

**การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน
และการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ 2561**

**งานตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
(Audit : กลุ่มงานบริหารกองทุน)**



วันที่ 15-16 พฤศจิกายน 2559

วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบเวชระเบียน

วางแผน
การใช้หรือ
การบริหาร
ทรัพยากร

ความเสี่ยง
ด้านกฎหมาย

ประเมินผล/
วางแผนการ
รักษา

การเรียนรู้
ของบุคลากร
ที่เกี่ยวข้อง



ทบทวนความรู้
ทางการแพทย์

พัฒนาระบบ
การบันทึก
ข้อมูล

พัฒนาระบบ
การจ่าย
ชุดเวช

สร้างความเป็น
ธรรมให้กับ
ระบบการจ่าย
ชุดเวช

ชนิดของการตรวจสอบเวชระเบียน



1. **Coding Audit**
: รหัสโรคและรหัสหัตถการ



2. **Financial Audit (Billing Audit)**
ตรวจสอบด้านการจ่ายเงินระหว่าง
ต้นทุน & การเรียกเก็บฯ



3. **Clinical Audit (Quality Audit)**
: กระบวนการดูแล & outcome

รูปแบบการตรวจสอบ เอกสารหลักฐานในเวชระเบียน

1. การตรวจเวชระเบียนแบบ รวมศูนย์



นำส่งเอกสารหลักฐาน
เพื่อตรวจสอบ ณ สถานที่
ที่กำหนด

การตรวจสอบเวชระเบียน
แบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic
Medical Audit : eMA)

2. การตรวจสอบเวชระเบียนแบบ ณ หน่วยบริการ



การเลือกข้อมูลตรวจสอบ



1. การสุ่มแบบมีเงื่อนไข
: วิเคราะห์ข้อมูลตาม
เงื่อนไขที่กำหนด



2. การสุ่มข้อมูลโดย
ไม่กำหนดเงื่อนไข
(random sampling)
: เพื่อประเมินสถานการณ์



3. การตรวจทั้งหมด
: เลือกทั้งหมดตาม
เงื่อนไขของหน่วย
บริการ

ทีมตรวจสอบเวชระเบียน

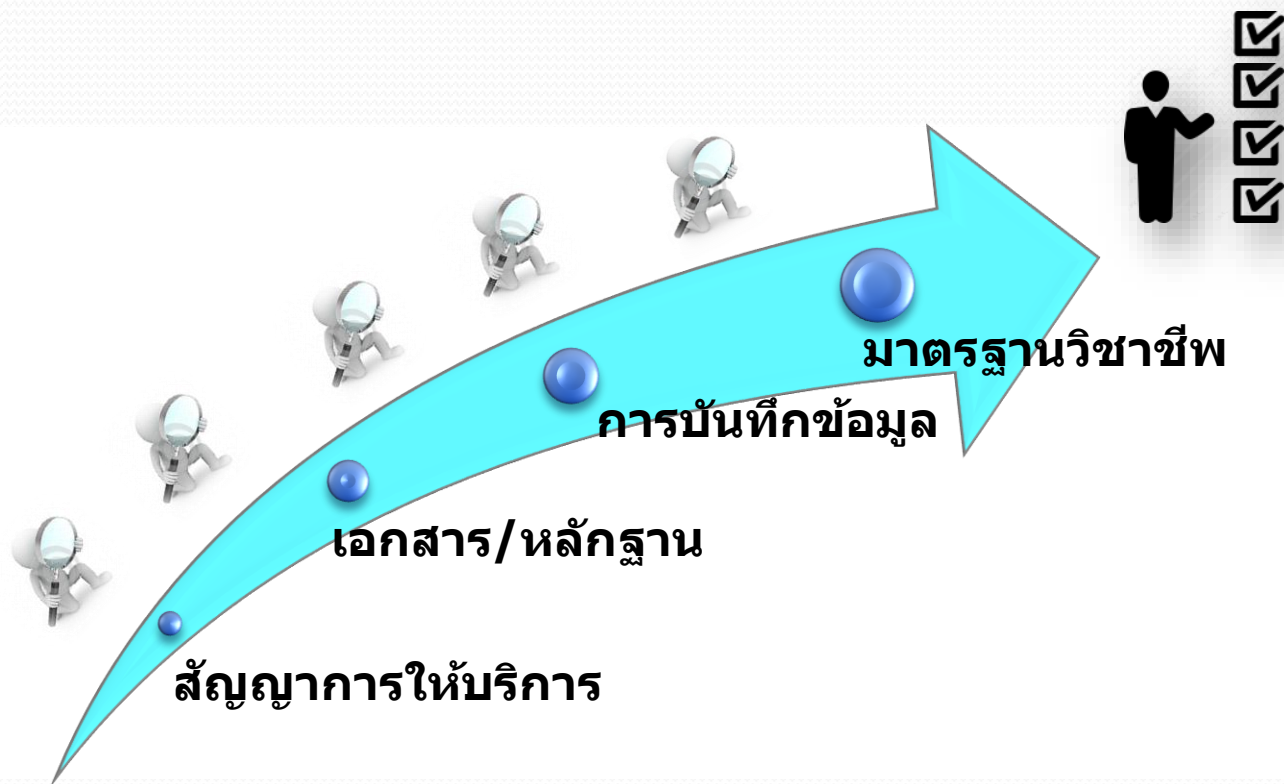


พนักงานเจ้าหน้าที่ของ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนฯ

ประเด็นสำคัญในการตรวจสอบ



งานตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ ปีงบประมาณ 2561

Coding Audit

- กองทุนผู้ป่วยใน
 - UC
 - อปท.

Billing Audit

- รองเท้าเบาหวาน
- การตรวจกรณี PCI
- การตรวจกรณี TKA
- ผู้ป่วยนอก อปท.
- OPAE
- OP BKK
- PP

Quality Audit

- HD
- PCI
- ยา จ 2



ขั้นตอนการตรวจสอบ



การดำเนินการหลังได้รับ ผลการตรวจสอบเวชระเบียน



**หลังจากหน่วยบริการได้รับการแจ้งผลการตรวจสอบเวชระเบียน
จาก สปสช. แล้ว ขอให้หน่วยบริการดำเนินการ ดังนี้**

- 1. กรณียอมรับผลการตรวจสอบและไม่มีข้อทักท้วง ให้ทำหนังสือยืนยัน
ยอมรับผลการตรวจสอบ และยินยอมให้สำนักงานดำเนินการแก้ไขข้อมูล
ตามผลการตรวจสอบ**
- 2. กรณีไม่ยอมรับและมีข้อทักท้วงผลการตรวจสอบ สามารถทักท้วงเป็น
เอกสาร(หรือระบบที่กำหนด) พร้อมหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์
ผลการตรวจสอบเวชระเบียน มาที่สำนักงานฯ ตามระยะเวลาที่กำหนด**
- 3. กรณีหน่วยบริการไม่มีการตอบรับภายในระยะเวลาที่กำหนดสำนักงาน
จะถือว่ายอมรับผลการตรวจสอบ**

**กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อ
บริการสาธารณสุขเกินจริง**



ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและการหักค่าใช้จ่าย
กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสุขเกินจริง
พ.ศ.2552

ข้อ 6 ถ้าสำนักงานตรวจสอบพบในภายหลังว่า การเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง หรือผิดพลาดคลาดเคลื่อน จะด้วยเหตุอันใดก็ตาม สำนักงานอาจจ่ายเงินเพิ่มหรือเรียกเงินคืนก็ได้ ดังนี้

(1) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า หน่วยบริการใดเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ไม่ครบถ้วน ให้สำนักงานแนะนำเพื่อให้หน่วยบริการนั้นเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ไปยังสำนักงานตามสิทธิที่หน่วยบริการพึงได้รับ

(2) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า หน่วยบริการใดเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เกินจริง โดยผิดหลงอันเกิดจากความไม่เข้าใจ หรือความไม่รู้ หรือความ เลินเล่อของหน่วยบริการ ให้สำนักงานเรียกเงินส่วนที่เกินไปนั้นคืนได้ทันที

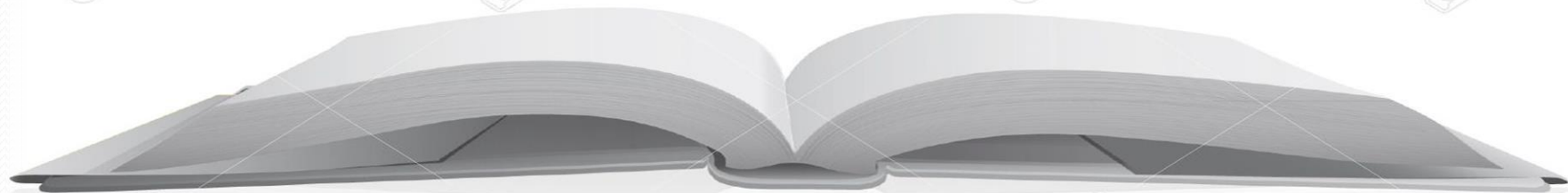
ข้อ 6 ถ้าสำนักงานตรวจสอบพบในภายหลังว่า การเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง หรือผิดพลาดคลาดเคลื่อน จะด้วยเหตุอันใดก็ตาม สำนักงานอาจจ่ายเงินเพิ่มหรือเรียกเงินคืนก็ได้ ดังนี้

(3) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วเชื่อได้ว่า หน่วยบริการใดจงใจเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเกินจริง ไม่ว่าจะเป็นกรณีการสรุปโรคมากเกินไปในเวชระเบียน หรือสรุปการทำหัตถการ โดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน หรือมีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคโดยไม่มีหลักฐาน หรือมีการเพิ่มรหัส หัตถการโดยไม่มีหลักฐาน หรือกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงาน ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไปกรณี ให้สำนักงาน เสนอคณะอนุกรรมการ เพื่อพิจารณาหักค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากส่วนที่ เรียกคืนตาม (2)

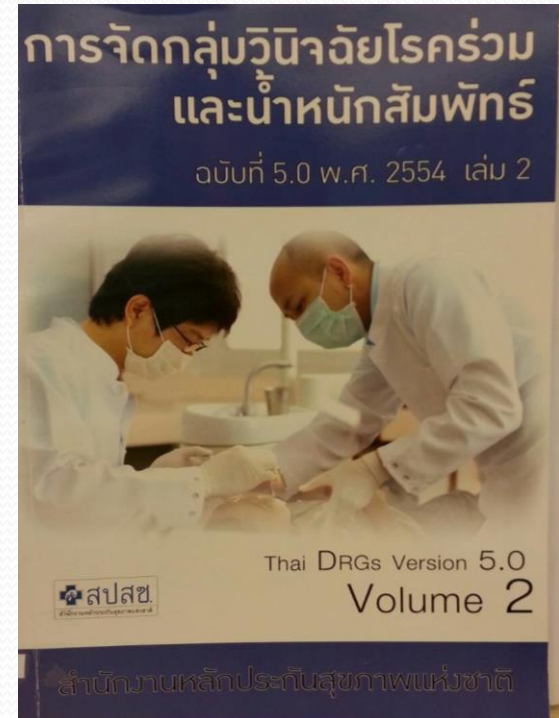
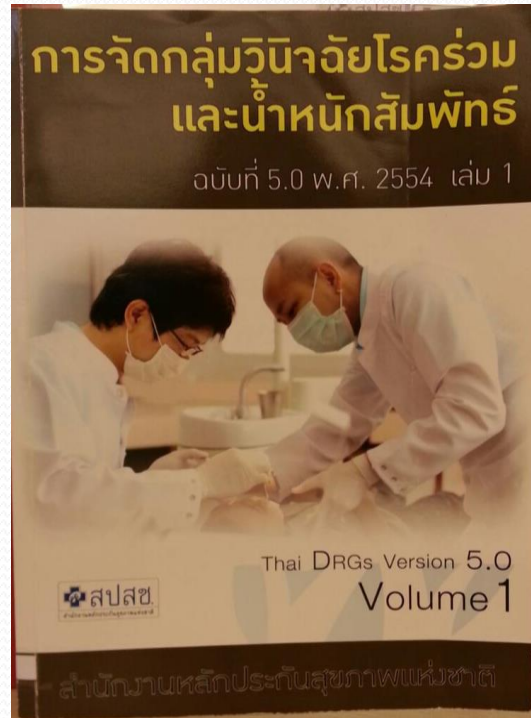
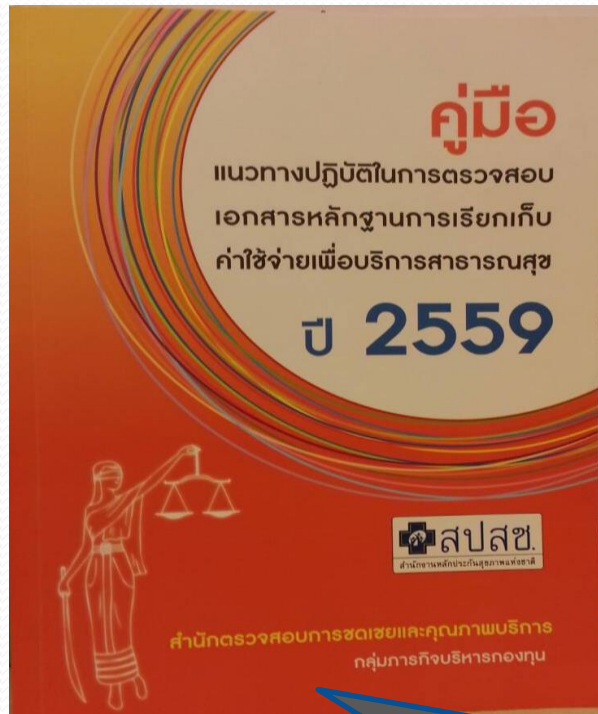
อัตราการปรับ

การหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการเป็นจำนวนเท่าใด
ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงระดับความร้ายแรงหรือ
พฤติการณ์แห่งการกระทำในแต่ละครั้งเป็นเกณฑ์
แต่ต้องไม่เกินสิบเท่าของจำนวนเงินที่หน่วยบริการเรียก
เก็บเกินจริงในการให้บริการในครั้งนั้น และ ไม่เกินหนึ่ง
แสนบาท

เอกสารอ้างอิง ในการตรวจสอบเวชระเบียน

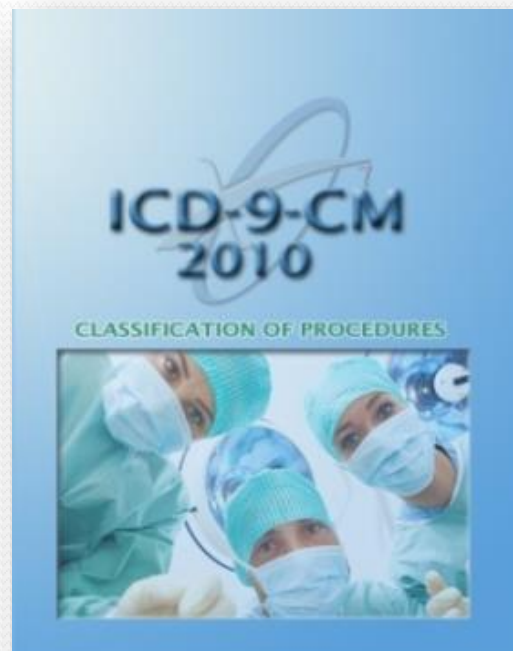
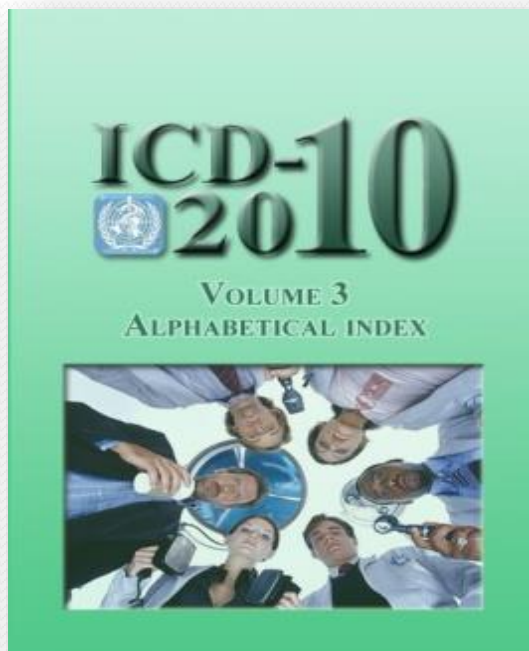
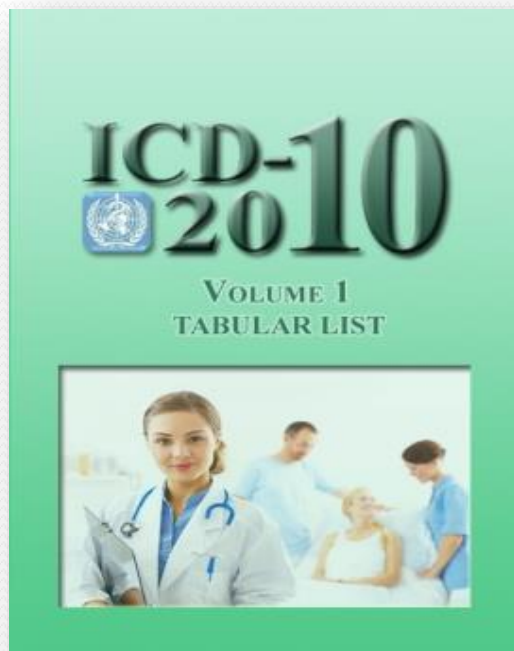


เอกสารอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียน



คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบฯ สามารถดาวน์โหลดเพิ่มได้ที่
<http://audit.nhso.go.th/auditonline/index-download>

ICD-9&10 : Version for 2010



เอกสารอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียน (ต่อ)



1

แนวทางการบริหารกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2561

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร



2

แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุขและการตรวจสอบการชดเชยค่าบริการ
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2561

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร



3

แนวทางการดำเนินงาน
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2561

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

คู่มือแนวทางการบริหาร/การดำเนินงานในการขอรับค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีที่ตรวจสอบ

ผลการตรวจสอบเวชระเบียน ปี 2560







การตรวจสอบการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ

เป้าหมาย

เวชระเบียนจำนวน 8,000 ฉบับ
: รวมศูนย์ 2,000+PCI 206 ฉบับ
: eMA 6,000 ฉบับ



ผลการตรวจสอบ

* Adj.RW ก่อนการตรวจสอบ 18,859.6235
* Adj.RW หลังการตรวจสอบ 15,441.9120
* Adj.RW เปลี่ยนแปลง - 3,417.7115
* Adj.RW เปลี่ยนแปลงลดลง 18.12 %
* หลังยุทธวิธี Adj.RW เปลี่ยนแปลงลดลง 16.79% = 26.91 ล้านบาท

การสรุปโรคของแพทย์

1. ความเห็นเกี่ยวกับการสรุปการวินิจฉัยและการสรุปหัตถการ สอดคล้องกัน : 26.55 %
2. สรุปโรครวมโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน : 46.45 %
3. สรุปโรครวมไม่ถูกต้อง : 24.57 %
4. สรุปโรคหลักไม่ถูกต้อง : 24.06 %

การให้รหัสโรคของ coder

1. ความเห็นเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการสอดคล้องกัน : 51.13 %
2. ให้รหัส CC ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัส : 20.07 %
3. ให้รหัส Pdx. ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัส : 15.28 %
4. เพิ่มรหัส CC ไม่ตรงตามมาตรฐานการให้รหัส : 15.39 %

ประเด็นที่พบ

- แพทย์สรุปโรครวมโดยไม่มีกรวินิจฉัยและการรักษาจริงตามที่ปรากฏหลักฐานในเวชระเบียน
- สรุปโรคหลักไม่ถูกต้อง โดยสลับกับโรครวม
- ผู้ให้รหัสให้รหัสโรครวมและโรคหลักไม่ตรงตามที่แพทย์สรุป และเพิ่มรหัสโรคโดยที่แพทย์ไม่ได้สรุปไว้



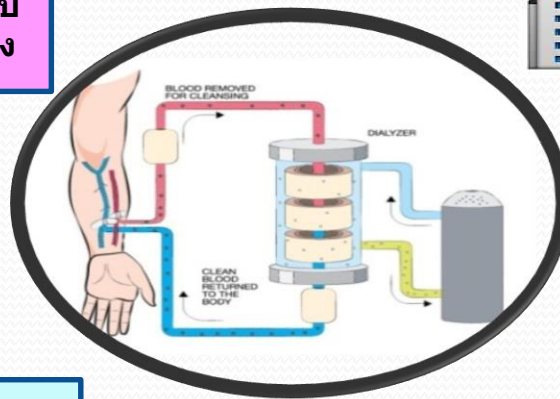
การบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



เวชระเบียน 250 ฉบับ
หน่วยบริการ 12 แห่ง



1. ไม่เคยถูกตรวจสอบ
2. มีการเบิกค่าชดเชยสูง/
มีผู้รับบริการจำนวนมาก



ผลการตรวจสอบความถูกต้อง
ในการจ่ายชดเชย

1. กรณีค่าบริการฟอกเลือด (HD)

- เบิกถูกต้อง 98.80 %
- เบิกไม่ถูกต้อง 1.20 %

2. กรณีการสนับสนุนยา Erythropoietin

- เบิกถูกต้อง 94.80 %
- เบิกไม่ถูกต้อง 5.20 %



- 1 ส่งข้อมูล Hct ไม่ตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- 2 ไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชย กรณีผู้ป่วย
ได้รับ EPO
- 3 ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมาย/
กระบวนการดูแลผู้ป่วยบางขั้นตอนยังไม่เป็นไปตาม
มาตรฐาน



HIV/AIDS



เวชระเบียน 100 ฉบับ

หน่วยบริการ 4 แห่ง



1. มีผู้รับบริการที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรดื้อยาจำนวนมาก
2. ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านสูตรดื้อยาตัวใดตัวหนึ่ง ได้แก่ Darunavir(DRV), Atazanavir(ATV), Lopinavir/Ritonavir(LPV/r) ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2559

ผลการตรวจสอบ ปี 60

ลำดับที่	รายละเอียด	เหมาะสม (ฉบับ)	ไม่เหมาะสม (ฉบับ)	NA (ฉบับ)	ไม่พบข้อมูล (ฉบับ)	รวม (ฉบับ)
1	การส่งตรวจ DR เมื่อผลการรักษาล้มเหลว (ดื้อยา)	88 (ร้อยละ 88)	4 (ร้อยละ 4)	8 (ร้อยละ 8)	-	100
2	เหตุผลการเปลี่ยนสูตรดื้อยา ☐	99 (ร้อยละ 99)	รอกผลนาน	-	1 (ร้อยละ 1)	100
3	สูตรดื้อยาที่ใช้ ☐	97 (ร้อยละ 97)	3 (ร้อยละ 3)	-	-	100
4	การประเมิน Adherence ☐	87 (ร้อยละ 87)	13 (ร้อยละ 13)	-	-	100
5	การติดตาม VL หลังเปลี่ยนเป็นสูตรดื้อยา	43 (ร้อยละ 43)	57 (ร้อยละ 57)	-	-	100

> 6 เดือน



- รองเท้าเบาะหวน
- รายการอุปกรณ์กรณีรักษาผู้ป่วยหลอดเลือด โคโรนารีผ่านสายสวน (4702)
- อปท.
- OPAE_eMA
- OPBKK
- PP

การตรวจสอบกรณีรายการอุปกรณ์รองเท้าดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน



เวชระเบียน 100 ฉบับ

- * ถูกต้อง 95 ฉบับ (95%)
- * ไม่ถูกต้อง 5 ฉบับ (5%)

หน่วยบริการ 4 แห่ง

- * ถูกต้อง 2 แห่ง
- * ไม่ถูกต้อง 2 แห่ง



1. หน่วยบริการที่มีค่าใช้จ่ายการเบิกชดเชยในปีงบประมาณ 2559 สูง
2. หน่วยบริการที่เริ่มเข้าโครงการ
3. มีการเบิกรายการอุปกรณ์ที่ราคาสูงจำนวนมาก



รองเท้าเบาหวาน



ประเด็นที่พบ

1. หน่วยบริการให้บริการกรณีอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (รองเท้าเบาหวาน) ไม่ถูกต้องครบถ้วน และตรงตามประกาศฯ
2. เบิกซ้ำซ้อน/ไม่มีหลักฐานการจ่ายอุปกรณ์
3. ตรวจประเมินความเสี่ยงของเท้าไม่ถูกต้อง





การตรวจสอบรายการอุปกรณ์กรณีรักษาผู้ป่วยหลอดเลือด โคโรนารีผ่านสายสวน

หน่วยบริการ 8 แห่ง
เวชระเบียน 175 ฉบับ
อุปกรณ์ที่เบิก 1,832 ชิ้น



ตารางแสดงผลการตรวจสอบด้านการจ่ายชดเชย

รายการ	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เวชระเบียน (ฉบับ)	147	84	28	16
อุปกรณ์ที่เบิก (ชิ้น)	1,792	97.82	40	2.18
จำนวนเงิน (บาท)	8,582,349.15	90	404,062.65	4.5



ประเด็นปัญหาที่พบ

1. หน่วยบริการเตรียมเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน
2. การเบิกชดเชยลักษณะอุปกรณ์ไม่ถูกต้อง (ใช้งานผิดประเภท)

เงื่อนไขการชดเชยที่คลาดเคลื่อน	จำนวน (ชิ้น)	ร้อยละ
1. ไม่พบหลักฐานการใช้อุปกรณ์	29	72.5
2. ลักษณะอุปกรณ์ไม่ถูกต้องตามประกาศเรื่องอุปกรณ์เฝ้าระวังเทียม	11	27.5

การให้บริการผู้ป่วยนอกกรณีพนักงานส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว(อปท.)



เวาระเบียน 300 ฉบับ
(413 visits)

หน่วยบริการ 12 แห่ง



1.หน่วยบริการที่มีการเบิกค่าชดเชยสูงสุด
หรือยังไม่เคยถูกตรวจสอบในปีงบประมาณ
ที่ผ่านมา
2.คัดเลือกข้อมูลที่มีการใช้ยานอกบัญชียา
หลักแห่งชาติ หรือมา visit มากกว่า 2 ครั้ง
ต่อเดือน และหรือมียอดค่าใช้จ่ายสูง
มากกว่า 3,000 บาทขึ้นไป



ประเด็นปัญหาที่พบ

- 1.ไม่พบหลักฐาน/no visits
- 2.เบิกเกิน
3. เบิกผิดเงื่อนไข (กรณี admit)

ผลการตรวจสอบ

- ถูกต้อง 357 visits (88.44%)
- ไม่ถูกต้อง 56 visits (13.56%)



การให้บริการผู้ป่วยนอก

กรณีฉุกเฉินข้ามจังหวัด

เวชระเบียน 818 ฉบับ (20 แห่ง)

- ถูกต้อง 645 ฉบับ (78.85%)
- ไม่ถูกต้อง 173 ฉบับ (21.15%)

ประเด็นดังนี้

1. ไม่พบหลักฐาน/no visits (4.62%)
2. เบิกเกิน (74.57%)
3. เบิกผิดเงื่อนไข
(กรณี admit/refer/FU) (20.81%)

กรณีฉุกเฉินในเขต กทม.

เวชระเบียนทั้งหมด 1,809 visits

OPAE 235 visits (12 แห่ง)

- ถูกต้อง 147 visits (62.55%) 6 แห่ง
- ไม่ถูกต้อง 88 visits (37.45%) 6 แห่ง

ประเด็นที่พบ

- เบิกเกิน (ค่าบริการ/ค่าธรรมเนียม/ค่ายา)

OPฟิการ 1,574 visits (38 แห่ง)

- ถูกต้อง 1,178 visits (74.84%) 5 แห่ง
- ไม่ถูกต้อง 396 visits (25.16%) 33 แห่ง

ประเด็นที่พบ

1. ไม่พบหลักฐาน/ no visits (0.51%)
2. เบิกเกิน (98.23%)
3. เบิกผิดเงื่อนไข (กรณี admit) (1.26%)



การตรวจสอบการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)



หน่วยบริการ

- ถูกต้อง 66 แห่ง (55%)
- ไม่ถูกต้อง 54 แห่ง (45%)

เวชระเบียน

- ถูกต้อง 28,888 ฉบับ (70.4%)
- ไม่ถูกต้อง 12,146 ฉบับ (29.6%)

ประเด็นดังนี้

1. เอกสารหลักฐานไม่สามารถเชื่อถือได้ / ผู้รับบริการไม่ได้รับบริการจริง
10,479 visits (86.28%) พบในหน่วยบริการ 13 แห่ง
2. เบิกผิดเงื่อนไข กรณีออกเชิงรุกในกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปาก (0-5 ปี)/
ประเมินพัฒนาการ 1,380 visits (11.36%) พบในหน่วยบริการ 2 แห่ง
3. เบิกเกิน 287visits (2.36%)



