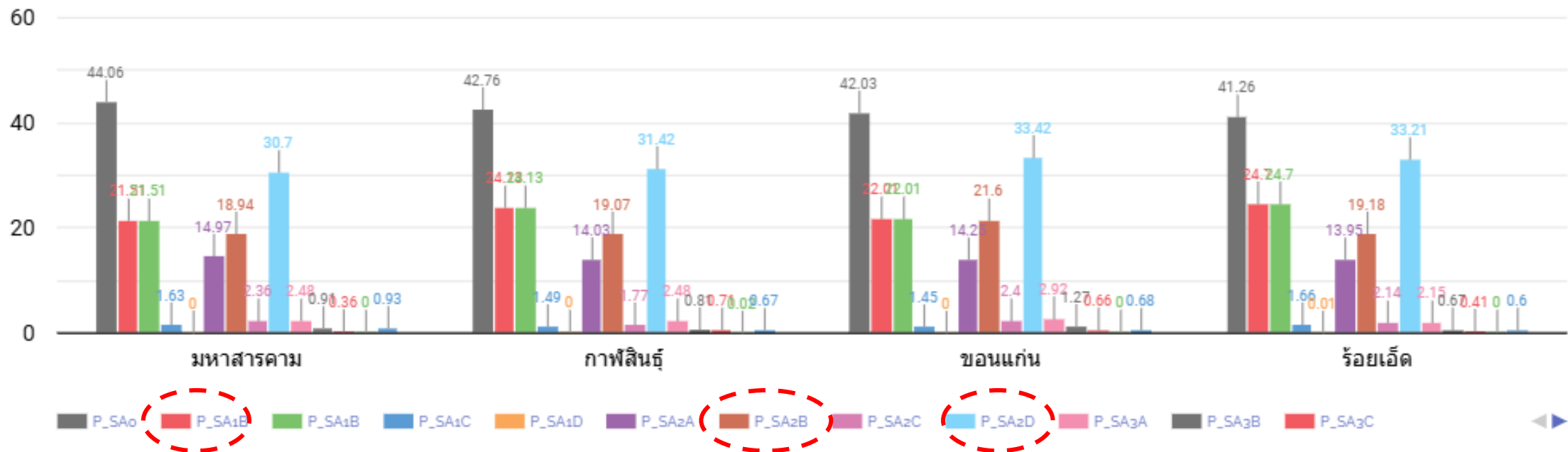
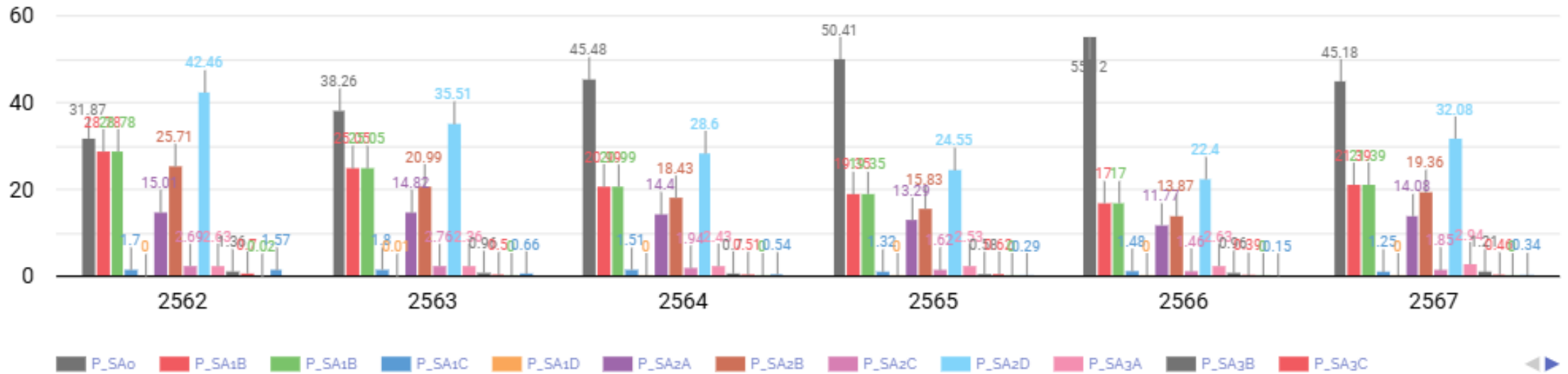
3c Non-specific procedure: สรุป procedure ไม่เฉพาะเจาะจง

3d Unjustified procedure : สรุป procedure โดยไม่พบหลักฐานการทำหัตถการในเวชระเบียน

5 Not-summarized (no sign): หมายถึงไม่มีการสรุปเวชระเบียน ให้ผู้ติการตรวจสอบ ถือเป็นกรณีผิดเงื่อนไขตามแนวทางพิจารณาเอกสารผู้ป่วยในข้อ 2.2

6 Other problem : ปัญหาอื่น ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยหรือหัตถการ ของ doctor และ auditor ต่างกัน เช่น ลายมืออ่านไม่ออก เขียนไม่ชัด หรือสรุปโรคกำกวม ใช้คำย่อที่ไม่เป็นที่รู้จักหรือแพร่หลายโดยทั่วไป

ร้อยละ การประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary assessment (SA) แยกตามปีที่ตรวจสอบ ของหน่วยบริการในพื้นที่ สปสช. เขต 7 ขอนแก่น



การประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส Code assessment (CA)

0 Agreement : ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการ

1 Principal diagnosis code (PDX)

1b Incorrect principal diagnosis code : ให้รหัส Pdx ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค

1c Non-specific principal diagnosis code : ให้รหัส Pdx. ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสโรค

2 Secondary diagnosis code (co-morbidity and complication) : SDx

2a Missing secondary diagnosis code (SDx) : ไม่ให้รหัส SDx

2b Incorrect secondary diagnosis code (SDx) : ให้รหัส SDx ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค (รวมกรณีที่ให้รหัส other diagnosis เป็น SDx หรือให้รหัส SDx เป็น other diagnosis)

2c Non-specific secondary diagnosis code (SDx) : ให้รหัส SDx ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสโรค

2d Unjustified secondary diagnosis code (SDx) : เพิ่มรหัส SDx โดยไม่พบหลักฐานการสรุปของแพทย์

3 Procedure code หมายถึง OR procedure หรือ non OR procedure ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG หรือการเบิกจ่ายชดเชย

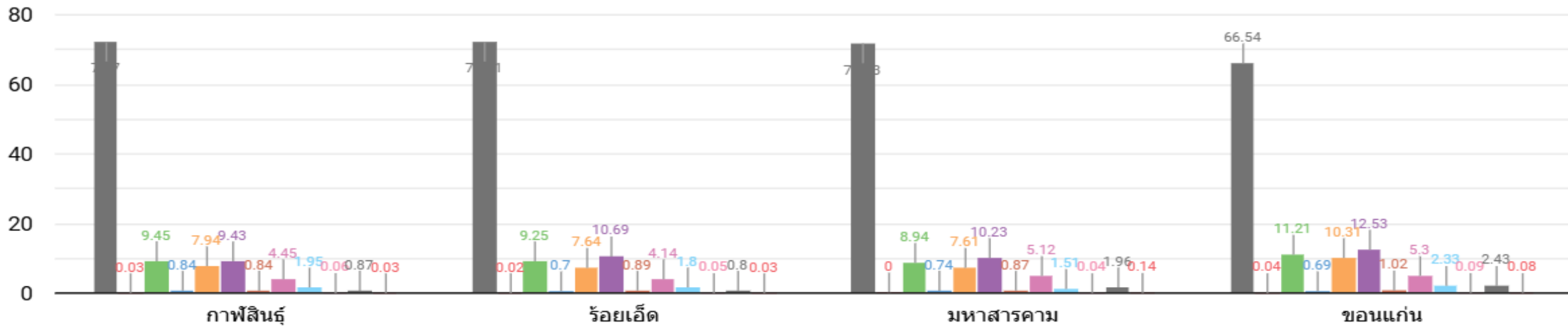
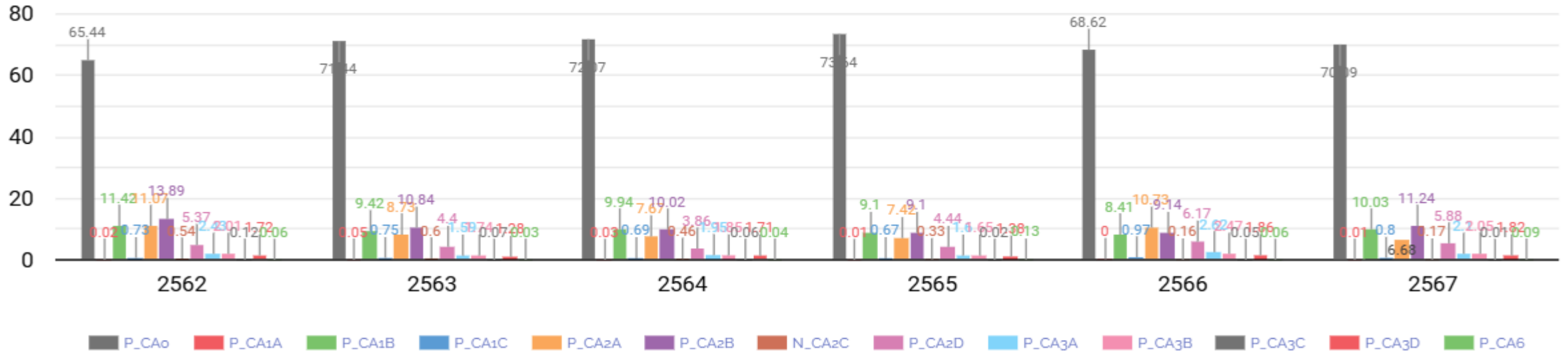
3a Missing procedure code : ไม่ให้รหัส procedure

3b Incorrect procedure code : ให้รหัส procedure ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัส หัตถการ

3c Non-specific procedure code : ให้รหัส procedure ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัส หัตถการ

3d Unjustified procedure code: เพิ่มรหัส procedure โดยไม่พบหลักฐานการสรุปของแพทย์

การประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส Code assessment (CA) แยกตามปีที่ตรวจสอบ ของหน่วยบริการในพื้นที่ สปสช. เขต 7 ขอนแก่น



Legend for CA categories: P_CA0, P_CA1A, P_CA1B, P_CA1C, P_CA2A, P_CA2B, P_CA2C, P_CA2D, P_CA3A, P_CA3B, P_CA3C, P_CA3D, P_CA6.

ตัวอย่างการตรวจสอบข้อมูลหลังการจ่ายชดเชยโดยการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์/AI

1. กรณีผู้ป่วยในจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

- ตรวจสอบเพื่อตัดรหัสโรคหรือหัตถการที่ให้รหัสไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์การให้รหัส

2. กรณีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

- ตรวจสอบความสอดคล้องของบริการกับศักยภาพใน CPP

3. กรณีบริการของหน่วยนวัตกรรม

- ตรวจสอบความสอดคล้องของบริการกับศักยภาพใน CPP



หน่วยบริการบันทึกข้อมูลใน CPP ให้ถูกต้องตามศักยภาพจริง

4. กรณีบริการผู้ป่วยนอกที่เป็นการจ่ายตามรายการ (OPFS : OPAE/OP anywhere/CA anywhere)

- ตรวจสอบความสอดคล้องในการรักษา (ยา/Lab/investigation/ตรวจวินิจฉัยทางรังสี) กับโรคหลักและโรคร่วมที่บันทึกในโปรแกรมการจ่ายชดเชย



หน่วยบริการบันทึกโรคหลักโรคร่วมและหัตถการให้ถูกต้องครบถ้วน



การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจะพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียนและหลักฐานต่าง ๆ ที่ปรากฏในการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานจะถือว่าไม่มีบริการในเรื่องนั้น ๆ โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น.pdf สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

1. เอกสารหลักฐานการตรวจรักษาและให้บริการ (จัดเรียงตามวันที่เข้ารับบริการ) ดังนี้

1.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ต้นฉบับหรือสำเนาทั้งฉบับ ได้แก่ เอกสารหน้าแรกที่มีข้อมูลส่วนบุคคล (patient's profile) และประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบและย้อนหลังอย่างน้อย 1 ปี หรือตามที่กองทุนเรียกตรวจ ทั้งนี้กรณีบริการที่ถูกเรียกตรวจสอบการจ่ายค่าใช้จ่ายตามรายการที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการขอเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เอกสารหลักฐานที่จัดส่งเพื่อการตรวจสอบต้องปรากฏชื่อหรือรหัสของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ

1.2 รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในครั้งนั้น เช่น CBC, PT, PTT, bleeding time, cardiac marker ฯลฯ ตามระยะเวลาที่เรียกตรวจในข้อ 1

1.3 รายงานผลการตรวจทางรังสีวิทยา official report โดยรังสีแพทย์ และหรือภาพถ่ายรังสี

1.4 ผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ และผลการตรวจวินิจฉัยจากหน่วยบริการอื่น

1.5 ใบแสดงรายการยาที่เบิกจ่าย หรือ ใบสั่งยา และต้องจัดเตรียมเอกสารเพิ่มเติมในบางกรณี เช่น

1.5.1 กรณีที่มีการเบิกยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต้องมีหนังสือรับรองการใชยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในสิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลที่อ้างอิงระเบียบของกรมบัญชีกลาง ต้องระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชีในเวชระเบียน ทั้งนี้กรณีที่มีการเบิกด้วยระบบใบเสร็จ ต้องมีหนังสือรับรองการใชยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.5.2 กรณีการใชยาราคาแพงที่กรมบัญชีกลางกำหนดต้องมีหนังสือหรือเลขอนุมัติการสั่งใชยา (authorized system)

1.5.3 กรณีที่มีการใชยา จ.2 ต้องมีหนังสืออนุมัติการใชยา จ.2

1.5.4 รายละเอียดยาอื่น ๆ ตามแต่ละกองทุนกำหนด

1.6 หลักฐานการทำหัตถการต่าง ๆ (ถ้ามี)

1.7 หลักฐานการให้บริการประเภทอื่น ๆ เพิ่มเติมตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การบริการแพทย์ทางเลือก กรณีการให้บริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู การวางแผนไทย การบริการด้านจิตเวช การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (เช่น HD sheet, hemodialysis prescription หรือเอกสารอื่น ๆ ตามที่ ทรต. กำหนด เป็นต้น) และการบริการพิเศษอื่น ๆ เป็นต้น

1.8 เอกสารบันทึกการให้บริการทางการแพทย์ เช่น บันทึกสังเกตอาการ nurses' note medication record บันทึกการให้เลือดและใบคดงเลือด เป็นต้น

1.9 กรณีที่มีการรับเข้านอน รพ. ควรมีบันทึกแพทย์ในการสรุปจำหน่ายรวมข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ยาที่ได้รับใน รพ. และยาที่ให้กลับบ้านพร้อมจำนวน (ฉบับย่อ) ลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

1.10 กรณีการเบิกจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

1) กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายในร่างกาย เช่น เล่นสกีแก้วตาเทียม โลหะตามกระดูก เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมดังกล่าว ได้แก่ บันทึกการสั่ง และหลักฐานการใช้ อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในเวชระเบียน เช่น ภาพเอกซเรย์หลังการทำหัตถการ และ sticker (ถ้าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นมี sticker)

2) กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย เช่น ฟันเทียม รถเข็นนั่ง เครื่องช่วยเดิน หรือรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ต้องมีหลักฐานการสั่งจ่ายและหรือหลักฐานการลงนามรับอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ของผู้ป่วยหรือญาติ

1.11 รายการส่งตรวจเฉพาะโรคตามแนวทางปฏิบัติ CPG / protocol / standing order กำกับของแต่ละสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ

ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

2. เอกสารหลักฐานการเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่แนกรายหมวดและรหัสรายการ หรือใบสั่งยาหรือใบเสร็จรับเงินส่วนเกินจากผู้ป่วย หรือใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ อันเนื่องมาจากบริการรักษาของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ดังนี้

3.1 หลักฐานส่งต่อการรักษา (กรณีรับและส่งต่อ) เช่น ใบส่งต่อการรักษา (refer) เป็นต้น

3.2 หลักฐานอื่น ๆ เช่น ผลการตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจวินิจฉัยพิเศษอื่น ๆ เป็นต้น

3.3 กรณีที่มีการส่งต่อ หรือตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม จะต้องมีหลักฐานการได้รับบริการ หรือการตอบรับจากสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ หรือใบเสร็จรับเงินที่มีชื่อ - นามสกุล และหรือเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) รวมทั้งระบุชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ

4. เอกสารเพื่อประกอบการเบิกชดเชยค่าพาหนะส่งต่อ (ถ้ามี) ได้แก่ ใบส่งต่อการรักษา (refer) หรือหลักฐานการใชยานพาหนะ เช่น ใบขออนุญาตหรือใบอนุญาตใชยานพาหนะ หรือหลักฐานการให้บริการรักษาพยาบาล การเฝ้าสังเกตอาการบนยานพาหนะของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ

ทีมตรวจสอบเอกสารหลักฐาน หลังการจ่ายชุดชุดค่าบริการสาธารณสุข



นางนาถญา สิงขวัฒน์
ผู้จัดการ



น.ส.ภาวิกา กัทธิยาสกุล
นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ



น.ส.เพชร เหล่าพิสัย
นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ



นายวพนธ์ กัณรัตน์
นักบริหารงาน



น.ส.บุษาดา บัวตัน
นักบริหารงาน



น.ส.รณิกร แข็งแรง
นักบริหารงาน



น.ส.อรุญา ชัยจันทร์
นักบริหารงาน



THANK YOU

