

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เวชระเบียนที่มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นหัวใจสำคัญในการจัดระบบข้อมูลสุขภาพ ในแผน พัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ กลวิธีและมาตรฐานสู่ระบบสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ได้เร่งพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริการด้านการรักษา ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ค้ำครองผู้บริโภครและวิชาการด้านสาธารณสุข พร้อมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อบริหารจัดการระบบสาธารณสุข ในการรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเป็นสากล องค์การอนามัยโลกได้จัดทำบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Disease : ICD) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือหลักในการจำแนกโรครวมทั้งสาเหตุการบาดเจ็บและสาเหตุการตาย สำหรับประเทศไทยเริ่มใช้บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศเมื่อ พ.ศ.2493 โดยเริ่มใช้กับสถิติการตายของประเทศ ต่อมาใช้ในการจัดทำสถิติการเจ็บป่วย และปัจจุบันหน่วยงานสาธารณสุขยังได้ นำกลไกการจ่ายเงินหรือจัดสรรงบประมาณในการรักษาพยาบาลในส่วนของผู้ป่วยในด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรครวม (Diagnosis Related Groups : DRGs) โดยโรงพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในรูปแบบของการให้รหัสโรคตามระบบของ ICD เวชระเบียนเป็นเอกสารทางการแพทย์ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมประวัติและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (แสงเทียน อยู่เถา 2551) เวชระเบียนที่ได้รับการบันทึกข้อมูลโดยแพทย์และสหวิชาชีพที่ร่วมรักษาอย่างครบถ้วนจะเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญในการจัดระบบข้อมูลสุขภาพและสารสนเทศของโรงพยาบาล รวมไปถึงใช้เป็นข้อมูลในการขอรับค่าชดเชยบริการทางการแพทย์จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคมเนื่องจากปัจจุบันผู้รับบริการไม่ได้จ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลโดยตรง แต่เป็นการจ่ายผ่านตัวแทน (กองทุนหรือ Third Parties) โดยตัวแทนเหล่านั้นจะขอข้อมูลการให้บริการค่าบริการเป็นเต็ม โดยใช้กลไกกลุ่มวินิจฉัยโรครวมเป็นตัวกลางในการคำนวณเต็ม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2553, น. 1)

ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญในการให้บริการผู้ป่วย เวชระเบียนผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่มีการบันทึกการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแพทย์สามารถที่จะนำมาใช้ประโยชน์ ในการวางแผนรักษาผู้ป่วย ตลอดจนเป็นข้อมูลในการให้รหัสโรคและ

รหัสทางการแพทย์ เพื่อขอรับค่าชดเชยค่า บริการทางการแพทย์ หากเวชระเบียนที่บันทึกไม่มีความสมบูรณ์ ไม่มีคุณภาพก็จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้รับบริการในการที่จะได้รับการรักษาพยาบาล เพราะถ้าแพทย์ ผู้รักษาได้ ข้อมูลไม่ครบถ้วนไม่ถูกต้อง ก็อาจทำให้การวางแผนการรักษาทำได้ไม่เต็ม ประสิทธิภาพ รวมถึงส่งผลกระทบต่อข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการให้รหัสโรคและรหัสผ่าตัด ซึ่งอาจมีผลทำให้โรงพยาบาลสูญเสียรายได้จากการขอรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

บัญชีจำแนกโรกระหว่างประเทศ (International Classification of Disease) ฉบับแรก หรืออาจเรียกย่อว่า ICD-1 ถือกำเนิดมาจากกลุ่มประเทศบางประเทศทางยุโรปเมื่อ พ.ศ. 2443 โดยเน้นการจำแนกโรคที่เป็นสาเหตุการตายและได้รับการพัฒนาปรับปรุงและแก้ไขมาเป็นลำดับทุก 10 ปี โดยประมาณ จนกระทั่งมีการก่อตั้งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 องค์การอนามัยโลกได้เห็นความสำคัญของ ICD และเลือกใช้ ICD เป็นเครื่องมือหลักในการให้รหัสโรค นอกจากนั้นยังได้รวมโรคอื่นๆ ที่อาจไม่รุนแรงถึงแก่ชีวิต รวมทั้งสาเหตุการบาดเจ็บต่างๆ เข้าไว้ในบัญชีจำแนกโรกระหว่างประเทศด้วยตั้งแต่ฉบับที่ 6 (ICD-6) ทำให้ ICD มีความสมบูรณ์มากขึ้น เปลี่ยนชื่อไปเป็น International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems หลังจากนั้นองค์การอนามัยโลกได้มีการปรับปรุงแก้ไขบัญชีจำแนกโรคอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ จนกระทั่งจัดทำบัญชีจำแนกโรกระหว่างประเทศฉบับที่ 10 (ICD-10) เสร็จใน พ.ศ. 2535 และเริ่มใช้ใน พ.ศ. 2537

เนื่องจากโรคและปัญหาการเจ็บป่วยในแต่ละประเทศย่อมมีความแตกต่างกันไม่มากนักน้อย ความต้องการรหัสโรคที่เหมาะสมของแต่ละประเทศจึงแตกต่างกัน หลายประเทศจึงมีแนวคิดในการดัดแปลงรหัส ICD เพื่อให้เหมาะสมยิ่งขึ้นในการใช้งานในประเทศของตน ประเทศแรกที่ทำการดัดแปลง ICD คือ สหรัฐอเมริกา ซึ่งดัดแปลง ICD-9 เป็น ICD-9-CM (CM ย่อมาจาก clinical modification) หลังจากนั้นประเทศออสเตรเลียได้ดัดแปลง ICD-10 เป็น ICD-10-AM (AM ย่อมาจาก Australian modification) และต่อมาประเทศแคนาดาได้ดัดแปลง ICD-10 เป็น ICD-10-CA (CA ย่อมาจาก Canadian modification) ประเทศไทยได้พัฒนา ICD-10 เพื่อให้เหมาะกับโรคและความเจ็บป่วยของประเทศไทย เป็น ICD-10-TM (TM ย่อมาจาก Thai modification) ในปัจจุบันมีการเริ่มใช้ในหลายโรงพยาบาล และในส่วนของรหัสโรคได้ถูกนำไปใช้ในฐานข้อมูล DRGs (TGRP40) ด้วย

ประเทศไทยเริ่มใช้บัญชีจำแนกโรกระหว่างประเทศตั้งแต่ฉบับที่ 7 (ICD-7) เมื่อ พ.ศ. 2493 โดยนำมาใช้ในการทำสถิติการตายของประเทศ ต่อมาได้เปลี่ยนมาใช้ ICD-8 และ ICD-9 ในการเก็บสถิติการเจ็บป่วยตั้งแต่ พ.ศ. 2506 จนกระทั่ง พ.ศ. 2537 ประเทศไทย เดนมาร์ก และเช็กโกสโลวาเกีย ได้เป็นสามประเทศแรกในโลกที่เริ่มใช้ ICD-10 หลังจากนั้นประเทศอื่นๆ ก็ได้ทยอยเปลี่ยนมาใช้

ICD-10 คาดว่าภายในอนาคตอันใกล้นี้ ทุกประเทศทั่วโลกจะใช้ ICD-10 ในการให้รหัสโรค ในปัจจุบัน ประเทศไทยใช้หนังสือ ICD-10 ของ WHO Version 2007

ผู้ให้รหัส ICD-10 ทุกคน ต้องรู้ว่าโรคที่ตนเองกำลังให้รหัสอยู่นั้นเป็นโรคอะไร โดยใช้การวิเคราะห์คำเรียกชื่อโรคที่แพทย์ผู้รักษาได้บันทึกชื่อโรคไว้ ดังนั้นผู้ให้รหัส ICD-10 ทุกคนจึงต้องมีพื้นฐานที่ดี เรื่องการวิเคราะห์ศัพท์แพทย์และมีความเข้าใจศัพท์เฉพาะที่ปรากฏอยู่ในหนังสือ ICD-10 กลไกการบาดเจ็บหรือกลไกการได้รับพิษ (external cause of injury and poisoning) คือ ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วย เพื่อให้ทราบว่าบาดเจ็บมาอย่างไร เป็นอุบัติเหตุ ถูกทำร้าย ฆ่าตัวตาย ฯลฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้ป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเป็นสาเหตุให้สูญเสียประชาชนไทยก่อนวัยอันควร แพทย์ต้องระบุกลไกการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บทุกราย

1.1 องค์ประกอบที่สำคัญของ กลไกการบาดเจ็บ ได้แก่

1.1.1 บอกลักษณะกลไกการบาดเจ็บได้อย่างละเอียด เช่น บรรยายว่านั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์จะไปทำงาน แล้วรถจักรยานยนต์สะดุดก้อนหินล้มเอง หรือบรรยายว่าถูกฟันด้วยมีดอีโต้ขณะไปเที่ยวที่งานวัด

1.1.2 ระบุได้ชัดเจนว่าเป็นอุบัติเหตุ หรือถูกทำร้าย หรือเป็นการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเอง

1.2 ผู้ให้รหัสมีหน้าที่สำคัญยิ่งในการบันทึกรหัสผู้ป่วยบาดเจ็บ ถ้าหากแพทย์ไม่ระบุกลไกการบาดเจ็บ หรือระบุกลไกไม่ชัดเจน ผู้ให้รหัสต้องสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียน เพื่อให้รหัส external cause ได้ครบถ้วนและถูกต้องตรงตามมาตรฐานการให้รหัสผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรหัสกิจกรรม รหัสสถานที่เกิดเหตุ และรหัสตำแหน่งผู้ป่วยในยานพาหนะแต่ละแบบ

โรงพยาบาลทุติยภูมิภาคเหนือตอนล่างเป็นโรงพยาบาลระดับ S จำนวน 310 เตียง รับผิดชอบงานสาธารณสุขในเครือข่าย 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองตาก และอำเภอวังเจ้า นอกจากนี้ยังให้บริการรักษาพยาบาลและรับผู้ป่วยส่งต่อนอกเครือข่ายบริการจากอำเภอสามเงาและบ้านตาก ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ในปี 2555 มีการดำเนินงานตามมาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพทุกหมวด โดยเฉพาะหมวดที่เกี่ยวกับเวชระเบียน ได้มีการจัดตั้งคณะทำงานเวชระเบียน โดยความร่วมมือจากทุกสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดเกณฑ์ในการบันทึกเวชระเบียนของแต่ละวิชาชีพและมีการตรวจสอบเวชระเบียน โดยคณะทำงาน ซึ่งพบปัญหาในการให้รหัส ICD-10 ในผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บที่ไขว้ระยะเทียมและอุปสรรคในการบำบัดรักษาโรคจากการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก พบว่าอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในส่วนของการให้รหัสโรคในกลุ่มนี้ลดลงเกิดปัญหาการเบิกจ่ายคืนเงิน ต้องมีการตรวจสอบข้อมูลซ้ำทุกครั้งและแก้ไขให้ถูกต้องก่อนการเบิกคืนเงิน จากการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในปี 2556 คิดเป็นร้อยละ 65.22 (เกณฑ์

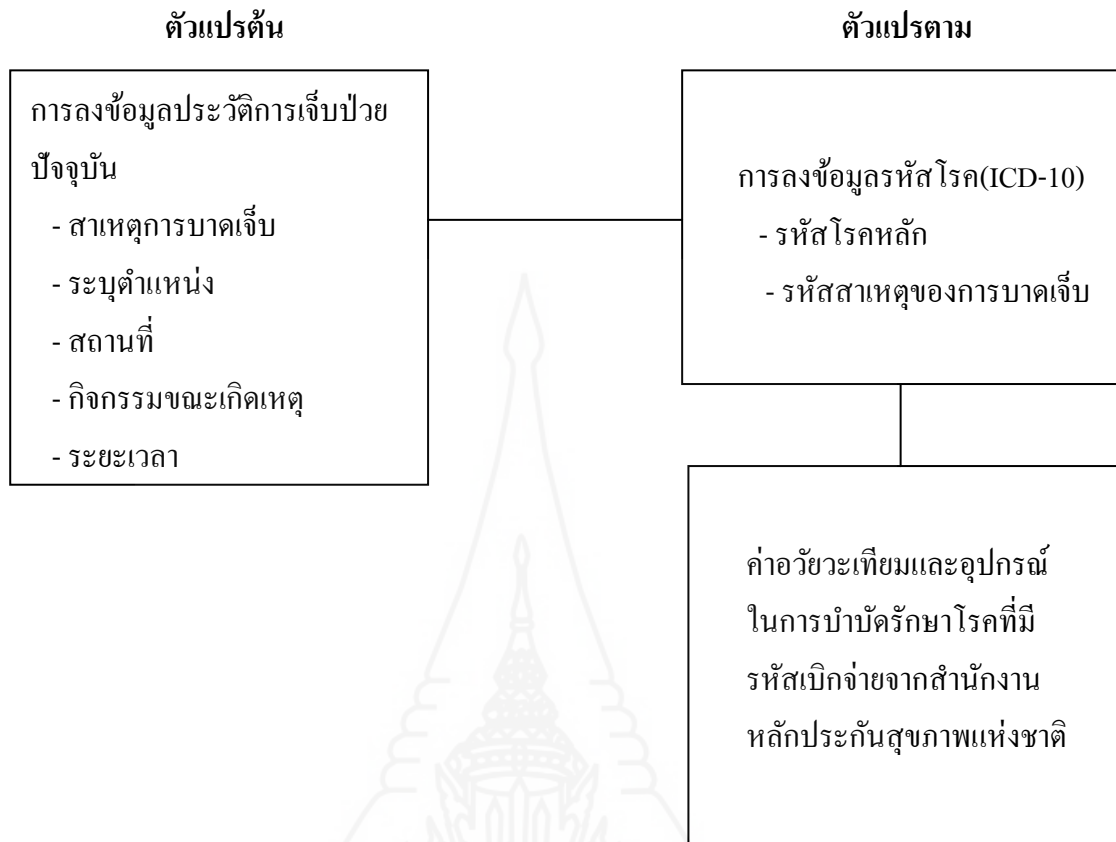
สปสช. ร้อยละ 80 ขึ้นไป) พบว่าผลการสรุปเวชระเบียนผิดพลาด จากการให้รหัสโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บร้อยละ 96.80 เกิดข้อผิดพลาดในการชดเชยเงินคืนหมวด 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ทางโรงพยาบาลพุทธภูมิภาคเหนือตอนล่าง จึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ขึ้นมา เพื่อการตรวจสอบข้อมูลชดเชยเงินคืนแก่โรงพยาบาล เพราะทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดวิธีการตรวจสอบเวชระเบียนไว้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2553) หากโรงพยาบาลใดให้รหัสการวินิจฉัยผู้ป่วยโดยไม่มีหลักฐานปรากฏในเวชระเบียนจะถูกเรียกเก็บเงินคืนและถูกปรับเพิ่มเติม จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจปัจจัยการลงข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บประกอบด้วยประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน รหัสโรค ICD-10 และค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค เพื่อปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์และ โรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทนตามที่ควรจะเป็นตามจ่ายจริง

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาความครบถ้วนด้านการลงข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและการลงข้อมูลรหัสโรค ICD-10
- 2.2 เพื่อศึกษาการเรียกเก็บค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่เกิดการบาดเจ็บตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการลงข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันกับการลงข้อมูลรหัสโรค ICD-10
- 2.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการลงข้อมูลรหัสโรค ICD-10 กับการเรียกเก็บค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ความสัมพันธ์ต่อเวชระเบียนผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บและค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคของโรงพยาบาลพุทธภูมิภาคเหนือตอนล่าง ระหว่าง 1 ตุลาคม 2557



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลทุติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง เรื่องปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างการลงข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บกับการเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลทุติยภูมิภาคเหนือตอนล่าง โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บ (visit) และใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ช่วงระหว่าง 1 ตุลาคม 2557 – 31 พฤษภาคม 2558 จำนวน 320 ฉบับ

5. ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรคือ เหวะเบียนผู้ป่วยนอกที่เกิดการบาดเจ็บ จำนวน 480 ฉบับ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2557 – กันยายน 2558 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ช่วงระหว่าง 1 ตุลาคม 2557 – 31 พฤษภาคม 2558 จำนวน 320 ฉบับ

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 การลงข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness) หมายถึง การบันทึก เหวะเบียนโดยพยาบาลซักถามอาการหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เริ่มต้นของการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วย มาโรงพยาบาล และต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์ ดังนี้

6.1.1 ถามสาเหตุการบาดเจ็บ (Cause of Injury) หมายถึง สาเหตุภายนอกของการ เจ็บป่วยที่เกิดการบาดเจ็บ

6.1.2 ถามตำแหน่งที่เป็น (Location) หมายถึง ถาม สังเกตและให้ผู้ป่วยชี้ตำแหน่ง ที่มีอาการบาดเจ็บ ระบุเจาะจง เช่น นิ้วชี้มือซ้าย ข้อเท้าขวา ฯลฯ

6.1.3 ถามสถานที่ (Place) หมายถึง บริเวณ สถานที่ที่เกิดการบาดเจ็บในขณะนั้น

6.1.4 ถามกิจกรรมขณะที่เกิดเหตุการณ์ (Activity) หมายถึง ก่อนหรือขณะที่เกิด การบาดเจ็บกำลังทำอะไรอยู่ เช่น รับจ้างตัดต้นไม้รายวัน

6.1.5 ถามเกี่ยวกับเวลาที่ เป็น (Timing) หมายถึง ระยะเวลาที่เกิดการบาดเจ็บ ก่อนมาถึงโรงพยาบาลเป็นนาที ชั่วโมง วัน เดือน เป็นต้น

6.2 การลงข้อมูลรหัสโรค (ICD-10) หมายถึง การบันทึกเหวะเบียนโดยแพทย์ และ หลักฐานที่สนับสนุนการวินิจฉัยโรค การรักษาที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคหรือปัญหาของผู้ป่วย ที่มีบันทึกในเหวะเบียน ดังนี้

6.2.1 รหัสโรคหลัก (Main condition code/ Principal diagnosis) คือ การวินิจฉัย หลัก องค์ประกอบที่สำคัญตามคำจำกัดความ ได้แก่

1) การวินิจฉัยหลักมีได้เพียงการวินิจฉัยเดียวเท่านั้น

2) การวินิจฉัยว่าโรคใด เป็นการวินิจฉัยหลักให้กระทำเมื่อสิ้นสุดการรักษา แล้วเท่านั้น เพื่อให้ได้คำวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย (Final diagnosis) ซึ่งจะเป็นคำวินิจฉัยโรคที่ละเอียด

ชัดเจนมากที่สุด ดังนั้นการวินิจฉัยหลักอาจแตกต่างไปจากการวินิจฉัยเมื่อแรกรับ (admitting หรือ provisional diagnosis)

3) ในกรณีของผู้ป่วยในโรคที่บันทึก เป็นการวินิจฉัยหลักต้องเป็นโรคที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยตั้งแต่มารับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล มิใช่โรคแทรกที่เกิดขึ้นมาภายหลัง ถึงแม้โรคแทรกที่เกิดขึ้นมาภายหลัง จะทำให้สูญเสียทรัพยากรหรือค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่า แพทย์ก็มีอาจเลือกโรคแทรกมาบันทึกเป็นการวินิจฉัยหลักได้

4) ในผู้ป่วยที่มีโรคหลายโรคปรากฏขึ้นพร้อมๆ กันตั้งแต่ก่อนรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้เลือกโรคที่ได้ทำการรักษาเป็นการวินิจฉัยหลัก หากรักษาหลายโรคพร้อมๆ กัน ให้เลือกโรคที่รุนแรงที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลัก หากโรคที่รักษาพร้อมกันหลายโรคมีความรุนแรงใกล้เคียงกัน ให้เลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงสุดเป็นการวินิจฉัยหลัก

5) ในผู้ป่วยบางรายที่แพทย์วินิจฉัยโรคให้แน่ชัดไม่ได้จนสิ้นสุดการรักษาแล้ว ให้แพทย์บันทึกอาการ (Symptom) หรืออาการแสดง (Sign) หรือกลุ่มอาการ (syndrome) ที่สำคัญที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลัก

6.2.2 รหัสสาเหตุของการบาดเจ็บ (External causes of injury) คือ กลไกการบาดเจ็บ หรือการได้รับพิษ ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ เพื่อให้ทราบว่าการบาดเจ็บมาอย่างไร เป็นอุบัติเหตุ ถูกทำร้าย ฆ่าตัวตาย ฯลฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้ป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเป็นสาเหตุให้สูญเสีย แพทย์ต้องระบุกลไกการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บทุกราย

องค์ประกอบที่สำคัญของกลไกการบาดเจ็บได้แก่

1) บอกลักษณะกลไกการบาดเจ็บได้อย่างละเอียด เช่น บรรยายว่านั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์จะไปทำงาน แล้วรถจักรยานยนต์สะดุดก้อนหินลื่นล้มเอง หรือบรรยายว่าถูกฟันด้วยมีดอโต้ขณะไปเที่ยวที่งานวัด

2) ระบุได้ชัดเจนว่า เป็นอุบัติเหตุหรือถูกทำร้าย หรือเป็นการฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเอง

6.3 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค คือ เจ้าหน้าที่งานธุรการดำเนินการขอรับเงินค่าใช้จ่ายสำหรับค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในระบบปกติ หมายถึง การจ่ายเงินชดเชยแก่หน่วยบริการตามอัตราและราคาที่เป็นไปตามประกาศค่าใช้จ่ายตามหมวดรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค แบ่งเป็น 10 หมวด ดังนี้

6.3.1 หมวด 1 ระบบประสาท

6.3.2 หมวด 2 ตา หู คอ จมูก

6.3.3 หมวด 3 ระบบทางเดินหายใจ

- 6.3.4 หมวด 4 หัวใจและหลอดเลือด
- 6.3.5 หมวด 5 ทางเดินอาหาร
- 6.3.6 หมวด 6 ทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์
- 6.3.7 หมวด 7 กระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น
- 6.3.8 หมวด 8 วัสดุอุปกรณ์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- 6.3.9 หมวด 9 อื่นๆ
- 6.3.10 หมวด 10 วัสดุสิ้นเปลืองที่เป็นวัสดุทางการแพทย์

7. ประโยชน์ที่ได้รับ

- 7.1 สื่อสารกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการลงข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและการลงข้อมูลรหัสโรค ICD-10 ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการลงข้อมูลให้ครบถ้วน
- 7.2 ปรับปรุงระบบการลงข้อมูลและการเรียกเก็บค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
- 7.3 โรงพยาบาลได้รับเงินค่าตอบแทนตามจ่ายจริงตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ