

โปรแกรมตรวจสอบการให้บริการผู้ป่วยนอกต่างเครือข่าย ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ จังหวัดศรีสะเกษ

เชิดชาติ วิฑูรากรณ์*

บทคัดย่อ

โปรแกรมตรวจสอบการให้บริการผู้ป่วยนอกต่างเครือข่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่พัฒนาจากโปรแกรม Microsoft Visual Foxpro เพื่อใช้ตรวจสอบการให้บริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยนอกต่างเครือข่ายของกองทุนจังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้ข้อมูลจากรายงาน ๑๒ เพิ่มมาตรฐานเป็นข้อมูลนำเข้า และได้รายงานเพื่อการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการ.

คำสำคัญ: โปรแกรมตรวจสอบการให้บริการผู้ป่วยนอก, กองทุนหลักประกันสุขภาพ, จังหวัดศรีสะเกษ

Abstract Program Outpatient Department Audit, Sisaket Province Chirdchart Vitoraporn*

*Huay Tabtan Hospital, Sisaket Province

The software program OPDAudit was developed from Microsoft Visual Foxpro. It was used to audit outpatient data in contracting units of primary care (CUP) of Sisaket Province, to analyze the outpatient services: health-care services or health promotion services and finally to made a report for claims to the Sisaket Provincial Health Office. Input files for this program comprised 12 electronic files, which every CUP sends to the Sisaket Provincial Health Office monthly.

Key words: Program OPD audit, contracting unit of primary care, Sisaket Province

ภูมิหลังและเหตุผล

นับตั้งแต่รัฐบาลเริ่มดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้ส่งผลให้สถานพยาบาลทุกระดับจำเป็นต้องขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิรวมทั้งบันทึกการให้บริการต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรงบประมาณ การประเมินผลการให้บริการ และการเรียกเก็บเงินระหว่างสถานพยาบาลหรือเครือข่ายบริการสุขภาพ.

แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลให้บริการแก่ผู้ป่วยทั้งการรักษา, การส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ, และบริการอื่น ๆ ที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องให้ แต่ไม่ได้จัดรวมไว้ในงานบริการ ๔ อย่างที่กล่าวมาแล้ว. บริการอื่น ๆ ที่ให้ได้แก่ การตรวจสุขภาพผู้ทำประกันภัย, การออกใบรับรองแพทย์ให้กับผู้ทำประกันใช้ประกอบใบเรียกร้องสิทธิ์กับบริษัทประกันภัย. การออกใบรับรองแพทย์กรณีต่าง ๆ โรง-

*โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ



พยาบาลสามารถเรียกเก็บค่าบริการได้จากผู้รับบริการ แต่โรงพยาบาลไม่สามารถนำไปคิดค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้.

หน่วยบริการที่ให้บริการรักษาพยาบาลกับผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ขึ้นทะเบียนกับกองทุนสาขาจังหวัดเดียวกันจะมีรูปแบบการเรียกเก็บค่าบริการระหว่างหน่วยบริการแตกต่างกันขึ้นอยู่กับข้อตกลงระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพของแต่ละจังหวัดเอง โดยมีทั้งไม่มีการเรียกเก็บค่าบริการต่างเครือข่าย และมีการเรียกเก็บค่าบริการโดยกำหนดหลักเกณฑ์ขึ้นกับการตกลงของสาขาจังหวัด^(๑).

สำหรับจังหวัดศรีสะเกษมีการตกลงกำหนดให้มีการเรียกเก็บค่าบริการต่างเครือข่ายแต่อยู่ในสาขาจังหวัดศรีสะเกษด้วยกัน โดยในช่วงปีงบประมาณ ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๖ แต่ละโรงพยาบาลส่งเอกสารกระดาษรายงานสิทธิรายสถานบริการหลัก (เอกสารนค.๑) มาয়งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ^(๒) (ซึ่งปัจจุบันได้เปลี่ยนชื่อเป็นสาขาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำจังหวัดศรีสะเกษ) เป็นศูนย์จัดสรรเงินทดแทนการให้บริการข้ามหน่วยบริการต้นสังกัด. อย่างไรก็ตามการใช้รายงานในรูปแบบเอกสารมีข้อจำกัดหลายข้อคือ

๑. หน่วยบริการต้องมีผู้รับผิดชอบในการจัดทำรายงานในรูปแบบเอกสารขึ้นมาเพื่อนำส่งสถานพยาบาลต้นสังกัดของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระงานของหน่วยบริการ.

๒. หน่วยบริการต้นสังกัดของผู้ป่วยต้องการตรวจสอบหลักฐานการให้บริการด้วย ดังนั้นเอกสารที่นำส่งเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายระหว่างหน่วยบริการจึงมีรายละเอียดค่อนข้างมาก เช่น ต้องมีเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก, ชื่อผู้รับบริการ, วันที่บริการ, การวินิจฉัย, ค่าใช้จ่ายที่ใช้จริง.

๓. สำนักงานสาขาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัดต้องแยกข้อมูลของแต่ละหน่วยบริการ.

๔. สำนักงานสาขาจังหวัดต้องตัดข้อมูลการให้บริการที่ไม่ใช่การรักษาพยาบาล หรือการส่งเสริมสุขภาพออกโดยการคัดแยกรหัสโรคด้วยระบบคนคัดแยก เช่น ต้องแยกผู้รับบริการข้ามหน่วยบริการต้นสังกัดที่มาขอรับบริการไปรับรอง

แพทย์, ไปรับรองแพทย์ทำประกันชีวิต, การตรวจสุขภาพประจำปี.

๕. สำนักงานสาขาจังหวัดต้องนับจำนวนการบริการออกเป็นการรักษาโรค หรือ การส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการให้บริการรักษาโรคมียอดจัดสรรเงินทดแทนให้อัตราที่แตกต่างกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแต่ข้อตกลงของสำนักงานสาขาจังหวัดในแต่ละปี เช่น อัตราเงินทดแทนสำหรับการรักษาโรคแบบผู้ป่วยนอกข้ามเขตในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ อยู่ที่ ๑๒๐ บาทต่อครั้ง, อัตราเงินทดแทนสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอยู่ที่ ๓๐ บาทต่อครั้ง.

๖. ขั้นตอนการจัดทำรายงานดังกล่าวของสำนักงานสาขาจังหวัดต้องใช้เวลาในการจัดทำค่อนข้างมาก และใช้เวลาในการรอการส่งข้อมูลจากหน่วยบริการด้วย.

๗. ในกรณีที่หน่วยบริการต้นสังกัดต้องการตรวจสอบข้อมูลของหน่วยบริการอื่น หน่วยบริการต้นสังกัดต้องมาตรวจสอบเอกสารกระดาษต้นฉบับที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งไม่สะดวกกับหน่วยบริการต้นสังกัดแต่ละแห่ง.

ดังนั้น จึงมีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อใช้ในการตรวจสอบยอดบริการผู้ป่วยนอกต่างเครือข่ายภายในจังหวัดศรีสะเกษ โดยการนำเอาข้อมูลจากรายงาน ๑๒ เพิ่มมาเป็นข้อมูลนำเข้า. ข้อมูล ๑๒ เพิ่มเป็นเพิ่มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่กำหนดรูปแบบใช้ทั่วประเทศโดยสำนักงานกลางสารสนเทศ. ข้อมูล ๑๒ เพิ่มเป็นข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานบริการ ประกอบด้วย ชื่อผู้ป่วย, เลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก, เลขประจำตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาล, รหัสการวินิจฉัยโรค, หัตถการที่ทำ, ค่าใช้จ่ายและอื่น ๆ. โรงพยาบาลทุกแห่งต้องนำส่งข้อมูล ๑๒ เพิ่มให้สำนักงานสาขาจังหวัดและสำนักงานกลางสารสนเทศทุกเดือน จึงไม่เป็นภาระงานซ้ำซ้อน.

ความหมาย

โปรแกรมสำเร็จรูปตรวจสอบการให้บริการผู้ป่วยนอกต่างเครือข่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดศรีสะเกษ

เป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่นำมาใช้เพื่อจัดทำรายงานเฉพาะผู้รับบริการผู้ป่วยนอกต่างเครือข่ายที่อยู่ในกองทุนสาขาจังหวัด ศรีสะเกษ โดยแยกผู้ป่วยนอกด้านการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยนอกที่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อใช้ในการจัดสรรเงินทดแทนให้แก่แต่ละหน่วยบริการ โดยใช้ข้อมูล ๑๒ เพิ่มตามรูปแบบของสำนักงานกลางสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข เป็นตัวนำเข้า.

ลักษณะโปรแกรม

เป็นโปรแกรมที่พัฒนาจาก Microsoft Visual Foxpro โดยได้แนวคิดมาจากโปรแกรม DRGaudit ของศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ (ศธส.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

คำจำกัดความ

หน่วยบริการต้นสังกัด หมายถึงเครือข่ายที่มีสิทธิได้แจ้งขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้

กองทุนสาขาจังหวัด หมายถึงหน่วยบริการต้นสังกัดหลายหน่วยที่มีการจัดรวมกลุ่มกัน โดยแบ่งเป็น ๒ แบบ คือ กองทุนสาขาจังหวัดเดียวกัน และกองทุนสาขาต่างจังหวัด.

หน่วยบริการ หมายถึงโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วย.

ข้อมูล ๑๒ เพิ่ม หมายถึงไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน ๑๒ ไฟล์ ในรูปแบบ dbf ซึ่งมีการกำหนดชื่อ ลักษณะของฐานข้อมูลฟิลด์ต่าง ๆ ตามรูปแบบของสำนักงานกลางสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็นกลุ่ม ได้ ๔ กลุ่ม คือ

๑. เพิ่มข้อมูลผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาล ๒ เพิ่ม ชื่อ PATyymm.dbf, INSyymm.dbf

๒. เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยนอก ๔ เพิ่ม ชื่อ OPDyymm.dbf, ODXyymm.dbf, OOPyymm.dbf และ ORFyymm.dbf

๓. เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยใน ๔ เพิ่ม ได้แก่ IPDyymm.dbf, IDXyymm.dbf, IOPyymm.dbf และ IRFyymm.dbf

๔. เพิ่มข้อมูลการเงิน ๒ เพิ่ม ได้แก่ CHTyymm.dbf และ CHAyymm.dbf

ในแต่ละเพิ่มมีรายละเอียดดังนี้

๑. เพิ่ม INSyymm.dbf เพิ่มข้อมูลผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาล

| FIELD NAME | Type | ความยาว | Decimal | Qualification |
|------------|------|---------|---------|--|
| HN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า ๕ ปี |
| INSCL | C | ๒ | ๐ | สิทธิการรักษาที่ใช้ |
| SUBTYPE | C | ๒ | ๐ | ระดับสิทธิของหลักประกัน |
| CID | C | ๑๖ | ๐ | หมายเลขบัตรเพื่อตรวจสอบ |
| DATEIN | DATE | ๘ | ๐ | วันเดือนปีที่มีสิทธิ ปีมีค่าเป็น คศ. |
| DATEEXP | DATE | ๘ | ๐ | วันเดือนปีที่หมดสิทธิ ปีมีค่าเป็น คศ. |
| HOSPMAIN | C | ๕ | ๐ | รหัสสถานพยาบาลหลัก |
| HOSP SUB | C | ๕ | ๐ | รหัสสถานพยาบาลรอง |

๒. เพิ่ม PATyymm.dbf เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยกลาง

| FIELD NAME | Type | ความยาว | Decimal | Qualification |
|------------|------|---------|---------|--|
| HCODE | C | ๕ | ๐ | รหัสสถานพยาบาล |
| HN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า ๕ ปี |



| | | | | |
|-----------|------|----|---|---|
| CHANGWAT | C | ๒ | ๐ | ตามรหัสมหาดไทย |
| AMPHUR | C | ๒ | ๐ | ตามรหัสมหาดไทย |
| DOB | DATE | ๘ | ๐ | บันทึกวันเดือนปีเกิด ปีมีค่าเป็น คศ. |
| SEX | C | ๑ | ๐ | ๑ หมายถึง เพศชาย ๒ หมายถึง เพศหญิง |
| MARRIAGE | C | ๑ | ๐ | รหัสสถานภาพสมรส |
| OCCUPA | C | ๓ | ๐ | อาชีพ |
| NATION | C | ๒ | ๐ | สัญชาติ |
| PERSON_ID | C | ๑๓ | ๐ | รหัสประจำตัวประชาชนตามสำนักทะเบียนราษฎร |

๓. เพิ่ม OPDyymm.dbf เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยนอกตามคลินิกบริการ

| FIELD NAME | Type | ความยาว | Decimal | Qualification |
|------------|------|---------|---------|--|
| HN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า ๕ ปี |
| CLINIC | C | ๔ | ๐ | ชื่อคลินิกที่รับบริการ |
| DATEOPD | D | ๘ | ๐ | วันที่ที่รับบริการ บันทึก ปีในค่าเป็น คศ. |

๔. เพิ่ม ORFyymm.dbf เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยนอกแสดงการส่งต่อหรือรับเข้า

| FIELD NAME | Type | ความยาว | Decimal | Qualification |
|------------|------|---------|---------|---|
| HN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า ๕ ปี |
| DATEOPD | DATE | ๘ | ๐ | วันที่มารับบริการ บันทึก ปีในค่าเป็น คศ. |
| CLINIC | C | ๔ | ๐ | ชื่อคลินิกที่รับบริการ |
| REFER | C | ๕ | ๐ | สถานพยาบาลหรือคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อ ตามรหัสสถานพยาบาล |
| REFERTYPE | C | ๑ | ๐ | ประเภทการส่งต่อ ๑ = รับเข้า ๒ = ส่งออก |

๕. เพิ่ม ODXyymm.dbf เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยนอกแสดงการวินิจฉัย

| FIELD NAME | Type | ความยาว | Decimal | Qualification |
|------------|------|---------|---------|--|
| HN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า ๕ ปี |
| DATEDX | DATE | ๘ | ๐ | วันเดือนปีที่วินิจฉัยโรค บันทึก ปีในค่าเป็น คศ. |
| CLINIC | C | ๔ | ๐ | รหัสคลินิกที่ให้บริการ |
| DIAG | C | ๕ | ๐ | วินิจฉัยโรค ตามรหัส ICD 10 |
| DXTYPE | C | ๑ | ๐ | ชนิดของโรค ระบุ ๑ = การวินิจฉัยครั้งแรก, ๒ = โรคร่วม, ๓ = ภาวะแทรกซ้อน, ๔ = อื่น ๆ, ๕ = สาเหตุภายนอก |
| DRDX | C | ๖ | ๐ | แพทย์ผู้รักษาตามเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม |

๖. เพิ่ม OOPyymm.dbf เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยนอกแสดงการทำหัตถการ

| FIELD NAME | Type | ความยาว | Decimal | Qualification |
|------------|------|---------|---------|---|
| HN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า ๕ ปี |
| DATEOPD | DATE | ๘ | ๐ | วันที่ที่รับบริการ บันทึกลง ปีในค่าเป็น คศ. |
| CLINIC | C | ๔ | ๐ | ชื่อคลินิกที่รับบริการ |
| OPER | C | ๔ | ๐ | รหัสหัตถการตาม ICD 9 CM |
| DROP | C | ๖ | ๐ | แพทย์ผู้รักษา ตามเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม |

๗. เพิ่ม IPDyymm.dbf เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยในแสดงวันรับเข้าและวันจำหน่าย

| FIELD NAME | Type | ความยาว | Decimal | Qualification |
|------------|------|---------|---------|---|
| HN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า ๕ ปี |
| AN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน ไม่ควรใช้หมายเลขนี้ซ้ำ |
| DATEADM | DATE | ๘ | ๐ | วันรับเข้าในโรงพยาบาลบันทึก ปีในค่าเป็น คศ. |
| TIMEADM | C | ๔ | ๐ | เวลารับเข้า บันทึก เป็น ชั่วโมง นาที ตามนาฬิกาในระบบคอมพิวเตอร์ |
| DATEDSC | DATE | ๘ | ๐ | วันจำหน่าย บันทึก ปีในค่าเป็น คศ. |
| TIMEDSC | C | ๔ | ๐ | เวลาจำหน่าย บันทึก เป็น ชั่วโมง นาที ตามนาฬิกาในระบบคอมพิวเตอร์ |
| DISCHS | C | ๑ | ๐ | สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย |
| DISCHT | C | ๑ | ๐ | วิธีการจำหน่ายผู้ป่วย |
| WARDSC | C | ๔ | ๐ | เตียงที่จำหน่ายผู้ป่วยใช้รหัสที่โรงพยาบาลตั้งขึ้น |
| DEPT | C | ๒ | ๐ | แผนกที่รักษาผู้ป่วยเป็นหลัก |

๘. เพิ่ม IRFyymm.dbf เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยในแสดงการรับเข้าหรือส่งต่อ

| FIELD NAME | Type | ความยาว | Decimal | Qualification |
|------------|------|---------|---------|---|
| AN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน ไม่ควรใช้หมายเลขนี้ซ้ำ |
| REFER | C | ๕ | ๐ | ตามรหัสสถานพยาบาล |
| REFERTYPE | C | ๑ | ๐ | ๑ = รับเข้า ๒ = ส่งออก |

๙. เพิ่ม IDXyymm.dbf เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยในแสดงการวินิจฉัยโรค

| FIELD NAME | Type | ความยาว | Decimal | Qualification |
|------------|------|---------|---------|---|
| AN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน ไม่ควรใช้หมายเลขนี้ซ้ำ |
| DIAG | C | ๕ | ๐ | วินิจฉัยโรค ตามรหัส ICD 10 |
| DXTYPE | C | ๑ | ๐ | ชนิดของโรค ระบุ ๑ = การวินิจฉัยหลัก, ๒ = โรคร่วม, ๓ =ภาวะแทรกซ้อน, ๔ = อื่น ๆ, ๕ = สาเหตุภายนอก |
| DRDX | C | ๖ | ๐ | แพทย์ผู้วินิจฉัยตามเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม |



๑๐. เพิ่ม IOPyymm.dbf เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยในแสดงการทำหัตถการ

| FIELD NAME | Type | ความยาว | Decimal | Qualification |
|------------|------|---------|---------|---|
| AN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน ไม่ควรใช้หมายเลขนี้ซ้ำ |
| OPER | C | ๔ | ๐ | หัตถการที่ทำ ตามรหัส ICD 9 CM |
| OPTYPE | C | ๑ | ๐ | ชนิดของหัตถการ ระบุ ๑ = หัตถการหลัก, ๒ = หัตถการรอง, ๓ = อื่น ๆ |
| DROP | C | ๖ | ๐ | แพทย์ที่ทำหัตถการ ตามเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม |
| DATEIN | DATE | ๘ | ๐ | วันเดือนปีที่เริ่มทำหัตถการบันทึก ปีในค่าเป็น คศ. |
| TIMEIN | C | ๔ | ๐ | เวลาเริ่ม บันทึกเป็น ชั่วโมง นาที ตามนาฬิกาในระบบคอมพิวเตอร์ |
| DATEOUT | DATE | ๘ | ๐ | วันเดือนปีที่ทำหัตถการสิ้นสุด บันทึก ปีในค่าเป็น คศ. |
| TIMEOUT | C | ๔ | ๐ | เวลาสิ้นสุด บันทึกเป็น ชั่วโมง นาที ตามนาฬิกาในระบบคอมพิวเตอร์ |

๑๑. เพิ่ม CHTyymm.dbf เพิ่มข้อมูลการเงินรวมแสดงทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

| FIELD NAME | Type | ความยาว | Decimal | Qualification |
|------------|------|---------|---------|---|
| HN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า ๕ ปี |
| AN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน ไม่ควรใช้หมายเลขนี้ซ้ำ |
| DATE | DATE | ๘ | ๐ | วันที่คิดค่ารักษา วันจำหน่าย หรือวันที่ผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิการรักษา บันทึก ปีในค่า คศ. |
| TOTAL | N | ๗ | ๐ | จำนวนเงินค่ารักษารวม เป็นบาท ที่เรียกเก็บ |
| PAID | N | ๗ | ๐ | จำนวนเงินที่ผู้ป่วยจ่ายเอง ในกรณีที่โรงพยาบาลไม่ได้รับเงินไว้ = ๐ |
| PTTYPE | C | ๒ | ๐ | ชนิดการชำระเงิน |

๑๒. เพิ่ม CHAyymm.dbf เพิ่มข้อมูลการเงินแยกรายการตามประเภททั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

| FIELD NAME | Type | ความยาว | Decimal | Qualification |
|------------|------|---------|---------|--|
| HN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ ควรใช้หมายเลขเดิมให้นานกว่า ๕ ปี |
| AN | C | ๕ | ๐ | หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน ไม่ควรใช้หมายเลขนี้ซ้ำ |
| DATE | DATE | ๘ | ๐ | วันที่คิดค่ารักษา บันทึก ปีในค่า คศ. |
| CHRGITEM | C | ๒ | ๐ | ชนิดของบริการที่คิดค่ารักษา |
| AMOUNT | N | ๗ | ๐ | จำนวนเงินค่ารักษาของบริการรายการนั้นเป็นบาท |

กลุ่มสัมพันธ์การวินิจฉัยโรค (diagnosis related group; DRG) หมายถึงกลุ่มโรคตามการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ.

กลุ่มโรคส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงรหัสโรคที่ถือว่าเป็นการให้ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การฉีดวัคซีนในคลินิกเด็กดี การวางแผนครอบครัว การฝากครรภ์.

กลุ่มโรคที่ไม่นำมาคิดบริการ หมายถึงรหัสโรคที่ไม่ถือว่าเป็นการให้บริการรักษา หรือ การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การขอใบรับรองแพทย์ การตรวจสุขภาพประจำปี.

ระเบียบ หมายถึงข้อมูลของฟิลด์ที่ประกอบเป็นข้อมูล ๑ ชุดของแต่ละแฟ้มข้อมูล.

การทำงานของโปรแกรม

๑. ตรวจสอบความถูกต้องการฟิลด์แต่ละฟิลด์ในข้อมูล ๑๒ แฟ้ม ถ้ามีฟิลด์ไม่ครบหรือลักษณะไม่ถูกต้องตามข้อกำหนด จะแจ้งให้ผู้ใช้ทราบ และหยุดโปรแกรม.

๒. รวมข้อมูล ๑๒ แฟ้ม เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องคือ



รูปที่ ๑ แสดงหน้าจอของโปรแกรม



รูปที่ ๒ แสดงหน้าจอการรวมข้อมูล ๑๒ แฟ้มในส่วนที่เกี่ยวข้องให้เป็นแฟ้ม dbf แฟ้มเดียว





| รหัสนิติบุคคล | ชื่อผู้ป่วย | ชื่อมารดา | ชื่อบิดา | ชื่อผู้ป่วย | ชื่อมารดา | ชื่อบิดา |
|---------------|-------------|------------|----------|-------------|-----------|----------|
| 18041 | 08328 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 0 |
| 18041 | 18738 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 21 |
| 18041 | 18828 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 407 |
| 18041 | 18828 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 14 |
| 18041 | 18824 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 1 |
| 18041 | 18825 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 3 |
| 18041 | 18826 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 3 |
| 18041 | 18828 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 7 |
| 18041 | 18828 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 7 |
| 18041 | 18840 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 3 |
| 18041 | 18813 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 1 |

รูปที่ ๓ แสดงรายงานสรุบบแยกกลุ่มโรครักษาพยาบาลและกลุ่มโรคส่งเสริมสุขภาพ

| รหัสนิติบุคคล | ชื่อผู้ป่วย | ชื่อมารดา | ชื่อบิดา | ชื่อผู้ป่วย | ชื่อมารดา | ชื่อบิดา | วันที่รับบริการ | รหัสโรคหลัก | รหัสสิทธิ | เลขประจำตัว |
|---------------|-------------|------------|----------|-------------|-----------|----------|-----------------|-------------|-----------|-------------|
| 18041 | 08328 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 0 | | | | |
| 18041 | 18738 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 21 | | | | |
| 18041 | 18828 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 407 | | | | |
| 18041 | 18828 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 14 | | | | |
| 18041 | 18824 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 1 | | | | |
| 18041 | 18825 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 3 | | | | |
| 18041 | 18826 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 3 | | | | |
| 18041 | 18828 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 7 | | | | |
| 18041 | 18828 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 7 | | | | |
| 18041 | 18840 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 3 | | | | |
| 18041 | 18813 | หญิง/ภรรยา | | ๕ | | 1 | | | | |

รูปที่ ๔ แสดงรายละเอียดของผู้รับบริการ

PAT, INS, OPD, ODX, ORF, OOP, CHT และ CHA ให้เป็นแฟ้ม dbf แฟ้มเดียวตามบึงงบประมาณ โดยใช้ ชื่อรหัสหน่วยบริการ เช่น ข้อมูลของโรงพยาบาลหัวขัณฑ์ จะเป็นชื่อแฟ้ม ๑๐๙๓๗.dbf

๓. จัดทำรายงานแยกหน่วยบริการต้นสังกัด, แยกกลุ่มโรคที่ไม่นำมาคิดบริการ, แยกโรคที่เป็นการรักษา และ แยกกลุ่มโรคส่งเสริมสุขภาพ โดยมีขั้นตอนย่อยในขั้นตอนเดียวโดยนำแฟ้มที่ได้จากข้อ ๑ มาคำนวณ คือ

- คัดเอาเฉพาะผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้สิทธิ์จากฟิลด์ ptype ของแฟ้ม CHT ตามรหัสสิทธิ์ของผู้ที่มีสิทธิ์บัตรทองเท่านั้น.
- เนื่องจากบางระเบียนในแฟ้ม INS ไม่มี Hospmain ดังนั้นต้องมีการเติมฟิลด์ Hospmain ลงในระเบียนเฉพาะฟิลด์ที่มีช่องว่าง โดยนำสถานที่อยู่ของผู้รับบริการมาแปลงเป็นรหัส Hospmain.
- ตัดระเบียนที่มีรหัส Hospmain ที่ไม่ใช่อยู่ในกองทุนสาขาจังหวัดศรีสะเกษออก.
- ตัดระเบียนกลุ่มโรคที่ไม่นำมาคิดบริการออก.
- ทำรายงานสรุบบแยกกลุ่มโรครักษาพยาบาล และกลุ่มโรคส่งเสริมสุขภาพ โดยแยกเป็นแต่ละหน่วยบริการต้นสังกัด และส่งออกกระเบียนเป็นแฟ้ม dbf ชื่อ hos.

๔. จัดทำรายละเอียดของผู้รับบริการที่ได้จากข้อ ๓ (แฟ้ม hos) จัดทำเป็นรายงานแสดงรายละเอียดรายบุคคล และส่งออกเป็นไฟล์รูปแบบ Excel ชื่อ "รหัสหน่วยบริการ.xls" ซึ่งไฟล์นี้ประกอบด้วย รหัสหน่วยบริการ, HN, ชื่อสกุลผู้รับบริการ, วันที่มารับบริการ, รหัสโรคหลัก, รหัสสิทธิ, เลขประจำตัว ๑๓ หลัก และชื่อหน่วยบริการต้นสังกัด.

ข้อดีของโปรแกรม

๑. เป็นการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโดยเฉพาะในส่วนผู้ป่วยนอก ซึ่งเดิมให้ความสนใจเฉพาะข้อมูลผู้ป่วยในเพื่อนำมาจัดสรรเงินผู้ป่วยในตาม DRG.
๒. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการแต่ละครั้งให้ครบถ้วน ซึ่งข้อมูลที่บันทึกจะเป็นประโยชน์ในการจัดทำผลงานประจำปี หรือการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ของหน่วยบริการ.
๓. ในกรณีที่จังหวัดมีข้อตกลงในการเรียกเก็บเงินผู้ป่วยข้ามเขตระหว่างสถานพยาบาล หน่วยบริการไม่ต้องจัดทำรายงาน นค.๑ ส่งเรียกเก็บมาที่สำนักงานสาขาจังหวัด. ดังนั้นเป็นการลดภาระงานของสถานพยาบาลในการจัดทำข้อมูล.
๔. สำนักงานสาขาจังหวัดลดภาระงานในการจัดกลุ่มแยกหน่วยบริการต้นสังกัด, ภาระงานตัดข้อมูลการให้บริการที่ไม่ใช่การรักษาพยาบาล หรือการส่งเสริมสุขภาพออก เนื่องจาก

ใช้โปรแกรมจัดการส่งผลให้เวลาในการทำงานลดลง.

๕. หน่วยบริการต้นสังกัดสามารถตรวจสอบข้อมูลรายละเอียดของการเคลมนั้น ๆ ได้จากแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบ Excel โดยดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์สำนักงานสาขาจังหวัด.

ผลของการนำโปรแกรมสำเร็จรูปมาใช้ที่จังหวัดศรีสะเกษ

โปรแกรมตรวจสอบการให้บริการผู้ป่วยนอกต่างเครือข่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดศรีสะเกษได้นำมาใช้จริงตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๗ จนถึงปัจจุบัน โดยงานประกันสุขภาพ สาขาจังหวัดศรีสะเกษเป็นผู้ใช้โปรแกรมนี้ มีการกำหนดให้แต่ละหน่วยบริการส่งข้อมูล ๑๒ แฟ้มให้งานประกันสุขภาพจังหวัดภายในวันที่ ๒๐ ของเดือนถัดมาในแต่ละเดือน งานประกันสุขภาพจะนำข้อมูล ๑๒ แฟ้มของแต่ละหน่วยบริการมาจัดทำรายงานด้วยโปรแกรมดังกล่าว ใช้เวลาในการทำรายงานประมาณ ๑ นาทีต่อข้อมูลหน่วยบริการ ๕,๐๐๐ ครั้ง หรือจังหวัดศรีสะเกษมีจำนวนครั้งที่ให้บริการผู้ป่วยนอกประมาณ ๔๐๐,๐๐๐ ครั้งต่อเดือน, จะใช้เวลาในการทำรายงานไม่เกิน ๒ ชั่วโมง จากเดิมที่ใช้เวลาในการทำรายงานประมาณ ๒ วัน, เกิดความรวดเร็วทั้งในการจัดทำรายงานเพื่อเตรียมการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการ และความถูกต้องของรายงานของแต่ละหน่วยบริการเพื่อให้หน่วยบริการต้นสังกัดตรวจสอบ ใช้เวลาในการทำงานลดลงจากเดิมอย่างมาก สามารถตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังได้ ลดภาระจัดเก็บเอกสารกระดาษ. นอกจากนี้ หน่วยบริการไม่เป็นภาระที่ต้องจัดทำรายงาน นค.๑ ส่งให้งานประกันสุขภาพจังหวัด.

ข้อเสนอแนะ

๑. โปรแกรมนี้ไม่สามารถนำข้อมูล ๑๒ แฟ้มของทุก

หน่วยบริการเข้ามาประมวลพร้อมกันได้ในเวลาเดียวกัน ต้องนำเข้าครั้งละหน่วย สมควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้สามารถนำข้อมูล ๑๒ แฟ้มของทั้ง ๑๘ หน่วยบริการในจังหวัดศรีสะเกษเข้าพร้อมกัน.

๒. ควรลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการแต่ละครั้ง ไว้ในรายงานหรือแฟ้ม Excel ที่ส่งออก เนื่องจากการเรียกเก็บในภายหน้าอาจเปลี่ยนเป็นเรียกเก็บค่าบริการตามจริง.

๓. จังหวัดที่มีการเรียกเก็บเงินการให้บริการผู้ป่วยนอกระหว่างสถานพยาบาลหรือเครือข่ายในจังหวัด สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปนี้ในการเก็บข้อมูลและบริหารจัดการกองทุนระดับจังหวัดได้.

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์บัณฑิต จึงสมาน อดีตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และนายแพทย์ประวิ อ่ำพันธ์ุ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษคนปัจจุบันเป็นผู้สนับสนุนให้มีการนำระบบข้อมูลสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการทำงานประกันสุขภาพ สาขาจังหวัดศรีสะเกษได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรมนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. การเรียกเก็บและการจ่ายชดเชยภายในจังหวัด. เอกสารรายงานการประชุมประจำเดือนคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ, ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๘.
๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. การเรียกเก็บและการจ่ายชดเชยภายในจังหวัด. เอกสารรายงานการประชุมประจำเดือนคณะกรรมการจัดสรรเงินหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ณ วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๖.