

โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านธุรกรรมการเงินกองทุนฯ ของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นโยบายด้านการตรวจสอบการชดเชย และคุณภาพบริการปี ๒๕๕๙

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน สปสช.

วันที่ 4 พฤศจิกายน 2558 รร.แกรนด์วิว เชียงใหม่



วิสัยทัศน์สปสช .

“ทุกคนอาศัยบนแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองด้านหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ”

ยุทธ 4 หนุนเสริมระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบของประเทศ ให้เกิดการบริการที่เชื่อมโยง สอดคล้อง และกลมกลืนกัน (harmonization)

ยุทธ 5 เสริมสร้างและพัฒนาธรรมาภิบาลของการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ (good governance)

พันธกิจ Cluster 2 ที่เกี่ยวข้องกับ สตช
พัฒนาระบบการตรวจสอบด้านการจ่ายชดเชย และคุณภาพบริการสาธารณสุขให้ถูกต้อง เป็นธรรม และเป็นที่ยอมรับของทุกองค์กร

- ❑ โครงการพัฒนาระบบตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพฯ ร่วม 3 กองทุนและ อปท
- ❑ โครงการพัฒนาระบบตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย UC

หน้าที่และความรับผิดชอบ

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ

- 1) พัฒนาระบบการตรวจสอบชดเชยค่าบริการให้มีมาตรฐาน สอดคล้องกับสถานการณ์การบริการ และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
- 2) พัฒนาระบบการตรวจสอบคุณภาพบริการให้มีมาตรฐาน สอดคล้องกับมาตรฐานบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 3) พัฒนาระบบตรวจสอบร่วม ๓ กองทุน ให้มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- 4) พัฒนาผู้ตรวจสอบและสนับสนุนการดำเนินงานตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต
- 5) วิเคราะห์และรายงานผลการตรวจสอบให้ผู้บริหาร และกองทุนที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนากลไกการจัดการด้านการเงินที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนางานด้านคุณภาพบริการและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าของหน่วยบริการ
- 6) ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย



ยุทธศาสตร์ สตช.ปี2559

1. การพัฒนาระบบ และเป้าหมายในการตรวจสอบเพื่อเพิ่มการวัดประสิทธิภาพในการใช้จ่ายงบประมาณ โดยนำระบบการตรวจสอบเวชระเบียนผ่านระบบ eMA. มาช่วยงาน
2. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านการตรวจสอบเวชระเบียนของ สปสช.เขต เพื่อให้สปสช.เขตสามารถดำเนินการตรวจสอบได้เอง
3. พัฒนาระบบตรวจสอบร่วม 3 กองทุน และการพัฒนา Auditor ที่เป็นมาตรฐานสำหรับทุกกองทุน
4. พัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพบริการร่วมกับราชวิทยาลัย สมาคมวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หากพบหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรา 57 , 58 , 59 ว่าด้วยการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ
5. นโยบาย Grading รพ.จากผลการตรวจสอบทุกประเภท เพื่อเพิ่มความถี่ และจำนวนเป้าหมายของการถูกตรวจสอบ



ภารกิจการตรวจสอบ CODING AUDIT 2559

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ



ยุทธศาสตร์สุขภาพของประเทศไทย



วัตถุประสงค์



1. เพื่อการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการเบิกจ่ายชดเชยในระบบ DRGs
2. เพื่อการพัฒนารูปแบบ eMA ในการเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจสอบ
3. เพื่อการประเมินประสิทธิภาพการตรวจสอบของคณะกรรมการรายบุคคล
4. เพื่อนำผลการตรวจสอบนำเสนอต่อกองทุนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปการจ่ายชดเชย

โครงการตรวจสอบและพัฒนาระบบการตรวจสอบการ จ่ายชดเชยในระบบ DRGs (Coding Audit)

1. **กรณี IP-UC** : ตรวจสอบแบบ Selected case และหน่วยบริการ
2. **กรณี IP-อปท:** ตรวจสอบแบบ Random case (8,000 ฉบับ)
3. **การ Selected หน่วย:** หน่วยที่ถูกตรวจในปี 2558 แล้วพบว่าผลตรวจสอบผิดปกติในเกณฑ์ และหน่วยที่ไม่ได้ตรวจในปี2558 แต่พบว่า มีข้อมูลเข้าเงื่อนไขที่ตรวจสอบ >10% ของการเบิกจ่ายในปี2558
4. **ตรวจรวม 3 กองทุน** : ณ หน่วยบริการที่มีความผิดปกติสูงมาก
5. **จำนวนตรวจสอบ** ทั้งหมด 132,100 ฉบับ(ปี 2558 = 120,000 ฉบับ)
 - ตรวจรวมศูนย์ 70%
 - ตรวจผ่านระบบ eMA 30%



ตัวแปรในการประเมิน GRADING

1. ร้อยละเวชระเบียนที่ถูกต้อง
2. ร้อยละเวชระเบียนที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าRW
3. ร้อยละการสรุปโรคและหัตถการถูกต้อง SA0
4. ร้อยละการสรุปโรคเกินโดยไม่มีหลักฐาน SA2D
5. ร้อยละการให้รหัสโรคถูกต้อง CA0
6. ร้อยละการให้รหัสโรคเกินโดยไม่มีหลักฐาน CA2D
7. จำนวนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เปลี่ยนแปลง
8. ร้อยละค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เปลี่ยนแปลง



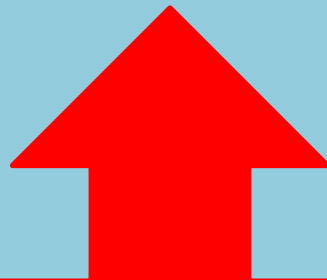
ภาพรวมการพัฒนาาระบบ eMA

2558



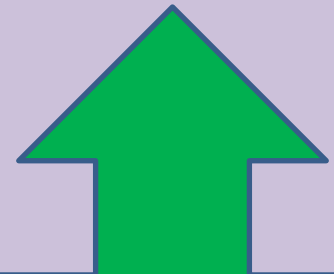
การพัฒนาาระยะที่ 1
การจัดการระบบ
รับ ส่ง และการ
ตรวจสอบด้วยเวช
ระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

2559



การพัฒนาาระยะที่ 2
เพิ่มระบบการส่ง การ
บันทึกผล
การออกรายงาน
การส่งออกข้อมูล
ทุกระบบการตรวจสอบ

2560



การใช้ระบบeMA
ฉบับสมบูรณ์
เชื่อมโยงกับการ
อุปกรณ์ออนไลน์

แผนงานและเป้าหมายหน่วยบริการในการ ตรวจสอบ Billing audit เขต ปี 2559



โครงการพัฒนาระบบการตรวจสอบการจ่ายชดเชย ตามรายการ (Billing Audit)

- 1. การตรวจสอบ OP-อปท** : คัดเลือกข้อมูลจากหน่วยบริการที่เบิกระบบใบเสร็จจำนวนมาก พบข้อมูลซ้ำซ้อน ระหว่างระบบเบิกจ่ายตรงและระบบใบเสร็จ
- 2. การตรวจสอบ OP-AE** : คัดเลือกข้อมูลในรายที่มีการจ่ายชดเชย มากกว่า 3 visitต่อปี หรือมีข้อมูลมากกว่า 5,000 บาทต่อ visit
- 3. การตรวจสอบรองเท้าเบาหวาน** : เลือกทุกหน่วยบริการที่เคยตรวจพบไม่มีการจ่ายรองเท้าให้ผู้ป่วย และหรือเคยตรวจพบที่มีการให้บริการไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่สปสช.กำหนด
- 4. การตรวจสอบเครื่องช่วยฟัง** : โดยร่วมกับราชวิทยาลัย ENT เลือกทุกหน่วยบริการที่เคยตรวจพบการให้บริการไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่สปสช.กำหนด จากผลการตรวจสอบ ปี 2558
- 5. พัฒนาการตรวจสอบการจ่ายชดเชยอุปกรณ์และอวัยวะเทียม(Billing audit) ที่มีราคาแพง กรณีอุปกรณ์หัวใจ และกระดูก**

การตรวจสอบกรณีอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ปี 2559

1. ใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2558 ที่ให้บริการตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง เดือนกันยายน 2558 จำนวนเวชระเบียนที่ตรวจสอบ 500 ฉบับ
2. **การเลือกหน่วยบริการ**
 - 1) เลือกทุกหน่วยบริการที่เคยตรวจพบมีการใส่เครื่องช่วยฟังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่สปสช.กำหนด
 - 2) หน่วยบริการที่เพิ่มมาในปีงบประมาณ 2558 (ปีที่แล้วไม่มีข้อมูลตรวจสอบ)
3. **การเลือกเวชระเบียน** เลือกเวชระเบียนทุกหน่วยบริการที่เลือกตรวจสอบตามสัดส่วนเป้าหมายที่กำหนด

การตรวจสอบกรณีผู้ป่วยนอกสิทธิ อปท. ปี 2559

1. ใช้ข้อมูลบริการ (ใบเสร็จ) สิทธิ อปท.ปีงบประมาณ 2558

2. คัดเลือกข้อมูลบริการในรายที่มีเงื่อนไขดังนี้

- 2.1 คัดเลือกข้อมูลหน่วยบริการที่มีการเบิกซ้ำซ้อน ระหว่างกรณีใบเสร็จและเบิกจ่ายตรง ยอดใบเสร็จสูงสุด
- 2.2 คัดเลือกใบเสร็จที่มียอดค่าใช้จ่ายสูงมากกว่า 2,000 บาทขึ้นไป
- 2.3 คัดเลือก วันที่รับบริการใกล้เคียงกัน

3. การเลือกหน่วยบริการ

- 3.1 คัดเลือกหน่วยบริการที่มีการเบิกใบเสร็จสูงสุด
- 3.2 คัดเลือกหน่วยบริการที่มีการเบิกจ่ายผิดปกติ เช่น รพ.สต. หรือ รพช. ที่มียอดการเบิกจ่ายชดเชยสูง
- 3.3 คัดเลือกหน่วยบริการที่เป็นไปตามเงื่อนไข (ข้อ 2) 10 ลำดับสูงสุดที่มีการให้บริการ

4. คำนวณเป้าหมายรายหน่วยบริการตามข้อ 3.โดยคิดเป็นสัดส่วนกับเป้าหมายของเขต

5. จำนวนเวชระเบียนที่ตรวจสอบ 6,200 ฉบับ

การตรวจสอบกรณีผู้ป่วย OPAE. ปี 2559

1. ใช้ข้อมูลบริการ เฉพาะสิทธิ UC (ไม่รวมสิทธิว่าง ผู้พิการ ทร/ทอ.) ปีงบประมาณ 2558 (ตั้งแต่ มค.58 – ปัจจุบัน(17กย) เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ยุทธศาสตร์ส่งข้อมูลยาตาม drug catalogue)
2. คัดเลือกข้อมูลบริการในรายที่มีเงื่อนไขดังนี้
 - 2.1 รายที่มีการเข้ารับบริการ 1 visit และมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 3,000 หากเป้าหมายไม่ครบจะเลือกในรายที่มีค่าใช้จ่ายมากกว่า 1,000 บาท **หรือ**
 - 2.2 รายที่มีการเข้ารับบริการในหน่วยบริการเดียวกันมากกว่า 3 visit และมีค่าใช้จ่ายรวมมากกว่า 3,000 บาท หากเป้าหมายไม่ครบให้เลือกในรายที่มีเป้าหมายรวมมากกว่า 2,000 บาท
3. คัดเลือกหน่วยบริการที่เป็นไปตามเงื่อนไข (ข้อ 2) 10 ลำดับสูงสุดที่มีการให้บริการ
4. คำนวณเป้าหมายรายหน่วยบริการตามข้อ 3. โดยคิดเป็นสัดส่วนกับเป้าหมายของเขต
5. จำนวนเวชระเบียนที่ตรวจสอบ 6,000 ฉบับ

การตรวจสอบกรณีอุปกรณ์รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2559

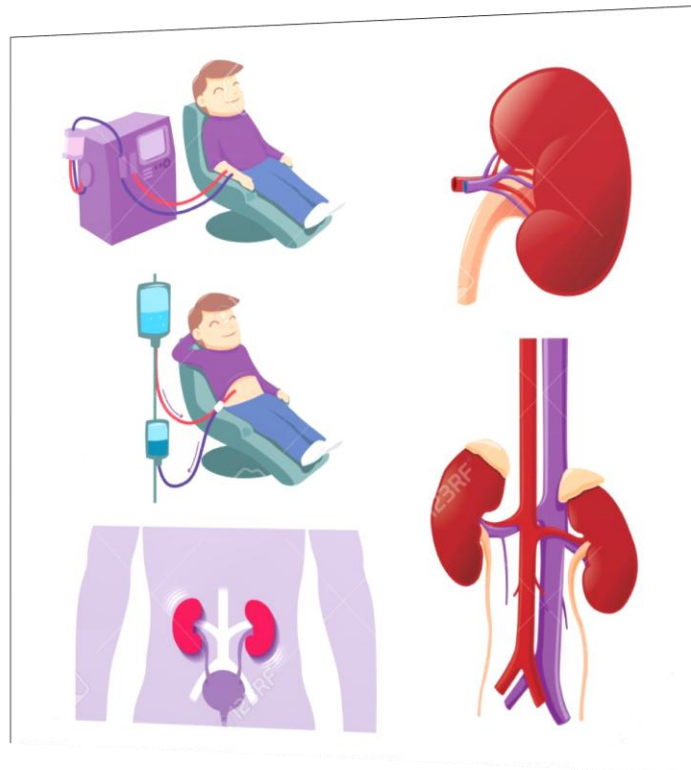
1. ใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2558 ที่ให้บริการตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง เดือน กันยายน 2558
2. การเลือกหน่วยบริการ
 - 1) เลือกทุกหน่วยบริการที่เคยตรวจพบไม่มีการจ่ายรองเท้าให้ผู้ป่วย และหรือเคยตรวจพบที่มีการให้บริการไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่สปสช.กำหนด
 - 2) หน่วยบริการที่มีการจ่ายเฉพาะรหัสอุปกรณ์ 8814 (เลือกตรวจสอบทุกฉบับ)
 - 3) หน่วยบริการที่มีการเบิกเฉพาะ รหัส 8612 คู่กับ 8814 หรือ 8612 คู่กับ 8813 ทุกฉบับ
 - 4) หน่วยบริการที่มีจำนวนเวชระเบียนการจ่ายชดเชยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขต
3. คำนวณเป้าหมายรายหน่วยบริการโดยคิดเป็นสัดส่วนกับเป้าหมายของเขต
4. จำนวนเวชระเบียนที่ตรวจสอบ ฉบับ

การดำเนินการตรวจสอบด้านคุณภาพปีงบประมาณ 59

ระบบตรวจสอบด้านคุณภาพบริการและ 3 กองทุนปีงบประมาณ 59

ระบบตรวจสอบ ที่พัฒนาแล้ว	การดำเนินงานของ สปสช.เขต
• HD	ดำเนินการทุกเขต
• HIV&AIDS	ดำเนินการทุกเขต
• Asthma	ดำเนินการใน เขต 2,11
• ยา จ. 2 IVIG	ไม่มีการดำเนินการ
• ยา จ. 2 Peginterferon	ไม่มีการดำเนินการ
• Stroke	ดำเนินการใน เขต 7,8,9,10
• STEMI	ไม่มีการดำเนินการ
• CA 3 โรค	ดำเนินการใน เขต 1,4,7,11,12
• Stone	ไม่มีการดำเนินการ
• MRA	ดำเนินการใน เขต 1,2,3,4,7,8,10,11,12

การตรวจสอบชดเชยและคุณภาพ การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



วัตถุประสงค์การตรวจสอบ

- เพื่อประเมินและพัฒนาคุณภาพการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- เพื่อความเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการและหน่วยบริการ

กระบวนการดำเนินการตรวจสอบ

- ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีการให้บริการในหน่วยบริการเป้าหมาย
- ตรวจสอบเยี่ยมหน่วยบริการที่เข้าเงื่อนไขการตรวจประเมิน

การคัดเลือกเป้าหมาย

- การเลือกหน่วยบริการและข้อมูล

- 1) เลือกจากข้อมูลการจ่ายจากกองทุนไต
- 2) ควรเลือกหน่วยบริการที่อยู่ใน จังหวัดเดียวกันเพื่อง่ายต่อการบริหารจัดการ
- 3) หลักเกณฑ์ในการเลือกหน่วยบริการ

- หน่วยบริการที่มีการให้บริการผู้ป่วยจำนวนมาก
- ยังไม่เคยได้รับการตรวจสอบ
- มีข้อมูลด้านการให้บริการที่มีปัญหา
- ผลการตรวจสอบในช่วงปีที่ผ่านมาพบปัญหา

- 4) สุ่ม ผ.รายนั้มารับบริการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

ในปีงบประมาณ 2558 (1 ตุลาคม 2557-30 กันยายน 2558) ในหน่วยบริการเป้าหมาย จำนวน ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการทั้งหมด กรณีที่จำนวนหน่วยบริการใดมีจำนวนผู้เข้ารับบริการน้อย อาจสุ่มเวรระเบียบมากกว่า ร้อยละ 30 ก็ได้



เกณฑ์การพิจารณาการตรวจสอบการจ่ายชดเชย

- กรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - ต้องมีหลักฐานการฟอกเลือด (Hemodialysis Work Sheet)
 - ต้องมีคำสั่งแพทย์ระบุจำนวนการฟอกเลือด 2,3 ครั้งต่อสัปดาห์
 - กรณีที่ฟอกเลือด > 3 ครั้งต่อสัปดาห์ แพทย์ต้องระบุเหตุผลความจำเป็นทางคลินิก
- กรณีการให้ยา EPO
 - ต้องเข้าเกณฑ์การให้ยาของ สปสช.
 - มีหลักฐานการให้ยา EPO ที่ สปสช.เบิกจ่ายให้ ได้แก่
 - ลายเซ็นผู้ฉีดยา และสติ๊กเกอร์ ยา EPO
 - *กรณีที่ไม่มีหลักฐานดังกล่าวข้างต้นถือว่าไม่ถูกต้องในการเบิกจ่าย ให้ผู้ตรวจสอบแจ้งผู้ประสานงาน เพื่อประสานกับหน่วยบริการเพื่อตรวจสอบเอกสารร่วมกัน*

การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ในการใช้ยาต้านไวรัสสูตรดื้อยา
บูรณาการร่วม 3 กองทุน





วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจสอบคุณภาพการให้บริการด้านการใช้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (กรณีสูตรดื้อยา) ในการให้บริการตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ประเทศไทย
2. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการจ่ายชดเชยทางห้องปฏิบัติการตามสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ของแต่ละกองทุน
3. เพื่อให้หน่วยบริการเป้าหมายได้รับทราบจุดอ่อน จุดแข็งในการเบิกจ่ายและคุณภาพการให้บริการ จากผลการตรวจสอบ ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบ และนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เป็นตามมาตรฐาน
4. คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบฯ ร่วมกันระหว่าง ๓ กองทุน มอบผลการตรวจสอบ และข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบ แก่คณะกรรมการประสานความร่วมมือฯ ระหว่าง ๓ กองทุน เพื่อมอบให้ผู้รับผิดชอบ นำไปใช้ในการพัฒนาการเบิกจ่ายและคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการใช้ยาต้านไวรัสสูตรดื้อยาบูรณาการร่วม 3 กองทุน (พัฒนาระบบ)



กิจกรรมการดำเนินงาน

1. ประชุมหารือร่วมกับ แผนงานสนับสนุนระบบบริการเอ็ดส์ วัลนโรค
2. พัฒนาองค์ความรู้เรื่องโรค แก่เจ้าหน้าที่ โดยผู้เชี่ยวชาญ
(จัดประชุม 1 ครั้ง: 20 เม.ย. 58)

3. พัฒนาแบบ Audit และ คู่มือ โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ



4. แต่งตั้ง Auditor (ส่วนกลาง)

5. ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียน

Auditor	จำนวน (คน)
แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน	1
อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ	1
อายุรแพทย์	3
กุมารแพทย์	3
พยาบาล HIVco	9
เภสัชกร	3
รวม	20

- สปสช. มีระบบการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีเชื้อดื้อยา บูรณาการร่วม 3 กองทุน
- มีแบบตรวจประเมิน ที่ได้รับการพัฒนา โดยความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ
- มีการพัฒนาทีมผู้ตรวจสอบตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 17 คน ซึ่งทำหน้าที่ผู้ตรวจสอบในปี 2558 ร้อยละ 100
- ผลการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีเชื้อดื้อยา ของหน่วยบริการ 8 แห่ง จำนวน 295 ราย

Medical Record Audit: MRA 58



- ประกาศใช้คู่มือฉบับปรับปรุง เริ่ม 1 ตุลาคม 2557 (ปีงบประมาณ 2558)
- พัฒนาโปรแกรมเพื่อรองรับ
- การเตรียมการในการดำเนินงานปี 59
 - การประชุมร่วมสภาการพยาบาล และสธพ.
 - การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

แนวทางดำเนินการ

- ตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดย ผู้ตรวจสอบภายนอก ตามเป้าหมายที่กำหนด
- สนับสนุนงบประมาณ หรือดำเนินการพัฒนาระบบการบันทึกและตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบ

การติดตามประเมินผล

สปสช.เขต สามารถดำเนินการได้ ดังนี้

- ตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการโดยผู้ตรวจสอบภายนอกตามเป้าหมายที่กำหนด
- มีการดำเนินการพัฒนาระบบการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบ
- มีการบันทึกผลการตรวจสอบในโปรแกรม และสรุปผลการตรวจสอบปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะกับผู้เกี่ยวข้อง ให้ สตช. ภายในวันที่ 30 กันยายน 2559

แนวทางการดำเนินโครงการพัฒนาระบบ
ตรวจสอบคุณภาพการรักษาผู้ป่วยมะเร็งฯ
ปี 2559

ประชุมหารือร่วมกับ สพตร.
วันที่ 25 กันยายน 2558 ห้องประชุม 401 สปสช.

ประโยชน์ที่จะได้รับ

□สถานพยาบาล

- สามารถใช้ข้อมูลตนเองในการประเมินคุณภาพด้านการบริการและการรักษาโรคมะเร็ง 3 ชนิด ในแต่ละระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะลุกลาม และ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- พัฒนาบุคลากร ด้านความรู้ ในระบบสาธารณสุข และโรคเฉพาะทาง อย่างสมเหตุผล
- หน่วยงานกลาง จัดสรรงบประมาณในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการตรวจสอบ และการพัฒนาคุณภาพการรักษาต่อแพทย์ในสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

□ผู้ป่วย จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเป็นธรรม และ ใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุผล

□กองทุน สามารถนำข้อมูล Health outcome เพื่อใช้ในระบบบริการ และ ในเชิงนโยบาย

โครงการพัฒนาระบบตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพ การให้บริการร่วม 3 กองทุนและ อปท

1. เรื่องที่ดำเนินการตรวจสอบร่วม 3 กองทุน

- การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย HIV กรณีเชื้อดื้อยา
- การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยไตวายด้วยเครื่องไตเทียม
- การเบิกจ่ายผู้ป่วยใน ในระบบDRG.ณ หน่วยบริการที่พบปัญหา
- การเบิกจ่ายชดเชยอุปกรณ์อวัยวะเทียมกรณีใส่สายสวนหัวใจ
- การตรวจสอบคุณภาพของการให้บริการและรักษาโรคมะเร็ง
- พัฒนาระบบการตรวจสอบยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2)
- พัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ด้วยการทำให้ PCI และการชดเชยอุปกรณ์อวัยวะเทียมกรณีใส่สายสวนหัวใจ

2. การพัฒนาผู้ตรวจสอบ

- การพัฒนาและฟื้นฟูผู้ตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการรักษาผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัส บูรณาการร่วม 3 กองทุน
- การอบรมฟื้นฟูคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน กรณี อปท.ทั้ง OP/IP
- แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน เพื่อสนับสนุนการตรวจสอบ (MRA)

แนวทางการพิจารณาเอกสาร
ประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน
ของ
คณะกรรมการตรวจสอบเวช

ระเ ช



สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพ
บริการ

1. ตรวจสอบข้อมูลใน OPD card ที่เกี่ยวข้องกับ การตรวจสอบครั้ง นั้นเพื่อพิสูจน์หลักฐานการดำเนินของโรค เช่นโรคเรื้อรัง เป็นต้น
2. ตรวจสอบ Discharge summary ประเด็นการพิจารณา มี ดังนี้
 - 2.1 กรณีที่มีใบ summary discharge หลายใบ จะต้อง มี หนังสือรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าใช้ใบ summary discharge ใบใด (ต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general summary discharge) หากไม่มีจะใช้ใบแรกสุด
 - 2.2 การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์ลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ ยกเว้น นักศึกษาแพทย์ ลงนามได้เพียง attending และมีแพทย์ลงนามรับรอง หากไม่มีการลง นามรับรองจะถือว่าเวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล
 - 2.3 ในกรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้อง สามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการ รักษาพยาบาล
 - 2.4 การสรุปโรคหรือหัตถการเป็นรหัส หรือ สรุปด้วยดินสอ ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

3. ตรวจสอบ Admission note **ใช้ข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์เท่านั้น** ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามโดยกำกับโดยแพทย์
4. ตรวจสอบ Progress note ในการตรวจสอบสามารถใช้**ข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์เท่านั้น** ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามโดยแพทย์กำกับ จึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้
5. ตรวจสอบข้อมูลใน Doctor's order **ใช้คำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์เท่านั้น** ในกรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้งที่สั่งการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

6. ตรวจสอบในกรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัดหัตถการ

6.1 กรณีที่เป็น Major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ประกอบการตรวจสอบเสมอ ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ

6.2 กรณี non OR procedure ให้บันทึกเป็น short operative note ในบันทึกความก้าวหน้าของโรคได้ ในเบื้องต้นต้องมีข้อมูลสิ่งที่ตรวจพบและรายละเอียดของการทำหัตถการ

6.3 กรณีใช้หน่วยบริการบันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์

6.4 การตรวจสอบหลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วน description เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงการสรุปโรคหัตถการในข้อมูลเบื้องต้นของบันทึกการทำหัตถการไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้นๆจริง

6.5 ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือที่บันทึกมาโดยการใช้ความพยายามอย่างเต็มที่แล้วถือว่าไม่มีการให้บริการ แต่อนุโลมให้หน่วยบริการสามารถแจ้งคำแปลมาก่อนได้

7. ตรวจสอบ Anesthetic record เพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัด ระหว่าง และหลังการผ่าตัด เช่น intra-operative bleeding เป็นต้น

8. ตรวจสอบแบบบันทึก vital signs ของผู้ป่วยโดยการวาดกราฟ (Graphic sheet) T,P,R และจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล(LOS) leave day การสิ้นสุดการรักษา

การนับ LOS

Admit date/time : ให้นับตั้งแต่เวลาที่บันทึกโดยศูนย์ admit หรือหน่วยเวชระเบียน

Discharge date/time : ให้นับเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยที่ปรากฏอยู่ใน nurse note หรือ ฟอรัมปรอท

Leave day เริ่มนับ 1 วันเมื่อผู้ป่วยลากลับบ้านนานติดต่อกัน > 24 ชม.ขึ้นไป



$$\begin{aligned} \text{LOS} &= (\text{DateTime Dsc} - \text{DateTime Adm}) / 24 \text{ hr} \\ &+ 0 \text{ IF Remainder} \leq 6 \text{ hr} \\ &+ 1 \text{ IF Remainder} > 6 \text{ hr} \\ &- \text{LeaveDay} \end{aligned}$$

9. ตรวจสอบรายละเอียดของ Nurses's note ต้องตรวจสอบแบบ ประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ใบบันทึกการให้ยาของพยาบาล บันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นข้อมูล ประกอบการตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์ หรือไม่ การ ประเมินสภาพผู้ป่วยระหว่างที่นอนในโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่ไม่พึง ประสงค์ต่างๆ เวลาปรับและจำหน่ายผู้ป่วย เวลาการ on ventilator กรณีที่ต้องตรวจสอบการให้ยาว่ามีการให้ยากับผู้ป่วยจริงหรือไม่ต้อง **ตรวจสอบจากใบบันทึกการให้ยาและพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ** เช่น ยา streptokinase, chemotherapy , blood transfusion เป็นต้น



10. Auditor ควรตรวจสอบรายละเอียดเอกสารรายงานผลการตรวจเพิ่มเติมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้ในอนโรพยาบาลในครั้งนั้น เช่น LAB ผลตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา เอกสารการให้รังสีรักษา แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี.2 ประกอบการตรวจสอบด้วยทุกครั้ง ซึ่งเป็นการบันทึกโดยหน่วยบริการที่ทำการรักษา หรือหน่วยบริการอื่นๆ ที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ ผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกไว้โดยหน่วยบริการที่ส่งมารับการรักษาเป็นต้น

กรณีที่มีการวินิจฉัยมะเร็งควรมีผลที่เป็น official report หากไม่มีให้ใช้บันทึกของแพทย์ที่บอกรายละเอียดที่ชนิด ตำแหน่ง การรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา (คำว่า underlying CA.....อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็ง)



11. ตรวจสอบการสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์

- ระบุว่าให้ยาเดิม พยาบาลจะต้องรับคำสั่งและดำเนินการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยตามคำสั่งของแพทย์ ถ้าไม่มีการจัดยาให้ผู้ป่วย หรือระบุว่าให้ผู้ป่วยรับประทานเอง ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น
- การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา การตรวจพิเศษเพิ่มเติม ถือเป็น การให้การดูแลรักษาเพิ่มเติม โดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้
- กรณี Home med. ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับ การรักษาพยาบาลใน ครั้งนั้น ไม่ถือว่าเป็นโรคที่เป็น การดูแลรักษาผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

12. กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็น ที่รับรู้เฉพาะในโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการ สรุปรโรคหรือหัตถการได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น ยกเว้น มีหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มี อำนาจสั่งการ ชี้แจงการใช้ข้อตกลงดังกล่าว

13. Auditor จะไม่ทำการแปลงข้อมูลทางคลินิก หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ **โดยไม่พบการบันทึกคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รักษาเพิ่มการวินิจฉัยโรคให้กับเวชระเบียนฉบับนั้นๆ** หรือโดยการดูใบสั่งยา การรักษา และคาดเดาว่าผู้ป่วยเป็นโรคใด ถึงแม้ว่าจะพบว่ามีการให้การรักษาก็ตาม

ในกรณีที่ Auditor พบการบันทึกคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รักษาที่ยังขาดความสมบูรณ์เฉพาะเจาะจงสามารถสืบค้นหาข้อมูลในเวชระเบียนเพื่อประกอบการวินิจฉัยตามแนวทางการตรวจสอบของแต่ละกลุ่มโรคได้ เพื่อให้การสรุปโรคและหัตถการมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การตรวจสอบต้องใช้เอกสารหลักฐานในเวชระเบียน **ที่บันทึกโดยแพทย์และหรือมีลายเซ็นของแพทย์กำกับเท่านั้น** ได้แก่ บันทึกการรับผู้ป่วย บันทึกการดำเนินโรค การวินิจฉัยโรค หลักฐานที่สนับสนุนการวินิจฉัยโรค บันทึกการทำหัตถการ และการประเมินผลการรักษา เป็นต้น



14.กรณีดังต่อไปนี้ไม่ถือเป็นบริการผู้ป่วยใน ได้แก่

14.1 กรณีรับไว้เพื่อทำ diagnostic procedure เช่น การรับไว้เพื่อทำ CT, MRI, IVP เป็นต้น

14.2 กรณีรับไว้เพื่อการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการไปทำหัตถการหรือการผ่าตัด ยังหน่วยบริการอื่น เช่น การเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำ PCI, Gastroscopy เป็นต้น

14.3 กรณีรับไว้นอนในหน่วยบริการ แต่ไม่พบคำสั่งให้ admit จากแพทย์ เช่น พบว่าสั่งให้ refer ใน OPD card หรือ observe เป็นต้น

14.4 กรณีรับไว้โดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์ที่เหมาะสม เช่น การ Admit เพื่อรับยาต่อเนื่อง เป็นต้น

**ทั้งนี้ให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้ตรวจสอบและการแสดงผลความจำเป็น
ของหน่วยบริการ ตามหลักฐานที่ปรากฏในเวชระเบียน**

กรณีผู้ป่วยรักษาพยาบาลในห้องสังเกตอาการ (observe) ที่นอนนานเกิน 6 ชั่วโมง มาเบิกจ่ายชดเชยเป็นกรณีผู้ป่วยใน หน่วยบริการต้องกำหนดเลขที่รับไว้ (AN) และต้องมีเอกสารรายการเวชระเบียนที่จำเป็นของผู้ป่วยในครบถ้วน จึงจะถือว่าเป็นการบริการตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยใน

15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะใช้เอกสารเวชระเบียน และเอกสารการเงินที่หน่วยบริการจัดเตรียมหรือจัดส่งให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้วเป็นหลักฐานในการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการอุทธรณ์เว้นแต่เอกสารนั้นออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบ หน่วยบริการสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้

เพื่อไม่ให้เกิดกรณีโต้แย้งภายหลังว่าผู้ตรวจสอบไม่เห็นเอกสารนั้นๆเอง ผู้ตรวจสอบควรทำการบันทึกไว้ในช่อง Remark หรือให้ทางสปสช. เขต ดำเนินการ Scan เวชระเบียนฉบับนั้นๆ ไว้

กรณีหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการตรวจสอบได้ตามเวลาที่กำหนดเนื่องจากชำรุด อันเกิดจากภัยพิบัติ อัคคีภัย อุทกภัย เป็นต้น หน่วยบริการต้องส่งหลักฐานชี้แจงประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาเหตุผลดังกล่าว

ข้อตกลงในการใช้เอกสารและแนวทางการ ตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน สปสช.

1. แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บ
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติปี 2559 **ให้ใช้เป็นเอกสารหลักในการ
ตรวจสอบ**
2. Standard coding guideline edition 2014
3. หนังสือ ICD 10 version 2010 , ICD 9 CM version 2010
4. คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคและน้ำหนักสัมพัทธ์ version 5



Golden Rule...



"If it's not documented by the physician, it didn't happen"



In Compliance and in Coding, there is no deviation from this principle. We can't code it if it isn't documented, then we can't bill for it.