

แนวทางการแก้ไข CVD

FINANCIAL DATA HUB



แนวทางเพิ่มประสิทธิภาพการเรียกเก็บของหน่วยบริการ เพื่อป้องกันการติด C



ผู้บริหาร

1

- จัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ FDH
- สร้าง Flowchart กำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนและช่วงเวลา

X ป้องกัน C ในภาพรวม



การพยาบาล/รักษา

4

- คัดแยกและระบุกองทุนย่อย โดยพยาบาลวิชาชีพ
- คัดแยกบริการ PP OP ER ทั้งเวรเช้า/บ่าย
- คัดแยกผู้รับบริการ จุกเดิน/ไม่จุกเดิน/ส่งต่อ นอก CUP
- สำหรับกรณี OPD ER ตรวจสอบข้อมูลสัญญาณชีพ/น้ำหนัก
- ตรวจสอบการใส่ข้อมูลการวินิจฉัยโรคหลัก/รอง
- สั่งการรักษา (ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ การแพทย์ และหัตถการ)
- ระบุสิทธิประโยชน์ (Project code)
- ส่งข้อมูลสถานะจำหน่าย/ วันนอนจากแผนก เพื่อปิดสิทธิที่การเงิน

X ป้องกัน C ที่พบบ่อย

รหัส: 201, 931, 515, 756, 566, 543, 210, 851, 232, 171, 203, 111, 112, 151, D001, 804, 438

ฝ่ายประชาสัมพันธ์/ห้องบัตร

2

- ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการนำบัตร ปชช. มาทุกครั้ง
- สื่อสาร ปชช. ในชุมชน/พื้นที่ ให้นำบัตร ปชช. เข้ารับบริการทุกครั้ง

X ป้องกัน C ที่พบบ่อย
รหัส: 349, 115, D001



เวรระเบียบ/ เวชสถิติ

3

- บริหารการยืนยันตัวตน
- ตรวจสอบ IEC, อายุ ผู้เข้ารับบริการ
- กำหนดผู้รับผิดชอบ Authentication ในทุกๆ วัน
- รหัสหน่วยบริการ (Hcode)

X ป้องกัน C ที่พบบ่อย

รหัส: 349, 463, 112, 305, 933, D001

ระบบสารสนเทศ

5

- ตรวจสอบความสมบูรณ์ 16 แฟ้ม
- Mapping ADP Type/ Code กับ Project code
- Mapping รหัสโรคกับหัตถการตามมาตรฐาน ICD

X ป้องกัน C ที่พบบ่อย
รหัส: 562, 555, 210, 232, 301, 825, 203, 804, 438

การเงิน

6

- บริหารการปิดสิทธิที่การเงิน โดยการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายต้องครบ
- ตรวจสอบลำดับการเข้ารับบริการและการปิดสิทธิในแต่ละวัน (SEQ)

X ป้องกัน C ที่พบบ่อย
รหัส: 178, 555, 301

หน่วยจัดเก็บรายได้

7



- ตรวจสอบ Authentication
- ตรวจสอบ Project code ในแต่ละแผนก
- ตรวจสอบ UUC=1, UUC=2
- ส่งข้อมูลเบิกจ่ายผ่าน FDH
- บันทึกลูกหนี้ตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

X ป้องกัน C ที่พบบ่อย

รหัส: 201, 931, 515, 756, 566, 543, 210, 851, 232, 171, 203, 111, 112, 151, D001, 804, 438, 562, 555, 301, 825

หมวด 0 : คำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ FDH

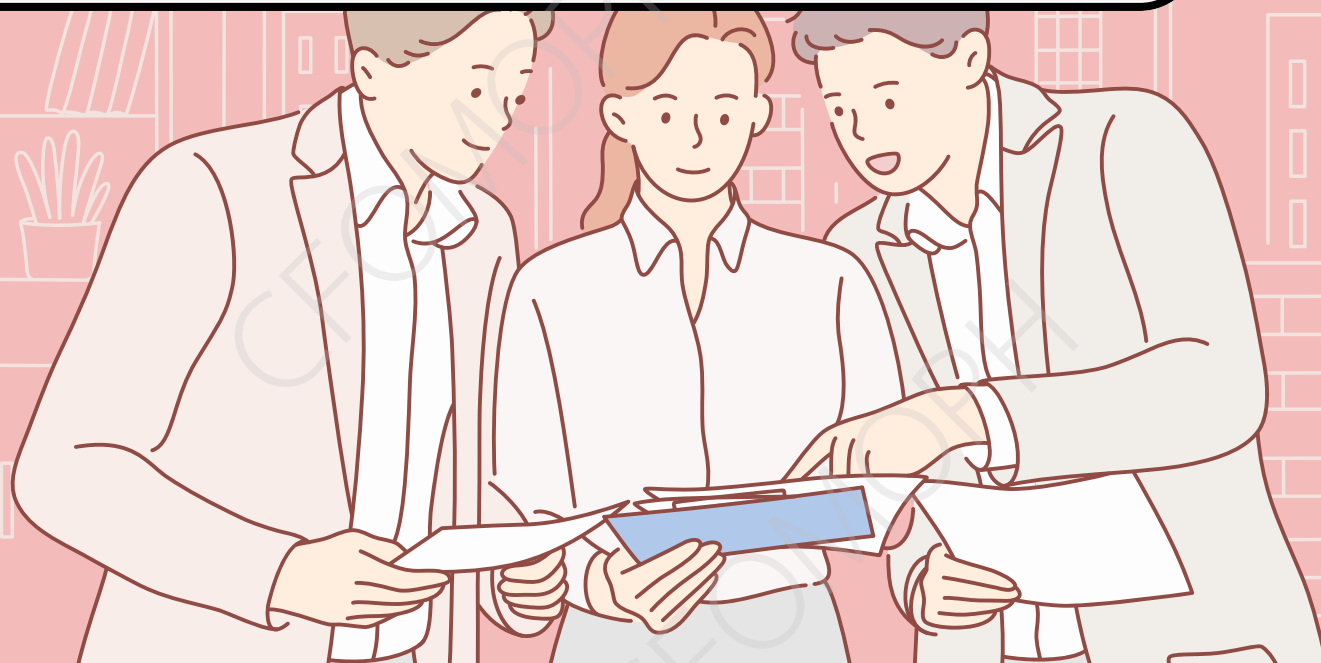
0.1	มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหรือคณะกรรมการ FDH ลงนามผู้บริหาร (Data Contoller) แผนบุคลากร (2)
0.2	พัฒนาบุคลากรด้านสารสนเทศให้มีศักยภาพและความพร้อมตามข้อกำหนด 6 ขั้นตอนมาตรฐานแนวทางการทำงานของหน่วยบริการสำหรับเรียกเก็บผ่านระบบ FDH ใน Flow chart ลงนามผู้บริหาร แผนบุคลากร (5)
0.3	กำหนดผู้รับผิดชอบของแต่ละขั้นตอน และช่วงเวลาการส่งข้อมูลใน Flowchart ลงนามผู้บริหาร การบริหารความเสี่ยง (11)
0.4	การให้สิทธิการรักษาพยาบาลสิทธิ UCS/SSS/OFC/LGO/NHS (INSCL) ถูกต้องตามประกาศสปสช. และกองทุนย่อย (เพิ่ม INS และผังบัญชีกระทรวงสาธารณสุข) ภายใน 24.00 น.
	การเปลี่ยนแปลงสิทธิหลักจาก UC cap เป็นสิทธิย่อย UCEP
	การเปลี่ยนแปลงสิทธิย่อยจาก Opwalkin เป็นสิทธิย่อย OPAE/UCEP

- เพิ่ม สิทธิการรักษาพยาบาล INS
- เพิ่ม ผู้ป่วยกลาง PAT
- เพิ่ม การมารับบริการผู้ป่วยนอก OPD
- เพิ่ม ผู้ป่วยนอกที่ต้องส่งต่อ ORF
- เพิ่ม วินิจฉัย ODX
- เพิ่ม หัตถการผู้ป่วยนอก OOP
- เพิ่ม ผู้ป่วยใน IPD
- เพิ่ม ผู้ป่วยในที่ต้องส่งต่อ IRF
- เพิ่ม วินิจฉัยผู้ป่วยใน IDX

- เพิ่ม หัตถการผู้ป่วยใน IOP
- เพิ่ม การเงิน แบบสรุป CHT
- เพิ่ม การเงิน แบบรายละเอียด CHA
- เพิ่ม อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ละรับส่งเพื่อรักษา AER
- เพิ่ม ค่าใช้จ่ายเพิ่ม และบริการที่ยังไม่ได้จัดหมวด ADP
- เพิ่ม กรณีที่พบ.มีการลากลับบ้าน LVD
- เพิ่ม การใช้ยา DRU

ป้องกัน C

- C ภาพรวม



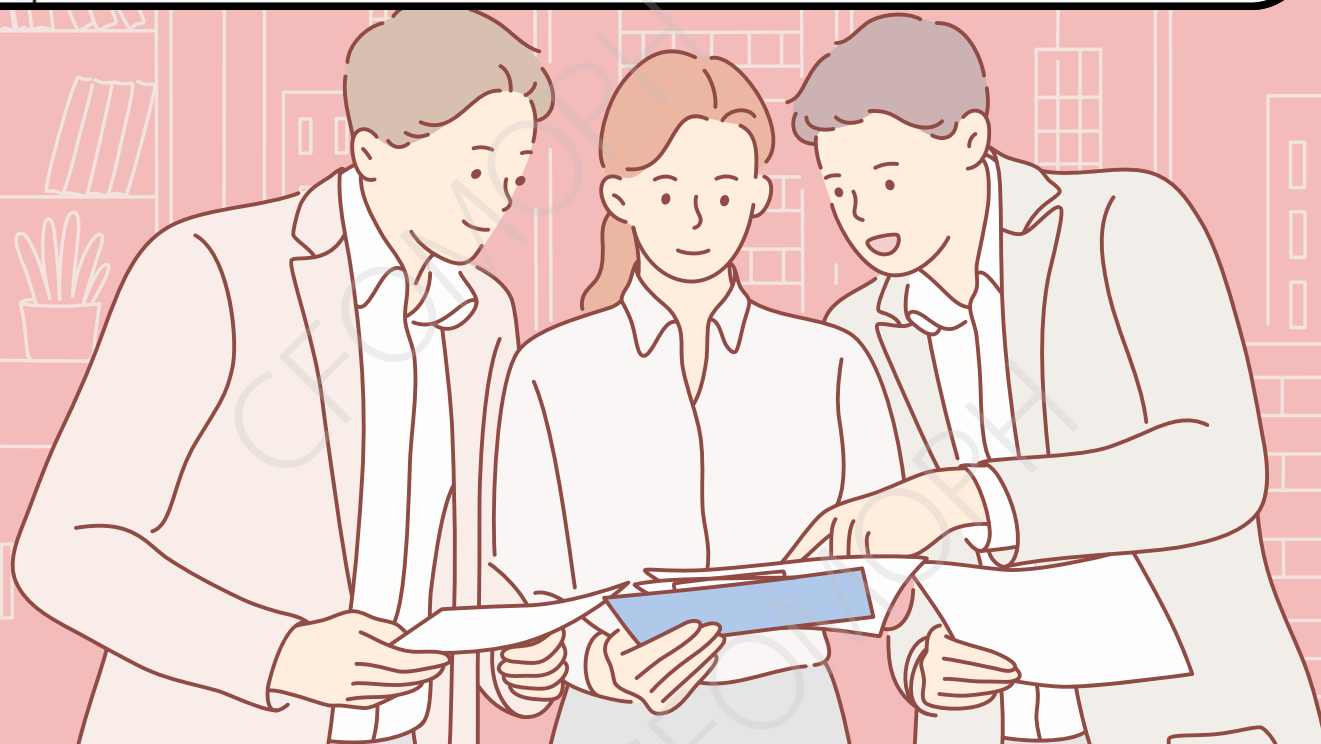
หมวด 1 : การบริหารบัตรประชาชน (ฝ่ายประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล)

1.1	มี Flowchart แนวทางการดำเนินการยืนยันตัวตน
	- มีสิทธิ + มีบัตรประชาชนมา
	- มีสิทธิ + ไม่นำบัตร ปชช. มา + (ไม่จ่ายเงิน)
	- มีสิทธิ (เด็ก, ผู้ป่วยฉุกเฉิน) + ไม่มีบัตร ปชช.
	- ไม่มีบัตร + ไม่มีสิทธิ
1.2	มีผู้รับผิดชอบรายงานการประมวลผลร้อยละการนำบัตรประชาชนมา ระบุ รายงานวันที่ผ่านมาได้ (%ใช้บัตร ปชช./จำนวนการเปิดสิทธิ)
1.3	ตรวจสอบ Hmain (รหัสสถานพยาบาลหลัก) ของผู้รับบริการถูกต้อง ครบถ้วนทุกคน 100%

- เพิ่ม ข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาล INS
- เพิ่ม ข้อมูลผู้ป่วยกลาง PAT

ป้องกัน C

- 349 ไม่พบข้อมูลการ Authentication
- 115 ไม่ระบุการใช้สิทธิ UC/ไม่ใช้สิทธิ UC
- D001 ไม่ผ่านการตรวจสอบกรณี pre-audit



หมวด 2 : การบริหารบัตรประชาชน (ฝ่ายประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล)

2.1	การยืนยันตัวตน Authentication โดยบัตรประชาชนมากกว่าร้อยละ 90
2.2	มีขั้นตอนการตรวจสอบเพื่อยืนยันตัวตนผู้มารับบริการที่จุดยืนยันตัวตน (UC/STP)
2.3	มีร้อยละการ Authentication ต่อวัน ระบุรายงานวันที่ผ่านมาได้ (% Authen./ จำนวนการเปิดสิทธิ)
2.4	มีผู้รับผิดชอบประเมินและเปลี่ยนแปลงแผนกเมื่อคัดกรองและคัดแยกอาการ ในกรณีที่ส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการผิดแผนก ER, OP, PP และ IP
2.5	ระบุประเภทการเข้ารับบริการแผนก ER, OP, PP และ IP ได้ โดยวิธีการเลือก Clinic และมีรายงานร้อยละการคัดกรองและแยกอาการที่ถูกต้อง ในแต่ละวัน ระบุรายงานวันที่ผ่านมาได้ (%คัดกรอง Clinic ถูกต้อง/ จำนวนการเปิดสิทธิ)
2.6	มีการแยกประเภทการรับและการส่งต่อ โดยจะต้องมีข้อมูลในเวชระเบียนการส่งต่อ (AER)
2.7	มีการระบุเลข Authentication ที่ใบคิวเพื่อยืนยันกับแผนการให้บริการแต่ละจุด
	กรณีมีบัตรประชาชน
	กรณีไม่มีบัตรประชาชน/Qrcode/ถ่ายรูปยืนยัน
2.8	จัดทำทะเบียนรายงานผู้ป่วยที่ไม่มีการขอเลขยืนยันตัวตน Authentication ทุกวัน
2.9	ผู้รับผิดชอบการติดตามและตรวจสอบการยืนยันการเข้ารับบริการของผู้รับบริการได้ครบทุกราย (UC/STP)

- เพิ่ม สิทธิการรักษาพยาบาล INS
- เพิ่ม ผู้ป่วยกลาง PAT

รหัสคลินิก/แผนกที่รับไว้รักษา (FIELD NAME: CLINIC)

หลักที่1	หลักที่ 2-3	หลักที่ 4-5	รายละเอียด	หมายเหตุ
0	00		หน่วยงานระดับสถานีนานามัย และศูนย์สุขภาพชุมชน (ยกเว้น PCU ที่อยู่ใน รพ.)	รหัสคลินิก/แผนกที่รับบริการ เป็นรหัส 5 หลัก
0	01		อายุรกรรม	
0	02		ศัลยกรรม	
0	03		สูติกรรม	
0	04		นรีเวชกรรม	
0	05		กุมารเวชกรรม	หลักที่ 1 = ประเภทของบริการ 0 = ผู้ป่วยนอก 1 = ผู้ป่วยใน
0	06		โสต คอ นาสสิก	
0	07		จักษุวิทยา	
0	08		ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	
0	09		จิตเวช	
0	10		รังสีวิทยา	หลักที่ 2-3 = แผนกที่รับไว้รักษา
0	11		ทันตกรรม	
0	12		เวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวช	
0	13		เวชกรรมฟื้นฟู	
0	14		แพทย์แผนไทย	
0	15		PCU ใน รพ.	หลักที่ 4-5 = คลินิกย่อย/ตึก ให้ รพ.กำหนดเอง (หากไม่มีคลินิกย่อยให้ใส่00)
0	16		เวชกรรมปฏิบัติทั่วไป	
0	17		เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน	
0	18		อาชีวคลินิก	
0	19		วิสัญญีวิทยา(คลินิกระงับปวด)	
0	20		ศัลยกรรมประสาท	
0	21		อาชีวเวชกรรม	
0	22		เวชกรรมสังคม	
0	23		พยาธิวิทยากายวิภาค	
0	24		พยาธิวิทยาคลินิก	
0	25		แพทย์ทางเลือก	
0	99		อื่นๆ	



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง โครงสร้างชุดข้อมูลเพื่อการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข (e-Claim)
พ.ศ. ๒๕๖๔

หมวด 2 : การบริหารบัตรประชาชน (ฝ่ายประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล)

2.1	การยืนยันตัวตน Authentication โดยบัตรประชาชนมากกว่าร้อยละ 90
2.2	มีขั้นตอนการตรวจสอบเพื่อยืนยันตัวตนผู้มารับบริการที่จุดยืนยันตัวตน (UC/STP)
2.3	มีร้อยละการ Authentication ต่อวัน ระบุรายงานวันที่ผ่านมาได้ (% Authen./ จำนวนการเปิดสิทธิ)
2.4	มีผู้รับผิดชอบประเมินและเปลี่ยนแปลงแผนกเมื่อคัดกรองและคัดแยกอาการ ในกรณีที่ส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการผิดแผนก ER, OP, PP และ IP
2.5	ระบุประเภทการเข้ารับบริการแผนก ER, OP, PP และ IP ได้ โดยวิธีการเลือก Clinic และมีรายงานร้อยละการคัดกรองและแยกอาการที่ถูกต้อง ในแต่ละวัน ระบุรายงานวันที่ผ่านมาได้ (%คัดกรอง Clinic ถูกต้อง/ จำนวนการเปิดสิทธิ)
2.6	มีการแยกประเภทการรับและการส่งต่อ โดยจะต้องมีข้อมูลในเวชระเบียนการส่งต่อ (AER)
2.7	มีการระบุเลข Authentication ที่ใบคิวเพื่อยืนยันกับแผนกการให้บริการแต่ละจุด
	กรณีมีบัตรประชาชน
	กรณีไม่มีบัตรประชาชน/Qrcode/ถ่ายรูปยืนยัน
2.8	จัดทำทะเบียนรายงานผู้ป่วยที่ไม่มีการขอเลขยืนยันตัวตน Authentication ทุกวัน
2.9	ผู้รับผิดชอบการติดตามและตรวจสอบการยืนยันการเข้ารับบริการของผู้รับบริการได้ครบทุกราย (UC/STP)

- เพิ่ม สิทธิการรักษาพยาบาล INS
- เพิ่ม ผู้ป่วยกลาง PAT

ป้องกัน C

- 349 ไม่พบข้อมูลการ Authentication
- 463 เกิดจากมีการให้รหัสหน่วยบริการหลักผิด
- 112 สถานภาพเมื่อจำหน่าย ใช้ไม่ได้/ไม่มี/ไม่ถูกต้อง
- 305 Approve Code (OFC)/เลขปิดสิทธิ (UCS) ที่บันทึกเบิกในโปรแกรม e-Claim ไม่ตรงกันฐานข้อมูลของหน่วยบริการ
- 933 ไม่ใช่หน่วยบริการที่เข้าร่วมดำเนินการตามโครงการ ER คุณภาพ
- D001 ไม่ผ่านการตรวจสอบกรณี pre-audit

หมวด 3 : การบริหารการจัดบริการ การคัดแยกและระบุดอกทุนย่อย ในเวชระเบียน

3.1	มีแผนตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพ และสิทธิที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ โดยการตรวจสอบการยืนยันตัวตน การใช้บริการ (Authentication) ก่อนจัดบริการ
3.2	มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบคัดกรองเวรเช้า 08.30-16.30 น. มีผู้รับผิดชอบ คัดกรองและแยกอาการ เพื่อส่งต่อแผนกการเข้ารับบริการรักษา ER, OP, PP และ IP
3.3	มีพยาบาลรับผิดชอบคัดกรองเวรบ่าย 16.30-24.00 น. การเข้ารับบริการ รักษา ER , OP , PP ,IP
3.4	มี Flowchart วิธีการแยกประเภทกองทุนในแต่ละสิทธิหลักประกันสุขภาพ และสิทธิที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ
3.5	การคัดแยกผู้ป่วยส่งเสริมป้องกัน (PP) กับ ผู้ป่วยนอก (OP) หมายเหตุ PP รายการที่ให้ทุกสิทธิการรักษาต้องปรับสิทธิ INSCL เป็น UCS ในแฟ้ม INS
3.6	การแยกประเภท UC นอก CUP และเปลี่ยนแปลงสิทธิการรักษาเป็น OPAE (ฉุกเฉิน) หรือ OP anywhere (รักษาทุกที่ตามเหตุสมควร) หรือ CA anywhere (มะเร็งรักษาทุกที่) หรือ OP refer (การส่งต่อต่างจังหวัด)

3.7	การแยกประเภทที่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉิน OPAE กับ ER ฉุกเฉิน
3.8	การแยกประเภทที่เข้าเกณฑ์ OPAE กับ UC 24
3.9	การแยกประเภทที่เข้าเกณฑ์ UC ใน CUP กับ UC บริการเฉพาะ (CB)
3.10	มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบเปลี่ยนแปลงแผนก เมื่อคัดกรองและแยก อาการ ในกรณีที่ส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการผิดแผนก ER, OP, PP และ IP
3.11	ประเมินการวินิจฉัยแพทย์ OPD/สหวิชาชีพวินิจฉัยของครบภายในวัน (แสดงร้อยละความครบถ้วน โรคหลัก และโรครอง) ประเมินวินิจัยอุบัติเหตุ และสาเหตุภายนอกของอุบัติเหตุ
3.11.1	การให้ยาของแพทย์สมเหตุสมผล
3.11.2	การให้เวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์ของแพทย์สมเหตุสมผล
3.11.3	การใช้เครื่องมือแพทย์ พร้อมแนบผลการประเมิน
3.11.4	การส่งตรวจชิ้นสูตร/ X-ray พร้อมแนบผลการประเมิน
3.11.5	การทำหัตถการ
3.12	มีผู้รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูลเวชระเบียนหลังผู้ป่วยออกจากห้องตรวจแพทย์ เพื่อประเมินการบันทึกให้ครบถ้วนและสมเหตุสมผล

3.13	ประเมินการวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับเกณฑ์ผู้ป่วยแต่ละกองทุนPalliative care (Z51.5) 8 กลุ่มโรค
3.14	ประเมินการบันทึกค่าใช้จ่ายสอดคล้องกับเกณฑ์ผู้ป่วยแต่ละกองทุนคือ ค่าใช้จ่ายให้ถูกต้องตามที่กองทุนกำหนด - ค่าเตียงสังเกตอาการการตั้งค่าบริการ 100 บาท (ประกาศ FS ฉ.2 ลง 25 ก.พ. 2567) - Palliative care (Morphine+ทำแผล+O2+แนะนำ+ประเมิน)
3.15	ประเมินการบันทึก Vital sign ของคนไข้ที่มีอายุมากกว่า 7 ปีขึ้นไปให้ ครบถ้วนทุกการให้บริการ (แฟ้ม OPD)

- **เพิ่ม การมารับบริการผู้ป่วยนอก OPD**
 - **เพิ่ม ผู้ป่วยนอกที่ต้องส่งต่อ ORF**
 - **เพิ่ม วินิจฉัย ODX**
 - **เพิ่ม หัตถการผู้ป่วยนอก OOP**
- **เพิ่ม ผู้ป่วยใน IPD**
 - **เพิ่ม ผู้ป่วยในที่ต้องส่งต่อ IRF**
 - **เพิ่ม วินิจฉัยผู้ป่วยใน IDX**
 - **เพิ่ม หัตถการผู้ป่วยใน IOP**
 - **เพิ่ม อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และรับส่งเพื่อรักษา AER**
 - **เพิ่ม กรณีผู้ป่วยมีการลากลับบ้าน LVD**



หมวด 3 : การบริหารการจัดบริการ การคัดแยกและระบุดวงทุนย่อย ในเวชระเบียน

ป้องกัน C

- 201 ไม่มี รหัสการวินิจฉัยโรคหลัก
- 931 เบิกกรณี ER คุณภาพ ไม่บันทึกเงื่อนไขการเรียกเก็บ
- 515 ไม่ระบุวัตถุประสงค์ในการรับ-ส่งต่อ
- 756 กรณีส่งเสริมป้องกันโรค (F6) อายุไม่อยู่ในช่วงที่กำหนด
- 566 ให้รหัสโรครองไม่ถูกต้องกรณีการให้ยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา
- 543 กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก (OP Refer) ไม่ระบุหน่วยบริการที่ส่งต่อ
- 210 จัดกลุ่ม DRG ไม่ได้ (DRG กลุ่ม 26509)
- 851 วันที่เกิดอุบัติเหตุ ก่อน admit 28 วันขึ้นไป หรือ หลัง admit
- 232 รหัสวินิจฉัยหลักเป็นการบาดเจ็บ แต่ไม่มีรหัส ICD ของสาเหตุ (V,W,X,Y,U129) หรือมีแต่ใช้ไม่ได้
- D001 ไม่ผ่านการตรวจสอบกรณี pre-audit
- 171 เกิดจากมีการบันทึกข้อ มูลค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารถส่งต่อ
 - กรณีผู้ป่วยนอกไม่ได้ทำการบันทึกข้อมูลหน่วยบริการส่งต่อ
 - กรณีผู้ป่วยในไม่ได้ทำการบันทึกข้อมูลหน่วยบริการรับหรือส่งต่อ
- 203 รหัสการวินิจฉัยโรคไม่สอดคล้องกับกรณีที่ขอเบิก
- 111 ประเภทการจำหน่าย ใช้ไม่ได้/ไม่มี
- 112 สถานภาพเมื่อจำหน่าย ใช้ไม่ได้/ไม่มี/ไม่ถูกต้อง
- 151 ช่วงเวลาการเข้ารับบริการของผู้ป่วยรายเดียวกัน
 - มีวัน/เวลาที่ทับซ้อนกันของ ผู้ป่วยในกับผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก
 - ระยะเวลาการรับบริการห่างกันน้อยกว่า 4 ชม. ของ ผู้ป่วยในกับผู้ป่วยนอก
- 804 รหัสเหตุการณ์ใช้ไม่ได้ (ผิดพลาดการให้ ICD9)
- 438 ไม่มีสิทธิ UC แต่ระบุใช้สิทธิ UC

หมวด 4 : ระบบสารสนเทศ HIS. และ FDH.

4.1	การจัดทำคู่มือการใช้งานระบบ FDH/คู่มือการตั้งค่า HIS
4.2	เข้าใช้งานศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงิน Financial Data Hub (FDH) - ประเมินการสมัครขอ Account Fdh - ประเมินการใช้งาน Account ที่ได้รับ ทาง E-mail - ประเมินการใช้งาน Account หากลืม User หรือ Password
4.3	โครงสร้าง 16+1 (LABFU) แพ้ม เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่าย e-Claim ถูกต้อง
4.4	ระบุค่ารักษาในโปรแกรม 19 หมวด + 1 K1 พรบ.
4.5	การตั้งค่าหมวดค่ารักษาในแฟ้ม CHA กับ CHT ของ FDH 20 หมวด
4.6	มีแนวทางการบันทึก Project-Code 16 แฟ้มในเวชระเบียน
4.7	ผู้รับผิดชอบปรับปรุง Project Code ให้ถูกต้องเป็นปัจจุบันตามมติสพช.
4.8	การจัดทำและคัดเลือกการตั้งค่า Project Code จำนวน 17 รายการ
4.9	ประเมิน Project Code "WALKIN" แฟ้ม ADP
4.10	มีผู้รับผิดชอบการประเมินข้อมูล 16 แฟ้มก่อนส่งออกไปการเงิน
4.11	ประเมิน Authentication code คีย์ค่าบริการ ระบุ Project Code
4.12	ประเมินแฟ้ม 3 (OPD) ข้อมูลการมารับบริการผู้ป่วยนอก ข้อ 6 1 = ใช้สิทธิ 2 = ไม่ใช้สิทธิ ไม่ขอเบิก
4.13	ประเมินแฟ้ม 5 (ODX) ข้อมูลวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกครบถ้วนทุก SEQ และชนิดของโรค 2 ชนิด (1 Pdx, 4 others)
4.14	ประเมินแฟ้ม 6 (OOP) ข้อมูลเหตุการณ์ผู้ป่วยนอกเชื่อมโยงกับมาตรฐาน TMT/ICD10TM (DENT)/ADPtype/ADPcode
4.15	ประเมินแฟ้ม 7 (IPD) ข้อมูลผู้ป่วยใน ระบุ AN, การโอนค่าใช้จ่าย, ประเภทการรับเข้า, ประเภทสถานภาพ, ประเภทการจำหน่าย และ UUC = 1 (ประสงค์เบิก)
4.16	ประเมินแฟ้ม 9 (IDX) ข้อมูลวินิจฉัยโรคผู้ป่วยใน ชนิด 5 ด้าน

4.17	ประเมินแฟ้ม 10 (IOP) ข้อมูลเหตุการณ์ผู้ป่วยใน ตามมาตรฐาน ADPtype/ADPcode
4.18	ประเมินแฟ้ม 13 (AER) ข้อมูลอุบัติเหตุฉุกเฉิน และรับส่ง
4.20	ประเมินการตั้งค่ารายการกองทุนย่อย PPFS/CR แต่ละแผนก
4.19	ประเมินยาของกองทุน PP ยาบารุงเลือด/ยาคุม ใน PP มีการขึ้นทะเบียนตามมาตรฐาน Drug Cat
4.21	ประเมินยาสมุนไพร 9 รายการ
4.22	ประเมิน Adp type Adp Code รายการยา CR
	ยาละลายลิ้มเลือด streptokinase
	ยา Clopidogrel
4.23	ประเมิน Lab CBC (กองทุน PP) TMLT 30101 และตรวจการตั้งครรภ์ UPT TMLT 31101
4.24	ประเมินการตั้งค่า PP UltraSound ห้ามเกิน 1 ครั้ง/การตั้งครรภ์
4.25	ประเมินการแพทย์แผนไทย การจ่ายยาสมุนไพรทั่วไป UUC=2 และสมุนไพร 9 รายการ (HERB1-9) UUC=1 และต้องบันทึกเป็นหมวด 19 หมวด ค่าบริการอื่นที่ยังไม่จัดสรร (โดยต้องไม่ระบุเป็นในโรงพยาบาลหมวด 3 ยกกลับบ้าน หมวด 4)

4.26	ประเมินแผนก OP/ER มี Ambulance แฟ้ม AER 1801 500 บาทต่อครั้ง ไม่ต้องระบุระยะทางเป็นกิโลเมตร 1802 ต้องระบุระยะทางเป็นกิโลเมตร
4.27	ประเมินแผนก ER บันทึกเหตุการณ์ฉีดยา TMT 9929 และ ADPtype
4.28	ประเมินบริการทันตกรรม i. วันที่ใส่ฟันปลอมทั้งปาก (บน ล่าง) Area 02, 03 Dx รหัส K08.1 และ Tx รหัส 2277410, 2287410 ii. วันที่ใส่ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ฐานอคริลิก 1. จำนวน 1-5 ซี่ Area 02, 03 Dx รหัส K08.1 และ Tx รหัส 2277420, 2287420 ให้ F8 เพื่อกำหนดจำนวนชิ้นงาน และจำนวนซี่ฟัน 2. จำนวนมากกว่า 5 ซี่ Area 02, 03 Dx รหัส K08.1 และ Tx รหัส (2277420, 2287420 ฐานอะคริลิก), (2277421, 2287421 โคโรนาโลหะ) ☐ ให้ F8 เพื่อกำหนดจำนวนชิ้นงาน และจำนวนซี่ฟัน iii. CODE CDP Area 99 Dx รหัส K08.1 และ Tx รหัส 9997 *
4.29	ประเมินการรับบริการส่งเสริมสุขภาพ ANC i. ตรวจฟัน Area 01 Dx รหัส Z340 หญิงตั้งครรภ์ และ Tx รหัส 2330011, 2330010 Adp 30008 / adp type 4 -Eclaim 19 ii. กรณี ขัดฟัน Area 01 Dx รหัส K 03.6 Tx 2387010 Adp 30009 / adp type 4 -Eclaim 19 iii. กรณี ขูดหินปูน Area 01 Dx รหัส K 05.1, K05.3 Tx 2277310, 2287310, 2367310, 2277320, 2287320 Adp 30009 / adp type 4 -Eclaim 19

- แฟ้ม ค่าใช้จ่ายเพิ่ม และบริการที่ยังไม่ได้จัดหมวด ADP
- แฟ้ม การใช้ยา DRU

ป้องกัน C

- 562 ยาที่บันทึกเบิกไม่พบใน Drug Catalog ของหน่วยบริการ
- 555 ค่าใช้จ่ายรวม กับค่าใช้จ่ายราย Item มียอดไม่เท่ากัน
- 203 รหัสการวินิจฉัยโรคไม่สอดคล้องกับกรณีที่ขอเบิก
- 301 ไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษา
- 210 จัดกลุ่ม DRG ไม่ได้ (DRG กลุ่ม 26509)
- 825 บันทึกเบิกจำนวนชิ้นอุปกรณ์มากกว่าที่กำหนด
- 232 รหัสวินิจฉัยหลักเป็นการบาดเจ็บ แต่ไม่มีรหัส ICD ของสาเหตุ (V,W,X,Y,U129) หรือมีแต่ใช้ไม่ได้
- 804 รหัสเหตุการณ์ใช้ไม่ได้ (ผิดพลาดการให้ ICD9)
- D001 ไม่ผ่านการตรวจสอบกรณี pre-audit

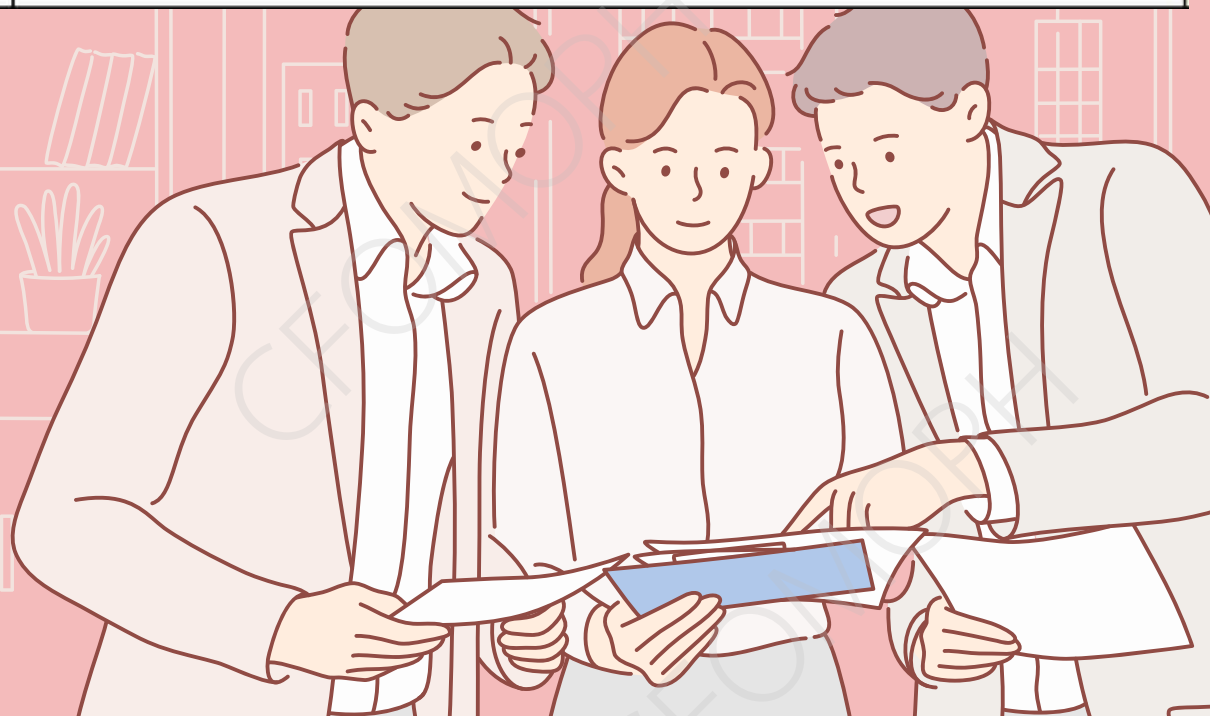
หมวด 5 : การบริหารการปิดสิทธิที่การเงิน โดยการตรวจสอบการบันทึกข้อมูล 6 ด้าน

5.1	วันที่เข้ารับบริการ
5.2	ID 13 หลัก
5.3	HCODE (เลขที่รหัสรพ. 5 หลัก)
5.4	ประเมินค่าบริการทั้งหมด แพ้ม CHT และ CHA
5.5	เลขคิวที่รับบริการ (Visit number)
5.6	เลขใบแจ้งลูกหนี้สำหรับกองทุน (Invoice Number) ของ OP และ IP (ไม่รวมลูกหนี้ใบเสร็จโรงพยาบาล) rcpt_debt
5.7	ประเมินสิทธิหลักประกันสุขภาพ และสิทธิที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการเมื่อข้อมูลครบถ้วนภายในเวลา 24.00 น.
5.8	รายละเอียดการปิดสิทธิหลักประกันสุขภาพ และสิทธิที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการที่การเงิน (ต่อจำนวนบริการทั้งหมด)

- แพ้ม การเงิน แบบสรุป CHT
- แพ้ม การเงิน แบบรายละเอียด CHA

ป้องกัน C

- 301 ไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษา
- 555 ค่าใช้จ่ายรวม กับค่าใช้จ่ายราย Item มียอดไม่เท่ากัน
- 178 บันทึกค่ารักษาพยาบาลเกินกว่าที่กำหนด



หมวด 6 : หน่วยจัดเก็บ

6.1	ประเมิน Authentication ข้อมูลที่ต้องส่งเข้า FDH (การติดตาม 100%)
6.2	ประเมินวินิจัยโรค No PDX รายวัน = 0
6.3	ประเมิน Authorization ตรวจสอบการ Project Code ประกาศ สปสช. ในแฟ้ม ADP
6.4	Audit 16 แฟ้ม วินิจัยโรค(Pdx)/แผนกที่เกี่ยวข้อง/ระบุกองทุนย่อย (แสดงกระบวนการติดตามแก้ไขได้)
6.5	Accounting บันทึกลูกหนี้ตามมาตรฐานกองเศรษฐกิจทุกวัน
6.6	รูปแบบการพิจารณาส่ง API และ Web portal
6.7	ประเมินข้อมูลกองทุนเรียกเก็บประเภทการเบิก UUC=1
6.8	ประเมินข้อมูลกองทุนเรียกเก็บประเภทการเบิก UUC=2 (ไม่ประสงค์เบิก UC Cappitation, ยา จ2, โรคเลือด, ไต, วัณโรค และเอ็ดส์)
6.9	ระบุ PP Fs ที่ไม่ประสงค์ที่จะเคลม UUC=2
6.10	การเบิกจ่ายเคลม ผ่าน FDH ทุกวัน และ 100% case UC
6.11	การเบิกจ่ายเคลม ผ่าน FDH ทุกวัน และ 100% case STP
6.12	ติดตามข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ (C/D Error) บนหน้า Dashboard ของระบบ FDH ทุกวัน
6.13	การจำแนก C/V/D รายงานผู้บริหารเพื่อป้องกันการเกิดข้อมูลที่ไม่ผ่านเงื่อนไข FDH และ สปสช.
6.14	ประเมินการติด C562 Drug Catalog และการแก้ไข (แฟ้ม DRU)

6.15	ประเมินการติด C179 เคลมซ้ำซ้อน และการแก้ไข (แฟ้ม OPD) การแก้ไข C179 โดยการเลือก "ไม่ใช่สิทธิ" แล้วข้อมูลจะผ่าน A แต่ชดเชยเป็น 0 บาท
6.16	ประเมิน C438 แนวทางตรวจสอบและการแก้ไข
6.17	แนวทางการลบ/ยกเลิกข้อมูลการเรียกเก็บเพื่อลด C Error
6.18	การแก้ไข C ใน HIS ให้ถูกต้องและครบถ้วน ก่อนส่ง FDH (ระบุ รหัส รพ. เลขที่ผู้ป่วย HN. เลขคิว AN/SEQ และวันที่รับบริการตามมาตรฐาน 16 แฟ้ม)
6.19	การติดตามสถานะ C/Deny/Verify และการอุทธรณ์ข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย สถานะข้อมูล = A
6.20	การประเมิน และแก้ไข C None ที่เกิดขึ้นในระบบ FDH
6.21	การรายงานแผนกที่เกี่ยวข้องเพื่อให้แก้ไขข้อมูล 16 แฟ้มการรับบริการ OP/PP/IP/ER ก่อน 16.30 น.
6.22	การใช้งานระบบจองคิวส่งข้อมูลผู้ป่วยนอกและเรียกเก็บภายใน 30 วัน

6.23	การติดตามการส่งข้อมูลผู้ป่วยในภายใน 30 วันหลังจำหน่ายจากระบบ HIS
6.24	ติดตาม REP และ STM พร้อมรายงานส่วนต่างส่งบัญชีก่อนวันถัดไป
6.25	สามารถตรวจสอบแยกเงินที่ได้รับจากเงินรพสต.ได้
6.26	การติดตามและรายงานผล Statement = 0 บาท
6.27	รูปแบบการประสานกับ สปสช เขต/ ส่วนกลางกรณีสอบถามเกี่ยวกับ REP/C/Deny/Verify

- **แฟ้ม สิทธิการรักษาพยาบาล INS**
- **แฟ้ม ผู้ป่วยกลาง PAT**
- **แฟ้ม การมารับบริการผู้ป่วยนอก OPD**
- **แฟ้ม ผู้ป่วยนอกที่ต้องส่งต่อ ORF**
- **แฟ้ม วินิจฉัย ODX**
- **แฟ้ม หัตถการผู้ป่วยนอก OOP**
- **แฟ้ม ผู้ป่วยใน IPD**
- **แฟ้ม ผู้ป่วยในที่ต้องส่งต่อ IRF**
- **แฟ้ม วินิจฉัยผู้ป่วยใน IDX**

- **แฟ้ม หัตถการผู้ป่วยใน IOP**
- **แฟ้ม การเงิน แบบสรุป CHT**
- **แฟ้ม การเงิน แบบรายละเอียด CHA**
- **แฟ้ม อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ละรับส่งเพื่อรักษา AER**
- **แฟ้ม ค่าใช้จ่ายเพิ่ม และบริการที่ยังไม่ได้จัดหมวด ADP**
- **แฟ้ม กรณีที่พบ.มีการลากลับบ้าน LVD**
- **แฟ้ม การใช้ยา DRU**

หมวด 6 : หน่วยจัดเก็บ

ป้องกัน C

- 201 ไม่มี รหัสการวินิจฉัยโรคหลัก
- 931 เบิกกรณี ER คุณภาพ ไม่บันทึกเงื่อนไขการเรียกเก็บ
- 515 ไม่ระบุวัตถุประสงค์ในการรับ-ส่งต่อ
- 756 กรณีส่งเสริมป้องกันโรค (F6) อายุไม่อยู่ในช่วงที่กำหนด
- 566 ให้รหัสโรครองไม่ถูกต้องกรณีการให้ยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา
- 543 กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก (OP Refer) ไม่ระบุหน่วยบริการที่ส่งต่อ
- 210 จัดกลุ่ม DRG ไม่ได้ (DRG กลุ่ม 26509)
- 851 วันที่เกิดอุบัติเหตุ ก่อน admit 28 วันขึ้นไป หรือ หลัง admit
- 232 รหัสวินิจฉัยหลักเป็นการบาดเจ็บ แต่ไม่มีรหัส ICD ของสาเหตุ (V,W,X,Y,U129) หรือมีแต่ใช้ไม่ได้
- D001 ไม่ผ่านการตรวจสอบกรณี pre-audit
- 203 รหัสการวินิจฉัยโรคไม่สอดคล้องกับกรณีที่ขอเบิก
- 111 ประเภทการจำหน่าย ใช้ไม่ได้/ไม่มี
- 171 เกิดจากมีการบันทึกข้อ มูลค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารถส่งต่อ
 - กรณีผู้ป่วยนอกไม่ได้ทำการบันทึกข้อมูลหน่วยบริการส่งต่อ
 - กรณีผู้ป่วยในไม่ได้ทำการบันทึกข้อมูลหน่วยบริการรับหรือส่งต่อ
- 112 สถานภาพเมื่อจำหน่าย ใช้ไม่ได้/ไม่มี/ไม่ถูกต้อง
- 151 ช่วงเวลาการเข้ารับบริการของผู้ป่วยรายเดียวกัน
 - มีวัน/เวลากับซ้อนกันของ ผู้ป่วยในกับผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก
 - ระยะเวลาการรับบริการห่างกันน้อยกว่า 4 ชม. ของ ผู้ป่วยในกับผู้ป่วยนอก
- 804 รหัสเหตุการณ์ใช้ไม่ได้ (ผิดพลาดการให้ ICD9)
- 438 ไม่มีสิทธิ UC แต่ระบุใช้สิทธิ UC
- 562 ยาที่บันทึกเบิกไม่พบใน Drug Catalog ของหน่วยบริการ
- 555 ค่าใช้จ่ายรวม กับค่าใช้จ่ายราย Item มียอดไม่เท่ากัน
- 301 ไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษา
- 825 บันทึกเบิกจำนวนขึ้นอุปกรณ์มากกว่าที่กำหนด

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

Thank You

