

AUDIT SYSTEM_{FOR} UNIVERSAL COVERAGE SCHEME IN THAILAND

การดำเนินงานด้านระบบตรวจสอบ
การชดเชยและคุณภาพบริการ



TABLE OF CONTENTS

- 5** สามทศวรรษของการพัฒนาหลักประกันสุขภาพของไทย
THREE DECADES OF UHC DEVELOPMENT
- 8** ระบบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพของไทย
NHSO MANAGEMENT SYSTEMS
- 10** ทำไมต้องมีระบบการตรวจสอบ
WHY AUDITING IS NEEDED?
- 12** ประวัติและวิวัฒนาการของการดำเนินงาน
ด้านการตรวจสอบของ สปสช.
EVOLUTION OF AUDITING SYSTEMS IN THAILAND
- 14** ระบบการตรวจสอบของ สปสช
NHSO AUDITING SYSTEMS
- 16** ทำความเข้าใจระบบบริหารจัดการการเงินการคลัง
ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
UNDERSTANDING UCS
- 18** ประเภทของการตรวจสอบ
AUDITING SYSTEMS UNDER UCS

20 **CODING AUDIT และ DRGs**

22 การพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของไทย
DEVELOPMENT OF DRGs IN THAILAND

26 การจ่ายเงินและการคำนวณค่าใช้จ่ายอย่างไร
PAYMENT AND COST CALCULATION

28 ขั้นตอนการ **CODING AUDIT**
CODING AUDIT PROCESS

30 ขั้นตอนการยื่นอุทธรณ์
AUDIT APPEAL PROCESS

32 การสุ่มเลือกเวชระเบียน
RANDOM SAMPLING

36 **BILLING AUDIT, QUALITY AUDIT และ**
MEDICAL RECORD AUDIT

38 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของ
CODING AUDIT

46 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของ
BILLING AUDIT, QUALITY AUDIT

57 การ **GRADING** หน่วยบริการ
PROVIDERS GRADING

63 กรณีศึกษาจากกระบวนการตรวจสอบ
เอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข
CASE STUDIES

76 **AUDIT INFRASTRUCTURE**

THREE DECADES

OF UHC DEVELOPMENT

สามทศวรรษ ของการพัฒนาหลัก ประกันสุขภาพของไทย

แนวคิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพพัฒนา ต่อยอดบนฐานที่มั่นคง

คนไทยทุกคนไม่ว่าจะอยู่ที่ไหน ยากดีมีจนอย่างไร ต่างก็ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วยเท่าเทียมกันทั้งหมด ความเท่าเทียมกันนี้ เกิดขึ้นเมื่อไทยได้เริ่มระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเต็มรูปแบบในปี 2545 แต่หากย้อนหลังไปเมื่อ 30 ปีก่อน มีคนไทยเพียงแค่ 1 ใน 3 เท่านั้น ที่ไม่ต้องห่วงกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วย ส่วนอีก 2 ใน 3 ต้องจ่ายเงินเอง ซึ่งหากเป็นครอบครัวยากจน ค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาลอาจนำมาซึ่งความสิ้นเนื้อประดาตัวได้

แนวคิดเรื่องการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยจึงเริ่มมีขึ้นตั้งแต่ปี 2515 โดยการจัดตั้งกองทุนเงินทดแทนซึ่งนับเป็นระบบประกันสุขภาพแรกของไทย โดยเน้นไปที่ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการทำงาน แต่กองทุนนี้ครอบคลุมเฉพาะสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และค่อยๆ ขยายจนครบทุกจังหวัดในปี 2531 ต่อมาในปี 2533 ได้มี พ.ร.บ.ประกันสังคม โดยได้ขยายความคุ้มครองไปสู่การประสบอันตราย เจ็บป่วย พิการ หรือตายทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องจากการทำงาน รวมทั้งการคลอด เงินสงเคราะห์บุตร ชราภาพ การว่างงาน และครอบคลุมสถานประกอบการทุกขนาดในปี 2545 และได้ตราพระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน พ.ศ. 2537 และรวมสำนักงานกองทุนเงินทดแทนมาบริหารจัดการภายใต้สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หลักประกันสุขภาพที่เกิดขึ้นต่อมาคือสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งแต่เดิมหน่วยงานแต่ละแห่งตั้งงบประมาณให้ข้าราชการในสังกัดตนเอง เปลี่ยนมาเป็นกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังตั้งงบประมาณให้กับหน่วยราชการทุกกระทรวงภายใต้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 ดังนั้น ผู้ที่มิงานทำในระบบจึงมีหลักประกันสุขภาพครบถ้วน

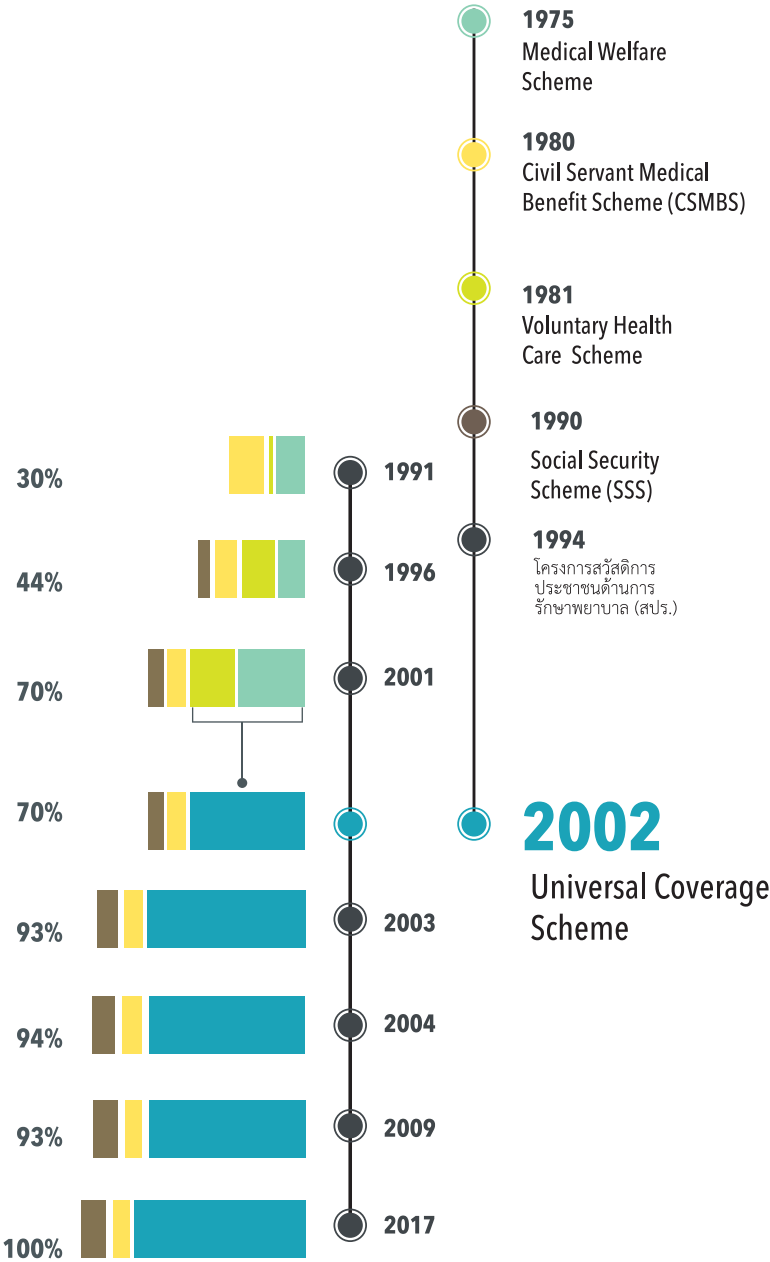
ในส่วนของผู้ที่อยู่นอกระบบการจ้างงาน รวมทั้งเด็กและคนชรา หากไม่ใช่ครอบครัวของข้าราชการ ส่วนใหญ่ไม่มีหลักประกันสุขภาพทั้งสิ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พัฒนาระบบการคุ้มครองประชาชนกลุ่มนี้ โดยพัฒนามาเป็นลำดับตั้งแต่ปี 2518 ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล โดยให้การสงเคราะห์ค่ารักษายาบาลฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อยแต่ไม่ได้มีการออกบัตรสงเคราะห์ การให้บริการขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของสถานพยาบาล โครงการนี้ได้พัฒนามาเป็นการออกบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในปี 2524 และขยายการครอบคลุมให้แก่เด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี ผู้สูงอายุ คนพิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัวพระภิกษุ/สามเณร และเปลี่ยนเป็นบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร) ในปี 2537 จนกระทั่งมีพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ 2545 การครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพจึงได้ขยายไปครอบคลุมประชาชนทุกคน

การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของไทยจึงพัฒนาแบบค่อยเป็นค่อยไป ค่อยๆ ขยายการครอบคลุมโดยเน้นคนที่มีความยากที่สุดคือคนยากจนก่อน แล้วเพิ่มกลุ่มให้กว้างขึ้น ทำให้การครอบคลุมคนที่มีหลักประกันสุขภาพเพิ่มจากเพียงร้อยละ 30 ในปี 2518 เป็นร้อยละ 35 ในปี 2534 เพิ่มขึ้นเท่าตัวเป็นร้อยละ 70 ในปี 2544 จนกระทั่งครบถ้วนหน้าในปัจจุบัน (รูปที่ 1) โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมประชากรมากที่สุดคือ 48.8 ล้านคน (2560) รองลงมาคือกองทุนประกันสังคมครอบคลุมลูกจ้างจำนวน 14.6 ล้านคน (2560) สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการครอบคลุมข้าราชการ ลูกจ้างและครอบครัว ผู้เกษียณอายุ จำนวน 6 ล้านคน



สามทศวรรษของการพัฒนา หลักประกันสุขภาพของไทย

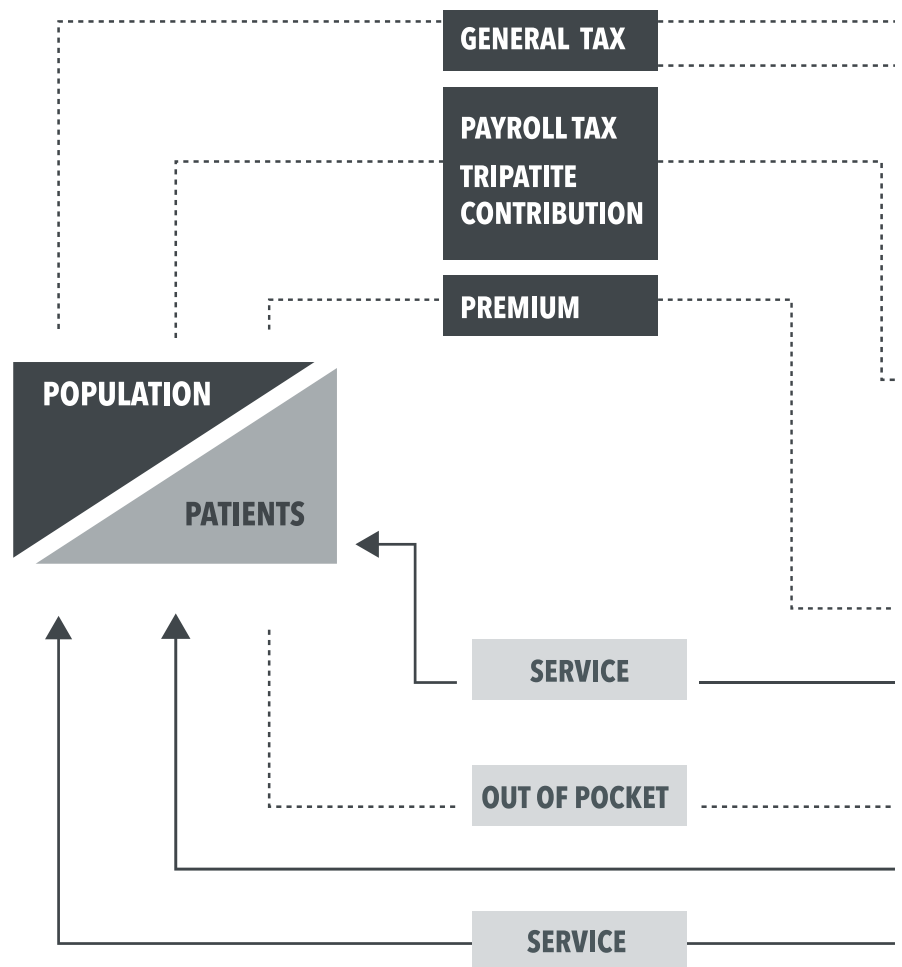
ความสำเร็จของการทำให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้านอกจากการจัดระบบหลักประกันสุขภาพแล้ว ประเทศไทยได้ลงทุนด้านระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งการก่อสร้างสถานบริการให้กระจายครบทุกพื้นที่ การวางแผนด้านกำลังคนเพื่อให้มีบุคลากรที่เหมาะสมในแต่ละระดับ ดังนั้น การดำเนินงานของไทยในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นการมองภาพทั้งระบบ ทั้งด้านการเงินการคลังและด้านระบบบริการเพื่อให้เป็นฐานที่มั่นคงในการให้บริการแก่ประชาชน



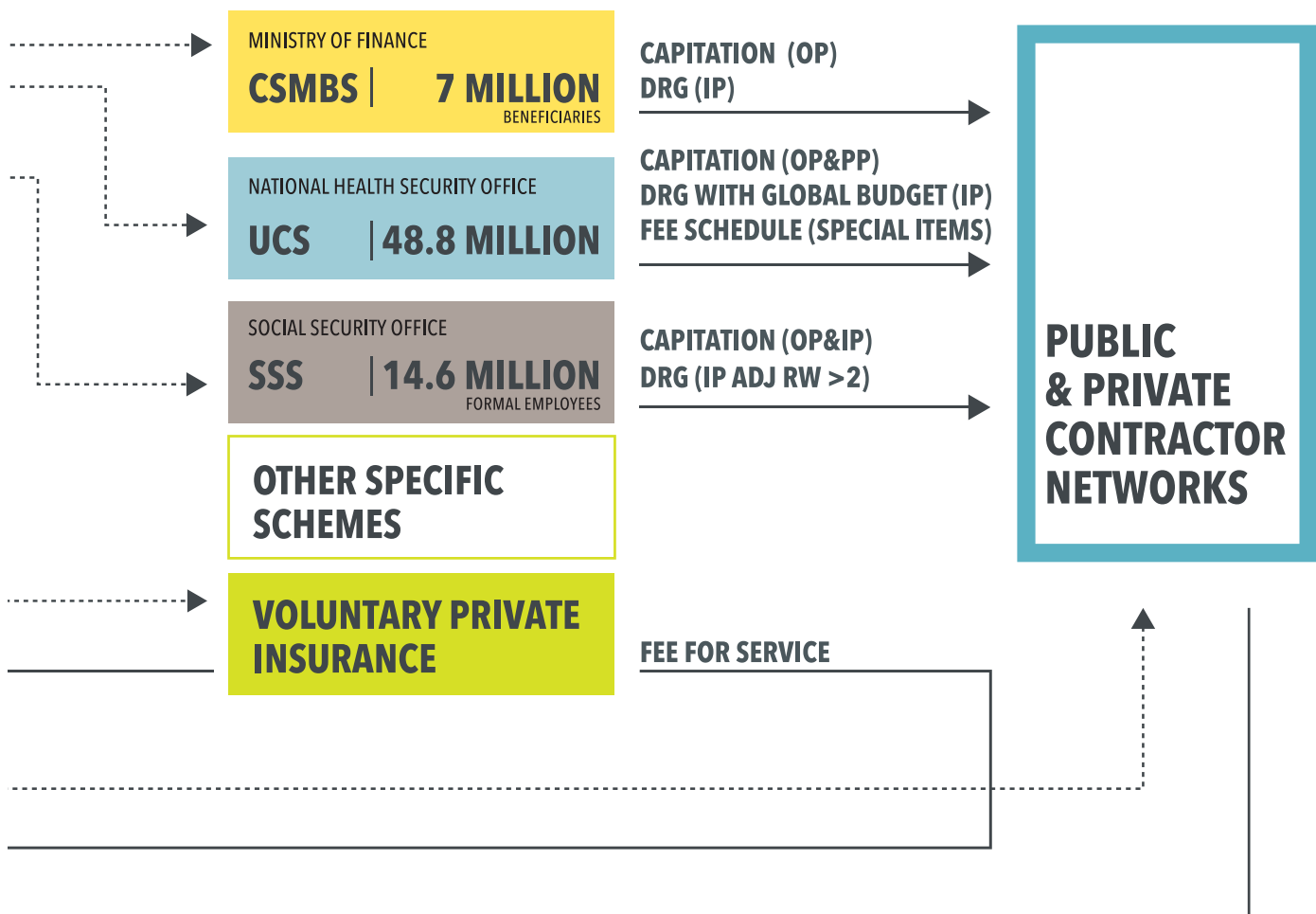
ระบบประกันสุขภาพของไทยสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ ที่มีวิวัฒนาการที่ต่างกันนี้ มีการบริหารจัดการที่ต่างกัน ทั้งแหล่งเงินที่ได้รับและระบบการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล ในกรณีของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แหล่งเงินได้มาจากงบประมาณ โดยกรมบัญชีกลางทำหน้าที่ในการเบิกจ่าย ระบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลมีสองรูปแบบคือสำหรับคนไข้นอกจ่ายค่าบริการพยาบาลตามการใช้จริง (Fee for services) ส่วนคนไข้ในเป็นการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

สำหรับกองทุนประกันสังคม แหล่งเงินของกองทุนมาจากสามทางคือ นายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาลจ่ายสมทบเข้ากองทุน การจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลเป็นการจ่ายเหมารายหัว ส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพแหล่งเงินมาจากงบประมาณที่จัดสรรตามอัตราต่อหัวประชากร และการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่ายสำหรับคนไข้นอก (capitation) จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแบบมีเพดานวงเงิน (DRGs with global budget) สำหรับคนไข้ใน และจ่ายแบบ Fee schedule สำหรับการให้บริการเฉพาะ

ระบบบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพของไทย



USC FINANCING SYSTEMS



MEDICAL AUDIT SYSTEMS

ระบบการตรวจสอบ

ทำไมต้องมี

ระบบการตรวจสอบ

เนื่องจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นการบริหารการเงินที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้ป่วยทุกคนที่มีรับบริการที่หน่วยบริการในการจ่ายค่าบริการ การบริหารการเงินที่มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็น คำว่า Audit มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน *auditus* แปลว่า the sense or act of hearing ซึ่งระบบการตรวจสอบมีมานานหลายพันปีโดยการตรวจสอบส่วนใหญ่เป็นการตรวจสอบทางบัญชีเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการลงรายการ และเพื่อให้ไม่มีการลงรายการที่ไม่เป็นจริง การตรวจสอบโดยความหมาย หมายถึง กระบวนการที่เป็นระบบ เป็นเอกเทศ (independent) และมีเอกสารข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลมาประเมินอย่างเป็นภววิสัย (objectively) เพื่อพิจารณาว่าการดำเนินงานนั้นเป็นไปตามหลักเกณฑ์หรือนโยบายที่กำหนดหรือไม่ (ISO 19011:2011—Guidelines for auditing management systems)

AUDITUS

*the sense or act
of hearing*

เป้าหมายหลักของการตรวจสอบทางการแพทย์ของไทย มีเพื่อสร้างความมั่นคงให้กับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยให้สามารถคงอยู่ได้ เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ เพื่อให้มั่นใจว่างบประมาณทั้งหมดของกองทุนถูกใช้จ่ายไปกับหน่วยบริการด้วยความถูกต้อง และมีความเหมาะสมเมื่อเปรียบเทียบกับราคากลางของประเทศ นอกจากนี้การตรวจสอบยังเป็นการพัฒนาคุณภาพของการรักษาและเป็นการพัฒนาระบบข้อมูล เนื่องจากคุณภาพของเวชระเบียนนั้นสามารถบ่งบอกได้ถึงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยของแต่ละหน่วยบริการและการตรวจสอบเวชระเบียนจะอ้างอิงตามหลักวิชาการตามมาตรฐานวิชาชีพของหน่วยงานต่าง ๆ และข้อมูลเหล่านี้ยังสามารถนำมาพัฒนาคุณภาพการรักษาในอนาคตได้อีกด้วย

คุณภาพในการลงข้อมูลรหัสต่างๆในเวชระเบียนของสถานพยาบาลก็จะถูกพัฒนาให้ดีขึ้นด้วยเช่นกัน เพราะการเรียนรู้จะเกิดขึ้นจากความผิดพลาดและมีผู้ชี้ให้เห็นข้อผิดพลาดนั้นๆ

การตรวจสอบเวชระเบียนนั้นไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อการใช้จ่ายเงินของกองทุนหลักประกันให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรือเป็นการตรวจสอบเพื่อเรียกเก็บเงินคืนจากหน่วยบริการให้ได้มากที่สุด แต่เป็นการทำไปเพื่อให้ยืนยันได้ว่าได้ใช้จ่ายเงินของกองทุนไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งประสิทธิภาพนั้นก็คือคุณภาพชีวิตของคนไทย ดังนั้น สปสช. จึงมีนโยบายที่จะจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการด้วยความเป็นธรรม ในขั้นตอนการตรวจสอบหากพบว่าสถานบริการบางแห่งได้เงินค่ารักษาน้อยกว่าที่ควรจะเป็น สปสช. ก็จะจ่ายเงินเพิ่มให้แก่หน่วยบริการนั้น และในทางกลับกันหากสถานบริการใดได้รับเงินค่ารักษายาพยาบาลมากเกินไปกว่าที่ควรจะเป็น ก็จะมีการเรียกเงินค่ารักษากลับคืนเช่นกัน

ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการตรวจสอบเวชระเบียนนี้ก็จะถูกนำไปพัฒนาหลายๆ ด้านด้วย เช่น พัฒนาระบบจ่ายเงินกับหน่วยบริการให้สอดคล้องกับความเป็นจริงในปัจจุบันมากขึ้น พัฒนาราคากลางค่ารักษาพยาบาลของประเทศให้เหมาะสมกับยุคสมัยมากขึ้น วางแผนงบประมาณในอนาคต นำไปพัฒนาปรับปรุงบริการการรักษาให้ดียิ่งขึ้นโดยเรียนรู้จากความผิดพลาดที่พบจากการตรวจสอบเวชระเบียน เป็นต้น และกระบวนการตรวจสอบนี้ยังเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของทุกฝ่าย ตั้งแต่ หน่วยบริการ สปสช. องค์กรหรือสมาคมวิชาชีพต่างๆ เพื่อพัฒนาให้ระบบหลักประกันสุขภาพไทยมีความยั่งยืนและประชาชนมีสุขภาพที่ดีต่อไป

WHY WE NEED AUDITING ?

ACCOUNTABILITY • TRANSPARENCY • EQUITY



EVOLUTION OF AUDITING SYSTEMS IN THAILAND

ระบบการตรวจสอบของสปสช.นั้นมีการพัฒนามาเป็นลำดับ โดยปรับไปตามกลไกการจ่ายเงิน โดยในช่วงปี พ.ศ. 2545 -2548 การตรวจสอบเริ่มจาก Coding Audit (การตรวจสอบรหัสโรค) การตรวจสอบแบบที่ 2 คือ quality audit หรือ การตรวจสอบเชิงคุณภาพ เริ่มในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นการตรวจสอบการบริการเชิงคุณภาพโดยอ้างอิงตามเกณฑ์มาตรฐานของราชวิทยาลัย และอาศัยข้อมูลนำเข้าโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยเลือกตรวจสอบกลุ่มโรคที่มีการเบิกจ่ายงบประมาณเพิ่มเติมในกองทุนแยก และมีความใช้จ่ายสูง เพื่อตรวจสอบและเฝ้าระวังเรื่องคุณภาพของการให้บริการประชาชน โดยในแต่ละปีมีการคัดเลือกโครงการที่จะได้รับการตรวจตามความจำเป็น มีลำดับโครงการที่ได้รับการตรวจตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2553 ได้เพิ่มการตรวจสอบเวชระเบียนหรือ Medical Record Audit เพื่อเป็นการพัฒนาความถูกต้องของเวชระเบียน โดยไม่มีระบบเรียกเงินคืน ซึ่งอ้างอิงตามแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline)

นอกเหนือจาก coding audit และ quality audit แล้ว สปสช. ได้นำการตรวจสอบแบบ billing audit มาใช้ ส่วนหนึ่งเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงทางการเงินของสถานพยาบาล และอีกส่วนเพื่อความถูกต้องของการเบิกจ่ายในระบบ โดยเริ่มโครงการนำร่องเมื่อปี พ.ศ. 2555 โดยเริ่มตรวจสอบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์ เนื่องจากการเบิกจ่ายงบอุปกรณ์ทางการแพทย์ของแต่ละโครงการเป็นการเบิกจ่ายนอกเหนือจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่โรงพยาบาลได้ไป ในปี พ.ศ. 2556 เริ่มการตรวจสอบการเบิกจ่ายเครื่องช่วยฟัง เนื่องจากพบการเบิกจ่ายที่มียอดการเบิกสูง

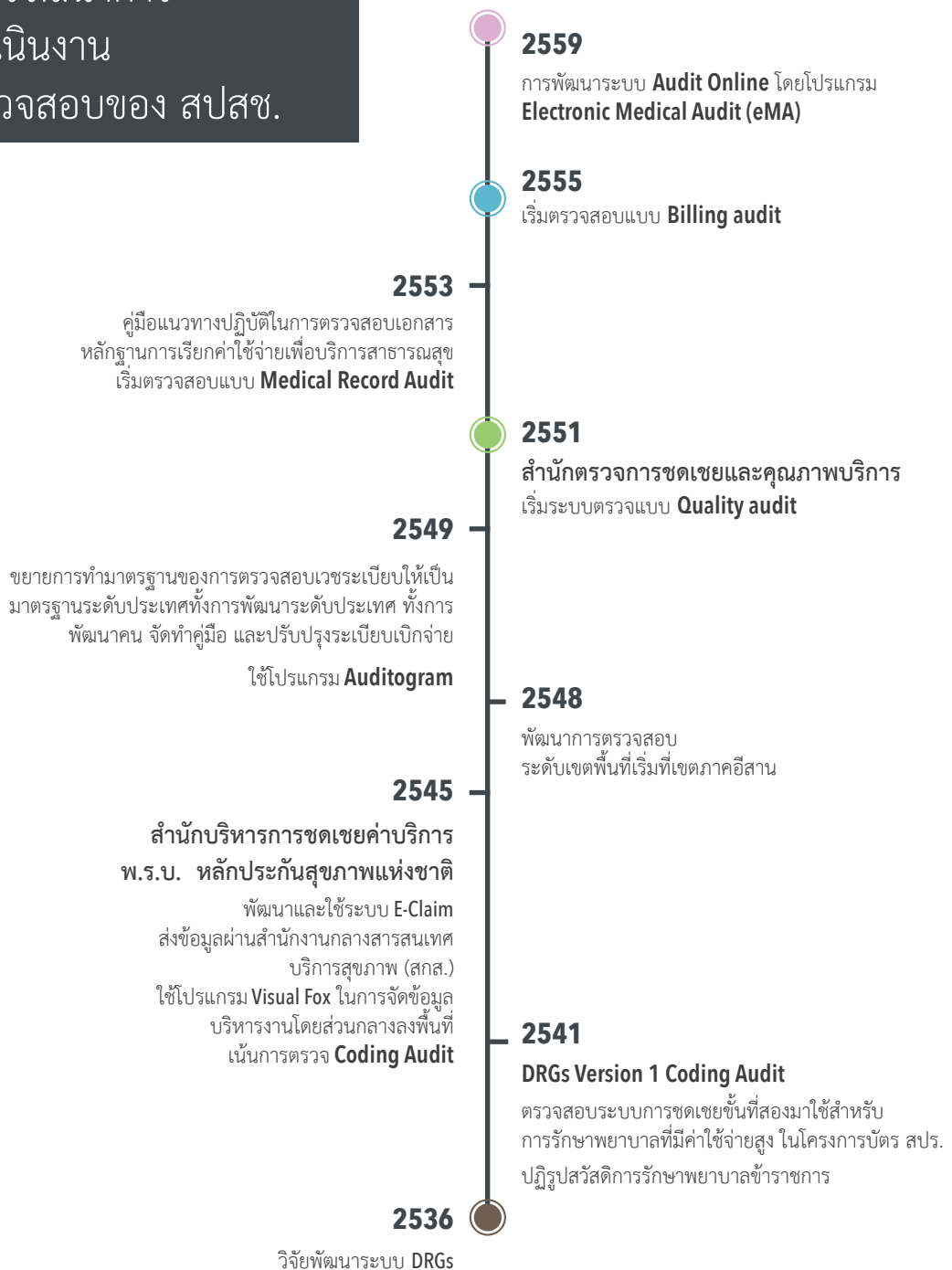
ผิดปกติ การเบิกมาจากโรงพยาบาลที่คาดว่าจะมีศักยภาพไม่ถึง จึงมีการเข้าไปตรวจสอบเวชระเบียนและการเบิกจ่าย หลังจากนั้นได้มีการปรับปรุงเงื่อนไขในการเบิกจ่ายเครื่องช่วยฟัง ตามประกาศ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2557

ให้มีความถูกต้องและรัดกุมมากขึ้น นอกเหนือจากโครงการเครื่องช่วยฟัง ในปีพ.ศ. 2557 มีการตรวจสอบ billing audit ในโครงการที่มีมูลค่าสูง เช่น ขดลวดขยายหลอดเลือด (Stent) พบว่ามีการเบิกจ่ายอุปกรณ์ผิดประเภท มีการนำมาใช้ใหม่ แต่เบิกเสมือนเป็นของใหม่ ในปี พ.ศ. 2558 การเบิกจ่ายรองเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ถึงแม้ราคาต่อคู่ไม่สูงแต่มีการเบิกจ่ายในจำนวนมากทำให้เกิดสังเกตุ และพบว่าวัสดุที่นำมาทำรองเท้าไม่ได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ จนทำให้ต้องมีการประชุมกับผู้ผลิต เพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน

เริ่มการตรวจสอบการเบิกจ่ายข้ามจังหวัด กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน (OPAE) เนื่องจากเป็นนโยบายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายจากงบประมาณแยก พบว่ามีการเบิกยาที่รับต่อเนื่องในงบดังกล่าวเช่น ยาด้านไวรัส HIV (ARV) มีการนัดมาหลายครั้งโดยเบิกจ่ายจากงบดังกล่าว เป็นต้น และในปี พ.ศ. 2560 มีการตรวจสอบเรื่องข้อเข้าเทียมพบว่าการผ่าตัดไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ ที่สมาคมวิชาชีพกำหนด

ประวัติและวิวัฒนาการ ของการดำเนินงาน ด้านการตรวจสอบของ สปสช.



NHSO AUDITING SYSTEMS

ระบบการตรวจสอบของสปสช

การตรวจสอบทางการแพทย์

MEDICAL AUDIT

มี 3 องค์ประกอบที่สำคัญคือ

1. STRUCTURE OR INPUT

หมายถึง การการตรวจสอบทรัพยากรของโรงพยาบาล (hospital resources) ที่ใช้ในการดูแล ผู้ใช้บริการ เช่น เตียง ผู้ป่วย ห้องผ่าตัด เครื่องมือแพทย์ บุคลากร รวมทั้งระบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุข ซึ่งกระบวนการตรวจสอบนี้มักเป็นการตรวจสอบโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการก่อนที่จะเข้าร่วมโครงการหรือกองทุนต่างๆ ในการให้บริการผู้ให้บริการทั่วไปหรือผู้ให้บริการกลุ่มพิเศษ เช่น การประเมินว่าโรงพยาบาลแห่งนี้ผ่านการรับรองคุณภาพในระดับใด หรือโรงพยาบาลนี้มีขีดความสามารถในการเข้าร่วมโครงการผ่าตัดหัวใจได้หรือไม่

2. PROCESS

หมายถึง การทบทวนกระบวนการที่ใช้ดูแลผู้ใช้บริการว่ามีกิจกรรมอะไรเกิดขึ้นบ้าง นับตั้งแต่การบันทึกข้อมูลของผู้ใช้บริการ การวินิจฉัยโรค การตรวจพิเศษ การรักษา เช่น การให้ยา การผ่าตัด การติดตามความก้าวหน้าของผลการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการตรวจสอบสามารถทำได้ตั้งแต่ก่อนให้บริการ (pre-authorization) หลังให้บริการ และก่อนการเบิกจ่าย (pre-audit) และหลังการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (post-audit)

3. OUTCOME

หมายถึง ผลของการรักษา ผลกระทบต่อผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ใช้บริการ ญาติ ชุมชน และมาตรฐานของวิชาชีพบริการ สุขภาพ รวมถึงผลทางด้านกฎหมาย และการเงินด้วย มักเป็นการตรวจสอบย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลที่บันทึกไว้ในระบบข้อมูลโรงพยาบาล

UNDERSTAND UCS

ทำความเข้าใจ

ระบบบริหารจัดการการเงินการคลัง
ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อทำความเข้าใจระบบการตรวจสอบ
ทางการเงินการคลังของ
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี
รูปแบบการจ่ายเงินหลายแบบผสม
ผสานกัน ระบบการตรวจสอบก็แตกต่าง
กันด้วย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ใช้กลไกในการจ่ายเงิน 4 รูปแบบคือ

1. เหมาจ่ายรายหัว **CAPITATION**

ได้แก่ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก
งบบริการส่งเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรค

2. จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม แบบมีเพดาน **CASE BASE PAYMENT** (DRG WITH GLOBAL BUDGET)

สำหรับผู้ป่วยใน

3. FEE SCHEDULE

- A. กรณีเพิ่มความมั่นใจคุณภาพบริการ จ่ายตามราคาที่กำหนด เช่นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การให้เคมีบำบัด เป็นต้น
- B. กรณีลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ เช่นอุปกรณ์อวัยวะเทียม การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน การผ่าตัดข้อเข่าเทียม เป็นต้น
- C. กรณีต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด เช่นค่าสารเมทาโดน จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ไม่เกินราคาที่กำหนด การจ่ายยาจำเป็นและยาที่มีปัญหาเข้าถึง
- D. กรณีต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

4. จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ FEE FOR SERVICE

กรณีให้บริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น ได้แก่บริการผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด กรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน

โดยรูปแบบที่ 1 และ 2 เป็นการจ่ายแบบจัดสรรล่วงหน้าให้กับหน่วยบริการ โดยระบบการตรวจสอบสำหรับการจ่ายแบบ capitation นั้นยังไม่มีตรวจสอบ การจ่ายแบบ DRG with global budget ตรวจสอบด้วย Coding audit รูปแบบที่ 3 เป็นการจ่ายภายหลังให้บริการ ตรวจสอบด้วยระบบ Billing audit ส่วนรูปแบบที่ 4 เป็นการจ่ายภายหลังรับบริการ ตรวจสอบด้วยระบบ Billing audit

ทุกรูปแบบการจ่ายมีการตรวจสอบ Quality audit และ Medical record audit

เมื่อรูปแบบการจ่ายเงินแตกต่างกัน
ระบบการตรวจสอบก็แตกต่างกันไปด้วย
โดยระบบการตรวจสอบมี
4 ระบบ คือ

AUDITING SYSTEMS UNDER UCS

1. CODING AUDIT

ประเทศไทยใช้ระบบ International Classification of Disease รุ่นที่ 10 (ICD-10) ในการลงรหัสวินิจฉัยโรคเวชระเบียนผู้ป่วยใน และระบบ International Classification of Disease รุ่นที่ 9 (ICD-9) ในการลงรหัสทำหัตถการเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซึ่งรหัสวินิจฉัยโรคนี้จะถูกนำไปคำนวณแต้มเพื่อคิดเป็นจำนวนเงินที่ต้องจ่ายให้กับโรงพยาบาลตามกลไกการจ่ายค่าบริการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม Diagnostic Related Groups (DRGs) เนื่องจากการจ่ายแบบนี้เป็นการจ่ายแบบจัดสรรล่วงหน้า จึงจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบว่าเงินที่จ่ายให้กับสถานบริการนั้นถูกต้องหรือไม่ ซึ่งทำได้โดยการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในว่ามีการลงรหัสวินิจฉัยถูกต้องตามหลักเกณฑ์การลงรหัส รวมถึงถูกต้องตามความเป็นจริงที่ได้ดำเนินการกับผู้ป่วยหรือไม่ นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาความถูกต้องของการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่างๆ และในอนาคตจะสามารถใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการวางแผนสุขภาพในอนาคตได้อย่างแม่นยำต่อไป

2. FINANCIAL AUDIT (BILLING AUDIT)

เป็นการตรวจสอบเวชระเบียนในกลุ่มโรคเฉพาะ โครงการพิเศษ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูง หรือกองทุนค่ารักษาพยาบาลพิเศษต่างๆ ซึ่งโครงการเหล่านี้ สปสช. จะจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการตามที่หน่วยบริการใช้จ่ายไปจริง (Fee For Service) ยกตัวอย่าง เช่น ขดลวดสวนหัวใจ รองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไปรับบริการนอกสิทธิการรักษาพยาบาลของตน เป็นต้น

การตรวจสอบรูปแบบนี้ทำให้รู้ถึงต้นทุนการบริการที่แท้จริงของโครงการต่างๆ สามารถเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาลว่าเป็นไปตามมาตรฐานการรักษาจริงหรือไม่ เนื่องจากการตรวจสอบจะอ้างอิงตามหลักเกณฑ์การจ่ายเงินของแต่ละโครงการต่างๆ ซึ่งถูกพัฒนาตามมาตรฐานการรักษาในปัจจุบันโดยผู้เชี่ยวชาญตามแต่ละสาขาวิชา และสามารถพัฒนาระบบการจ่ายเงินในอนาคตให้มีความยุติธรรมและมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้

3. QUALITY AUDIT (CLINICAL AUDIT)

เป็นการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ทั้งระบบ เพื่อตรวจสอบว่าหน่วยบริการมีมาตรฐานทั้งทางด้านการรักษาและจริยธรรมหรือไม่ โดยเป็นการตรวจสอบตั้งแต่ขั้นแรกของระบบคือการวินิจฉัยจนถึงผลลัพธ์สุดท้ายของการรักษาว่าเป็นอย่างไร ระบบที่ถูกตรวจสอบตามแบบ Clinical audit เช่น ระบบการรักษาบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ระบบการรักษาโรคมะเร็งเต้านม ปอด และลำไส้ การตรวจสอบนี้ทำให้สามารถพัฒนาคุณภาพระบบบริการได้อย่างต่อเนื่อง และรักษามาตรฐานการรักษาไว้ให้ดีตลอดไป นอกจากนี้ยังสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบเหล่านี้พัฒนาไปสู่การวิจัยทางคลินิกได้ด้วย

4. MEDICAL RECORD AUDIT

เป็นการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนว่ามีความครบถ้วนและถูกต้องตามหลักการเพียงใด โดยอ้างอิงตามหลักการมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียนของสปสช. เป้าหมายของการตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบุคลากรในการบันทึกเวชระเบียนให้มีคุณภาพและครบถ้วนมากขึ้น

CODING AUDIT

ระบบ DRGs

คืออะไร และมีที่มาอย่างไร

การพัฒนาระบบกลุ่มโรคร่วมหรือ Casemix ซึ่งเป็นชื่อสามัญของระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย เพื่อทำนายการใช้ทรัพยากรในการรักษาโรค ซึ่งการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ก็เป็นระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยรูปแบบหนึ่งที่ใช้กับผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (acute inpatient) การพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) พัฒนาขึ้นในช่วงทศวรรษ 1960 โดย Prof. Robert Fetter และทีมจากมหาวิทยาลัย Yale ซึ่งได้รับเชิญจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเมืองให้ช่วยพัฒนาโปรแกรมเพื่อประเมินการใช้และคุณภาพของบริการทางการแพทย์ แนวคิดการหาวิธีการวัดค่าใช้จ่ายและผลผลิตของโรงพยาบาลให้สามารถเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ได้จึงเริ่มเกิดขึ้น โดยทีมของ Prof. Fetter ใช้เวลาพัฒนาถึง 20 ปี โดย DRGs version แรกพัฒนาในปี ค.ศ. 1973 ประกอบด้วย 54 major diagnostic categories (MDCs) and 333 groups และ version 2 พัฒนาเพื่อใช้สำหรับ Federal Social Security Administration ประกอบด้วย 83 MDCs and 383 groups และ version 3 พัฒนาในปี ค.ศ. 1978 เพื่อใช้ในรัฐนิวเจอร์ซีย์ ซึ่งเป็นการเริ่มใช้ระบบ DRGs ในโรงพยาบาลทุกแห่ง และ version สุดท้ายพัฒนาโดย Health System Management Group มหาวิทยาลัย Yale ให้กับ Health Care Financing Administration (HCFA) เพื่อพัฒนาระบบการจัดกลุ่มการรักษาโรคสำหรับผู้ป่วยในเพื่อจำแนกโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรและมีลักษณะโรคที่คล้ายกันจากการพัฒนาระบบนี้ HCFA ได้เริ่มใช้ HCFA-DRG ในปี 1983 สำหรับประกันสุขภาพ Medicare เป็นครั้งแรก และพัฒนาระบบ prospective payment system ขึ้น นับเป็นนวัตกรรมทางการเงินสำหรับการบริการสุขภาพที่สำคัญยิ่งในศตวรรษที่ 21 และเป็นระบบบริหารการเงินที่นำไปใช้ทั่วโลกในปัจจุบัน

Coding Audit ในประเทศไทยเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เมื่อ TDRG version 1 ประกาศใช้ โดยใช้ในโครงการประกันสุขภาพ โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูลและโครงการประกันสังคม และเริ่มนำระบบการชดเชยขั้นที่สองมาใช้สำหรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในปี พ.ศ. 2542 โดย นพ. ประดิษฐ์ วงศ์ณารัตนกุล และดำเนินงานโดยสำนักยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ให้จังหวัดนำร่อง 6 จังหวัดส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเข้าระบบ 12 แฟ้มมาตรฐาน จากนั้นสุ่มตรวจสอบข้อมูลที่ส่งมาเทียบกับข้อมูลในพื้นที่จริงเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเงินชดเชยค่าบริการ และเนื่องจากมีความกังวลว่าโรงพยาบาลจะประสบปัญหาขาดทุน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีงบประมาณตั้งไว้ที่ส่วนกลางเพื่อให้โรงพยาบาลเบิกค่ารักษาที่มีต้นทุนสูงหรือ คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight; RW) มากกว่า 2.5 จากหลักเกณฑ์นี้จึงจำเป็นต้องมีระบบการตรวจสอบข้อมูลเพื่อป้องกันการได้เปรียบเสียเปรียบของโรงพยาบาลที่เบิกค่ารักษามาในโครงการดังกล่าว โดยในระยะเริ่มต้นมีบุคลากรเพียง 6 คน ในการตรวจสอบ จึงทำให้สามารถตรวจสอบโรงพยาบาลได้ประมาณ 40 แห่งต่อปี

นอกจากโครงการบัตร สปร. แล้ว อีกเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นหลังวิกฤตเศรษฐกิจเมื่อปี พ.ศ. 2540 คือ การปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่เริ่มให้มีการศึกษาแนวทางการปฏิรูประยะสั้นกลางและยาวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เริ่มมีการตรวจสอบเพื่อการป้องกันการทุจริตและการสุ่มตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Coding audit) ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2545 และได้มีการประกาศหลักการดังกล่าวอย่างชัดเจนในระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545 หมวด 5 การเบิกและจ่ายเงิน ข้อ 26 ให้กรมบัญชีกลางหรือหน่วยงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย มีอำนาจตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้มีสิทธิในสถานพยาบาลของทางราชการประเภทผู้ป่วยใน เพื่อประโยชน์ในการควบคุมดูแลให้มีการปฏิบัติตามระเบียบนี้

สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การตรวจสอบเริ่มจาก Coding Audit โดยทีมงานตรวจสอบได้ออกตรวจสอบตามสถานพยาบาลด้วยตนเอง ซึ่งสามารถตรวจสอบเวชระเบียนได้ประมาณปีละ 1,000 ฉบับ โดยมีการสุ่มเป็นสองประเภท ประเภทที่หนึ่งคือ การสุ่มแบบเป็นระบบจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในทั้งหมดประมาณ 1% และประเภทที่สองคือ การสุ่มจากสถานพยาบาลที่สงสัยประมาณ 3% เช่น มีค่า adjusted RW, ค่าใช้จ่ายในการเบิก, จำนวนวันในการรักษาตัวใน

CODING AUDIT

เริ่มมาตั้งแต่ปี

พ.ศ. **2541**

DEVELOPMENT OF

DRGs DIAGNOSIS-RELATED GROUP SYSTEM IN THAILAND

การพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของไทย

2559

สิงหาคม 2559

Version 6

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ประกันสังคม
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

2555

1 เมษายน 2555

Version 5

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ประกันสังคม
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

2550

1 ตุลาคม 2550

Version 4

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ประกันสังคม
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

2546

1 ตุลาคม 2546

Version 3

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ประกันสังคม (เริ่มใช้ปี 2548)
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (เริ่มใช้ปี 2545)

2543

22 พฤศจิกายน 2543

Version 2

โครงการประกันสุขภาพ
โครงการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย
และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

เริ่มใช้ DRG เป็นเกณฑ์ในการจ่ายเงิน
ให้กับโรงเรียนแพทย์ที่รับผู้ป่วยสปร.
ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลจังหวัดต่างๆ

2542

22 กุมภาพันธ์ 2542

ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการจ่ายค่ารักษา
พยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง กำหนดให้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์
ตั้งแต่ 2.5 ขึ้นไป เป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง
อัตราค่าบริการ 4,000 บาทต่อ 1 หน่วยสัมพัทธ์

2541

12 ตุลาคม 2541

Version 1

โครงการประกันสุขภาพ
โครงการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย
และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

โครงการประกันสุขภาพ

โครงการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย
และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

2536 - 2541

การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบ DRG ในประเทศไทย

โรงพยาบาล และโรคหลักไม่สอดคล้องกัน โดยการตรวจสอบในยุคเริ่มต้นเป็นการตรวจสอบแบบเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลและผู้ตรวจสอบ จากนั้นเริ่มมีการสุ่มตรวจโดยอาศัยตัวแทนของโรงพยาบาลทุกระดับ และในปีที่สามของการตรวจสอบ ได้มีการตรวจสอบในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทุกแห่งเพื่อความเสมอภาค

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงานเรื่องการตรวจสอบ ในปี พ.ศ. 2546 สปสช.ได้มอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบเวชระเบียนที่มี AdjRW น้อยกว่า 2.5 และสปสช.ส่วนกลางจะทำการตรวจสอบด้วยตนเองในเวชระเบียนที่มี AdjRW มากกว่า 2.5 โดยมีการอบรมบุคลากรในระดับจังหวัดให้มีความรู้ในการตรวจสอบ ซึ่งจังหวัดที่สามารถดำเนินการดังกล่าวได้คือจังหวัดที่มีการบริหารงบประมาณแบบแยกส่วนระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา การบริหารงานของ สปสช. ได้แยกระหว่าง สปสช. ส่วนกลางกับส่วนภูมิภาค โดยเริ่มต้นครั้งแรกที่สำนักงาน สปสช. ภูมิภาคขอนแก่น ซึ่งจะตรวจสอบเขตจังหวัดพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 19 จังหวัด จัดระบบการตรวจสอบของสำนักงานเขต รวมถึงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถตรวจสอบเวชระเบียนและเขียนแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ ซึ่งในระยะแรกนั้นจะอ้างอิงจากความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการตรวจสอบเวชระเบียนเป็นหลัก รวมถึงจรรยาบรรณของผู้ตรวจสอบ คือ ไม่ตรวจเวชระเบียนของตนเอง ของโรงพยาบาลตนเอง และของจังหวัดตนเอง ไม่คิดคำนวณว่าโรงพยาบาลจะต้องคืนเงินหรือได้เงินคืนเป็นจำนวนเท่าใดในระหว่างทำการตรวจสอบเนื่องจากจะทำให้เกิดความลำเอียงได้

หลังจากการดำเนินงานในส่วนภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือแล้ว ในปี พ.ศ.2549 สปสช. ได้ขยายมาตรฐานการตรวจสอบเวชระเบียนให้เป็นมาตรฐานระดับประเทศเนื่องจากตรวจพบปัญหา คือ 1) แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเวชระเบียนไม่เป็นมาตรฐาน ทำให้การตัดสินไม่เป็นมาตรฐาน 2) ไม่มีโปรแกรมมาตรฐานในการให้รหัสโรค 3) ไม่มีระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบเวชระเบียน เช่น ค่าตอบแทนแพทย์ที่คิดเป็นรายเวชระเบียน ค่าสถานที่จัดการตรวจสอบ เป็นต้น หลังจากนั้น ในปี พ.ศ. 2551 ได้มีการเปลี่ยนชื่อสำนักงานเป็น “สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ” ซึ่งบริหารงานตรวจสอบเวช

การตรวจสอบเวชระเบียน
ได้มีการพัฒนา
เป็นระบบออนไลน์

โดยโปรแกรม
**ELECTRONIC
MEDICAL AUDIT
(eMA)**

เริ่มใช้เมื่อปี
พ.ศ. 2560

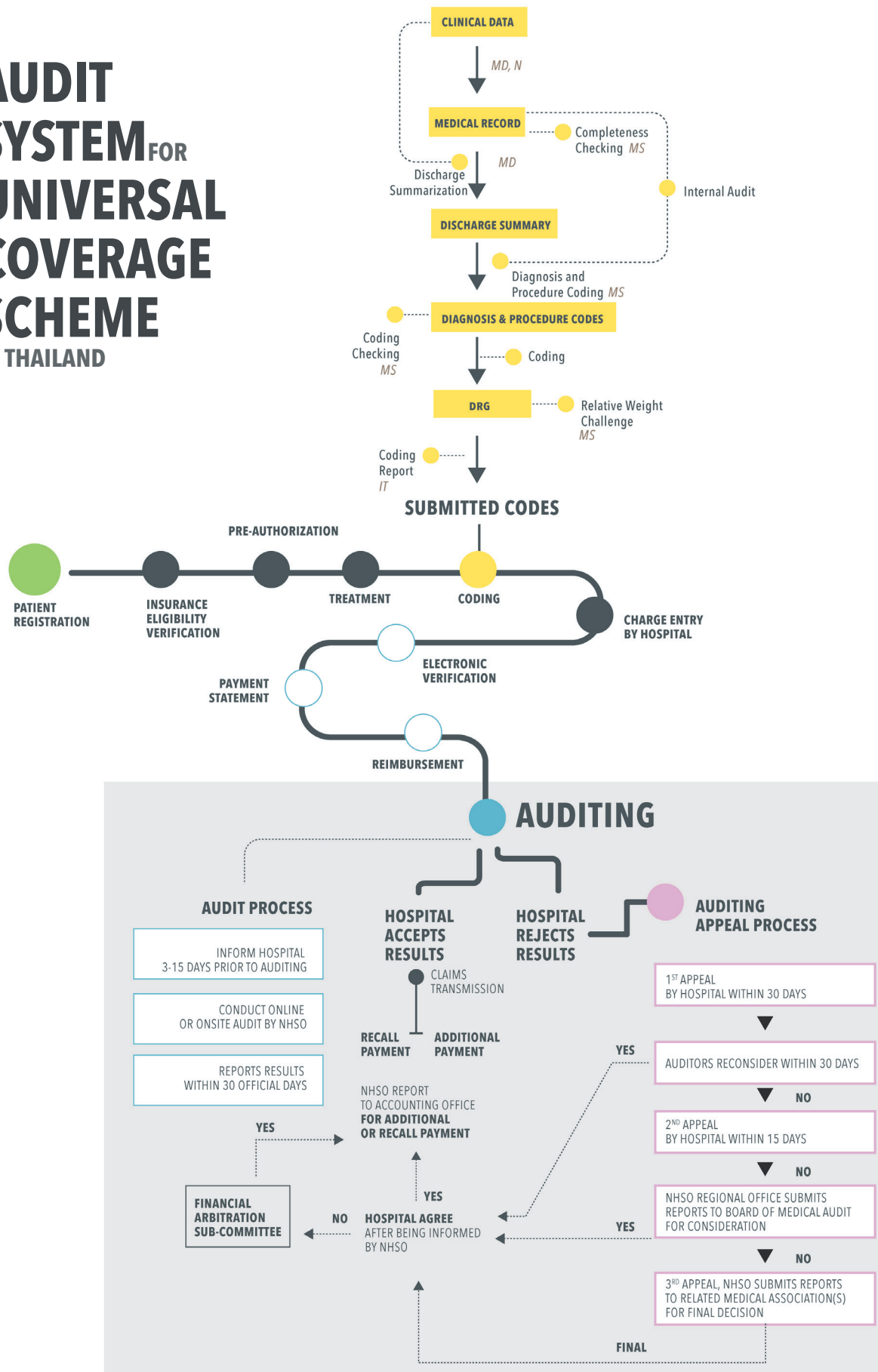
ระเบียบด้วยตนเองทั้งหมด และมีการพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จนมีคู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2554 และได้ปรับปรุงความทันสมัยของคู่มือตาม DRG, ICD9-10, คู่มือแนวทางมาตรฐานการให้รหัสโรคและความรู้ทางการแพทย์ ซึ่งปรับปรุงใน Auditogram ร่วมกับ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวได้ถูกพัฒนาเพื่อนำมาทดแทนโปรแกรม Visual Fox โดยจะสามารถสุ่มเวชระเบียน กำหนดเกณฑ์การตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูลรหัสโรค และแสดงผลรายงาน เพื่อคัดเลือกเวชระเบียนที่ควรผ่านกระบวนการตรวจสอบ

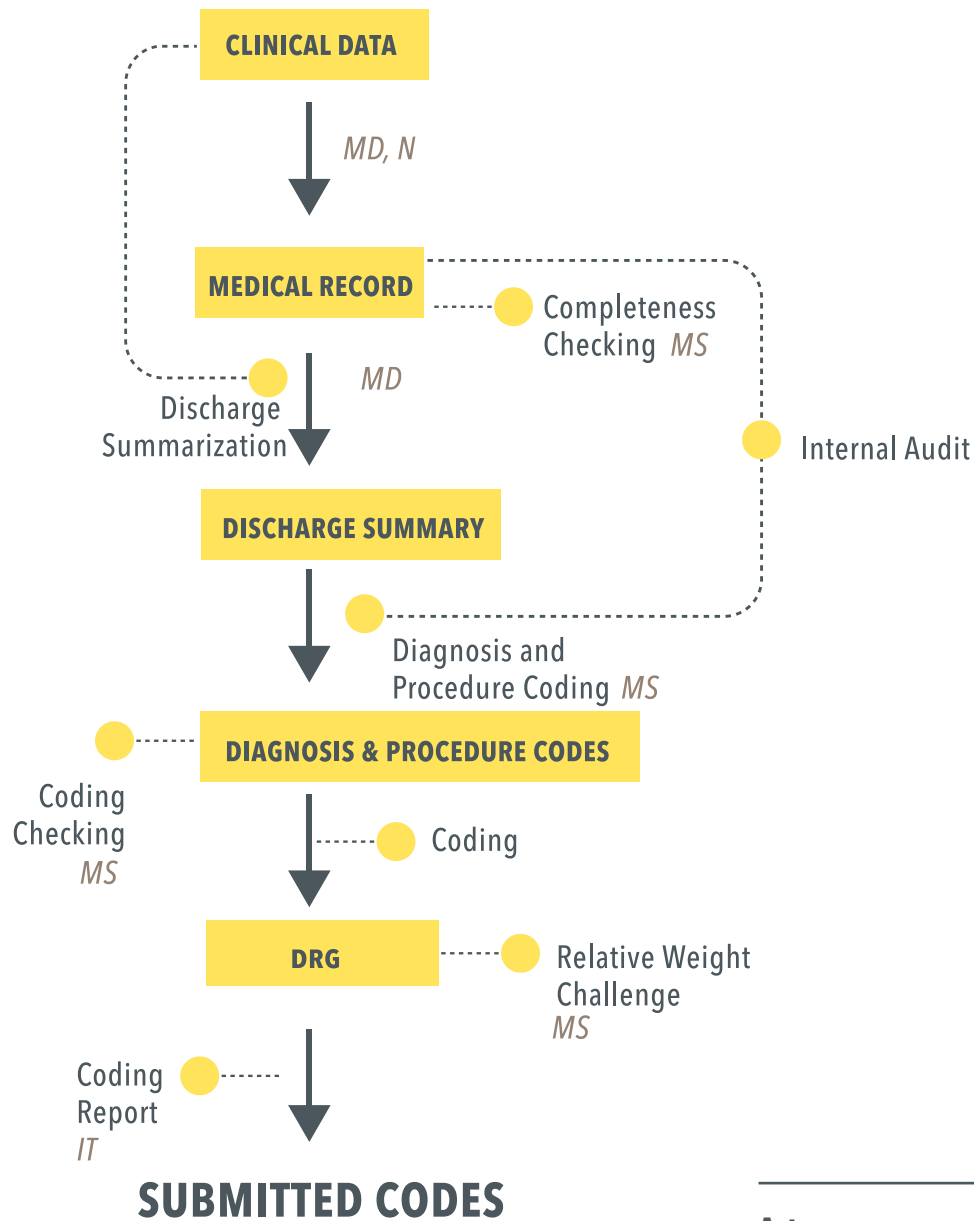
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 การตรวจสอบเวชระเบียนนั้นได้มีการพัฒนาเป็นระบบออนไลน์ โดยโปรแกรม Electronic Medical Audit (eMA) และเริ่มใช้เมื่อปี พ.ศ. 2560 โดยโปรแกรม eMA สามารถแยกเวชระเบียนตามเขตสุขภาพ และแบ่งเงื่อนไขของการตรวจสอบ และตามระดับของโรงพยาบาลที่เข้าข่ายควรได้รับการตรวจสอบเพื่อให้เขตสุขภาพเรียกเวชระเบียนจากโรงพยาบาลดังกล่าวเพื่อสแกนเข้าสู่ระบบเพื่อผ่านการตรวจสอบโดยแพทย์และผู้ให้รหัส (coder) และสามารถตรวจสอบข้ามเขตได้ จากนั้น สปสช. เขตจะส่งข้อมูลกลับไปยังโรงพยาบาลนั้นๆ ซึ่งการพัฒนาระบบนั้นเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การตรวจสอบเวชระเบียนเป็นไปอย่างสะดวก ได้รับข้อมูลที่ปัจจุบันทำให้การส่งข้อมูลกลับมายัง สปสช. ส่วนกลางได้ทันทีเพื่อทำการ re-audit เวชระเบียนประมาณร้อยละ 3 ของเวชระเบียนที่ได้รับการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบแต่ละราย (auditor) และทำการคำนวณเงินที่ต้องเรียกคืนได้ภายในปีงบประมาณ และสามารถประหยัดงบประมาณในการตรวจสอบเนื่องจากการใช้ระบบออนไลน์ สามารถลดค่าเดินทาง ค่าจัดสถานที่ในการตรวจสอบรวม เป็นต้น

ระบบการตรวจสอบของไทยนั้นมีความแตกต่างและโดดเด่นจากประเทศออสเตรเลียที่เป็นต้นแบบคือมีระบบอุทธรณ์ โดยหลังจากได้รับผลการตรวจสอบแล้วเจ้าหน้าที่ สปสช. เขต จะส่งข้อมูลกลับไปยังโรงพยาบาล เพื่อยอมรับหรืออุทธรณ์ผลการตรวจสอบ หากโรงพยาบาลทำการอุทธรณ์ผลการตรวจสอบ สปสช. จะส่งเรื่องกลับไปยังผู้ตรวจสอบรายเดิม เพื่อให้ตรวจสอบใหม่ ซึ่งหลังจากที่ สปสช. ได้รับผลการตรวจสอบใหม่จะส่งข้อมูลกลับไปยังโรงพยาบาลอีกครั้ง หากโรงพยาบาลไม่เห็นด้วยในผลการตรวจสอบสามารถอุทธรณ์ได้อีกครั้งไปยัง สปสช. ส่วนกลาง และหากไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบอีกครั้งสามารถอุทธรณ์เพิ่มเติมซึ่งครั้งสุดท้ายนี้แพทย์สภาจะเป็นผู้ที่ทำการตัดสิน

โดยสรุปแล้วกระบวนการตรวจสอบเริ่มจากการพัฒนาระบบตรวจสอบเรื่องพรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ บัตร สปร. จากนั้นจึงนำมาปรับใช้กับระบบที่ใหญ่ขึ้นคือระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในข้าราชการ แล้วจึงนำมาใช้กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การดำเนินการได้เพิ่มกระบวนการที่เหมาะสมกับประเทศไปตามลำดับ เริ่มตั้งแต่ กระบวนการพัฒนาบุคลากร โปรแกรมที่ช่วยอำนวยความสะดวก ระบบอุทธรณ์และระบบงบประมาณ และคู่มือที่มีการปรับปรุงตามข้อมูลทางเทคนิคที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หมายรวมถึงการตรวจสอบที่มีหลากหลายประเภท ขึ้นกับลักษณะการเบิกจ่ายงบประมาณ เช่น coding audit สำหรับผู้ป่วยใน billing audit สำหรับโครงการที่ต้องมีอุปกรณ์ราคาสูงหรือเบิกจ่ายอุปกรณ์จำนวนมาก และ quality audit เพื่อรักษาคุณภาพของการรักษา ซึ่งกระบวนการดังกล่าวยังคงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองต่อทั้งข้อกฎหมายและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ

AUDIT SYSTEM FOR UNIVERSAL COVERAGE SCHEME IN THAILAND





Actors

<i>MD</i>	Physician
<i>N</i>	Nurse
<i>MS</i>	Medical Statistician
<i>IT</i>	Information Technology
<i>FA</i>	Finance / Accounting

PAYMENT CALCULATION

การจ่ายเงินทำอย่างไร

ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วว่า การลงบันทึกโรคมีผลต่อเงินค่าชดเชยที่โรงพยาบาลจะได้รับ เนื่องจากการบันทึกเวชระเบียนทำโดยแพทย์ แต่การลงรหัส ICD เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่เวชสถิติ ซึ่งการลงรหัสนี้อาจมีความคลาดเคลื่อนได้หลายประการ ซึ่งอาจเกิดจากข้อมูลเวชระเบียนไม่ชัดเจน หรือไม่ถูกต้องตรงกันตลอด (unclear or inconsistency in document) หรือการวินิจฉัยโรคหลักไม่ชัดเจน (ambiguous principle diagnosis) หรือเกิดจากเจ้าหน้าที่เวชสถิติที่ไม่ทำตามกฎการลงรหัส หรือให้รหัสไม่ครบ ไม่ถูกต้อง หรือความผิดพลาดอื่นๆได้ การคลาดเคลื่อนของการลงรหัสมีผลโดยตรงต่อเงินชดเชยที่โรงพยาบาลจะได้รับ ซึ่งมีทั้งได้รับมากเกินไป (over claimed) หรือน้อยเกินไป (under claimed) ซึ่งไม่ว่าจะเป็นทางใด ก็มีผลต่อการให้บริการทั้งสองทาง ระบบการตรวจสอบจึงเพื่อให้แน่ใจว่าการลงบันทึกข้อมูลนั้นถูกต้อง ไม่มีข้อผิดพลาด Coding audit จึงมีขึ้นเพื่อตรวจสอบการลงรหัสเพื่อการจ่ายเงินชดเชยให้ถูกต้อง

DRGs ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยให้อยู่ในกลุ่มเดียวกันเพื่อทำนายการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล มีตัวแปรที่สำคัญ 2 ตัวคือ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และต้นทุนการรักษาพยาบาลซึ่งปรับให้เป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight—RW) ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์นี้เมื่อนำมาปรับกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Adjusted Relative Weight—adjRW) ซึ่งจะนำไปใช้ในการคำนวณค่าชดเชยที่โรงพยาบาลจะได้รับในการให้บริการคนไข้ใน โดยวิธีการคำนวณมีดังนี้

$$\text{ค่าชดเชย} = \text{Sum AdjRW} \times \text{base rate}$$

CODING AUDIT

PROCESS

ขั้นตอนการ

CODING AUDIT

ขั้นตอนการตรวจสอบนั้นจะเริ่มหลังจากสปสช. ได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับหน่วยบริการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ถือได้ว่าเป็นการตรวจสอบย้อนหลัง (Post-Reimbursement) โดยไม่ได้ทำการตรวจสอบเวชระเบียนก่อนที่จะจ่ายเงินให้หน่วยบริการเพื่อที่จะลดความล่าช้าในการจ่ายเงิน

นอกจากนี้หลังจากการตรวจสอบแล้ว หากหน่วยบริการไม่ยอมรับผลการตรวจสอบ สามารถที่ยื่นอุทธรณ์ได้ โดยสามารถยื่นอุทธรณ์ได้ 2 ครั้ง และหากยังไม่สามารถหาข้อตกลงร่วมกันได้ในการอุทธรณ์ครั้งที่ 3 ราชวิทยาลัยหรือสมาคมผู้ประกอบการวิชาชีพจะเป็นผู้ชี้ขาดเป็นอันสิ้นสุด ขั้นตอนในการตรวจสอบเวชระเบียนมีดังนี้

1. หน่วยบริการส่งข้อมูลผู้ป่วยในให้ สปสช. ภายใน 30 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge date) หากหน่วยบริการส่งข้อมูลช้าเกินกว่าที่กำหนดอาจได้รับค่าชดเชยบริการน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ

2. Electronic verification โดยการตรวจสอบเบื้องต้นนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อคัดกรองข้อมูลที่ผิดปกติ เช่น ผู้ชายตั้งครรภ์ ผู้หญิงเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น หากพบก็ส่งกลับข้อมูลไปให้โรงพยาบาลแก้ไข

3. หลังจากฐานข้อมูล 43 แฟ้มถูกส่งมาที่งาน Audit จะถูกส่งเข้าโปรแกรม Auditogram เพื่อตรวจสอบเวชระเบียนเบื้องต้นตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด เช่น Adj. RW สูง แต่วันนอนโรงพยาบาล (LOS) น้อย หรือนอนโรงพยาบาลนาน แต่ Adj. RW ต่ำ หรือกรณีที่ทำการรักษาที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาล เป็นต้น

4. โปรแกรมออกรายงานความผิดปกติของเวชระเบียนแบ่งเป็น 70 เงื่อนไขแยกตามโรงพยาบาล รายเขตสุขภาพ พร้อมทั้งสุ่มเวชระเบียนมาให้ Auditor ตรวจสอบ ทั้งการตรวจแบบรวมศูนย์และแบบ eMA

5. เวชระเบียนที่สุ่มได้จะถูกส่งไปตรวจสอบที่ สปสช. เขต ที่โรงพยาบาลแห่งนั้นสังกัดอยู่ ซึ่งเวชระเบียนนี้มีทั้งในรูปแบบกระดาษหรือถูกเปลี่ยนเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (E-Claim)

6. สปสช. เขต จะทำการตรวจสอบเวชระเบียนที่สุ่มได้นี้โดยอ้างอิงตามหลักการสรุปและให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ ซึ่งถูกกำหนดโดย สดช. โดยอ้างอิงจากแนวทางมาตรฐานการใช้รหัสโรคและรหัสหัตถการ ซึ่งจัดทำโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และถือหลักการนี้เป็นแนวปฏิบัติเดียวกันทั่วประเทศ โดยผู้ที่สามารถตรวจสอบเวชระเบียนได้จะต้องผ่านการอบรมและได้รับการรับรองว่าเป็นผู้ตรวจสอบเวชระเบียนโดยสดช.

7. หลังการตรวจสอบแล้ว สปสช. เขต จะแจ้งผลการตรวจสอบให้กับโรงพยาบาลที่ถูกตรวจสอบ หากโรงพยาบาลที่ถูกตรวจสอบไม่ยอมรับผลการตรวจสอบก็สามารถขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบได้ แต่ถ้ายอมรับในผลการตรวจสอบก็จะเข้าสู่กระบวนการชดเชยหรือเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากหน่วยบริการโดยสปสช. จะจ่ายเงินชดเชยเพิ่มให้กับสถานบริการ หากหน่วยบริการได้รับเงินจากการให้บริการผู้ป่วยน้อยกว่าความเป็นจริงที่ควรได้ และเรียกเก็บเงินคืนจากหน่วยบริการหากได้รับเงินจากการให้บริการผู้ป่วยมากเกินไป

AUDIT APPEAL PROCESS

ขั้นตอนการตรวจสอบ
และยื่นอุทธรณ์

ขั้นตอนในการยื่นอุทธรณ์
รวมถึงระยะเวลาของกระบวนการ
ต่างๆ ของการตรวจสอบทุกชนิด
เหมือนกัน ทั้ง 3 ระบบการตรวจสอบ
คือ **Coding audit** **Financial
audit** และ **Quality audit**



PATIENT
REGISTRATION



INSURANCE
ELIGIBILITY
VERIFICATION

AUDIT PROCESS

INFORM HOSPITAL
3-15 DAYS PRIOR TO AUDITING

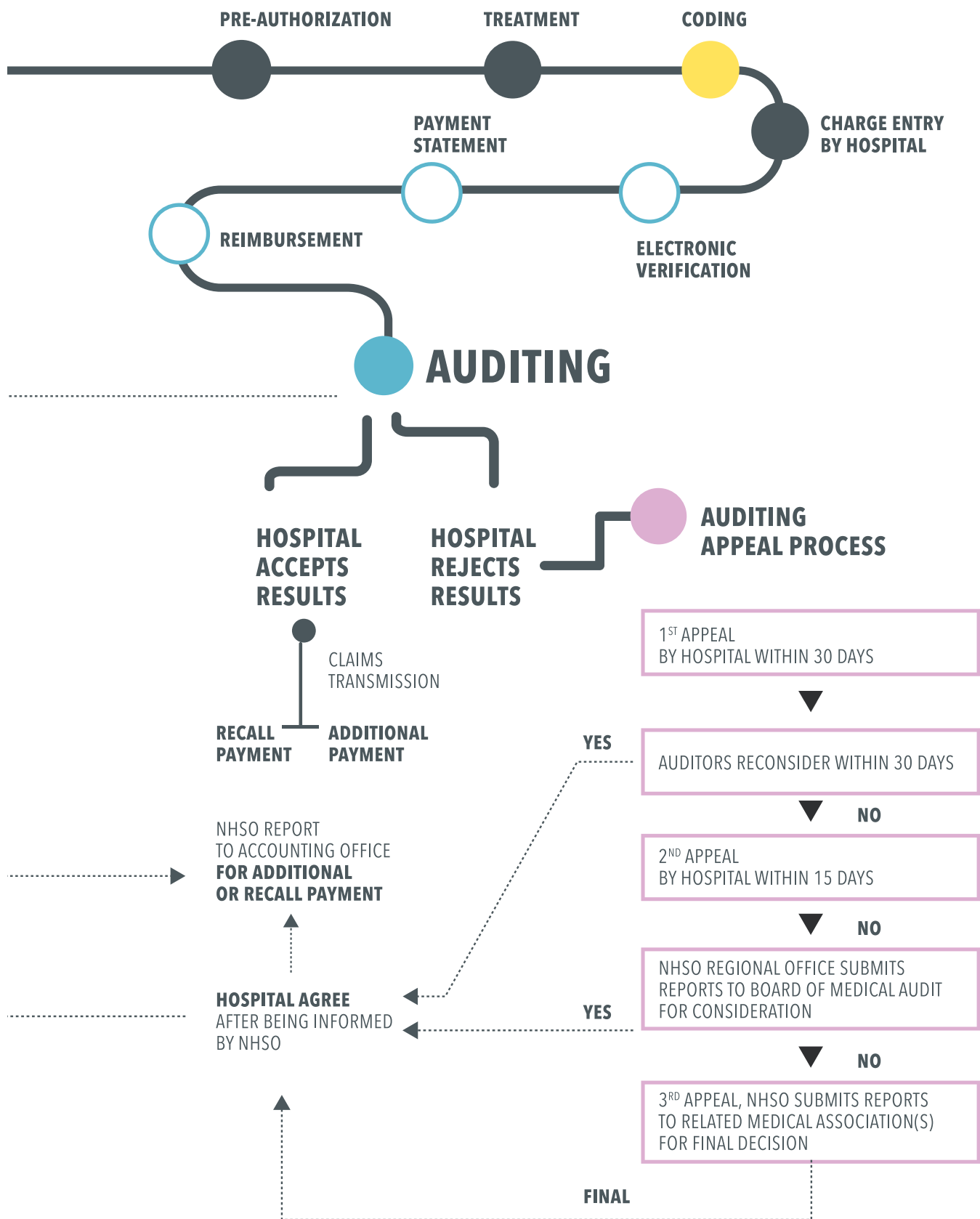
CONDUCT ONLINE
OR ONSITE AUDIT BY NHSO

REPORTS RESULTS
WITHIN 30 OFFICIAL DAYS

YES

**FINANCIAL
ARBITRATION
SUB-COMMTEE**

NO



SAMPLING

การสุ่มเลือกเวชระเบียน

สปสช. ไม่สามารถที่จะนำเวชระเบียนทั้งหมดในประเทศมาตรวจสอบได้ แต่ก็มีความต้องการที่จะเพิ่มปริมาณจำนวนเวชระเบียนที่นำมาตรวจสอบให้มากขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อให้สามารถสะท้อนความจริงของเวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งหมดของประเทศได้อย่างแม่นยำที่สุด การคัดเลือกเวชระเบียนมาตรวจนั้นใช้การสุ่มเลือกแบบมีเงื่อนไขเป็นหลัก ทำให้สามารถสุ่มพบเวชระเบียนที่มีปัญหาได้จำนวนมากขึ้น เพราะเป้าหมายหลักของการตรวจสอบนั้นคือการแก้ไขเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีความผิดพลาด เพื่อที่จะนำไปสู่การพัฒนาของระบบประกันสุขภาพประเทศไทยและเป็นการยืนยันได้ว่าสามารถใช้จ่ายเงินของกองทุนไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ปริมาณการสุ่มเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยในนั้นจะขึ้นอยู่กับคุณภาพในการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ผ่านมาในอดีตของแต่ละหน่วยบริการว่าที่ผ่านมามีความถูกต้องมากน้อยเพียงใด สปสช. ได้ทำการเก็บประวัติและมีการให้คะแนนหน่วยบริการต่างๆ ไว้ว่ามีประวัติสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในเป็นอย่างไร หน่วยบริการที่เคยมีประวัติสรุปเวชระเบียนผิดพลาดในอดีตมากก็จะถูกสุ่มเรียกเวชระเบียนมาตรวจสอบเป็นจำนวนมากกว่าหน่วยบริการที่มีประวัติสรุปเวชระเบียนได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากน่าจะมีโอกาสที่จะตรวจพบเวชระเบียนที่มีปัญหาในโรงพยาบาลที่มีประวัติสรุปผิดพลาดได้มากขึ้น โดยรายละเอียดของระบบการให้คะแนนหน่วยบริการต่าง ๆ และประสิทธิภาพที่ผ่านมาในอดีตของการตรวจสอบเวชระเบียนโดยสำนักตรวจสอบและชดเชยจะอยู่ในส่วนต่อไป

ในแต่ละปี สปสช. มีเป้าหมายที่จะตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในประมาณร้อยละ 5 ของการนอนโรงพยาบาลสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจะสุ่ม chart ที่สงสัยว่าอาจจะมี การให้รหัสผิดพลาดจากโปรแกรม Auditogram การตรวจสอบจะพิจารณาจากโรงพยาบาลที่ให้รหัสผิดจำนวนมาก (มีการแบ่งระดับเป็นเขียว/เหลือง/ชมพู/ส้ม/แดง) โดยเลือกโรงพยาบาลตามเงื่อนไขที่จะต้องตรวจสอบคือ โรงพยาบาลที่ให้รหัสผิดจำนวนมาก มีจำนวนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลมาก โดยมีมีการแบ่งระดับโรงพยาบาลเป็นเขียว/เหลือง/ชมพู/ส้ม/แดง ซึ่งโรงพยาบาลที่ถูกจัดให้เป็นสีแดงมีโอกาที่จะถูกสุ่มตรวจ chart มากกว่ากลุ่มสีส้ม ชมพู เหลืองและเขียว การจัดกลุ่มโรงพยาบาลนี้เริ่มทำในปีพ.ศ. 2558 เพื่อให้สปสช.สามารถตรวจสอบเวชระเบียนได้ตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น ใช้ผลของการ Audit 2 ปี มาเปรียบเทียบกับว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด โดยประเทศไทยตั้งเป้าหมายการตรวจสอบให้ได้ 5% ของจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งหมด

ขั้นตอนในการคัดเลือกเวชระเบียน จะแบ่งเป็น 2 วิธีคือ

1. สุ่มเลือกแบบมีเงื่อนไข (Select)

เป็นการนำเวชระเบียนทั้งหมดของหน่วยบริการภายใต้
สปสช. มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามเงื่อนไขที่เรากำหนด
เพื่อหาความผิดปกติของข้อมูล ซึ่งเงื่อนไขนี้จะมี 2 เกณฑ์คือ
เกณฑ์ความผิดปกติของข้อมูลในเวชระเบียน และเกณฑ์
ความผิดปกติของโรงพยาบาล ได้แก่

ความผิดปกติของข้อมูลในเวชระเบียน เช่น

- ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานผิดปกติ
- ผู้ป่วยที่มีค่ารักษาสูง แต่วันนอนโรงพยาบาลน้อย
- การให้รหัสโรคหรือหัตถการผิดพลาด

ความผิดปกติของโรงพยาบาล เช่น

- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาสูงเกินกว่าศักยภาพ
ที่โรงพยาบาลแห่งนั้นน่าจะสมารถให้การรักษาได้
เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดโรคหัวใจในโรงพยาบาลชุมชน
- โรงพยาบาลให้การรักษารโรคที่มีความซับซ้อนมากกว่า
เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลขนาดเดียวกันและระดับเดียวกัน

2. สุ่มเลือกแบบไม่มีเงื่อนไข (Random)

เป็นการสุ่มแบบ Random sampling ของทั่วประเทศ เพื่อให้
ได้ข้อมูลที่สะท้อนความเป็นจริงของ เวชระเบียนทั้งหมด
ในประเทศอย่างแม่นยำที่สุด

DATA SELECTION CRITERIA

- Top 20 diseases ranked by number of admission
- Top 20 diseases ranked by reimbursement
- Unrelated procedures with principle diagnosis
- High RW point but low admission days and low cost
- Patients with SDx or severe complication but low admission days and discharged status as "cured"
- Sepsis (PDx or CC) with few admission days and discharged status as "cured"
- Shock with many causes for short admission length
- Appendectomy with co-morbidity or severe complications
- etc.

HOSPITAL SELECTION CRITERIA

- High-level trend in adjusted RW-per-admission (Case Mixed Index), compared year to year
- More-than-average claims RW>3
- More-than-average claims in A&E
- Coding diagnosis and procedure in excess of hospital capacity
- High-level PCCL (Patient Clinical Complexity Level), compared with other hospitals of similar level
- Random auditing with number of mistakes above the mean
- etc.

ตัวอย่างเงื่อนไขการสุ่มเวชระเบียนสำหรับ Coding audit
ผ่านโปรแกรม Auditogram

BILLING AUDIT & QUALITY AUDIT

โดยหลักการและเหตุผลของ Billing audit มีความแตกต่างกับ
Coding audit คือ

1. การตรวจสอบที่จำเป็นต้องมี Billing audit คือโครงการ
ที่มีการเบิกงบประมาณแยกกองทุน
2. มีข้อเรียกร้องจากผู้บริหารกองทุนถึงความผิดปกติในการเบิกจ่าย
อุปกรณ์หรือการให้บริการของสถานพยาบาล
3. ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องสังเกตเห็นความผิดปกติของการเบิกจ่ายเงิน
ในกองทุนนั้นๆ และต้องการให้มีการตรวจสอบความถูกต้องของ
การเบิกจ่าย ในปีงบประมาณถัดไป
4. การสุ่มจะแบ่งสัดส่วนปริมาณที่ตรวจสอบไปตามปริมาณที่ส่งเบิกของ
แต่ละโรงพยาบาล ไม่มีจำนวนที่กำหนดไว้ชัดเจนในแต่ละปี
ขึ้นกับความผิดปกติที่สังเกตได้ โดยปกติจะสุ่มประมาณ 10%
ของจำนวนเวชระเบียนที่ส่งสัย

โดยสรุปหลักเกณฑ์เบื้องต้นที่ทำให้เกิดการตรวจสอบคือ

- มีการเบิกจ่ายอุปกรณ์ดังกล่าวในโรงพยาบาลมาก
- มีการเบิกจ่ายของกองทุนพิเศษ เช่น HIV, เบาหวาน,
ความดันโลหิตสูง, ไตวายเรื้อรัง, ปิดอุดกันเรื้อรัง, หอบหืด,
มะเร็ง งบกองทุนอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินในกลุ่ม OPAE
- มีการเบิกจ่ายเรื่อง OPAE ที่มากกว่า 2,000 บาท หรือ OPAE
จำนวนหลายครั้ง

ซึ่งผลการตรวจ billing audit นั้นจะเป็นข้อมูลนำเข้าของกองทุนที่ดูแลการเบิกจ่ายอุปกรณ์ดังกล่าวหรืองบประมาณของกลุ่ม OPAC เพื่อนำไปปรับปรุงหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย รวมไปถึงเป็นการส่งข้อมูลให้กับราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน

จำนวนเวชระเบียนที่จะได้รับการตรวจสอบด้วย Billing audit และ Quality audit นั้นจะน้อยกว่า Coding audit เนื่องจากการตรวจสอบ Coding audit ถือเป็นหน้าที่หลักของสำนักตรวจสอบ ดังนั้นปริมาณเวชระเบียนที่จะถูกตรวจสอบด้วย Billing audit และ Quality audit นั้นจะขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละปีนั้น ซึ่งอ้างอิงจากจำนวนเวชระเบียนที่สำนักคาดว่าจะต้องตรวจสอบในปี โดยคำนวณมาจากปริมาณผู้ป่วยที่ใช้บริการกองทุนพิเศษต่างๆ

การสุ่มเลือกสำหรับตรวจ

BILLING AUDIT และ QUALITY AUDIT

การตรวจเวชระเบียน

การสุ่มหน่วยบริการเพื่อทำการตรวจเวชระเบียน

สปสช. สุ่มหน่วยบริการที่จะทำการตรวจ Billing audit หรือ Quality audit โดยหน่วยบริการที่จะถูกสุ่มตรวจนั้นอาจจะเปลี่ยนหรือไม่ขึ้นอยู่กับผลการตรวจสอบของปีที่ผ่านมา เมื่อคัดเลือกหน่วยบริการที่จะทำการตรวจสอบได้แล้ว จึงทำการสุ่มเลือกเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับโครงการที่ต้องการจะตรวจสอบของหน่วยบริการนั้น เช่นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

การตรวจหน่วยบริการที่มียอดเรียกเก็บค่าบริการจำนวนมาก

โครงการที่ถูกตรวจสอบโดย Billing และ Quality นี้ หรือ Fee schedule เป็นโครงการที่จ่ายเงินด้วยระบบพิเศษผ่านกองทุน เช่น Fee-for-service จึงมีโอกาสสูงที่หน่วยบริการจะมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก หากหน่วยบริการใดมียอดเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเข้ามาที่สปสช. สูงมากก็จะถูกตรวจสอบเวชระเบียนของโครงการที่เกี่ยวข้องมากขึ้น

ขั้นตอนตรวจสอบเวชระเบียนสำหรับ

BILLING AUDIT, QUALITY AUDIT

และ MEDICAL RECORD AUDIT

BILLING AUDIT

- สุ่มโรงพยาบาลที่ต้องการจะตรวจสอบ
- สปสช. เขตที่โรงพยาบาลแห่งนั้นสังกัดอยู่เรียกเวชระเบียนของโรงพยาบาลมาทำการตรวจสอบ
- ผู้ตรวจสอบต้องผ่านการอบรมและรับรองจาก สปสช. และมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของแต่ละสาขา ที่กองทุนหรือโครงการนั้นเกี่ยวข้องมาร่วมตรวจสอบด้วย เช่น กองทุนเครื่องช่วยฟัง โครงการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เนื่องจากการรักษาของโครงการเหล่านี้มีความซับซ้อน จำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญมาร่วมตรวจสอบเพื่อความถูกต้องและเพิ่มความน่าเชื่อถือให้ทุกฝ่ายยอมรับ
- เวชระเบียนของแต่ละโครงการที่ต้องการตรวจสอบ จะถูกนำมาเปรียบเทียบกับหลักเกณฑ์การจ่ายเงินที่เฉพาะเจาะจงและแตกต่างกันไปตามแต่ละกองทุนหรือโครงการนั้นๆ
- เมื่อตรวจสอบเสร็จแล้ว สปสช. จะจ่ายเงินชดเชยหรือเรียกเงินคืนจากหน่วยบริการตามความถูกต้องของข้อมูล เช่นเดียวกับ Coding audit

QUALITY AUDIT

- สปสช. จะสุ่มหน่วยบริการในประเทศที่ให้การรักษาโครงการที่ต้องการตรวจสอบ
- สุ่มเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับโครงการของสถานพยาบาลแห่งนั้น เพื่อตรวจสอบ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด การตรวจสอบคุณภาพการรักษาจะตรวจสอบโดย สปสช. กลางเท่านั้น
- เวชระเบียนของโรงพยาบาลจะถูกตรวจสอบโดยละเอียดตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงผลสุดท้ายของการรักษา โดยอ้างอิงตามมาตรฐานการรักษาระดับประเทศอย่างเคร่งครัด กลุ่มโรคที่จะถูกตรวจสอบด้วยระบบคุณภาพนี้ เช่น การบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย การใส่สายสวนหลอดเลือดในผู้ป่วยเส้นเลือดหัวใจตีบ ซึ่งการรักษาโรคดังกล่าวมีรายละเอียดซับซ้อน การร่วมตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจึงจะทำให้การตรวจสอบได้คุณภาพและเป็นที่ยอมรับ

MEDICAL RECORD AUDIT

การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนจะถูกตรวจสอบโดย สปสช. กลาง และสปสช. เขต เวชระเบียนจะถูกตรวจสอบด้วยนักตรวจสอบที่ผ่านการอบรมแล้ว โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียน การตรวจสอบนี้จะไม่มีการจ่ายเงินชดเชยหรือเรียกเก็บเงินคืนจากสถานบริการ เนื่องจากเป็นการตรวจสอบที่มุ่งเน้นเพื่อพัฒนาคุณภาพการลงบันทึกเวชระเบียนและคุณภาพการรักษาผู้ป่วยเท่านั้น หากเวชระเบียนของสถานบริการยังไม่สมบูรณ์ก็จะได้รับคำแนะนำเพื่อแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้นในอนาคต

การดำเนินงานพัฒนาระบบตรวจสอบ

การจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ (QUALITY AUDIT)

2540-

2551 ตรวจสอบคุณภาพการรักษามะเร็งตาม protocol Lymphoma ในผู้ใหญ่

2552 ตรวจสอบคุณภาพการรักษากรณีผู้ป่วย HIV

2553 ตรวจสอบเวชระเบียน (Medical Record Audit) version 1

2553 ตรวจสอบคุณภาพการรักษานิวทางเดินปัสสาวะ

2553 ตรวจสอบเวชระเบียน (Medical Record Audit) version 2

2554 ตรวจสอบคุณภาพการรักษามะเร็งตาม protocol CA Breast

2554 ตรวจสอบคุณภาพการรักษาผู้ป่วย Stroke fast track ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือด

2554 ตรวจสอบคุณภาพการรักษาผู้ป่วย STEMI ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือด

2554 ตรวจสอบคุณภาพการใช้ยา จ.2 กรณีการใช้ยา IVIG ใน ผู้ป่วย Kawasaki disease

2556 การดูแลรักษาผู้ป่วย Asthma

2556 การชดเชยและคุณภาพการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

2557 การตรวจประเมินหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม HD

2557 ตรวจสอบคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

2558 ตรวจสอบคุณภาพการรักษากรณีผู้ป่วย HIV ต้อยยา

2558 ยา จ.2 กรณีการใช้ยา Peg interferon ใน indication Hepatitis C Genotype 2, 3

2559 ตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous coronary intervention - PCI)

2559 ยา จ.2 กรณีการตรวจสอบการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยยา Trastuzumab

2560 ยา จ.2 กรณีการใช้ยา IVIG ในผู้ป่วย severe ITP

ที่มา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561

ผลการ ดำเนินงาน ที่ผ่านมา

CODING AUDIT

ภาพรวมการตรวจสอบ

ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2560 ได้สุ่มเวชระเบียนตรวจสอบไม่เกิน ร้อยละ 3 ซึ่งผลการตรวจสอบพบว่าการเบิกจ่ายไม่ถูกต้อง โดยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่สถานพยาบาลส่งมามากกว่าความเป็นจริงประมาณร้อยละ 30-50 การเรียกคืนค่าบริการมากกว่าการจ่ายเพิ่มประมาณ 4-5 เท่าและมีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา โดยเพิ่มจาก 265,236,289.31 บาท เป็น 328,394,950.20 บาท และ 348,982,082.71 บาท ตามลำดับ

จำนวนเวชระเบียน
ที่ตรวจสอบและผลการตรวจสอบ
ในปี พ.ศ. 2558-2560

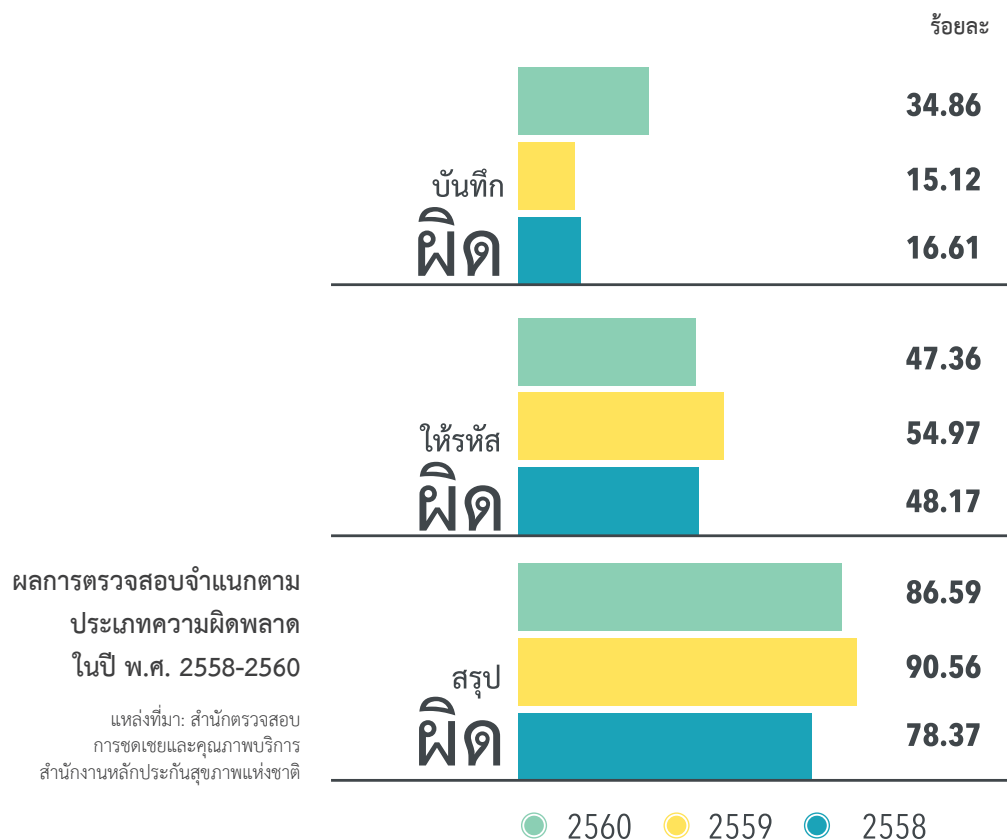
	2558	2559	2560
จำนวนหน่วยบริการ	534	540	774
จำนวนการจ่ายชดเชยผู้ป่วยใน(ราย)*	5,824,630	6,065,243	6,032,152
จำนวนเวชระเบียนทั้งหมด(ราย)	120,919	132,631	152,401
ร้อยละของการตรวจสอบ	2.08	2.19	2.52
จำนวนเวชระเบียนที่เบิกจ่ายไม่ถูกต้อง(ราย)	68,55	80,232	79,107
จำนวนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ลดลง	-30,189.61	-31,789.0788	-52,854.7897
ประมาณการเรียกเงินคืน(บาท)	241,516,857.60	254,312,630.00	348,982,082.71
ประมาณการจ่ายเงินเพิ่ม(บาท)	48,957,268.19	80,202,321.30	83,809,256.80

* ไม่รวมกรณีเด็กแรกเกิดและแม่คลอดปกติ เนื่องจากไม่มีความผิดปกติในการรักษา

การเรียกคืนค่าบริการ
มากกว่าการจ่ายเพิ่ม

4-5 เท่า

เมื่อจำแนกตามประเภทความผิดพลาด พบว่า ความผิดพลาด
ที่พบมากที่สุดคือการสรุปการวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้องซึ่งพบ
ร้อยละ 78.37, 90.56 และ 86.59 ในปี พ.ศ.2558-2560
ตามลำดับ การให้รหัสผิดพบที่ประมาณร้อยละ 50 ส่วนการ
บันทึกข้อมูลทั่วไปผิด พบน้อยที่สุด แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นกว่า
เท่าตัวในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งเกิดจากการปรับเปลี่ยนเกณฑ์
การตรวจสอบ เช่น การตรวจสอบเวลาการเข้ารับการรักษา
ที่โรงพยาบาลและออกจากโรงพยาบาล

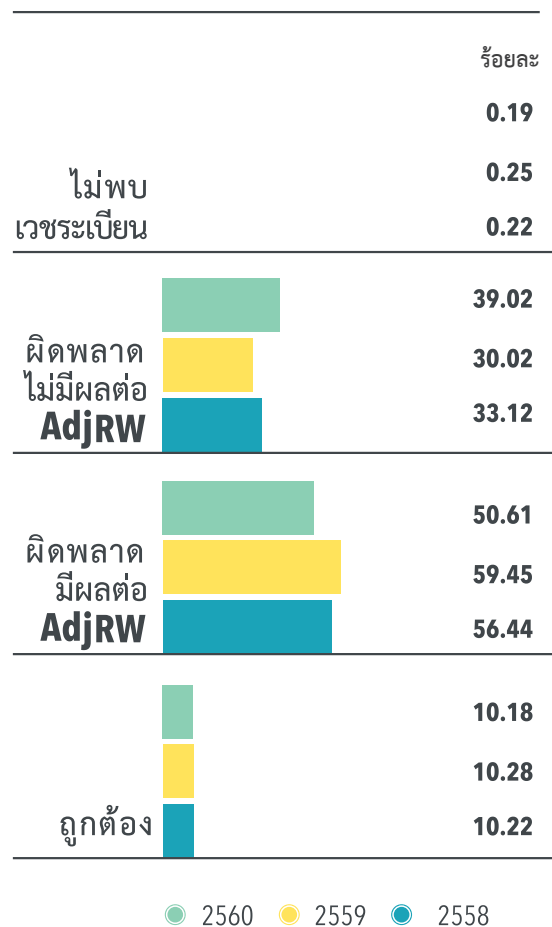


จากความผิดพลาดดังกล่าว
มากกว่าครึ่งที่มีผลต่อ Adjust
RW และประมาณ 1 ใน 3 ที่
ความผิดพลาดนั้นไม่มีผลกระท
บต่อ Adjust RW และพบเวช
ระเบียนที่สรุปได้ถูกต้องเพียง
ร้อยละ 10 เท่านั้น

1 ใน 3
ไม่มีผลต่อ
Adj RW

10%
พบเวชระเบียนที่สรุป
ได้ถูกต้อง

ผลจากการตรวจสอบ
จำแนกตามประเภทการตรวจสอบ
ที่มีผลต่อ Adjust RW
ในปี พ.ศ. 2558-2560



แหล่งที่มา: สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มากกว่า
ครึ่ง มีผลต่อ
Adj RW

ความผิดพลาดของการสรุปการวินิจฉัยโรค

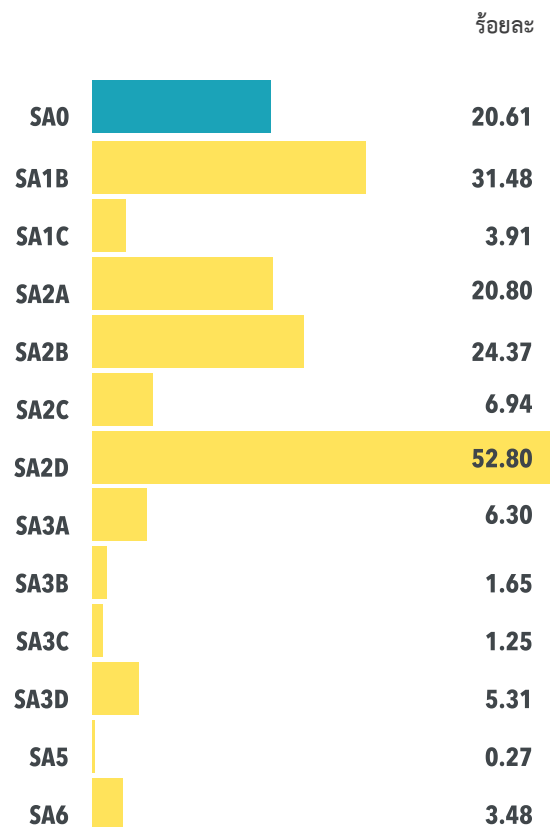
เมื่อดูข้อมูลสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการถูกต้องเพียงร้อยละ 20.61 เท่านั้น ส่วนการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการที่มีข้อผิดพลาดที่พบมากที่สุด 4 ลักษณะ คือสรุปการวินิจฉัยโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนโดยไม่พบหลักฐานสูงที่สุดคือร้อยละ 52.80 รองลงมาคือการสรุปการวินิจฉัยโรคหลักไม่ถูกต้อง ร้อยละ 31.48, การสรุปการวินิจฉัยโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนไม่ถูกต้อง ร้อยละ 24.37, ไม่สรุปการวินิจฉัยโรคร่วมและโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 20.80

การสรุปการวินิจฉัย
โรคร่วมและโรคแทรกซ้อน
โดยไม่พบหลักฐาน

52.8%

การสรุปการวินิจฉัย
โรคหลักไม่ถูกต้อง

31.48%



การประเมินการสรุป
การวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์
ในปี พ.ศ. 2560

แหล่งที่มา: สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การสรุปการวินิจฉัยโรค
และหัตถการ

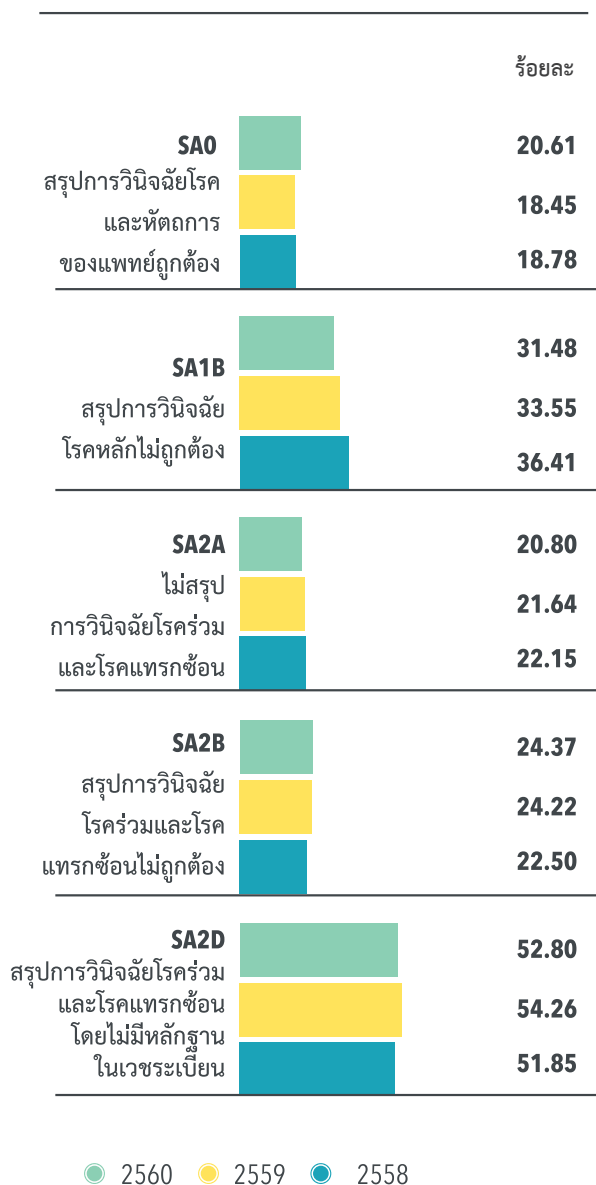
ถูกต้อง
20.61%

หมายเหตุ

- SA0: สรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ถูกต้อง
SA1A: ไม่สรุปการวินิจฉัยโรคหลัก
SA1B: สรุปการวินิจฉัยโรคหลักไม่ถูกต้อง
SA1C: สรุปการวินิจฉัยโรคหลักไม่เฉพาะเจาะจง
SA1D: สรุปการวินิจฉัยโรคหลักโดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน
SA2A: ไม่สรุปการวินิจฉัยโรคร่วมและโรคแทรกซ้อน
SA2B: สรุปการวินิจฉัยโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนไม่ถูกต้อง
SA2C: สรุปการวินิจฉัยโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนไม่เฉพาะเจาะจง
SA2D: สรุปการวินิจฉัยโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน
SA3A: ไม่สรุปการผ่าตัด
SA3B: สรุปการผ่าตัดไม่ถูกต้อง
SA3C: สรุปการผ่าตัดไม่เฉพาะเจาะจง
SA3D: สรุปการผ่าตัดโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน
SA5: ไม่มีการสรุปเวชระเบียน
SA6: ปัญหาอื่น ซึ่งอาจทำให้การสรุปการวินิจฉัยหรือหัตถการของแพทย์และผู้ตรวจสอบ ลายมืออ่านไม่ออก เขียนไม่ชัด หรือสรุปโรคกำกวม ใช้คำย่อไม่เป็นที่รู้จักหรือแพร่หลายโดยทั่วไป

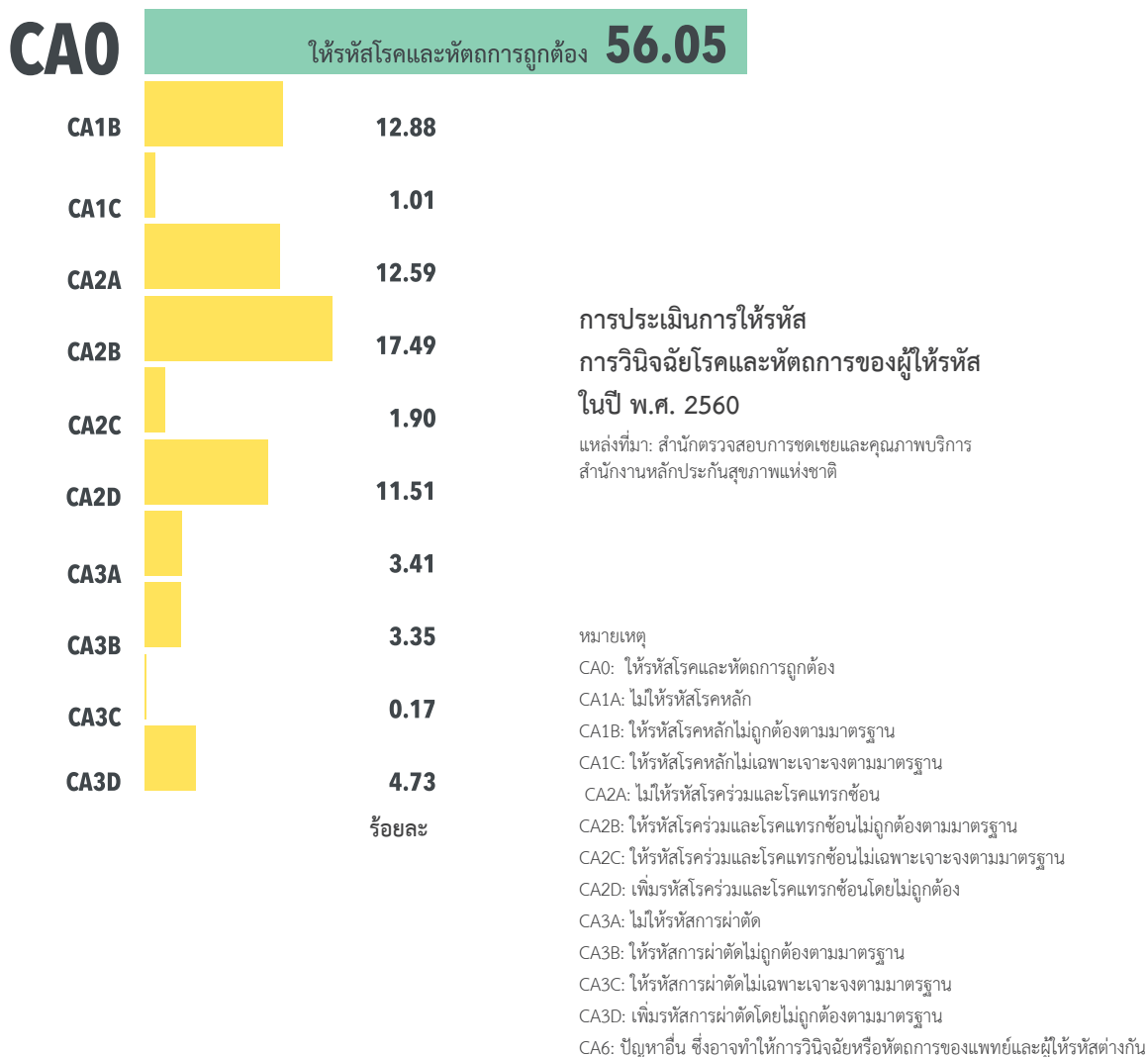
การประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการ
ของแพทย์เฉพาะ 5 ลำดับแรกที่มีสัดส่วนสูงสุด
ในปี พ.ศ.2558-2560

แหล่งที่มา: สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ความผิดพลาดของการให้รหัส

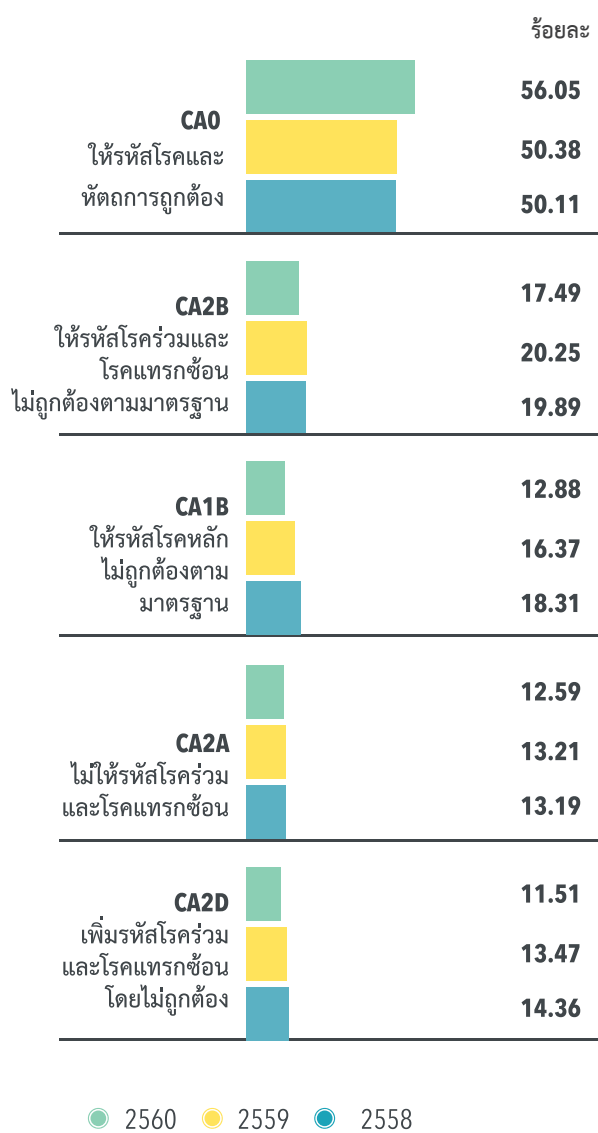
การทำงานของเจ้าหน้าที่ในการลงรหัสจากข้อมูลการสรุปวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ พบว่ามีความถูกต้องเพียงร้อยละ 56.05 สำหรับความผิดพลาดที่พบมากที่สุด ได้แก่ การให้รหัสโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนไม่ถูกต้อง ร้อยละ 17.49 การให้รหัสโรคหลักไม่ถูกต้อง ร้อยละ 12.88 การไม่ให้รหัสโรคร่วมและโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 12.59 และการเพิ่มรหัสโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนไม่ถูกต้อง ร้อยละ 11.51



เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการประเมินการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส 3 ปีคือ ในปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า แนวโน้มการให้รหัสโรคและหัตถการถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.11 เป็นร้อยละ 50.38 และ 56.05 ตามลำดับการให้รหัสโรคและหัตถการผิดพลาดลดลง โดยเฉพาะการเพิ่มรหัสโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนไม่ถูกต้อง

การประเมินการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการ ของผู้ให้รหัสเฉพาะ 5 ลำดับแรกที่มีสัดส่วนสูงสุด ในปี พ.ศ. 2558-2560

แหล่งที่มา: สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ผลการ
ดำเนินงาน
ที่ผ่านมา

**BILLING
AUDIT
& QUALITY
AUDIT**

เนื่องจากกระบวนการตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการนั้น มีกลุ่มโรคที่สนใจเปลี่ยนไปในแต่ละปี ส่วนใหญ่เป็นกองทุนที่นอกเหนือจากการเหมาจ่ายรายหัว หรือมีการเบิกจ่ายตามปริมาณการให้บริการ โดยจะเป็นกลุ่มโรคที่มีค่ารักษาพยาบาลสูง มีปริมาณการให้บริการสูง หรือมีการร้องเรียนเรื่องคุณภาพการบริการ เช่น การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน การให้บริการรองเท้าเบาหวาน การให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ ทำให้การเปรียบเทียบผลการดำเนินการต่อเนื่องค่อนข้างยาก แต่อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มโรคบางส่วนที่มีการตรวจสอบและเก็บรวบรวมข้อมูลติดต่อกัน เช่น การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



สรุปผลการดำเนินงานตรวจสอบ การจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

BILLING AUDIT AND QUALITY AUDIT FOR HEMODIALYSIS:HD

1. ด้านการจ่ายชดเชย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการตรวจสอบการชดเชยค่าบริการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการชดเชยยา Erythropoietin โดยจะชดเชย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่หน่วยฟอกเลือดที่ขึ้นทะเบียนการให้บริการ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดที่ให้บริการให้ผู้มีสิทธิ UC โดย จะชดเชยครั้งละ 1,500 บาท ในผู้ป่วยทั่วไป และ 1,700 บาท ในผู้ป่วยที่มีความ เสี่ยง ส่วนการชดเชยยา Erythropoietin จะชดเชยให้แก่หน่วยบริการที่ให้บริการ ฉีดยา Erythropoietin ให้ผู้มีสิทธิตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด โดยพิจารณาจากค่า Hct ของผู้ป่วยที่ต่ำที่สุดในช่วงเดือนที่รับบริการ โดยกำหนดให้ 8 vial สำหรับผู้ป่วยที่มีค่า Hematocrit ตั้งแต่ 30% ลงมา และ จ่าย 4 vial สำหรับผู้ป่วยที่มีค่า Hematocrit มากกว่า 30% ทั้งนี้หน่วยบริการ จะต้องมีการตรวจติดตามค่า Hematocrit ของผู้ป่วยทุก 4 สัปดาห์ โดยผล การตรวจสอบเป็นดังนี้

จำนวนหน่วยบริการ

การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและยา EPO

ที่ได้รับการตรวจสอบ ในปี พ.ศ. 2557-2560

	จำนวนหน่วยบริการ ที่ตรวจสอบ (แห่ง)	จำนวนครั้งที่ เบิกจ่าย (ครั้ง)	จำนวนครั้งที่เบิก Hemodialysis ไม่ถูกต้อง		จำนวนยา Erythropoietin ที่เบิกจ่าย (Vial)	จำนวน ยา Erythropoietin เกิน	
			ครั้ง	ร้อยละ		ครั้ง	ร้อยละ
2557	71	64,112	1,214	1.89	37,971	1,950	5.14
2558	73	86,664	255	0.29	47,256	599	1.27
2560	69	62,620	426	0.68	54,286	3,156	5.81

แหล่งที่มา: สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบการตรวจสอบสุ่มจากหน่วยบริการที่มีการเบิกจ่ายค่าชดเชยสูง มีปัญหาคุณภาพการให้บริการหลังการจ่ายชดเชยหรือได้รับการร้องเรียนทางด้านการบริหารจัดการระบบจากผู้รับบริการ ซึ่งมีการสุ่มตรวจในทุกเขตบริการสุขภาพ ผลการตรวจสอบในแต่ละปี พบว่าหน่วยบริการส่วนใหญ่เบิกชดเชยได้ถูกต้อง ส่วนที่ไม่ถูกต้อง

สาเหตุมาจากหน่วยบริการไม่มีหลักฐานการให้บริการในครั้งที่มีการเบิกจ่ายหรือไม่พบบันทึกที่สามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยได้รับยาจริง เช่น การไม่มีลายเซ็นผู้ฉีดยา หรือ Sticker ของยาที่ให้ติดไว้ในเวชระเบียน ไม่มีคำสั่งการให้ยา เป็นต้น

2. ด้านคุณภาพบริการ

ใช้ตัวชี้วัดสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามแนวทางเกณฑ์และแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2557 ของคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของแพทยสภา โดยมีตัวชี้วัด 2 กลุ่มคือ ตัวชี้วัดด้านกระบวนการและตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

2.1. ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ

ประกอบด้วย การติดตามทางห้องปฏิบัติการในช่วงต่างๆ ได้แก่ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกเข้าและทุก 3 เดือน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกเข้าและทุก 6 เดือน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกเข้าและอย่างน้อยปีละครั้ง และการตรวจเยี่ยมโดยแพทย์ทุก 2 สัปดาห์ โดยผลการตรวจสอบเป็นดังนี้

การติดตามทางห้องปฏิบัติการในช่วงต่างๆ
ในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ปีพ.ศ. 2557-2560

การประเมินด้านกระบวนการ		เป้าหมาย	2557	2558	2560
Labแรกเข้า และทุก 3 เดือน	Complete blood count	> 80%		41.21	55.29
	BUN			43.64	57.93
	Creatinine			40.91	58.76
	Electrolyte			38.85	56.33
	Calcium			37.90	57.16
	Phosphate			36.94	56.61
	Albumin			33.55	52.29
	Kt/V*			27.89	54.52
	URR**			25.83	58.83
Labแรกเข้า และทุก 6 เดือน	Iron study	> 80%		18.62	56.54
	iPTH			30.61	52.23
	HBsAg			25.46	51.32
	HBsAb			25.24	53.69
	Anti-HCV			25.61	58.14
Labแรกเข้า และอย่างน้อยปีละครั้ง	CXR	> 80%		18.69	56.26
	EKG			19.43	57.30
	Lipid profile			23.62	54.80
	Liver function test			36.57	54.45
	Anti-HIV			49.74	53.82

*Kt/V คือ การคำนวณปริมาณสารน้ำที่ใช้ในการฟอกเลือด

**Urea reduction ratio คือ การประเมินความเพียงพอของการฟอกเลือด โดยคำนวณจากระดับ urea
แหล่งที่มา: สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการตรวจสอบพบว่า การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญยังไม่บรรลุเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2559 โดยในปี พ.ศ. 2560 พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการประมาณร้อยละ 50 - 60 ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากหน่วยบริการเห็นว่าค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นต้นทุนของหน่วยบริการจึงไม่

ส่งตรวจ หรือบางแห่งส่งผู้ป่วยกลับไปตรวจที่หน่วยบริการต้นสังกัดและไม่ได้มีการติดตามผลการตรวจมาบันทึกในเวชระเบียน รวมทั้งมีการผลักภาระค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยจึงทำให้การตรวจไม่เป็นไปตามเกณฑ์

2.2 ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

เป็นการวัดผลการดูแลรักษาผู้ป่วยประกอบด้วย การดูแลภาวะซีด ความเพียงพอในการฟอกเลือด การเตรียมหลอดเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด การดูแลรักษาความผิดปกติทางเมตาบอลิกของแร่ธาตุและกระดูก ภาวะโภชนาการ ซึ่งผลการตรวจสอบเป็นดังนี้

ผลการตรวจสอบด้านคุณภาพการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ปีพ.ศ. 2557-2560

การประเมินด้านกระบวนการ		เป้าหมาย	2557	2558	2560
ภาวะซีด	Hb < 10 g/dl	< 20%		64.25	66.53
	Hb > 11.5 g/dl			39.55	14.71
	Serum ferritin < 100 g/dl			48.75	15.76
ความเพียงพอในการฟอกเลือด	URR < 65%	< 20%		27.76	11.51
	Kt/V < 1.2 (HD 3 ครั้ง/wk)			26.76	7.38
	Kt/V < 1.8 (HD 2 ครั้ง/wk)			68.73	43.09
การเตรียมหลอดเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด	AVF หรือ AVG หรือ Permcath	> 70%		92.49	98.29
	Temporary venous catheter >90 วัน	< 20%		16.30	6.24
การดูแลรักษาความผิดปกติทางเมตาบอลิกของแร่ธาตุและกระดูก	Serum calcium > 10.2 mg/DL	< 20%		25.10	11.99
	Serum phosphorus> 5.0 mg/DL			43.34	41.14
	iPTH> 9 เท่า ของค่าปกติ			54	59.50
ภาวะโภชนาการ	Serum albumin <3.5 mg/DL	< 20%		31.88	16.64

แหล่งที่มา: สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากผลการตรวจสอบพบว่า ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการบางอย่างยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เช่น Hemoglobin, Phosphorus, iPTH ซึ่งเกิดจากการที่หน่วยบริการหลายแห่งไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการติดตามเก็บข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย บางแห่งไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการให้การรักษาก็จะต้องมีคุณภาพเป็นไปตามข้อกำหนดและเกณฑ์ต่างๆ โดยเฉพาะภาวะซีดกรณี Hb<10 gm/dl มีจำนวนสูงมาก มีค่าร้อยละ 64.25 และ 66.53 ในปี พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2560 ตามลำดับ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นทีมผู้ตรวจสอบให้ความเห็นว่า ผู้ป่วยอาจมีปัญห่อื่นๆที่ทำให้เกิดภาวะซีด แต่เนื่องจากไม่ได้รับการตรวจหาสาเหตุอื่นและแก้ไขที่ปัญหา การให้ยา Erythropoietin จึงไม่สามารถทำให้ภาวะซีดของผู้ป่วยดีขึ้นได้ ดังนั้น จึงทำให้ภาวะซีดยังคงสูง

นอกจากนี้ในปี 2560 ยังมีการตรวจสอบซ้ำโดย Auditor ซึ่งเน้นไปที่จำนวนครั้งการฟอกเลือด การให้ยา Erythropoietin การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ยาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง คุณภาพการฟอกเลือดและการตรวจสอบคุณภาพอื่นๆที่จำเป็น โดยผลการตรวจสอบพบร้อยละความถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 75

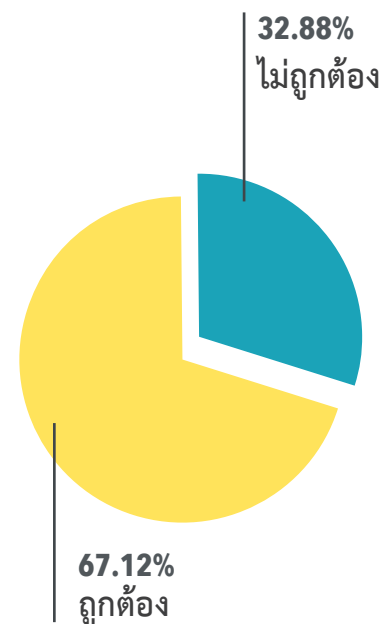
สรุปผลการจ่ายชดเชยอุปกรณ์ กรณีการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี ผ่านสายสวน ปี 2560

BILLING AUDIT FOR PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION:PCI

ผลการตรวจสอบความถูกต้องการ
จ่ายชดเชยอุปกรณ์กรณีการรักษา
โรคหลอดเลือดโคโรนารี
ผ่านสายสวน ในปี พ.ศ. 2560

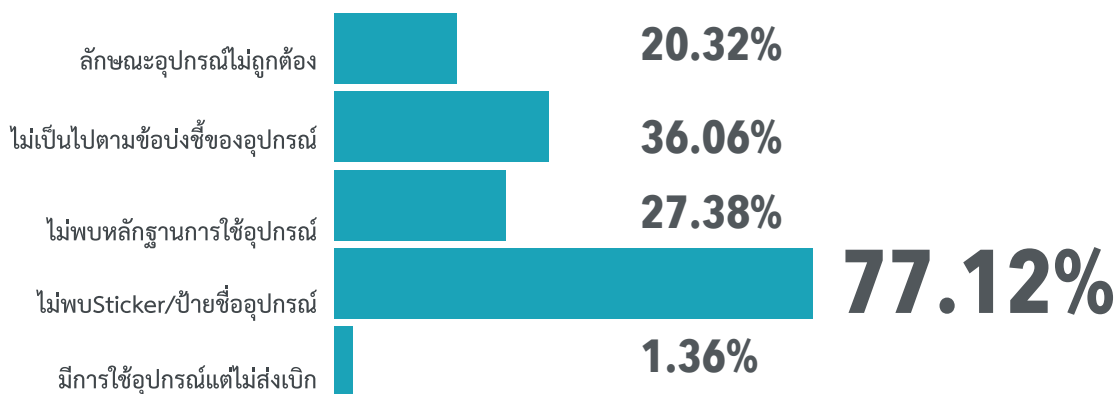
การตรวจสอบการจ่ายชดเชยอุปกรณ์กรณีการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ในปีงบประมาณ 2560 โดย สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ ได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบ ณ หน่วยบริการ 2 แห่ง และดำเนินการตรวจสอบร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตทั้ง 13 เขต เลือกข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยอุปกรณ์กรณีการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ในปีงบประมาณ 2559 จำนวนหน่วยบริการที่ตรวจสอบ 2 แห่ง และในปีงบประมาณ 2560 จำนวนหน่วยบริการที่ตรวจสอบทั้งหมด 36 แห่ง รวมจำนวนเวชระเบียนที่ตรวจสอบ 2,710 ฉบับ โดยเลือกข้อมูลการให้บริการที่มีการจ่ายชดเชยกรณีการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและมีการจ่ายอุปกรณ์รหัส 4702 (อุปกรณ์เย็บซ่อมปิดหลอดเลือด : Vascular closure device) และมีการจ่ายอุปกรณ์ที่มีราคาแพง

สำหรับอุปกรณ์ที่ตรวจสอบทั้งหมด จำนวน 12,397 ชิ้น พบมีการเบิกจ่ายถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด จำนวน 8,231 ชิ้น และการเบิกจ่ายไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด จำนวน 4,262 ชิ้น



แหล่งที่มา: สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพ
บริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการตรวจสอบความไม่ถูกต้องการจ่ายชดเชยรายอุปกรณ์กรณีการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี
ผ่านสายสวน แยกตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ในปี พ.ศ. 2560



แหล่งที่มา: สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการตรวจสอบพบว่าการจ่ายชดเชยไม่ถูกต้อง เนื่องจากการไม่พบ sticker/ป้ายชื่ออุปกรณ์ รวมถึงไม่พบหลักฐานการใช้อุปกรณ์ โดยจำนวนเงินที่หน่วยบริการส่งเบิกในปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 58,363,863.64 บาท และจำนวนเงินชดเชยหลังการตรวจสอบ เท่ากับ 44,564,252.09 บาท ต้องเรียกเงินคืน 13,799,611.55 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 23.64

สรุปผลการดำเนินงาน

จากผลการดำเนินงานข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ระบบการตรวจสอบ Billing audit ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถตรวจพบการให้บริการที่ไม่ตรงตามหลักเกณฑ์หรือไม่พบหลักฐานการใช้ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบ ทั้งในด้านคุณภาพบริการในหน่วยบริการและการบริหารจัดการระบบโดยภาพรวมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น กรณีหน่วยบริการพบว่าตนเองให้บริการไม่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ก็จะนำผลการตรวจสอบไปพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการดีขึ้น เนื่องจากส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายชดเชยและคุณภาพของหน่วยบริการ และหน่วยบริการหรือคณะกรรมการตรวจสอบฯ ก็ได้ให้ข้อเสนอแนะแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายหรือหลักเกณฑ์การประเมินต่อไป เช่น มีการแจ้งหน่วยบริการให้ทราบระบบและหลักเกณฑ์การตรวจสอบล่วงหน้า หรือการปรับหลักเกณฑ์ให้สอดคล้องกับการให้บริการในหน่วยบริการ เป็นต้น ซึ่งระบบตรวจสอบดังกล่าว มุ่งไปสู่การบริหารจัดการกองทุนที่มีประสิทธิภาพและการให้บริการที่มีคุณภาพ เป็นหนึ่งในหัวใจสำคัญของการตรวจสอบ แต่อย่างไรก็ตาม อาจต้องเพิ่มเติมประเด็นการพัฒนาในเรื่องของกระบวนการสุ่มตรวจสอบที่ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร การกำหนดกลุ่มโรคเพื่อการติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการปรับปรุงระบบการตรวจสอบให้ทันต่อสถานการณ์ สอดคล้องกับมาตรฐานและบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

PROVIDERS GRADING

การ **GRADING** หน่วยบริการ

การ GRADING

หน่วยบริการ

GRADING*

คะแนนรวม 8 ตัว < MEAN

SELECT

ร้อยละการเปลี่ยนแปลง AdjRW > MEAN

SELECT 2

จำนวนการเปลี่ยนแปลง AdjRW > MEAN

CA2D

หน่วยบริการที่มีผลตรวจ CA2D > MEAN

GRADING	SELECT	SELECT 2	CA2D
1	1	1	1
คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน

0 POINT >> EXCELLENT ----- POOR<< 4 POINTS

คะแนน 0 ถือว่าดี และ 4 ไม่ดี

*GRADING

การ Grading หน่วยบริการเป็นระบบการให้คะแนน หน่วยบริการตามเกณฑ์มาตรฐานโดยยึดตัวแปร 8 ตัว

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

ซึ่งตัวแปรทั้ง 8 ตัว

นำมาคิดคะแนน 0-4 คะแนน

โดยหน่วยบริการที่มี

คะแนน 0 ถือว่าดี และ 4 ไม่ดี

การให้สี

จะเป็นการเปรียบเทียบ

ค่าคะแนนเทียบกับปีที่ผ่านมา



สีแดง หมายถึง

คะแนนปีนี้เท่ากับ 4 หรือ

เพิ่มจากปีที่ผ่านมาเป็นคะแนน 3 หรือ 4



สีชมพู หมายถึง

คะแนนเพิ่มจากเดิม

เป็นคะแนน 1 หรือ 2



สีส้ม หมายถึง

คะแนนเท่าเดิม ยกเว้นคะแนน 4



สีเหลือง หมายถึง

คะแนนลดลงจากเดิม เป็น 1 หรือ 2



สีเขียว หมายถึง

คะแนนลดลงจากเดิม เป็น 0



สีขาว หมายถึง

คะแนนเดิมเป็น 0 ไม่ต้องตรวจสอบ

การเปรียบเทียบการจัดลำดับหน่วยบริการ ในปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีการตรวจสอบและจัดลำดับหน่วยบริการเปลี่ยนจาก 514 แห่งเป็น 364 แห่ง และ 773 แห่ง ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มการสรุปการวินิจฉัยและให้รหัสโรคมียแนวโน้มดีขึ้น

โดยหน่วยบริการที่ระดับความผิดพลาดรุนแรง (สีแดง) ลดลงจากร้อยละ 40.66 เป็น 35.16 และ 16.24 ตามลำดับ และหน่วยบริการที่ระดับความผิดพลาดน้อย (สีเหลือง) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.09 เป็น 21.98 และ 43.95 ตามลำดับ



แสดงการเปรียบเทียบ
การจัดลำดับหน่วยบริการ
ในการสรุปการวินิจฉัย
และให้รหัสโรคตามมาตรฐาน
ในปี พ.ศ. 2558

ระดับคะแนน		ปีงบประมาณ 2558					รวม
		0	1	2	3	4	
ปีงบประมาณ 2557	1	73	74	72	49	21	289
	2	39	39	35	24	23	160
	3	0	2	10	14	5	31
	4	1	3	2	8	11	25
	5	1	0	1	1	1	4
	6	0	0	0	2	3	5
รวม		114	118	120	98	64	514
จำนวนตามระดับสี		125	57	123	209		
ร้อยละ		24.32	11.09	23.93	40.66		

แสดงการเปรียบเทียบ
การจัดลำดับหน่วยบริการ
ในการสรุปการวินิจฉัย
และให้รหัสโรคตามมาตรฐาน
ในปี พ.ศ. 2559

ระดับคะแนน		ปีงบประมาณ 2559					รวม
		0	1	2	3	4	
ปีงบประมาณ 2558	1	19	34	21	10	1	85
	2	16	25	44	26	7	118
	3	8	12	19	34	25	98
	4	1	2	8	14	38	63
รวม		44	73	92	84	71	364
จำนวนตามระดับสี		44	80	112	128		
ร้อยละ		12.09	21.98	30.77	35.16		

แสดงการเปรียบเทียบ
การจัดลำดับหน่วยบริการ
ในการสรุปการวินิจฉัย
และให้รหัสโรคตามมาตรฐาน
ในปี พ.ศ. 2560

ระดับคะแนน		ปีงบประมาณ 2560					รวม
		0	1	2	3	4	
ปีงบประมาณ 2559	0	9	16	7	1	0	33
	1	18	27	13	12	0	70
	2	19	33	29	7	2	90
	3	13	18	30	14	8	83
	4	5	11	18	28	9	
ไม่ตรวจสอบ		77	153	148	42	6	426
รวม		141	258	245	104	25	773
จำนวนตามระดับสี		55	138	70	51		314
ร้อยละ		17.52	43.95	22.29	16.24		

แหล่งที่มา: สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

*** ไม่รวมกลุ่มไม่ตรวจสอบ/กลุ่มคะแนน 0

สรุปผลการดำเนินงาน

การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เป็นระบบตรวจสอบที่มีจุดประสงค์เพื่อการเฝ้าระวังและปรับปรุงคุณภาพทั้งในด้านการให้บริการ ระบบฐานข้อมูลและการบริหารจัดการกองทุน แม้ว่าจะยังพบปัญหาในการสรุปการวินิจฉัยและให้รหัสโรคที่ไม่ได้มาตรฐาน เช่น การสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนไม่ถูกต้อง การเพิ่มรหัสโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนไม่ถูกต้อง เป็นต้น แต่ความผิดพลาดดังกล่าวก็มีแนวโน้มลดลง และผลการดำเนินงานที่สำคัญจากระบบ Grading ซึ่งเป็นหนึ่งในระบบที่เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบให้ตรงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด ในขณะเดียวกันเป็นการให้ Incentive กับโรงพยาบาลที่มีการสรุปและให้รหัสถูกต้องด้วย ผลการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ระดับคะแนนหน่วยบริการมีแนวโน้มดีขึ้น โดยระบบตรวจสอบข้างต้นสามารถตอบสนองเป้าหมายสำคัญที่สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการตั้งไว้ คือ การเฝ้าระวังและตรวจสอบระบบที่มีประสิทธิภาพ แต่ประเด็นสำคัญอื่นที่ควรให้ความสำคัญในพัฒนาระบบ คือ การนำผลการดำเนินการมาวิเคราะห์และใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งในการติดตาม ปรับปรุงระบบให้สอดคล้องกับสถานการณ์ รวมถึงการสร้างเครื่องมือหรือมาตรการใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งอาจต้องประสานงานร่วมกับหน่วยงานอื่นทั้งภายในและภายนอกสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

CASE STUDIES

กรณีศึกษาจากกระบวนการ
ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
การเรียกเก็บค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข

ระบบการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียก
เก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทำให้เกิด
ผลลัพธ์ที่ตามมาทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ จาก
การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีกรณี
ศึกษาที่น่าสนใจทั้งหมด 4 กรณี ดังนี้

CASE STUDY

N.1

การรายงานผลเวชระเบียนที่ไม่ได้มาตรฐาน

ที่มาของกรณีศึกษา

การใส่รหัสโรคเกินจริงของโรงพยาบาล H1
ซึ่งมีการเรียกค่านับบริการสาธารณสุขมากที่สุด

ความเป็นมา

ปี พ.ศ. 2555 จากการวิเคราะห์ค่า case mix index (CMI) คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของโรงพยาบาล H1 โดยการตรวจสอบตามระบบปกติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตสุขภาพ พบว่า ข้อมูลของโรงพยาบาลดังกล่าวมีค่าเพิ่มขึ้นจาก 1.3 เป็น 2.3 ในช่วงระยะเวลา 3 ปี ทั้งที่ไม่ได้เปิดบริการทางการแพทย์เพิ่ม ซึ่งสูงกว่าโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน

ขั้นตอนการตรวจสอบ

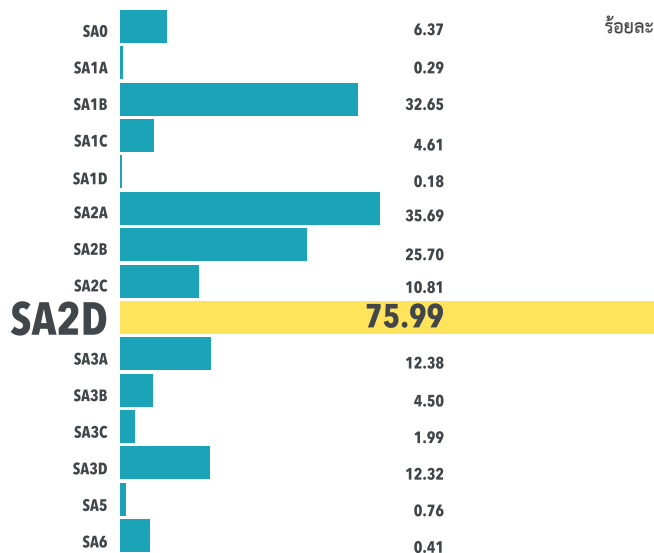
หลังจากพบข้อมูล CMI ที่สูงขึ้นผิดปกติ จึงได้ทำการตรวจสอบข้อมูลเวชระเบียน และพบว่ามีการลงข้อมูลเวชระเบียนที่เกินจริง จึงได้ค้นเวชระเบียนเพิ่มโดยเน้นรหัสโรคที่สงสัย จึงพบข้อมูลเวชระเบียนที่เกินจริง จำนวน 2,152 ฉบับ โดยมีอัตราการเรียกค่านับบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการมากถึงร้อยละ 44 หรือ 2,387,015.60 บาท (เบิกเกินร้อยละ 81 จากที่ควรได้รับ) สปสช. ได้ทำหนังสือแจ้งเตือนข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในผิดปกติให้โรงพยาบาลแก้ไขการให้รหัสโรคที่ไม่ถูกต้องตามหลักการและไม่มีหลักฐานการวินิจฉัยโรคดังกล่าว เช่น การวินิจฉัย anemia, thrombocytopenia, hypoxia, hyperglycemia รวมถึงการสลับการวินิจฉัยโรคหลักและโรคร่วม ซึ่งทำให้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เพิ่มขึ้นมาก

ผลการดำเนินการ

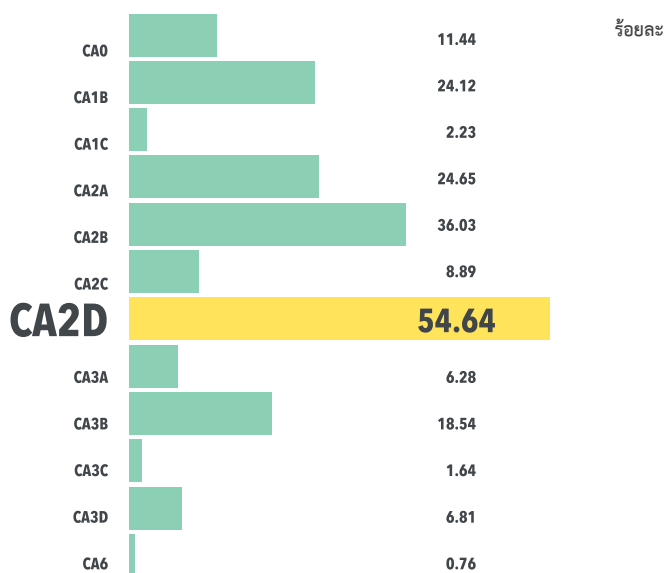
จากเวชระเบียนที่เกินจริง 2,152 ฉบับ ได้ส่งให้โรงพยาบาลแก้ไข ซึ่งโรงพยาบาลได้ทำการแก้ไขเพียง 420 ฉบับ ประเมินการเรียกค่านับบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการลดลงเหลือร้อยละ 29 และยังมีการแก้ไขเพิ่มเติมที่ไม่ตรงตามเกณฑ์มาตรฐาน

ปี พ.ศ. 2556 สำนักตรวจสอบการชดเชย และคุณภาพบริการได้ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 1,732 ฉบับที่ยังไม่ได้แก้ไข พบข้อมูลไม่ถูกต้อง ซึ่งต้องมีการเรียกคืนค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการถึงร้อยละ 52 หรือ 16,618,079.44 บาท (เบิกเกินร้อยละ 109 จากที่ควรได้รับ) จึงได้เสนอเข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารกลุ่มภารกิจบริหารกองทุน และมีมติให้เสนอต่อคณะอนุกรรมการพิจารณาหักค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากส่วนที่เรียกคืน ตามข้อ 6(3) (ค่าปรับ)

ผลการตรวจสอบการสรุปโรคและเหตุการณ์ของ โรงพยาบาล H1 ในปี พ.ศ.2555-2556



ผลการตรวจสอบการให้รหัสโรคและเหตุการณ์ของ โรงพยาบาล H1 ในปี พ.ศ.2555-2556



สรุปมติคณะกรรมการ พิจารณาหักค่าใช้จ่าย

สรุปมติคณะกรรมการพิจารณาหักค่าใช้จ่าย เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2556 เห็นชอบตามที่เสนอว่า ผลการตรวจสอบ เวชระเบียนเชื่อได้ว่าจริงเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริง เป็นกรณีการสรุปโรคมากเกินหลักฐานในเวชระเบียน หรือมีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคโดยไม่มีหลักฐาน อันเป็นเหตุให้สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินควรแก่กรณี ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อ 6(3) และมีมติให้ปรับในอัตรา 7.5 เท่าของจำนวนเงินที่หน่วยบริการเรียกเก็บเกินจริงในการให้บริการในครั้งนั้น ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาโดยคำนึงถึงระดับความร้ายแรงหรือพฤติการณ์แห่งการกระทำ แต่ต้องไม่เกินสิบเท่าและไม่เกินหนึ่งแสนบาท ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักฯ ข้อ 9 เป็นเงินทั้งสิ้น 90,996,289.80 บาท (7.5 เท่ามาจากอัตราการสรุปรหัสโรค และหักการโดยไม่มีหลักฐานร้อยละ 75)

ยื่นอุทธรณ์

โรงพยาบาล H1 ได้ส่งเรื่องเพื่อขออุทธรณ์ผลการพิจารณาดังกล่าว โดยมีความประสงค์ขออุทธรณ์คำสั่งต่อคณะกรรมการหักค่าใช้จ่าย ให้พิจารณาทบทวนมติ โดยกล่าวอ้างว่าไม่มีเจตนาหรือจงใจ ในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริงแต่อย่างใด แต่เป็นความผิดที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากความไม่เข้าใจ ได้ปรับปรุงการสรุปการวินิจฉัยโรคและหักการ ในรายการที่น่าจะผิดพลาดอย่างต่อเนื่องและโรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนต่างด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภายในเขตรับผิดชอบทั้งจังหวัด เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนมีสถานะทางการเงินไม่ดี แต่คณะกรรมการหักค่าใช้จ่าย มีมติให้ปรับตามเดิม

โรงพยาบาล H1 ได้ยื่นอุทธรณ์อีกครั้ง สำนักกฎหมายพิจารณายื่นอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมติคณะกรรมการเห็นชอบตามที่คณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์และคณะกรรมการพิจารณาหักค่าใช้จ่ายเสนอความเห็นให้เรียกเงินคืนตามจำนวนและให้ปรับ โดยมีความเห็นเป็น 2 แนวทาง คือ

- ปรับในอัตรา 1.5 เท่า ตามมติคณะกรรมการพิจารณาหักค่าใช้จ่าย และมติของคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ เมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2557
- ปรับในอัตรา 0.5 เท่า ตามที่คณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ส่วนหนึ่งให้ความเห็น

ในส่วนค่าปรับนั้น เนื่องจากยังไม่เคยดำเนินงานมาก่อน จึงได้ส่งเรื่องให้คณะกรรมการกฤษฎีกาตีความ ซึ่งคณะกรรมการกฤษฎีกาตีความว่า ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่สามารถเรียกค่าปรับได้ ทำได้เพียงเรียกคืนค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ โรงพยาบาล H1 จึงคืนค่าบริการสาธารณสุขดังกล่าว จำนวน 16,618,079.44 บาท

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ทำเรื่องถึงกระทรวงสาธารณสุข 2 เรื่อง คือ การหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการเสมือนค่าปรับและการเอาผิดทางวินัย ซึ่งกองนิติกรของกระทรวงสาธารณสุข แจ้งว่ากรณีแรกไม่สามารถทำได้ ส่วนเรื่องการเอาผิดทางวินัยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ส่งหนังสือไปที่กระทรวงเพื่อแจ้งให้ทราบเบื้องต้น

บทเรียนจากกรณีศึกษา

การเรียกคืนค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ไม่มีอิทธิพลเพียงพอที่จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการสรุปและให้รหัสโรคให้ได้มาตรฐาน เนื่องจากสามารถเรียกคืนค่าบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการได้แค่เวชระเบียนที่สุ่มตรวจเท่านั้น ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 1 ของเวชระเบียนทั้งหมด ด้วยเหตุนี้จึงไม่มีผลต่อการควบคุมให้ลงข้อมูลในเวชระเบียนอย่างถูกต้อง เนื่องจากหน่วยบริการได้รับการชดเชยค่าบริการสาธารณสุขจากเวชระเบียนที่ไม่ได้ตรวจสอบด้วยและหากมีการตรวจสอบพบว่ามีความผิด ก็จะไม่ชดเชยแค่เพียงส่วนที่ตรวจพบจากการสุ่มตรวจเท่านั้น ซึ่งทำให้ผู้บริหารอาจมีนโยบายการเพิ่มการให้รหัสที่มีผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ได้

ระบบการสุ่มตรวจสอบไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อการลงโทษหรือจับผิด

หากพบความผิดปกติในการสรุปหรือให้รหัสโรค จะมีการตรวจสอบเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องเพิ่มและเปิดโอกาสให้สถานบริการได้ชี้แจงและนำไปแก้ไขให้ถูกต้อง หากสถานบริการยังสรุปหรือให้รหัสโรคผิดซ้ำอีก ก็จะยื่นเรื่องต่อคณะกรรมการหักค่าใช้จ่ายพิจารณา เนื่องจากแสดงว่ามีเจตนาในการกระทำความผิด

ต้องสร้างระบบควบคุมการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เนื่องจากระบบการตรวจสอบอย่างเดียวไม่เพียงพอ สปสช. จึงสร้างระบบ grading เพื่อประเมินคุณภาพการสรุปและให้รหัสโรคของโรงพยาบาล โดยติดตามผลจาก 8 ตัวแปรทุกปี ทั้งด้วยตัวแปรเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งจะช่วยในการเฝ้าระวังคุณภาพการสรุปและให้รหัสโรคของสถานพยาบาล ถ้าโรงพยาบาลใดได้สีเขียวก็就不用ตรวจสอบ แต่ถ้าเข้าเกณฑ์ต่ำ(สีแดง) ก็จะตรวจสอบมากกว่ากลุ่มอื่น และถ้าได้สีแดงติดต่อกัน 3 ปี จะเข้าสู่ระบบการตรวจสอบโดย 3 กองทุน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนรักษาพยาบาลประกันสังคม และกองทุนรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการ โดยสถานพยาบาลจะต้องแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องก่อนจึงจะได้รับโอนค่าบริการสาธารณสุข และวิธีการชะลอจ่ายมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพการลงสรุปและให้รหัสโรคของสถานบริการอย่างเห็นได้ชัด โดยระบบควบคุมการตรวจสอบนี้ ทำให้โรงพยาบาลพยายามปรับปรุงคุณภาพการลงรหัสและการวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

CASE STUDY

N.2

การรายงานผลเวชระเบียนที่ไม่ได้มาตรฐาน

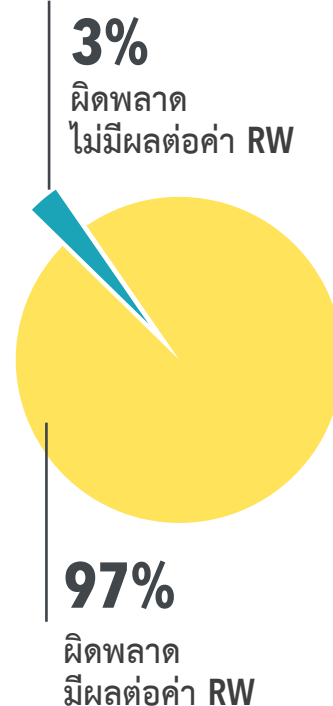
ที่มาของกรณีศึกษา

การใส่รหัสโรคเกินจริงของโรงพยาบาล H2 ที่มีความผิดพลาดในการการสรุปและให้รหัสโรคสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ ในปี พ.ศ. 2557-2558

ผลการตรวจสอบเวชระเบียน
จำแนกตามความผิดพลาด
ของโรงพยาบาล H2

ขั้นตอนการตรวจสอบ

จากการตรวจสอบเวชระเบียนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตสุขภาพ พบว่าโรงพยาบาล H2 มีความผิดพลาดในการสรุปและให้รหัสโรคสูงมาก ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557 จึงมีมติจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการตรวจสอบและควบคุมกำกับการชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมระหว่างสามกองทุน ให้เข้าตรวจเยี่ยมโรงพยาบาล วันที่ 2-3 สิงหาคม 2559 ผลการตรวจสอบเวชระเบียนที่มีข้อบ่งชี้ว่ามีความผิดปกติสูง จำนวน 100 ราย พบข้อผิดพลาดทั้ง 100 ฉบับ มีความผิดพลาดที่ส่งผลให้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เปลี่ยนแปลง 97 ฉบับ และผิดพลาดไม่มีผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ 3 ฉบับ



เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความผิดพลาดดังกล่าว พบว่าแพทย์สรุปเวชระเบียนได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 2 และการสรุปโรคหลักผิดถึงร้อยละ 6 เนื่องจากโรคหลักไม่สอดคล้องกับอาการนำที่เป็นเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีการสรุปโรคร่วมที่ไม่มีหลักฐานประวัติการเจ็บป่วย ไม่มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยหรือไม่มีการวินิจฉัยโดยแพทย์ในเวชระเบียนร้อยละ 91 ซึ่งจากการวิเคราะห์ในเวชระเบียน ข้อผิดพลาดของการสรุปเวชระเบียนของแพทย์มีความผิดพลาดสูงมาก

การประเมินความถูกต้องของการให้รหัสโรคและหัตถการสำหรับการส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายของเจ้าหน้าที่เวชสถิติ พบว่ามีความถูกต้องเพียงร้อยละ 39 พบว่าความผิดพลาดของเจ้าหน้าที่ไม่ให้รหัสโรคที่แพทย์สรุปไว้ร้อยละ 24 ให้รหัสโรคร่วมโรคแทรกผิดพลาดร้อยละ 25 และเพิ่มรหัสโรคร่วมโรคแทรกที่แพทย์ไม่ได้สรุปร้อยละ 21 ซึ่งไม่ถูกต้องมาตรฐานการให้รหัส

จำนวนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของเวชระเบียนที่ตรวจจำนวน 100 ราย จำนวนน้ำหนักสัมพัทธ์ 219.4106 ผลหลังการตรวจ น้ำหนักสัมพัทธ์ลดลงเหลือเพียง 75.5278 ผลต่าง 143.8828 ถือว่าโรงพยาบาล H2 เบิกจ่ายชดเชยเกิน ร้อยละ 65.58 ประเมินมูลค่าเบิกเกินต้องเรียกเงินคืนจากโรงพยาบาลดังกล่าว จำนวน 1,151,062.40 บาท

โรงพยาบาล H2 ได้ปรับปรุง
แก้ไขเวชระเบียนและ
คืบค่าบริการสาธารณสุข และ
ปัจจุบัน พฤติกรรมใน
การสรุปและให้รหัสโรคดีขึ้น
โดยในปี พ.ศ.2560 คะแนน
Grading อยู่ในระดับสีเขียว

ผลการดำเนินการ

ภายหลังการตรวจสอบ มติร่วมของทีมตรวจสอบของกรมบัญชีกลางและ สปสช
(ครั้งนี้ไม่มีการตรวจเวชระเบียนของสำนักงานประกันสังคม) มีดังนี้

- ให้โรงพยาบาลดำเนินการทบทวนเวชระเบียนที่เข้าเงื่อนไขความผิดปกติของ
ข้อมูล และขอแก้ไขข้อมูลไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2558-2559 ภายในวันที่ 30 กันยายน 2559 ระหว่างดำเนินการ
กรมบัญชีกลางและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะชะลอการ
จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ไว้ก่อน
- การแก้ไขข้อมูล ต้องยึดหลักตามมาตรฐานการสรุปและให้รหัสโรค-หัตถการ
และมาตรฐานวิชาชีพโดยเคร่งครัด โดยทีมผู้ตรวจสอบของกองทุนจะเป็น
ผู้พิจารณาข้อมูลที่ส่งไปแก้ไขอีกครั้ง
- ทั้งสองกองทุนจะดำเนินการแจ้งผู้บังคับบัญชา และผู้บริหารระดับสูงของ
กระทรวงสาธารณสุข ถึงข้อผิดพลาดที่ตรวจพบ โดยเฉพาะกรณีที่มีปัญหา
ด้านคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย และข้อมูลการเบิกจ่ายที่ไม่ถูกต้อง เพื่อให้
ดำเนินการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

โรงพยาบาล H2 ได้ปรับปรุงแก้ไขเวชระเบียนและคืบค่าบริการสาธารณสุข และ
ปัจจุบัน พฤติกรรมในการสรุปและให้รหัสโรคดีขึ้น โดยในปี พ.ศ.2560 คะแนน
Grading อยู่ในระดับสีเขียว



GRADING IN 2560

บทเรียนจากกรณีศึกษา

ระบบ Grading ทำให้การควบคุมการตรวจสอบ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เนื่องจากการติดตามต่อเนื่อง เช่น การเฝ้าระวังกลุ่มสีเหลืองและแดงเป็นหลัก โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความผิดปกติต่อเนื่อง ซึ่งมีผลต่อปริมาณการสุ่มตรวจเวชระเบียนที่มากขึ้น

ระบบการสุ่มตรวจที่มีการปรับเปลี่ยน ให้ทันต่อเหตุการณ์

การปรับเงื่อนไขในการสุ่มเวชระเบียนเพิ่ม เช่น เมื่อพบกรณีไหนที่มีความผิดปกติก็จะเก็บมาเป็นข้อสังเกต คำนวณว่ามีผลกระทบต่อ RW มากน้อยเพียงใด จากนั้นจะดึงรหัสจากฐานข้อมูลมาดู หากพบที่มีการสรุปและให้รหัสโรคที่ไม่ได้มาตรฐาน ก็จะเป็นเงื่อนไขในการสุ่มตรวจเวชระเบียนในปีต่อไป

CASE STUDY

N.3

การบันทึกข้อมูลเท็จในรายงานการเบิกจ่าย ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ที่มาของกรณีศึกษา

การเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิด
ของโรงพยาบาล H3 สูงผิดปกติ ในปี พ.ศ.2556

ขั้นตอนการตรวจสอบ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตสุขภาพ ได้ดำเนินการตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2554 เป็นต้นมา โดยการพิจารณาจากข้อมูลในโปรแกรม BPPDS ที่หน่วยบริการบันทึกการให้บริการรายบุคคล เพื่อขอเบิกชดเชยค่าบริการ

ในปีงบประมาณ 2556 ได้ตรวจพบการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการยาเม็ดคุมกำเนิดของโรงพยาบาล H3 มีจำนวนสูงผิดปกติ ประมาณ 42 ล้านบาท สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตสุขภาพ จึงได้ดำเนินการขออนุญาตตรวจสอบข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประจำปี 2554-2555 ในวันที่ 13 มิถุนายน 2556 พบว่า

- โรงพยาบาล H3 แจ้งว่า ส่งยาเม็ดคุมกำเนิดไปให้กับสถานประกอบการหรือฝ่ายบุคคล โดยไม่มีการได้พบผู้รับบริการ การเบิกจ่ายครั้งต่อไป ใช้รายชื่อชุดเดิมเพื่อเบิกจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด รายชื่อที่สถานประกอบการแจ้งมีรายชื่อของพนักงานที่พักอาศัยอยู่ต่างจังหวัด แต่โรงพยาบาลได้ส่งรายชื่อเหล่านั้นมาเบิกในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- หลักฐานหรือทะเบียนการแจกจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดรายบุคคลนอกโรงพยาบาลที่ปรากฏนั้นไม่น่าเชื่อถือ

ไม่มีการบันทึกวันที่ในการให้บริการ ลายมือชื่อที่มีการบันทึกไว้ทั้งหมดมีลักษณะเหมือนหรือคล้ายกับเป็นลายมือของบุคคลเพียงคนเดียวที่จัดทำขึ้นใหม่

- ไม่พบหลักฐานการสนับสนุนยาเม็ดคุมกำเนิดให้แก่สถานประกอบการตามรายชื่อของบุคคลที่มีการส่งข้อมูลเข้ามา ในโปรแกรม BPPDS
- หลักฐานการจัดซื้อยาเม็ดคุมกำเนิดมีปริมาณการซื้อไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้รับบริการที่ได้บันทึกไว้
- มีการให้บริการแจกจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดพร้อมกับบริการฝากครรภ์
- มีการบันทึกการให้บริการแจกจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดให้กับหญิงที่มีอายุเกิน 49 ปี จำนวนมาก
- มีการแจกจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดที่ให้บริการภายในโรงพยาบาลเท่านั้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตสุขภาพ รายงานผลการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อแจ้งให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรับทราบ ระหว่างนี้ให้จัดการให้บริการวางแผนครอบครัวไว้ก่อน

ผลการดำเนินการ

- โรงพยาบาล H3 ขอส่งเอกสารเพิ่มเติมเพื่อชี้แจงผลการตรวจสอบข้อมูลให้บริการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงแต่งตั้งคณะทำงานตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีมติว่า ไม่พบเอกสารหลักฐานประกอบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายใดๆ ที่สามารถแสดงให้เห็นการทำงานฯ เชื่อได้ว่าโรงพยาบาล H3 จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดให้แก่ผู้รับบริการจริง ตามมาตรฐานวิชาชีพเนื่องจากไม่พบการชักประวัติทั่วไป ประวัติการตั้งครรภ์ การตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก และวัดสัญญาณชีพ ฯลฯ รวมถึงพบว่าจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดให้แก่ผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี อายุมากกว่า 49 ปีและหญิงตั้งครรภ์โดยที่ไม่มีเอกสารหลักฐานแสดงความจำเป็น
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขออนุมัติเรียกเงินคืนจากโรงพยาบาล H3 จำนวน 20,694,360 บาท และยกเลิกการจ่ายชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจำนวน 800,240 บาท
- โรงพยาบาล H3 ขออุทธรณ์คำสั่งต่อคณะอนุกรรมการพิจารณาหักค่าใช้จ่าย จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์กรณีการยกเลิกการจ่ายชดเชยตามผลงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาล H3
- คณะกรรมการฯ มีมติเห็นสมควรยกอุทธรณ์ของผู้ฟ้องคดี โรงพยาบาล H3 จึงฟ้องสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อศาลปกครอง กรณีกระทำผิดสัญญาทางปกครอง
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชี้แจงข้อมูลกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลยกเลิกการฟ้องร้อง

**RECALL
PAYMENT
20,694,360
BAHT**

บทเรียนจากกรณีศึกษา

จากการกรณีดังกล่าว

ได้สร้างระบบการตรวจสอบการเบิกจ่ายด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพขึ้น

โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพตรวจสอบทุกปี มีการดูข้อมูลรวมการเบิกจ่ายแต่ละประเภท มีการตั้งเกณฑ์ที่ชัดเจนขึ้น เช่น คนอายุมากกว่า 49 ปีขึ้นไปเบิกยาคุมกำเนิดไม่ได้ เป็นต้น

CASE STUDY

N.4

การสร้างระบบการสรุปและให้รหัสโรค ที่ได้มาตรฐาน

ที่มาของกรณีศึกษา

โรงพยาบาล H4 พบว่าโรงพยาบาลสูญเสียค่าบริการสาธารณสุข
ที่ควรจะได้รับจากการสรุปและลงรหัสโรคไม่ครบถ้วน
รวมถึงการส่งข้อมูลล่าช้า จึงได้สร้างระบบควบคุมมาตรฐาน
การสรุปและลงรหัสโรคภายในโรงพยาบาลขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน

จากรายงานค่า RW พบว่าโรงพยาบาล H4 มีค่า RW น้อยกว่าระดับมาตรฐานเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน คือ 0.8 ซึ่งโรงพยาบาลอื่นได้มากกว่า 1 พบว่าหัวหน้างานประกันสุขภาพ จึงได้หาสาเหตุของปัญหา พบว่ามีการสรุปและลงรหัสโรคไม่ครบถ้วน ส่งข้อมูลล่าช้าจึงได้วางแผนสร้างระบบการสรุปและให้รหัสโรคขึ้นมา ดังนี้

- ตั้งคณะกรรมการแพทย์ ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งมีวาระ 6 เดือนสลับกันไป มีหน้าที่ทบทวนการให้รหัสโรคและการวินิจฉัย มีระบบพี่เลี้ยงในการสอนให้รหัสโรค หากเวชระเบียนใดมีปัญหา จะพูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ได้ความเห็นที่ตรงกัน
- สร้างแรงจูงใจด้วยค่าตอบแทน หากว่าสรุปเวชระเบียนทันเวลา จะได้รับค่าตอบแทน 10 บาท/เวชระเบียน หากเวชระเบียนมี RW มากกว่า 4 จะได้รับค่าตอบแทน 20 บาท/เวชระเบียน
- มีระบบติดตามผลการดำเนินงาน บันทึกค่า baseline ว่าก่อนตรวจสอบได้ RW เท่าไหร่ หลังตรวจสอบได้เท่าไรในแต่ละเดือน และเทียบกับรายได้ผู้รับผิดชอบ มีมุมมองว่าควรสรุปและให้รหัสโรคตามมาตรฐาน เนื่องจากจะเป็นฐานข้อมูลสำคัญของสถานการณ์โรคในประเทศไทย และการทำตามมาตรฐานก็สามารถทำให้โรงพยาบาลได้รับรายได้เพิ่มขึ้นตามที่ควรจะเป็น และเพียงพอต่อการบริหารงาน
- ให้ผู้รับผิดชอบได้เข้ารับการอบรมทั้งของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

ผลการดำเนินการ

โรงพยาบาล H4 เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับ grading โชนสีเขียวมาตลอด

- โรงพยาบาลมีรายรับเพิ่มขึ้น โดยการสรุปและให้รหัสโรคยังคงได้มาตรฐาน แพทย์พึงพอใจกับค่าตอบแทนที่ได้รับ
- ได้รับรางวัล Claim Award จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมอบรางวัลให้แก่โรงพยาบาลที่มีการสรุปและให้รหัสโรคที่ได้มาตรฐาน และยังเป็น Best Practice ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่โรงพยาบาลอื่นในเขตสุขภาพ

บทเรียนจากกรณีศึกษา

มุมมองของสถานพยาบาลต่อเป้าหมายหลักของการสรุปและให้รหัสโรค
หากสถานพยาบาลเข้าใจเป้าหมายหลักของการสรุปและให้รหัสโรค ซึ่งคือฐานข้อมูลผู้ป่วยของประเทศ ซึ่งใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์โรค การวางแผนงานในอนาคต จะช่วยให้สถานพยาบาลให้ความสำคัญต่อการสรุปรหัสโรคตามมาตรฐานมากขึ้น

การสร้างระบบการสรุปและให้รหัสโรคที่ได้มาตรฐานภายในโรงพยาบาล
เกิดขึ้นได้จากนโยบายของผู้บริหาร ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะแพทย์ และการดำเนินงานที่เป็นระบบ เช่น การสร้างศักยภาพของเจ้าหน้าที่โดยการฝึกอบรม การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การสร้างระบบติดตามเพื่อวัดผลการดำเนินการ



จากสำนักงานหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ

AUDIT INFRASTRUCTURE

ระบบการตรวจสอบต้องมีโครงสร้างที่ดีรองรับ

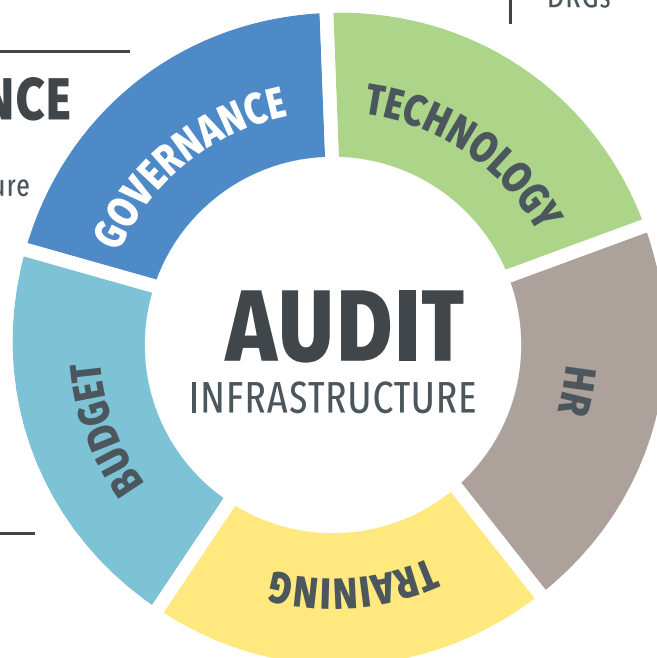
ระบบการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพต้องมีโครงสร้างและระบบการรองรับที่ดี โดยระบบที่จำเป็นต่อการตรวจสอบได้แก่ บุคลากร ซึ่งมีหลายกลุ่ม เช่น แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวชสถิติ ผู้ตรวจสอบ ซึ่งต้องมีความรู้และเข้าใจในระบบการวินิจฉัยโรค การลงรหัส และการตรวจสอบ มีเทคโนโลยี โดยเฉพาะระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้การตรวจสอบมีความถูกต้องแม่นยำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาระบบและโครงสร้างการตรวจสอบมาอย่างต่อเนื่องทั้งในการพัฒนาหลักสูตรอบรม การพัฒนาโปรแกรม และระบบฐานข้อมูล

GOVERNANCE

Code of conduct
Organization Structure

BUDGET



TECHNOLOGY

AUDITOGRAM
Electronic Medical Audit (EMA)
E-Claim
Visual Fox
DRGs

2,272 AUDITORS

HUMAN RESOURCES

Physician
Nurse
Medical Statistician
Information Technology
Finances / Accounting

TRAINING

Personnel Training
Database Development

PERSONNEL TRAINING

การพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาหลักสูตร
การตรวจสอบเวชระเบียน

การดำเนินงานตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในของ สปสช.ในช่วงแรก ทีมงานประกอบไปด้วย นพ.ประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล คุณมัทนา นาถนันทน์ คุณรุ่งจิต ลีลางามวงศ์ และคุณภัทรา อเนกวิทยากิจ ทำการสุ่มตรวจเวชระเบียนทั่วประเทศและเดินทางลงไปตรวจสอบในพื้นที่จริงปีละประมาณ 1,000 ฉบับ

ต่อมาในปี พ.ศ. 2548 สปสช.ได้ทำการขยายสำนักงานเขตในส่วนภูมิภาคแห่งแรกที่ จ.ขอนแก่น จึงได้มีการโอนงานการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 19 จังหวัด ไปให้สำนักงานเขตที่ จ.ขอนแก่นดูแลแทน พร้อมทั้งได้จัดการอบรมผู้ตรวจสอบเวชระเบียน (Auditor) รุ่นแรกขึ้น โดยมีแพทย์เข้าร่วมจำนวน 250 คน

เนื้อหาที่ใช้อบรมมาจากประสบการณ์การทำงานของ นพ.ประดิษฐ์และทีมงานเป็นหลัก ภายหลังจากอบรม คุณณัฐพงศ์ อนุวัตรยรรยง (ขณะนั้นเป็นเจ้าหน้าที่ในสำนักงานเขตขอนแก่น) จึงได้รวบรวมเป็นตำรา Audit เล่มแรกของประเทศไทยตามเนื้อหาการอบรม ซึ่งเป็นหลักการกว้างๆและให้แพทย์ใช้วิจารณ์ฐานในการตรวจสอบเวชระเบียนเป็นส่วนใหญ่

บทเรียน
ที่ได้รับจากการอบรม
Auditor รุ่นแรก

ไม่มีคู่มือมาตรฐาน
ในการอบรม

ไม่มีระบบโปรแกรม
คอมพิวเตอร์ช่วย
ในการตรวจสอบเวชระเบียน

สปสช.ยังไม่มีระเบียบ
ที่ใช้ในการตรวจสอบ
เวชระเบียน

ภายหลังจากคุณฐพงศ์ได้ย้ายมาทำงานที่สปสช.กลางจึงได้มีการร่างระเบียบการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อใช้ในการตรวจสอบเวชระเบียนอย่างเป็นระบบตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550 (แนบระเบียบในภาคผนวก) ทำให้สามารถขยายการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยไปได้ในทุกสำนักเขตของสปสช.

ในช่วงปีพ.ศ. 2549-2554 เป็นช่วงที่มีการเพิ่มจำนวนผู้ตรวจสอบเวชระเบียน (Auditor) โดยสปสช. มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่เบิกจ่ายตาม DRG ให้เกิดความเป็นธรรมแก่หน่วยบริการทุกแห่งมากที่สุด หลักสูตรช่วงนี้จึงมีเนื้อหา 2 ส่วนหลักๆ คือ การสรุปและให้รหัสโรคตาม ICD-10 โดยมีวิทยากรหลักคือ น.พ.ไชยยศ ประสานวงศ์ และในส่วนการตรวจสอบเวชระเบียนได้แก่ น.พ.ประดิษฐ์ วงษ์คุณารัตนกุล ซึ่งเนื้อหาส่วนใหญ่มาจากประสบการณ์ของวิทยากรร่วมกับปัญหาที่พบระหว่างการ Audit ต่อมาเมื่อมีแพทย์เป็น Auditor มากขึ้นทำให้เกิดความหลากหลายในการลงความเห็นมากขึ้น สปสช.จึงได้รวบรวมเนื้อหาการอบรมเป็น “แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน ฉบับที่ 1 ปี 2553 (Guideline for Medical Document Audit)” ขึ้นเพื่อให้ Auditor ทุกคนมีมาตรฐานเดียวกันในการ Audit และมีการปรับปรุงคู่มืออีก 2 ครั้ง ในปีพ.ศ. 2557 และ 2559 ในชื่อ “คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” ตามที่มีการประกาศ DRG version 5 รวมถึงแนวทางมาตรฐานการให้รหัสโรค (Standard coding guidelines) ฉบับใหม่



คู่มือแนวทางปฏิบัติในการ
ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการ
เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุขปี 2559

AUDITOR TRAINING PROGRAM

หลักสูตรการอบรมผู้ตรวจสอบเวชระเบียน
(Auditor) ปีพ.ศ. 2555

1.

ความรู้พื้นฐาน ICD10
และ ICD-9-CM

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับประวัติความเป็นมา แนวคิด หลักการ การจำแนกโรคทางกายวิภาคศาสตร์ การใช้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ การให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ ที่เกิดขึ้นกับอวัยวะหรือระบบการทำงานต่างๆของร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีได้มีรหัสระบุไว้ที่อื่น การบาดเจ็บ การเป็นพิษและผลติดตามจากเหตุภายนอก สาเหตุภายนอกของการป่วย

2.

การใช้หนังสือคู่มือแนวทางมาตรฐานการให้รหัสโรค และแนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด หลักการ และการวิธีการใช้คู่มือ

3.

การวิเคราะห์ฐานข้อมูลเพื่อการตรวจสอบเวชระเบียน

ความรู้เกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยใน ในเชิงความสัมพันธ์ เช่น ค่าน้ำหนักสัมพันธ์กับจำนวนวันนอน ค่าน้ำหนักสัมพันธ์กับค่าใช้จ่าย ความสัมพันธ์ของโรคและหัตถการ การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่ไม่สอดคล้องของโรคหลักและหัตถการ การสรุปโรคและให้รหัสที่เกินหลักการ

4.

การประเมินการสรุปโรคและหัตถการของแพทย์ (Summary Assessment; SA)

ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความถูกต้องของการสรุปโรคและหัตถการ โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากใบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Summary) กับผลการตรวจสอบของ Auditor

5.

**การประเมินการให้รหัสโรคและ
หัตถการ (Code Assessment; CA)**
ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความถูกต้องของการให้รหัสโรคและหัตถการ โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากใบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Summary) กับข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการ จัดส่งเพื่อขอรับการเบิกจ่ายชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6.

**แนวทางและขั้นตอนการตรวจสอบ
เวชระเบียน**
ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบว่าด้วยการประเมินข้อมูลจากใบสรุปการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Summary) การตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน

7.

**จรรยาบรรณของผู้ตรวจสอบ
เวชระเบียน**
ความรู้เกี่ยวกับการใช้จริยธรรม จรรยาบรรณ ของผู้ตรวจในการเก็บรักษา ความลับของผู้ป่วย หน่วยบริการ ที่ได้รับรู้ข้อมูลผลจากการตรวจสอบของผู้ตรวจด้วยประการใดๆทั้งปวง การตรวจสอบยึดถือความความซื่อสัตย์ ไม่มีอคติ ที่จะก่อให้เกิดผลเสียหายต่อหน่วยงาน ที่ได้รับการตรวจสอบ

8.

**ฝึกปฏิบัติและนำเสนอผลการตรวจ
สอบเวชระเบียน (Case Study)**
การนำความรู้ตามเนื้อหาความรู้พื้นฐาน ICD-10 และ ICD-9-CM การใช้หนังสือคู่มือแนวทางมาตรฐานการให้รหัสโรคเงื่อนไขการตรวจสอบเวชระเบียน การประเมินการสรุปโรคและหัตถการของแพทย์ (SA) การประเมินการให้รหัสโรคและหัตถการ (CA) แนวทางและขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน มาใช้ในการตรวจสอบเวชระเบียนพร้อมนำเสนอผลการตรวจสอบ

การพัฒนา

ผู้ตรวจสอบเวชระเบียน

ผู้ตรวจสอบเวชระเบียน หรือ Auditor เป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย เนื่องจากทรัพยากรของประเทศมีอยู่อย่างจำกัด งบประมาณสำหรับชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในเป็นงบปลายปิดแบบ Global budget เบิกจ่ายตามระบบ DRGs ที่คิดตาม sumAdj. RW ของแต่ละหน่วยบริการ จึงต้องมีการควบคุมการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในให้เกิดประสิทธิภาพและสร้างความเป็นธรรมให้แก่หน่วยบริการทุกหน่วย ทุกสังกัด

ปัจจุบันสปสช.ได้จัดการอบรม Auditor เป็นประจำทุกปี โดยแบ่งเป็น 2 หลักสูตร คือ หลักสูตรสำหรับแพทย์ที่ไม่เคยผ่านการอบรม Auditor มาก่อนเป็นหลักสูตร 3 วัน เนื้อหาประกอบไปด้วยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ DRGs, ICD-10 แนวทางการสรุปเวชระเบียน วิธีการตรวจสอบเวชระเบียน ซึ่งก่อนและหลังการอบรมจะมีการทำ Pre-test และ Post-test ทุกครั้ง

ส่วนอีกหลักสูตรเป็นการอบรมฟื้นฟูความรู้ของ Auditor คัดเลือกจากกรรมการ Auditor ที่ทำงานในปีที่ผ่านมา โดยจะเป็นการให้ความรู้เงื่อนไขการวินิจฉัยที่เปลี่ยนแปลงไปตาม CPG ของราชวิทยาลัย หรือตาม Standard coding guidelines รวมไปถึงการทบทวนผลการอุทธรณ์และผลการ Re-audit ที่พบข้อผิดพลาดบ่อยๆ ตลอดระยะเวลา 10 กว่าปีที่ผ่านมาที่สปสช.ได้จัดทำหลักสูตรการตรวจสอบเวชระเบียน มี Auditor ที่ยังคงทำงานอยู่ประมาณ 2,000 คนทั่วประเทศ

	MEDICAL AUDIT	BILLING AUDIT	QUALITY AUDIT	รวม
แพทย์	740	159	149	1,048
พยาบาล	266	172	237	675
เวชสถิติ	522	0	6	528
อื่นๆ	2	0	19	21
รวม	1,530	331	411	2,272

Auditor

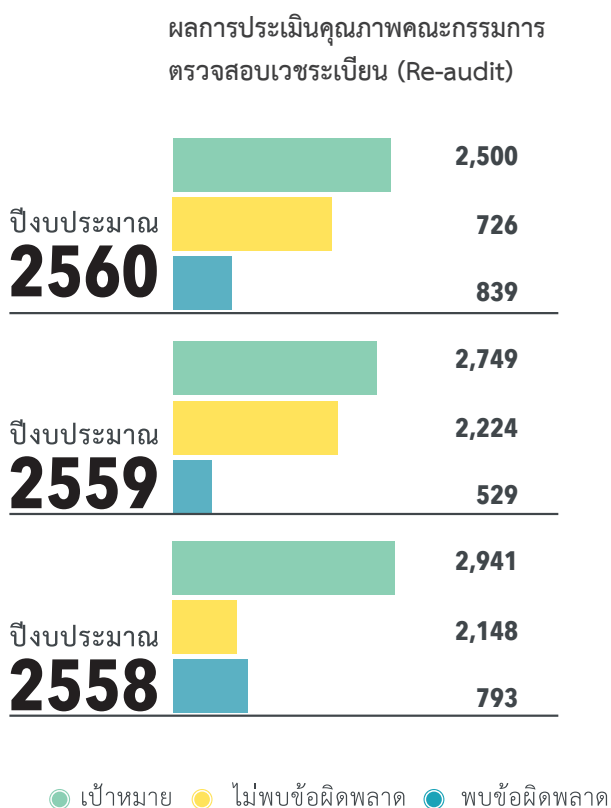
ที่ยังคงทำงานอยู่
ประมาณ

2,000 คน
ทั่วประเทศ

จำนวนคณะกรรมการตรวจ
สอบเวชระเบียนของสปสช.เขต
ปีงบประมาณ 2560

นอกจากนี้สปสช.ยังได้ร่วมกับวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก (วทก.) จัดอบรมพัฒนาความรู้ให้กับผู้ให้รหัสการวินิจฉัย (Coder) ของทุกโรงพยาบาล โดยจะจัดงบประมาณไปให้สปสช.เขตจัดการอบรม 1 ครั้ง/ปีงบประมาณ เน้นเรื่องการลงรหัสให้ตรงกับกรวินิจฉัยของแพทย์

นอกจากนี้สปสช.ยังสร้างระบบการตรวจสอบ Auditor ของสปสช.เอง ซึ่งจะมีการประเมินคุณภาพคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน (Re-audit) โดย Auditor ผู้เชี่ยวชาญที่มีผลการ Audit ที่เที่ยงตรงและแม่นยำ จำนวน 5 chart/คน/ปี ร่วมกับนำผลการ Audit ของ Auditor แต่ละคนมาเปรียบเทียบกับการยื่นอุทธรณ์ของหน่วยบริการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา Auditor แต่ละคนในการอบรมฟื้นฟูในปีถัดๆไป และหาก Auditor ไม่เข้าร่วมการอบรมฟื้นฟู 2 ปีติดต่อกัน หรือผลการ Audit ยังมีความผิดพลาดสูงอยู่อาจจะไม่ได้รับการเชิญให้เป็น Auditor ต่อไป



DATABASE DEVELOPMENT

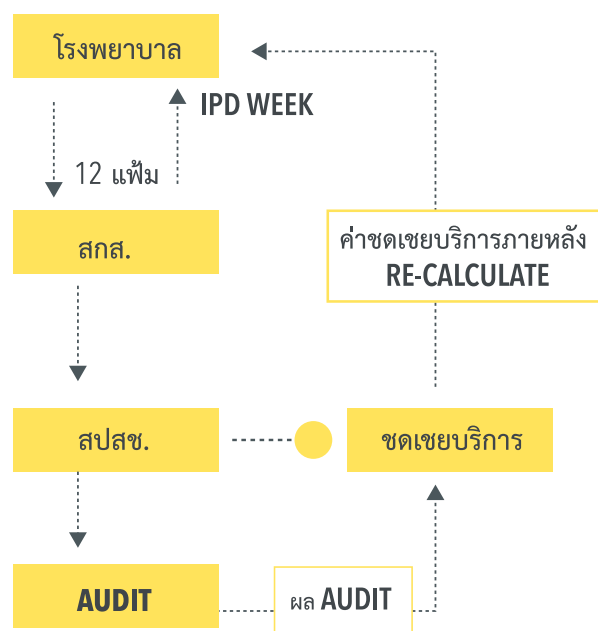
การพัฒนาฐานข้อมูล และระบบสารสนเทศ

ก่อนที่จะมีการก่อตั้ง สปสช. กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์(ชื่อในขณะนั้น) ได้พัฒนาให้เกิดการใช้รหัสโรคตาม ICD-10 เพื่อรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยของประชาชนในประเทศ และได้จัดทำฐานข้อมูล 12 แฟ้ม (ต่อมาพัฒนาเป็น 50 แฟ้มในปัจจุบัน) เพื่อให้แต่ละโรงพยาบาลส่งข้อมูลการรักษาผู้ป่วยในมายังส่วนกลาง จนเกิดเป็น DRGs version 1 ในปีพ.ศ. 2541 ภายหลังจากทดลองใช้นำร่องใน 6 จังหวัด

ภายหลังจากมีการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็ได้นำระบบเดิมของกระทรวงสาธารณสุขมาใช้ เพียงแต่เป็นการส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม e-claim ไม่ต้องส่งเป็นแผ่น CD มาที่ส่วนกลาง โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกส่งผ่านไปที่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) เพื่อทำการตรวจสอบเบื้องต้น (Electronic verification) แล้วแปลงข้อมูลเป็น File IPD week ส่งคืนให้โรงพยาบาลและสปสช. ผู้รับผิดชอบข้อมูล IPD week ของสปสช.คือ สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ ซึ่งจะแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ งาน Audit และงานชดเชยค่าบริการ โดยงานชดเชยจะจ่ายค่าบริการให้แก่โรงพยาบาลภายหลังได้รับข้อมูลบริการแล้ว หากงาน Audit พบว่ามีการเบิกจ่ายน้อยหรือมากกว่าที่ควร จะได้รับก็จะแจ้งงานชดเชยค่าบริการให้ทำการ Re-calculate ค่าบริการในงวดถัดไป

แสดงขั้นตอนการส่งข้อมูล
จากโรงพยาบาลมาสู่การ
Audit พ.ศ. 2545 - 2551

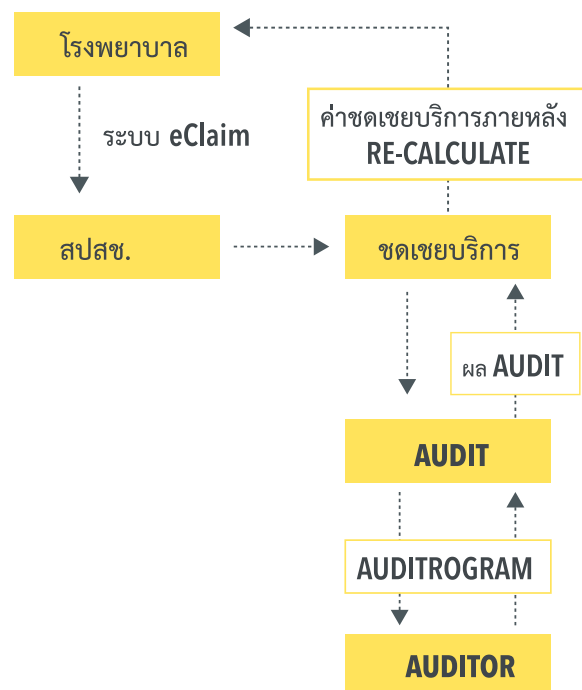
Audit 2545 - 2551



ต่อมาในปีพ.ศ. 2552 สปสช.ได้ปรับปรุงแบบการจัดส่งข้อมูลจากหน่วยบริการโดยไม่ต้องผ่านสภส. และได้พัฒนาโปรแกรม Auditrogram เพื่อใช้ในการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยเฉพาะ ซึ่งโปรแกรมนี้สามารถตรวจจับความผิดพลาดของการให้รหัสโรคเบื้องต้นได้ สามารถกำหนดเป้าหมายของการตรวจสอบเวชระเบียน ทำการสุ่มเวชระเบียนที่จะใช้ในการ Audit บันทึกข้อมูลการ Audit ออก Audit form และจัดทำรายงานผลการ Audit ได้ ทำให้การ Audit สามารถทำได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ปัจจุบัน สปสช.ได้พัฒนาการส่งไฟล์เวชระเบียนในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics medical audit; eMA) มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559 ทำให้ลดภาระการจัดส่งเวชระเบียนของโรงพยาบาล Auditor สามารถตรวจเวชระเบียนผ่านระบบออนไลน์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง และสปสช.สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการได้ปีละกว่า 20 ล้านบาท

แสดงขั้นตอนการส่งข้อมูล
จากโรงพยาบาลมาสู่การ
Audit พ.ศ. 2552 ถึงปัจจุบัน

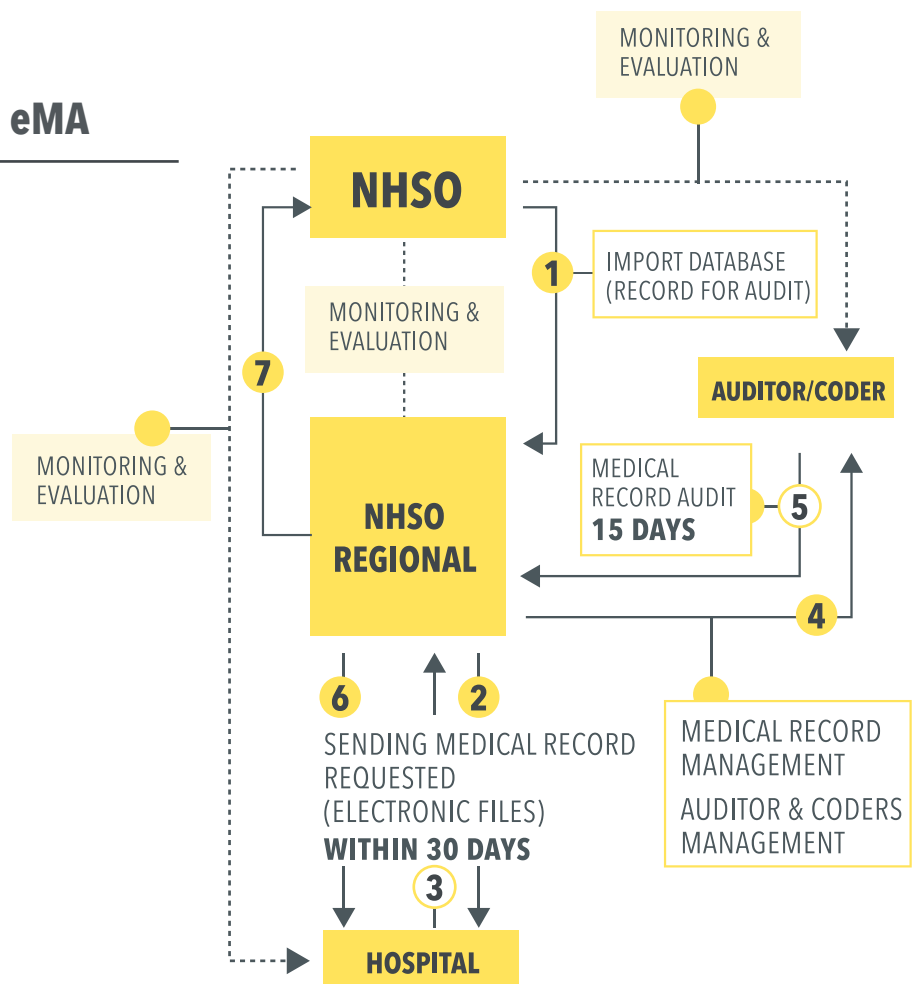
Audit 2552 ถึงปัจจุบัน



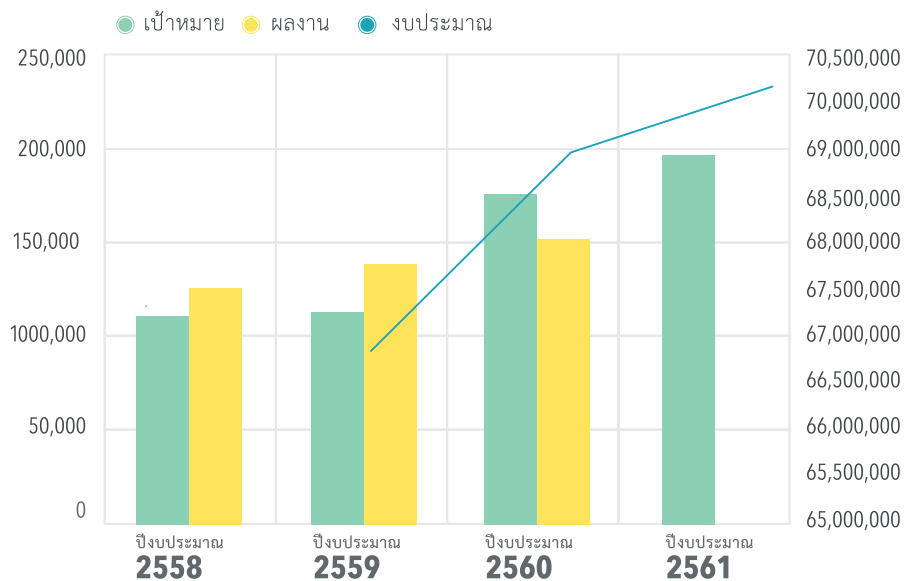
สำหรับงบประมาณที่ใช้ในการ Audit ของสปสช.ขึ้นกับเป้าหมายในการตรวจสอบเวชระเบียนในแต่ละปี หากตรวจแบบรวมศูนย์จะได้รับงบประมาณ 450 บาท/เวชระเบียน แต่ถ้าเป็นการตรวจโดยใช้ eMA จะใช้งบประมาณ 370 บาท/เวชระเบียน เนื่องจากสามารถลดค่าบริหารจัดการในการจัดประชุมแบบรวมศูนย์ได้ 100 บาท/เวชระเบียน ซึ่งสปสช.ไม่ได้ทำการตรวจสอบเวชระเบียนเฉพาะกรณีผู้ป่วยในเท่านั้น แต่ยังสามารถตรวจสอบในกรณีของ central reimbursement เช่น สายสวนหัวใจ ข้อเข้าเทียม รองเท้าเบาหวาน กรณีของ OPD AE/high cost ไปจนถึงผู้ป่วยในสิทธิออปท.อีกด้วย โดยใช้หลักเกณฑ์มาตรฐานและระเบียบการเงินฉบับเดียวกัน

ระบบการทำงานของ

Auditor ผ่านโปรแกรม eMA



จำนวนเวชระเบียน
ที่ถูกตรวจสอบและ
งบประมาณที่ใช้ใน
การตรวจสอบเวชระเบียน
แยกรายปีงบประมาณ



งบประมาณในการตรวจสอบเพิ่มขึ้นทุกปี
ตามจำนวนเวชระเบียนที่เพิ่มขึ้นและประเภท
การตรวจสอบที่มากขึ้น

ระบบการตรวจสอบ
เป็นกลไกสำคัญ
ที่จะให้หน่วยบริการได้รับ
การชดเชยค่าบริการที่ถูกต้อง เป็นธรรม
และทำให้ประชาชนได้รับบริการ
ที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน

ระบบการตรวจสอบนั้น เป็นระบบสำคัญที่ทำให้สามารถตรวจพบความผิดปกติของระบบการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ซึ่งระบบนี้ต้องสร้างให้เกิดมุมมองในเชิงบวกจากสถานพยาบาล ไม่ใช่การลงโทษหรือจับผิด การแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ในทางบวกที่สถานบริการจะได้รับ เช่น ข้อมูลที่ถูกต้องในเชิงระบาดวิทยา การวินิจฉัยโรคที่ได้มาตรฐานจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการรักษา นอกจากนี้ ระบบต้องปรับให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น การตรวจจับความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการสรุปและให้รหัสโรคไม่ถูกต้อง การสร้างระบบการเบิกจ่ายที่สะท้อนค่ารักษาพยาบาลจริง เพื่อให้สถานพยาบาลที่สรุปและให้รหัสโรคได้ตามมาตรฐานได้รับค่าบริการสาธารณสุขที่เพียงพอต่อการให้บริการจริง ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องมีระบบในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ เปิดรับความเห็นจากพื้นที่เพื่อนำมาพัฒนาระบบและสร้างแรงจูงใจในเชิงบวกและเชิงลบที่สอดคล้อง ครอบคลุมและทันต่อเหตุการณ์

สปสช. จึงเป็นหน่วยงานที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หากเปรียบเสมือนร่างกาย ก็เป็นร่างกายที่เติบโต มีการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อให้เป็นองค์กรที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

รายชื่อผู้ที่สัมภาษณ์

แพทย์หญิงกฤติยา ศรีประเสริฐ
นายแพทย์วรชัย อังอภิรักษ์
แพทย์หญิงรัชนิศ พรวิภาวี
คุณณัฐพงศ์ อนุวัตรยรรยง
คุณภัทรา อเนกวิทยากิจ
คุณรุ่งจิต สีสางามวงศา
คุณสุพิศ จันทะพิงค์
น.พ.ประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล
คุณมัทนา นาทธนันท์
อดีตหัวหน้าฝ่ายประกันคุณภาพ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
เภสัชกรหญิง ดร. วลัยพร พัทธรมณกุล

นักวิจัย

ศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
แพทย์หญิงจุติภรณ์ ดวงรัตนานนท์
นายแพทย์นิธิวัชร แสงเรือง
แพทย์หญิงหทัยรัตน์ โกษียาภรณ์
นายแพทย์ณัฐดนัย รัชตะนาวิน

เจ้าหน้าที่โครงการ

แคทลียา คงสุภาพศิริ
ประทีป นัยนา

