# บทที่ 2
# วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเวชระเบียนผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บและค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลทุติยภูมิภาคเหนือตอนล่างและห่างจากชายแดนประเทศพม่า 90 กิโลเมตร ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการให้รหัส ICD-10
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการให้รหัสทางการแพทย์โดย ICD-10 ผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บ
3. การลงบันทึกเวชระเบียน
4. การลงข้อมูลที่ถูกต้อง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความรู้เกี่ยวกับการให้รหัส ICD-10

ICD-10 ย่อมาจาก International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision หรือศัพท์ภาษาไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขเรียกว่า บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 เป็นระบบที่มีองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วน ดังนี้ (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์, 2548: น. 3-4)

1. ระบบการจัดหมวดหมู่ของโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆที่พบในมนุษย์
2. ระบบรหัสโรคและรหัสปัญหาสุขภาพ

ระบบการจัดหมวดหมู่ของโรคใช้หลักการของ Nosology หรือศาสตร์แห่งการจัดหมวดหมู่โรค ในการจับกลุ่มโรคที่ลักษณะใกล้เคียงกันมาอยู่ในหมวดหมู่เดียวกัน ส่วนระบบรหัสโรคและรหัสปัญหาสุขภาพใช้การกำหนดรหัสเป็นสัญลักษณ์แทนโรคหรือปัญหาสุขภาพ

### 1.1 ลักษณะรหัสของ ICD-10

รหัส ICD-10 เป็นรหัสตัวอักษรผสมตัวเลข (Alphanumeric code) โดยรหัสแต่ละตัวจะขึ้นต้นด้วยตัวอักขระภาษาอังกฤษ A-Z แล้วตามด้วยตัวเลขอารบิก 0-9 อีก 2 ถึง4 ตัว จึงเป็นรหัส

ที่มีความยาว 3,4 หรือ 5 อักขระ(Character) สำหรับ ICD ตัวอย่างรหัส ICD-10 ได้แก่ (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์, 2548: น. 4)

I10 เป็นรหัสแทนโรค Hypertension

J18.9 เป็นรหัสแทนโรค Pneumonia

M00.91 เป็นรหัสแทนโรค Pyogenic Arthritis at shoulder

**1.2 ศัพท์ทางการแพทย์และศัพท์เฉพาะของ ICD-10**

การให้รหัสโรค สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายนั้น ผู้ให้รหัสต้องรู้ว่าผู้ป่วยมีโรคกี่โรค เป็นโรคอะไรบ้าง โดยทั่วไป การให้รหัส ICD-10 นั้น จะให้รหัสต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น 1 โรค ผู้ให้รหัสจึงต้องการชื่อโรคที่ชัดเจนและมีลักษณะที่ดี โดยลักษณชื่อโรคที่ดีนั้นประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ข้อ ดังนี้

***1.2.1 มีคำที่บอกว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร***

***1.2.2 มีคำที่บอกว่าผู้ป่วยเป็นโรคตำแหน่งใด ระบบไหนของร่างกาย***

***1.2.3 มีคำที่บอกว่าผู้ป่วยเป็นโรคชนิดใด***

**1.3 การเรียงลำดับรหัสโรค**

ในการลงรหัสโรคผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น เมื่อค้นหาและใส่รหัสโรคทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ผู้ให้รหัสยังมีหน้าที่เรียงลำดับรหัสโรคให้ตรงตามประเภทของรหัสโรคด้วย โดยในการให้รหัสโรคผู้ป่วยในนั้น ผู้ให้รหัสมีหน้าที่ต้องเรียงลำดับรหัสโรคไปตามชนิดของโรคต่างๆ ดังนี้

***1.3.1 รหัสโรคหลัก (Maim condition code/ Principal diagnosis)***

***1.3.2 รหัสการวินิจฉัยร่วม (Co-morbidity codes)***

***1.3.3 รหัสโรคแทรกซ้อน (Complication codes)***

***1.3.4 รหัสการวินิจฉัยอื่น (Other diagnosis codes)***

***1.3.5 รหัสสาเหตุของการบาดเจ็บ (External causes of injury)***

**1.4 การวินิจฉัยหลัก (Maim condition code/ Principal diagnosis)**

องค์ประกอบที่สำคัญตามคำจำกัดความ ได้แก่

***1.4.1 การวินิจฉัยหลักมีได้เพียงการวินิจฉัยเดียวเท่านั้น***

***1.4.2 การวินิจฉัยว่าโรคใดเป็นการวินิจฉัยหลักให้กระทำเมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้วเท่านั้น เพื่อให้ได้คำวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย (Final diagnosis)*** ซึ่งจะเป็นคำวินิจฉัยโรคที่ละเอียดชัดเจน

มากที่สุด ดังนั้นการวินิจฉัยหลักอาจแตกต่างไปจากการวินิจฉัยเมื่อแรกรับ (admitting หรือ provisional diagnosis)

***1.4.3 ในกรณีของผู้ป่วยใน โรคที่บันทึกเป็นการวินิจฉัยหลักต้องเป็นโรคที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล มิใช่โรคแทรกที่เกิดขึ้นมาภายหลัง*** ถึงแม้โรคแทรกที่เกิดมาภายหลังจะทำให้สุญเสียทรัพยากรหรือค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่า แพทย์ก็มิอาจเลือกโรคแทรกมาบันทึกเป็นการวินิจฉัยหลักได้

***1.4.4 ในผู้ป่วยที่มีโรคหลายโรคปรากฏขึ้นพร้อมๆ กันตั้งแต่ก่อนรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้เลือกโรคที่ได้ทำการรักษาเป็นการวินิจฉัยหลัก*** หากรักษาหลายโรคพร้อมๆ กัน ให้เลือกโรคที่รุนแรงที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลัก หากโรคที่รักษาพร้อมกันหลายโรคมีความรุนแรงใกล้เคียงกัน ให้เลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงสุดเป็นการวินิจฉัยหลัก

***1.4.5 ในผู้ป่วยบางรายที่แพทย์วินิจฉัยโรคให้แน่ชัดไม่ได้จนสิ้นสุดการรักษาแล้ว ให้แพทย์บันทึกอาการ (Symptom) หรืออาการแสดง (Sign) หรือ กลุ่มอาการ (syndrome) ที่สำคัญที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลัก***

**1.5 การวินิจฉัยร่วม (Comorbidity)**

โรคที่เป็น การวินิจฉัยร่วม (Comorbidity) คือ โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงชีวิตสูงมากขึ้น หรือใช้ทรัพยาการในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่สำคัญตามคำจำกัดความ ได้แก่

***1.5.1 เป็นโรคที่พบร่วมกับการวินิจฉัยหลัก*** หมายความว่า เกิดขึ้นก่อน หรือพร้อมๆ กับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก คือเป็นโรคที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล มิใช่โรคแทรกที่เกิดขึ้นภายหลัง

***1.5.2 เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรก เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือพิการระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล*** ทำให้ต้องเพิ่มการตรวจพิเศษ เพิ่มยา/เวชภัณฑ์ ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแผนกอื่นๆ ต้องทำการรักษาเพิ่มเติม

***1.5.3 แพทย์สามารถบันทึกการวินิจฉัยร่วมได้มากกว่า 1 โรค โดยไม่จำกัดจำนวน***

***1.5.4 โรคที่มักเป็นการวินิจฉัยโรคร่วม*** ได้แก่ โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

***1.5.5 ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคประจำตัว*** ในกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายตำแหน่ง มักมีบาดแผลต่างๆที่มีความรุนแรงน้อยกว่าบาดแผลหลักเป็นโรคร่วมอยู่เสมอ

***1.5.6 การให้รหัสโรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วมทุกรหัส*** ต้องมีการวินิจฉัยโรคอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ผู้ดูแล หรือร่วมกันรักษาเป็นหลักฐานรับรองการบันทึกรหัสเสมอ ผู้ให้รหัสไม่สามารถนำเอาผลการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ หรือการตรวจพิเศษอื่นใดที่มิใช่คำวินิจฉัยโรคของแพทย์มาตีความเป็นการวินิจฉัยร่วมเอง โดยพลการ ถ้าหากมีข้อสงสัยว่าผู้ป่วยจะมีโรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วมอื่นใดที่แพทย์ลืมบันทึก ผู้ให้รหัสโรคอาจส่งเวชระเบียนให้แพทย์พิจารณาทบทวนวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมได้ก่อนให้รหัส

**1.6 โรคแทรก (Complication )**

โรคแทรก (Complication) คือโรคที่ไม่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก แต่แรกแต่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่สำคัญตามคำจำกัดความของโรคแทรก ได้แก่

***1.6.1 เป็นโรคที่เกิดขึ้นภายหลัง ไม่เกิดขึ้นก่อน หรือ ไม่เกิดพร้อมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก*** คือ เป็นโรคที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว

***1.6.2 เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรก เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือพิการระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล*** ทำให้ต้องเพิ่มการตรวจพิเศษ เพิ่มยา/เวชภัณฑ์ ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแผนกอื่นๆ ต้องทำการรักษาเพิ่มเติม

***1.6.3 โรคแทรกอาจเป็นโรคต่างระบบกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และอาจไม่เกี่ยวเนื่องกับการวินิจฉัยหลัก***

***1.6.4 แพทย์สามารถบันทึกโรคแทรกได้มากกว่า 1 โรค***

**1.7 การวินิจฉัยอื่น (Other diagnosis)**

การวินิจฉัยอื่นๆ (Other diagnosis) คือ โรคของผู้ป่วยที่ไม่เข้าข่ายคำจำกัดความของการวินิจฉัยหลัก การวินิจฉัยร่วม หรือโรคแทรก กล่าวคือเป็นโรคที่ความรุนแรงของโรคไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือเป็นโรคที่ไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ อาจเป็นโรคที่พบร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก หรือพบหลังจากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้

องค์ประกอบที่สำคัญตามคำจำกัดความของการวินิจฉัยอื่นๆ ได้แก่

***1.7.1 เป็นโรคเล็กน้อย หรือเป็นโรคที่มีความรุนแรงไม่มากพอที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรก เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือพิการระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล***

***ไม่ทำให้ต้องเพิ่มการตรวจพิเศษ ไม่ต้องเพิ่มยา/เวชภัณฑ์ ไม่ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแผนกอื่นๆ ไม่ต้องทำการรักษาเพิ่มเติม***

***1.7.2 เป็นโรคพบร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก หรือพบหลังจากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้***

***1.7.3 อาจเป็นโรคระบบเดียวกันกับการวินิจฉัยหลัก หรืออาจไม่เกี่ยวเนื่องกับการวินิจฉัยหลักก็ได้***

***1.7.4 แพทย์สามารถบันทึกการวินิจฉัยอื่นๆ ได้มากกว่า 1 อย่าง***

**1.8 กลไกการบาดเจ็บ หรือการได้รับพิษ (External causes of injury and poisoning)**

กลไกการบาดเจ็บ หรือการได้รับพิษ (External causes of injury and poisoning) คือ ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ เพื่อให้ทราบว่าบาดเจ็บมาอย่างไร เป็นอุบัติเหตุ ถูกทำร้าย ฆ่าตัวตาย ฯลฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้ป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเป็นสาเหตุให้สูญเสีย แพทย์ต้องระบุกลไกการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บทุกราย

องค์ประกอบที่สำคัญของกลไกการบาดเจ็บได้แก่

***1.8.1 บอกลักษณะกลไกการบาดเจ็บได้อย่างละเอียด*** เช่น บรรยายว่านั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์จะไปทำงาน แล้วรถจักรยานยนต์สะดุดก้อนหินลื่นล้มเอง หรือบรรยายว่าถูกฟันด้วยมีดอีโต้ขณะไปเที่ยวที่งานวัด

***1.8.2 ระบุได้ชัดเจนว่าเป็นอุบัติเหตุหรือถูกทำร้าย หรือเป็นการฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเอง***

การลงรหัสโรคร่วม โรคแทรก โรคอื่นๆ สาเหตุ

ตัวอย่าง ผู้ป่วยชายไทย 28 ปี ขับรถปิคอัพ ชนกับเสาไฟฟ้า 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล สลบ หายใจช้าและตื้น มีแผลที่หน้าผาก กว้าง 10 ซม. ลึกถึงกะโหลก แขน-ขาซ้ายอ่อนแรงทำ CT-Scan พบมี Acute Subdural Hematoma บริเวณ Right temporal อีก 30 นาทีต่อมาทำผ่าตัด Craniotomy with clot removal หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยเริ่มลืมตาได้เมื่อเจ็บ แต่ยังมีแขนขาซ้ายอ่อนแรง 3 วันต่อมา มีไข้สูง ไอ เสมหะสีเขียวข้น วินิจฉัยว่าเป็น Klepsiella Pneumonia Left Uppet Lobe ต้องให้ Antibiotic + เครื่องช่วยหายใจอยู่ 7 วัน อาการไม่ดีขึ้น ซึมลงมากกว่าเดิม ตรวจ CT-Scan ซ้ำ พบมี Generalized Brain Edema มาก อีก 5 วันต่อมา ไข้ลดลง แต่พบว่าไม่ค่อยตอบสนองต่อความเจ็บปวด แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า Brain Death ใช้เครื่องช่วยหายใจต่ออีก 25 วัน ญาติขอให้หยุดเครื่องช่วยหายใจ จึงเสียชีวิต

| Disease categories | Diagnosis | ICD codes |
|---|---|---|
| 1. Main condition | Acute Subdural Hematoma Right temporal | S06.5 |
| 2. Comorbidity | 1. Laceration wound at forehead<br>2. none<br>3.none | 1.S06.0<br>2.<br>3. |
| 3.Complication | 1. Klepsiella Pneumonia Left Uppet Lobe<br>2. Generalized Brain Edema<br>3. none | 1. J15.0<br>2. G93.6<br>3. |
| Disease categories | Diagnosis | ICD codes |
| 4. Other diagnosis | 1. none<br>2. none | 1.<br>2. |
| 5. External cause of injury | ขับรถปิคอัพชนเสาไฟฟ้า | V45.59 |

การค้นหารหัสโรคจากดรรชนีของ ICD-10

1. ขั้นตอนวิธีการให้รหัส

ผู้ให้รหัสก็จะเริ่มดำเนินการให้รหัสโรคได้ต้องมีข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยอยู่ในมือแล้วเริ่มใช้ข้อมูลจากใบสรุปการรักษาของแพทย์เป็นหลักฐานในการลงรหัสโดยมีขั้นตอนการทำงานดังนี้

1. ตรวจสอบโรคที่ปรากฏในใบสรุปการรักษาให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน
2. เปลี่ยนคำย่อทุกคำให้เป็นคำเต็ม
3. เลือกคำหลักของโรคทั้งหมด
4. ใช้คำหลักเปิดหารหัส ICD -10 จากดรรชนี
5. ตรวจสอบรายละเอียดจากหนังสือ ICD-10 เล่มที่ 1 แล้วเลือกรหัสที่เหมาะสม
6. กำหนดรหัสโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรก และโรคอื่นๆ

2. หนังสือ ICD-10

ICD-10 ประกอบด้วยหนังสือ 3 เล่ม ดังนี้

เล่ม 1 รายการรหัสโรคพร้อมคำอธิบาย (Tabular list)

เล่ม 2 วิธีการใช้รหัส ICD-10 , กฎเกณฑ์ต่างๆและประวัติการพัฒนา

เล่ม 3 ดรรชนีค้นหารหัสโรค (Alphabetical index)

3. บทต่างๆ ของ ICD-10

เนื้อหาในหนังสือเล่ม 1 ของ ICD-10 ส่วนใหญ่เป็นรายการรหัสโรคพร้อมคำอธิบาย โดยแบ่งเนื้อหาเป็นบทต่างๆ รวมทั้งสิ้น 21 บท ดังนี้

| | |
|---|---|
| บทที่ 1 โรคติดเชื้อ | ใช้รหัส A00-B99 |
| บทที่ 2 เนื้องอกและมะเร็ง | ใช้รหัส C00-D48 |
| บทที่ 3 โรคเลือด | ใช้รหัส D50-D89 |
| บทที่ 4 โรคต่อมไร้ท่อ | ใช้รหัส E00-E90 |
| บทที่ 5 โรคจิต โรคประสาท พฤติกรรม | ใช้รหัส F00-F99 |
| บทที่ 6 โรคสมองและระบบประสาท | ใช้รหัส G00-G99 |
| บทที่ 7 โรคตา | ใช้รหัส H00-H59 |
| บทที่ 8 โรคหู | ใช้รหัส H60-E95 |
| บทที่ 9 โรคหัวใจและหลอดเลือด | ใช้รหัส I00-I99 |
| บทที่ 10 โรคปอดและระบบหายใจ | ใช้รหัส J00-J99 |
| บทที่ 11 โรคระบบย่อยอาหาร | ใช้รหัส K00-K93 |
| บทที่ 12 โรคผิวหนัง | ใช้รหัส L00-L99 |
| บทที่ 13 โรคกล้ามเนื้อและกระดูก | ใช้รหัสM00-M99 |
| บทที่ 14 โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ | ใช้รหัส N00-N99 |
| บทที่ 15 โรคตั้งครรภ์ การคลอด | ใช้รหัส O00-O99 |
| บทที่ 16 โรคของทารกแรกเกิด | ใช้รหัส P00-P96 |
| บทที่ 17 พิการแต่กำเนิด | ใช้รหัส Q00-Q99 |
| บทที่ 18 อาการและอาการแสดงผิดปกติ | ใช้รหัส R00-R99 |
| บทที่ 19 การบาดเจ็บและการได้รับพิษ | ใช้รหัส S00-T98 |
| บทที่ 20 สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ | ใช้รหัส V01-Y98 |
| บทที่ 21 การให้บริการสุขภาพ | ใช้รหัส Z00-Z99 |
| บทที่ 22 รหัสสำหรับวัตถุประสงค์เฉพาะ | ใช้รหัส U00-U99 |

ในแต่ละบทของ ICD-10 ยังมีการแยกโครงสร้างย่อยลงไปเป็นหมวดต่างๆ (Blocks) โดยจัดโรคที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมาอยู่ในหมวดเดียวกัน และได้แจกแจงรายการหมวดต่างๆ ที่มีอยู่ในแต่ละบทไว้ในหน้าแรกของแต่ละบท เช่น ในบทที่1 โรคติดเชื้อมีการแบ่งโครงสร้างเป็นหมวดต่างๆ อีกในราว 20 หมวด

หมายเหตุ ในการให้รหัสโรคนั้นจำเป็นต้องมีหนังสือ/คู่มือประกอบด้วย เพื่อความถูกต้องแม่นยำ

## 2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการให้รหัสทางการแพทย์โดย ICD-10 ผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บ

### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการให้รหัสทางการแพทย์โดย ICD-10

ธนัท ฉัทธพงศ์ กล่าวว่า การจัดกลุ่มโรคที่พบในมนุษย์มีหลายแบบ ได้แก่ การจัดกลุ่มโรคตามอวัยวะที่เป็น การจัดกลุ่มโรค โดยแบ่งลักษณะของโรคว่าเป็นประเภทโรคติดต่อหรือโรคที่ไม่ติดต่อ การจัดกลุ่มโรคตามสาเหตุของโรค แต่ระบบการจัดกลุ่มโรคที่พบใน ICD-10 เป็นระบบที่ไม่เหมือนใครทั้งสิ้น สาเหตุเกิดมาจากการที่ ICD-10 ถูกสร้างขึ้นมาโดยองค์การอนามัยโลก เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำสถิติการตาย และสถิติการเจ็บป่วยของมนุษย์โลก ระบบการจัดกลุ่มโรคของ ICD-10 จึงอ้างอิงระบบการทำสถิติขององค์การอนามัยโลกนั่นเอง

### 2.2 วิธีการให้รหัส

ผู้ให้รหัสจะเริ่มดำเนินการให้รหัสโรคได้ต้องมีข้อมูลโรคทั้งหมดของผู้ป่วยอยู่ในมือแล้วเริ่มใช้ข้อมูลจากใบสรุปการรักษาของแพทย์เป็นหลักในการลงรหัส โดยมีขั้นตอนการทำงาน ดังนี้

***2.2.1 ตรวจสอบโรคที่ปรากฏในใบสรุปการรักษาให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน***

***2.2.2 เปลี่ยนคำย่อทุกคำให้เป็นคำเต็ม***

***2.2.3 เลือกคำหลักของโรคทั้งหมด***

***2.2.4 ใช้คำหลักเปิดหารหัส ICD-10 จากดรรชนี***

***2.2.5 ตรวจสอบรายละเอียดจากหนังสือ ICD-10 เล่มที่ 1 แล้วเลือกรหัสที่เหมาะสม***

***2.2.6 กำหนดรหัสโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรก และโรคอื่นๆ***

### 2.3 การเรียงลำดับรหัสโรค

ในการลงรหัสโรคผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น เมื่อค้นหาและใส่รหัสโรคทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้ว ผู้ให้รหัสยังมีหน้าที่เรียงลำดับรหัสโรคให้ตรงตามประเภทของรหัสโรคด้วย โดยในการให้รหัสโรคผู้ป่วยในนั้น ผู้ให้รหัสมีหน้าที่ต้องเรียงลำดับรหัสโรคไปตามชนิดของโรคต่างๆ ดังนี้

2.3.1 รหัสโรคหลัก (Main condition code)

2.3.2 รหัสการวินิจฉัยร่วม (Co-morbility codes)

2.3.3 รหัสโรคแทรกซ้อน (Complication codes)

2.3.4 รหัสการวินิจฉัยอื่น (Other diagnosis codes)

2.3.5 รหัสสาเหตุของการบาดเจ็บ (External causes of injury)

***2.3.1 PRINCIPAL DIAGNOSIS (การวินิจฉัยหลัก)***

องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

*1) การวินิจฉัยหลักมีได้เพียงการวินิจฉัยเดียวเท่านั้น*

*2) การวินิจฉัยว่าโรคใดเป็นการวินิจฉัยหลักให้กระทำเมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้วเท่านั้น* เพื่อให้ได้คำวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย ซึ่งจะเป็นคำวินิจฉัยที่ละเอียดชัดเจนมากที่สุด

*3) ในกรณีของผู้ป่วยใน โรคที่บันทึกเป็นการวินิจฉัยหลักต้องเป็นโรคที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล มิใช่โรคแทรกที่เกิดขึ้นมาภายหลัง*

*4) ในผู้ป่วยที่มีโรคหลายโรคปรากฏขึ้นพร้อมๆกัน ตั้งแต่ก่อนรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ให้เลือกโรคที่ได้ทำการรักษาเป็นการวินิจฉัยหลัก หากรักษาหลายโรคพร้อมๆ กัน ให้เลือกโรคที่รุนแรงที่สุดเป็นโรคการวินิจฉัยหลัก*

*5) ในผู้ป่วยบางรายที่แพทย์วินิจแยกโรคให้แน่ชัดไม่ได้จนสิ้นสุดการรักษาแล้ว ให้แพทย์บันทึกอาการ อาการแสดง หรือกลุ่มอาการที่สำคัญที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลัก*

***2.3.2 COMORBIDITY (การวินิจฉัยร่วม)***

คือ โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงชีวิตสูงมากขึ้น หรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้

องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

*1) เป็นโรคที่พบร่วมกับการวินิจฉัยหลัก หมายความว่า เกิดขึ้นก่อน หรือพร้อมๆ กับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก*

*2) เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรก เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือพิการระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล* ทำให้ต้องเพิ่มการตรวจพิเศษ เพิ่มยาหรือเวชภัณฑ์ ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแผนกอื่นๆ ต้องทำการรักษาเพิ่มเติม

*3) แพทย์สามารถบันทึกการวินิจฉัยร่วมได้มากกว่า 1 โรค โดยไม่จำกัดจำนวนสูงสุดที่จะบันทึกได้*

***2.3.3 COMPLICATION (โรคแทรก)***

คือโรคที่ไม่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลักแต่แรก แต่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปแล้ว และเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น หรือใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้

องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

*1) เป็นโรคที่เกิดขึ้นภายหลัง ไม่เกิดขึ้นก่อน หรือไม่เกิดพร้อมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก คือเป็นโรคที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว*

*2) เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรก เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือพิการระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล*

*3) อาจเป็นโรคต่างระบบกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และอาจไม่เกี่ยวเนื่องกับการวินิจฉัยหลัก*

*4) แพทย์สามารถบันทึกโรคแทรกได้มากกว่า 1 โรค โดยไม่จำกัดจำนวนโรคสูงสุด*

***2.3.4 OTHER DIAGNOSIS (การวินิจฉัยอื่นๆ)***

คือโรคของผู้ป่วยที่ไม่เข้าข่ายคำจำกัดความของการวินิจฉัยหลัก การวินิจฉัยร่วมหรือโรคแทรก กล่าวคือ เป็นโรคที่ความรุนแรงของโรคไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงมากขึ้น

องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

*1) เป็นโรคเล็กน้อย หรือเป็นโรคที่มีความรุนแรงไม่มากพอที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรก เสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือพิการระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล*

*2) เป็นโรคพบร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก หรือพบหลังจากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้*

*3) อาจเป็นโรคระบบเดียวกันกับการวินิจฉัยหลัก หรือพบหลังจากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ได้*

*4) แพทย์สามารถบันทึกการวินิจฉัยอื่นๆ ได้มากกว่า 1 อย่าง โดยไม่จำกัดจำนวนสูงสุด*

***2.3.5 EXTERNAL CAUSE OF INJURY AND POISONING (กลไกการบาดเจ็บหรือการได้รับพิษ)***

คือ ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วย เพื่อให้ทราบว่าบาดเจ็บมาอย่างไร เป็นอุบัติเหตุ ถูกทำร้าย ฆ่าตัวตาย ฯลฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้ป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเป็นสาเหตุให้สูญเสียอันควรประชาชนไทยก่อนวัยอันควร

องค์ประกอบ ได้แก่

*1) บอกลักษณะกลไกการบาดเจ็บได้อย่างละเอียด* เช่น บรรยายว่านั่งซ้อนรถจักรยานยนต์จะไปทำงาน แล้วรถจักรยานยนต์สะดุดก้อนหินลื่นล้มเอง

*2) ระบุชัดเจนว่าเป็นอุบัติเหตุ หรือถูกทำร้ายหรือเป็นการฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเอง*

## 3. การลงบันทึกเวชระเบียน

**3.1 การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย** มีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการผู้ป่วยและประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย

การซักประวัติของผู้ป่วย

การซักประวัติเป็นการรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้เรื่องราวความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นการพยาบาลอันดับแรกที่ก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทำให้เข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยก่อให้เกิดสัมพันธภาพ ทักษะในการสัมภาษณ์มีผลต่อความเที่ยงตรงของประวัติที่ได้รับ ขณะที่ซักประวัติผู้ป่วยจะรู้สึกว่าปัญหาได้รับความสนใจ มีคนที่เข้าใจปัญหา ควรจัดในสถานที่ที่มิดชิดมีความเป็นส่วนตัว ต้องแนะนำตนเองกับผู้ป่วย มีอารมณ์และความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย ไม่รีบร้อนเร่งให้ผู้ป่วยตอบ ให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกและตอบอย่างอิสระ ไม่ตัดบท การซักถามไม่ถามนำ ไม่ถามคำถามปลายปิดโดยไม่จำเป็นเพราะจะทำให้ได้ข้อมูลไม่เพียงพอ ประวัติที่จำเป็นต้องซักถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัว อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว

***3.1.1 ข้อมูลส่วนตัว***

ข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ ชื่อ อายุ เพศ อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา ที่อยู่คนใกล้ชิดที่จะติดต่อเมื่อจำเป็น

***3.1.2 อาการสำคัญ***

อาการสำคัญ หมายถึง อาการ 2-3 อาการที่เด่นชัด ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ซึ่งอาการนี้จะคุกคามผู้ป่วยมาก อาการสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหาของตนเองออกมาเพื่อต้องการให้ช่วยเหลือ ตัวอย่างประโยคคำถาม เช่น เป็นอะไรมาโรงพยาบาล รู้สึกเป็นอย่างไรบ้าง ผู้ป่วยที่ป่วยเรื้อรังอาจพูดยาวและไม่ตรงจุด พยาบาลจะต้องสังเกตว่า อะไรเป็นปัญหาที่สำคัญที่ผู้ป่วยต้องการให้ขจัดปัดเป่ามากที่สุด เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยขณะที่พูด อาการสำคัญที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง เป็นลม เจ็บหน้าอก ท้องโต น้ำหนักลด เบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ มีไข้ หมดสติ เป็นต้น ควรบอกระยะเวลาที่เกิดอาการ หรือเริ่มมีอาการ เช่น หมดสติมา 6 ชั่วโมง ก่อนมาถึงโรงพยาบาล มีไข้มาประมาณ 1 สัปดาห์ ถ้ามีอาการร่วมมากกว่า 1 อาการ ให้ระบุด้วย เช่น ไข้ หนาวสั่น ไอเสมหะ

สีขาวมา 3 วัน ตัวอย่างที่ไม่ใช่อาการสำคัญ แต่มักนำมาใส่ในอาการสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยพูดไม่ได้ เช่น ย้ายมาจากไอซียู รับย้ายมาจากโรงพยาบาลนครศรีธรรมราช เป็นต้น

***3.1.3 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน***

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน หมายถึง อาการหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เริ่มต้นของการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ระยะเวลาของการเจ็บป่วยปัจจุบันอาจจะต่อเนื่องกันเป็นปี เนื่องจากอยู่ในภาวะเรื้อรัง เป็นๆ หายๆ อาจจะต่อเนื่องกันเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือเป็นปีก็ได้ คำถามมักจะถามว่าเป็นมาตั้งแต่เมื่อใด

ตัวอย่าง 7-8 ปีก่อนเคยเป็นนิ่วที่ไต

1 สัปดาห์ก่อนมานี้ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก มีเลือดออกตามไรฟัน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ชักเกร็งไม่รู้สึกตัวขณะรับประทานอาหาร

จากประวัติดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีการเกิดปัญหาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยรายนี้ คือ เป็นนิ่วมาก่อนแล้วนำไปสู่ไตวาย มาโรงพยาบาลด้วยอาการของยูรีเมีย ถ้าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่นๆ อยู่ด้วย แต่มิได้เป็นปัญหาขณะนี้ และไม่ได้ต่อเนื่องกับอาการสำคัญไม่ใช่ประวัติปัจจุบัน

การซักถามประวัติปัจจุบัน ต้องถามทั้งในเชิงปริมาณ ลักษณะและบริเวณที่เกิดอาการ ความรุนแรง อาการที่บรรเทาได้ หรืออาการที่ทำให้ทุเลาขึ้น ตัวอย่างเช่น ไอมีเสมหะสีเขียวจำนวนมาก วันละครึ่งกระป๋องนม หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกเหมือนถูกเข็มแทง บริเวณทรวงอกซ้ายขณะหายใจเข้า เวลาอากาศเย็นจะเป็นมากขึ้น ต้องนอนศีรษะสูง และไอแรงๆ อาการหอบเหนื่อยดีขึ้น

การซักประวัตินั้นต้องซักเพื่อวินิจฉัยแยกโรคด้วยว่าเป็นที่อวัยวะใด เช่น อาการเจ็บหน้าอก ต้องแยกออกจากโรคหลอดอาหารอักเสบ เยื่อหุ้มปอดอักเสบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหน้าอกอักเสบ จึงต้องซักถามอาการร่วมให้ชัดเจน

การซักประวัติปัจจุบันต้องซักถามถึงการวินิจฉัย การรักษาสถานที่รักษาที่ผ่านมาแล้ว ทำให้ผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง ตัวอย่างเช่น 7-8 ปี แพทย์โรงพยาบาลปัตตานีวินิจฉัยว่าเป็นนิ่วที่ไตทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยไม่ยอมทำการผ่าตัด 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีคลื่นไส้ อาเจียนมาก มีเลือดออกตามไรฟัน แพทย์วินิจฉัยว่าไตวาย และทำการล้างไตทางหน้าท้อง จำนวน 50 ชุด ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อาการดีขึ้น จึงกลับบ้าน

***3.1.4 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต***

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หมายถึง ประวัติการเจ็บป่วยที่ยังไม่ได้ระบุในการเจ็บป่วยปัจจุบันเป็นการทบทวนภูมิหลังการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอกเหนือจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ เช่น ภาวะสุขภาพทั่วไป โรคติดเชื้อ โรคติดต่อ ประวัติการแพ้อาหารและยา ภูมิคุ้มกัน ประวัติการ

ผ่าตัด อุบัติเหตุ ประวัติทางสูตินรีเวช ประวัติทางจิตเวช ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความพิการ ควรบอกระยะเวลาของเหตุการณ์ด้วย

***3.1.5 ประวัติส่วนตัวและครอบครัว***

*1) ข้อมูลด้านจิตใจ อารมณ์* หมายถึง บุคลิก นิสัยใจคอ กิจวัตร การดำรงชีวิตประจำวัน ตัวอย่างเช่น เป็นคนเงียบขรึม พูดน้อย โกรธง่าย เอาจริงเอาจัง สูบบุหรี่จัด วันละ 2 ซอง รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ ไม่เป็นเวลา ไม่ชอบอาหารรสจัด

*2) ข้อมูลด้านสังคม* หมายถึง ข้อมูลด้านการศึกษารายได้ อาชีพ สมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย ภาระความรับผิดชอบในครอบครัว จำนวนบุตร การเข้าสังคม ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยอาชีพขับรถรับจ้าง มีบุตร 3 คน เรียนชั้นประถม มัธยมและอาชีวศึกษา ภรรยาขายของที่ตลาดรายได้ของครอบครัวประมาณเดือนละ 6,000 บาท ขณะเจ็บป่วยรายได้ลดลงเหลือเดือนละ 3,000 บาท ภรรยาเป็นผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล

*3) ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว* หมายถึง การเจ็บป่วยของพ่อแม่ พี่น้อง เพื่อดูการเจ็บป่วยทางพันธุกรรม โรคติดต่อ และภาระของครอบครัว ตัวอย่างเช่น มีแม่เป็นโรคเบาหวาน พ่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง น้องชายเป็นทาลาสซีเมีย สามีเป็นวัณโรค เป็นต้น

*4) ประวัติผู้ป่วยมีประโยชน์สำหรับพยาบาลมาก* เช่น อาการสำคัญ ทำให้ต้องสังเกต และบันทึกอาการต่อเพื่อการวินิจฉัยโรค และการรักษาบรรเทาอาการ เช่น อาการปวดไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยต้องการให้บรรเทา หรือหาย ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันช่วยให้ทราบว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อยู่ในระยะใดของโรคเพื่อการวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสม ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตก็มีความสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลระมัดระวังในการให้ยา หรืออันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลกระทบจากการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน พยาบาล จะต้องคำนึงถึงเพื่อให้การพยาบาลได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ข้อมูลด้านจิตใจ อารมณ์ ช่วยให้พยาบาลเข้าใจจิตใจผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น สร้างสัมพันธภาพได้ดี ทราบถึงปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ข้อมูลด้านสังคมก็มีความสำคัญช่วยให้ทราบถึงความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย รายได้ และภาระรับผิดชอบในครอบครัวมีผลกระทบต่อความวิตกกังวลขณะเจ็บป่วย

ประวัติผู้ป่วยนั้นมีประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลทุกขั้นตอน ช่วยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม มีความเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคลมากขึ้น และพยาบาลจะต้องรักษาประวัติของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ

**3.2 ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน**

***3.2.1 เวชระเบียน (medical record)*** หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภทที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติ

การแพ้ยา เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผลหรือพลิกศพ ผลการบันทึกค่าทั้งที่เป็นตัวเลข ตัวอักษร รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นใด จากอุปกรณ์ เครื่องมือในสถานบริการสาธารณสุขหรือเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใดๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ เอกสารอื่นๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเอกสารอื่นใดที่ทางองค์การอนามัยโลก หรือสถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าเป็นเอกสารทางเวชระเบียน หมายรวมถึงชื่อของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสารดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรค การจัดทำรายงานทางการแพทย์ การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย การนำมาเพื่อการศึกษาวิจัย หรือเพื่อการอื่นใดตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิตอล หรือระบบอิเลคทรอนิกส์ (Electronic Medical Record -EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นในปัจจุบัน

### *3.2.2 การตรวจสอบประสิทธิภาพงานเวชระเบียน (Competency of Medical Record Unit)*

| รายการตรวจสอบ | คำอธิบายรายการตรวจสอบ |
|---|---|
| ความถูกต้องแม่นยำของงานเวชระเบียน | การให้ความสำคัญกับรายละเอียดของงานในทุกขั้นตอนอย่างต่อเนื่องและตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำของงานที่ปฏิบัติก่อนส่งมอบ ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด |
| การประสานงานของหน่วยงานด้านเวชระเบียน | การติดต่อประสานงานแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความคิดเห็นต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน โดยวาจา และลายลักษณ์อักษร รวมทั้งการแสดงออกด้วยท่าทางที่เหมาะสม ทำให้เกิดผลดีกับทุกฝ่าย และบรรลุเป้าหมายของงาน |
| การบริการงานเวชระเบียนที่ดี | ความเข้าใจ และตั้งใจที่จะให้บริการ รวมทั้งการสร้างความเป็นมิตรหรือความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น โดยการเริ่มต้นทักทาย สนับสนุน ช่วยเหลือ และพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลให้เกียรติผู้อื่น เพื่อตอบสนองความต้องการ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการทั้งภายในและภายนอก |
| งานเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วย | การจำแนกและประเมินอาการผู้ป่วยตามข้อเท็จจริง และสามารถจัดส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ทันเวลา |
| ความรอบรู้ ข้อมูล ข่าวสารของงานเวชระเบียน | มีความพยายามเรียนรู้ ศึกษา ค้นคว้า จดจำ การให้บริการด้านต่างๆ กฎ ระเบียบ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งภายในโรงพยาบาล และภายนอกโรงพยาบาล ตลอดจนมีความรู้รอบตัว เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงการบริการได้สะดวก และสามารถให้ข้อมูลบริการได้ ณ จุดเดียว |
| การจัดการเวชระเบียนค้างสรุป | รู้และเข้าใจขั้นตอนกระบวนการ Admit / Discharge และเวชระเบียนที่แพทย์เจ้าของไข้บันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐานเวชระเบียนที่กำหนด |

| รายการตรวจสอบ | คำอธิบายรายการตรวจสอบ |
|---|---|
| การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการใบชันสูตรบาดแผล/พลิกศพ | ใบรับรองแพทย์ที่แพทย์ออกให้กับผู้ป่วยที่เป็นความฟ้องร้องตามขบวนการกฎหมายใบรับรองแพทย์จัดเป็นพยานเอกสารที่สำคัญ โดยสภาพความเป็นจริงที่สัมพันธ์กับกฎหมาย ถือว่าใบรับรองแพทย์ที่ได้ออกไปนั้นเป็นใบชันสูตรบาดแผล/พลิกศพ |
| การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดทำรายงานและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ | มีความสามารถรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยการแจกแจงแตกประเด็นออกเป็นส่วนย่อย ๆ รวมถึงการจัดหมวดหมู่ข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถรายงานข้อมูล เปรียบเทียบแง่มุมต่าง ๆ ให้งานบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ |
| การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของงาน เวชระเบียน | การนำทักษะ ความรู้ ความสามารถ และเข้าใจในระบบหรือขั้นตอนในการทำงานของโปรแกรม ที่พัฒนาขึ้นเอง และโปรแกรมสำเร็จรูปจากหน่วยงานภายนอกมาพัฒนาและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีต่างๆ เข้ากับการปฏิบัติงานให้เกิดผลสำเร็จ เพื่อพัฒนางานที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง |
| การสืบค้นข้อมูลของงานเวชระเบียน | มีความพยายามที่จะเข้าถึงประเด็น ปัญหาหรือเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือจำเป็นต่องานในหน้าที่รวมถึงการสืบค้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงหรือตรงตามเงื่อนไขที่ต้องการเพื่อให้งานบรรลุตามเป้าหมาย |
| การตรวจสอบข้อมูลของงานเวชระเบียน | การนำความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ในการทำงานมาใช้ในการตรวจสอบ ฐานข้อมูลที่ตนเองรับผิดชอบ ให้ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อนำไปสู่กระบวนการสืบค้น และรายงานข้อมูลที่แม่นยำ |
| การใช้รหัส ICD-10 และ ICD-9-CM ของงานเวชระเบียน | ความรู้ความชำนาญในการให้รหัสโรค ICD-10 และ รหัสหัตถการและการผ่าตัด ICD-9-CM ตามคู่มือการให้รหัส และคู่มือ Standard Coding Guideline เพื่อให้ได้ข้อมูลทางคลินิกใช้ประกอบการเบิกจ่ายตามระบบ DRG อย่างมีประสิทธิภาพ |
| ระบบ DRG และระเบียบกฎเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินผู้ป่วยสิทธิพิเศษ | การจัดกลุ่มโรคตามระบบ DRG และระเบียบกฎเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินผู้ป่วยโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ และผู้ป่วยประกันสังคมตามแต่ละกองทุนกำหนด เพื่อให้คณะฯ ได้รับเงินคืนตาม DRG อย่างเหมาะสม |
| ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน | ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนประกอบด้วย แบบบันทึกของแพทย์เจ้าของไข้ที่ครบถ้วนสมบูรณ์ตามที่กำหนดไว้ เพื่อให้เป็นเวชระเบียนที่ดี ใช้ประโยชน์ในการศึกษา วิจัย ประกอบการเบิกจ่ายเงินของแต่ละกองทุน และตรวจสอบคุณภาพจากภายในและภายนอก |
| ความสมบูรณ์ของงานด้านเวชระเบียน | การให้ความสำคัญกับรายละเอียดของงานในทุกแง่มุมอย่างต่อเนื่องและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลและปฏิบัติงานต่างๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดก่อนส่งมอบงาน |
| บริหารจัดการระบบงานเอกสารของงานเวชระเบียน | ความสามารถในการจำแนก คัดกรอง แจกจ่าย คิดวิเคราะห์ สรุปประเด็น สาระสำคัญ จัดทำหนังสือราชการและรายงาน ตลอดจนติดตามงานจากหน่วยงานต่างๆ จัดระบบการจัดเก็บค้นหาให้พร้อมใช้งาน รวมถึงการยืม การทำลายเอกสาร ได้ตามระเบียบงาน สารบรรณ |
| การจัดลำดับความสำคัญของงาน | การจัดสรรเวลา ในการจัดเรียงลำดับงานก่อน-หลัง ตามสถานการณ์ตามความเร่งด่วน เพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายภายในระยะเวลาที่กำหนดโดยไม่มีผลกระทบต่อภาพรวมขององค์กร |
| การจัดการงานด้านเลขานุการของหน่วยงานด้านเวชระเบียน | สนับสนุนงานของผู้บริหารเกี่ยวกับการนัดหมาย แจ้งเตือน ประสานงานติดต่อสื่อสาร การแก้ไขปัญหา จัดเตรียมเอกสนับสนุนการประชุม บริหารจัดการประชุม บันทึกและจดจำสิ่งต่างๆ ตลอดจนจัดทำ จัดเก็บเอกสาร อำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ และการเก็บความลับ |

| รายการตรวจสอบ | คำอธิบายรายการตรวจสอบ |
|---|---|
| ความรู้ความเข้าใจในงานเวชระเบียน | มีความรู้ความเข้าใจในงานที่ปฏิบัติ รวมทั้งขั้นตอน วิธีการทำงาน อย่างถ่องแท้ มีความชำนาญและความสามารถประยุกต์ความรู้ และทักษะต่างๆ ในการปฏิบัติงานให้เกิดผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ |
| มาตรฐานการปฏิบัติงานเวชระเบียน | รู้และเข้าใจมาตรฐาน หรือขั้นตอนการทำงาน รวมทั้งสามารถใช้ความรู้ และทักษะต่างๆ ในการปฏิบัติงาน |

### *3.2.3 ความสำคัญของการทบทวนและตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน*

การบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพ สามารถใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ที่ครบถ้วน และสามารถสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาให้แก่ทีมสุขภาพใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน จึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพเวชระเบียน โดยเป็นระบบตรวจสอบและวิเคราะห์เวชระเบียนเชิงคุณภาพ มีลักษณะที่สำคัญคือสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ ป่วยผ่านมุมมองของทีมผู้ให้บริการ เทียบกับมุมมองของผู้ตรวจสอบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ดี ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพหรือมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่ต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนในการจัดสรรทรัพยากรให้แก่หน่วย งานที่ให้บริการ เช่นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การตรวจสอบเวชระเบียนเป็นกลไกที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ดังเช่นในระบบพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล คือ HA (Hospital accreditation) ได้กำหนดกิจกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน เป็นกิจกรรมหลักอันหนึ่งที่ทุกโรงพยาบาลต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นเพราะการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนจะเป็นเสมือนการส่องกระจกดูตัวเอง เพื่อหาจุดบกพร่อง นำไปดำเนินการแก้ไขให้ดีขึ้น และการนำผลการตรวจสอบไปใช้การพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน เป็นสิ่งที่ช่วยยืนยันได้ว่าผู้ป่วยของโรงพยาบาลนั้นๆ จะได้รับบริการที่ดีและมีคุณภาพอย่างโปร่งใสและตรวจสอบได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนของสถานบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง งานเวชระเบียนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการให้มีการทบทวนและตรวจสอบคุณภาพวเชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ

## 4. การลงข้อมูลที่ถูกต้อง

แนวทางการปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการวินิจฉัยโรคและการใช้อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instrument) คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2558

**4.1 แนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป**

ปีงบประมาณ 2558 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อประชากรที่ลงทะเบียนโดยปรับอัตราจ่ายตามโครงสร้างอายุของประชากรที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการ ซึ่ง สปสช.ได้จัดสรรแก่หน่วยบริการตามรอบที่กำหนดแล้วทั้งนี้ในการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการจึงมีแนวทางปฏิบัติโดยจำแนกตามเงื่อนไขการเข้ารับบริการ ดังนี้

4.1.1 กรณีเจ็บป่วยทั่วไปเข้ารับบริการเจ็บป่วยปกติตามหน่วยบริการประจำที่ลงทะเบียนไว้

4.1.2 กรณีเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ไปรับบริการต่างหน่วยบริการภายในจังหวัด

4.1.3 กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกแบ่งเป็นส่งต่อภายในจังหวัดและส่งต่อข้ามจังหวัด

4.1.4 กรณีเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่ไปรับบริการต่างหน่วยบริการข้ามจังหวัด

***4.1.1 กรณีเจ็บป่วยทั่วไป*** เป็นการเข้ารับบริการเจ็บป่วยปกติตามหน่วยบริการประจำที่ลงทะเบียนไว้

กรณีนี้เป็นการเข้ารับบริการตามปกติของผู้มีสิทธิตามที่กำหนดไว้ เนื่องจากเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกดังกล่าว หน่วยบริการได้รับเงินตามเหมาจ่ายรายหัวไปแล้ว

***4.1.2 กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยนอก ภายในจังหวัด***

*1) หลักเกณฑ์*

เป็นการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิ ในกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการภายในกองทุนสาขาจังหวัด

*2) อัตราและวิธีการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข*

ให้หน่วยบริการใช้หลักเกณฑ์ตามที่กำหนด โดยหน่วยบริการประจำเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าว

***4.1.3 กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก***

หลักเกณฑ์

การส่งต่อผู้ป่วยนอกแบ่งเป็น 2 ประเภทดังนี้

*1) การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการภายในจังหวัด*

ให้หน่วยบริการใช้หลักเกณฑ์และอัตราตามที่กำหนดโดยหน่วยบริการประจำเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าว

*2) กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer)*

ตามประกาศการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้บริหารจัดการงบกรณีรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer) เป็นภาพรวมระดับประเทศจากงบเหมาจ่ายรายหัวประเภทบริการ กรณีเฉพาะเพื่อบริหารจัดการระบบรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด ได้พัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยนอกข้ามจังหวัด (OP Refer) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างหน่วยบริการประจำหน่วยบริการรับส่งต่อ และการตามจ่ายค่าบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมโดยมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

(1) คุ้มครองผู้ป่วยเมื่อเกินขีดความสามารถของจังหวัด เมื่อถูกส่งต่อให้หน่วยบริการรับส่งต่อมั่นใจว่ามีการตามจ่ายที่เหมาะสม

(2) คุ้มครองหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อ โดยการทำ Risk sharing เมื่อมีการเรียกเก็บจากหน่วยบริการรับส่งต่อในราคาที่สูงมาก รวมทั้งตรวจสอบการเรียกเก็บไม่ให้ซ้ำซ้อนกับรายการที่ส่วนกลางจ่าย

(3) พัฒนาระบบจัดการให้มีประสิทธิภาพ ลดภาระการทำงานด้านเอกสารทั้งการเรียกเก็บและการตามจ่ายทั่วประเทศและทำให้มีข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบและการบริหารจัดการ

ทั้งนี้กรอบในการบริหารงบประมาณที่ใช้จ่ายเพื่อเป็นค่าบริการดังกล่าวเป็นงบประมาณที่กันมาจากเงิน 2 ส่วน คือ เงินค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (ผู้ป่วยนอก) และเงินบริหารแบบกองทุนกลาง (Central Reimbursement) โดย สปสช. เป็นผู้หักชำระบัญชีระหว่างกัน (Clearing house) แทนหน่วยบริการประจำและจะจ่ายเงินชดเชยให้หน่วยบริการรับส่งต่อตามผลงานการให้บริการ หลังจากมีการให้บริการและต้นสังกัดส่งข้อมูลเข้าในระบบและมีการอนุมัติรายบุคคลเรียบร้อยแล้ว

**4.2 แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการใช้อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียมในการบำบัดโรค (Instrument)**

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2558 สปสช. มีการบริหารจัดการรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมและจ่ายเงินค่าใช้จ่ายดังนี้

1. การขอรับเงินค่าใช้จ่ายสำหรับค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในระบบปกติ หมายถึง การจ่ายเงินชดเชยแก่หน่วยบริการตามอัตราและราคาที่ สปสช. ประกาศ

2. การขอรับเงินค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ในระบบปกติและขอรับอุปกรณ์ระบบ VMI หมายถึง การบริหารอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่ให้หน่วยบริการสามารถเลือกที่จะรับค่าใช้จ่ายเป็นเงินชดเชยค่าอุปกรณ์หรือขอรับอุปกรณ์ในระบบ VMI ได้แก่ กรณีข้อเข่าเทียม

3. การขอรับอุปกรณ์ฯ และอวัยวะเทียม ในระบบ VMI หมายถึง การบริหารอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่ให้หน่วยบริการรับเป็นอุปกรณ์ผ่านระบบ VMI เท่านั้น ได้แก่

3.1 กรณีสายสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดชนิดไม่เคลือบยา (รหัส 4304)

3.2 กรณีสายสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวดชนิดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (รหัส 4305)

โดยมีรายละเอียดแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายกรณีอุปกรณ์ฯ และอวัยวะเทียม ดังนี้

1. การขอรับค่าใช้จ่ายกรณีอุปกรณ์ ฯ และอวัยวะเทียมตามแนวทางในระบบปกติ

หลักเกณฑ์

1. การจ่ายเงินชดเชยกรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคฯ จะต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดในแต่ละรายการของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคฯ ในบัญชีแนบท้ายประกาศ (รายละเอียดในภาคผนวก)

2. การส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายค่าอุปกรณ์ฯ ต้องดำเนินการภายหลังจากที่มีการจ่ายอุปกรณ์ให้แก่ผู้มีสิทธิฯเรียบร้อยแล้วเท่านั้น

3. ข้อมูลการขอรับค่าใช้จ่ายค่าอุปกรณ์ที่กำหนดในบัญชีแนบท้ายประกาศฯ หน่วยบริการต้องระบุรหัสโรคและรหัสหัตถการให้ถูกต้องและเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดในประกาศ

อัตราการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

กรณีผู้ป่วยนอก สปสช. จะนำค่าใช้จ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคตามค่าใช้จ่ายจริงที่หน่วยบริการเรียกเก็บ แต่ไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่ สปสช. ประกาศกำหนดนำมาคำนวณอัตราจ่ายตามระบบ Point system with ceiling with global budget และสปสช. จะจ่ายชดเชยตามที่เรียกเก็บไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่กำหนดในประเภทและอัตราราคาชดเชยค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค ปี 2558 ซึ่ง สปสช. อาจขอเอกสาร/หลักฐานในการตรวจสอบการจัดหาอุปกรณ์ประกอบการพิจารณาจ่ายชดเชยในบางกรณี / บางราย

กรณีผู้ป่วยในเป็นการจ่ายเพิ่ม (additional payment) จากค่าบริการที่ได้รับตามกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) การคำนวณอัตราจ่ายและการตรวจสอบเพื่อพิจารณาจ่ายชดเชยเช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยนอก

หมายเหตุ

1. หน่วยบริการเรียกเก็บตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณี

2. เพดานราคาชดเชยที่ สปสช. ประกาศกำหนดภายใต้เงื่อนไขเกณฑ์คุณภาพของอุปกรณ์อวัยวะเทียมนั้นๆ

ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากเพดานราคาชดเชยและอัตราจ่าย กรณี Instrument หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บจากหน่วยบริการประจำหรือจากผู้ป่วยได้

สำหรับรายการ Instrument ที่ไม่อยู่ในบัญชี ฯ หากมีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษา หน่วยบริการที่รักษาจะได้รับค่าใช้จ่ายรวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาลตามกรณีของการรับบริการ เช่น ระบบ DRGs กรณีผู้ป่วยใน (IP ในเขต/ข้ามเขต) หรือต้นสังกัดกรณีการส่งต่อผู้ป่วยนอก (OP refer)

ข้อพึงระวังสำหรับการเบิกค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม

1. กรณีการเบิกอวัยวะเทียมซึ่ง 1 ชุดประกอบด้วยอุปกรณ์หลายชิ้น เช่น ข้อสะโพกเทียม ข้อเข่าเทียมให้หน่วยบริการบันทึกเลือกเพียง 1 รายการ โดยไม่ต้องแยกจำนวนชิ้นย่อยที่เป็นองค์ประกอบของอวัยวะเทียมนั้น

2. กรณีเบิกโลหะดามกระดูกสันหลังส่วนคอ (รหัสอุปกรณ์ 7207) หรือส่วนอกเอว (รหัสอุปกรณ์7208) มากกว่า 1 ชุด สำหรับการผ่าตัดหลายระดับ ให้หน่วยบริการบันทึกรหัสหัตถการที่ระบุระดับการผ่าตัด ดังนี้

2.1 การเบิกอุปกรณ์ 1 ชุด ให้บันทึกรหัสอุปกรณ์ระดับแรก เป็น 7207a หรือ 7208a

2.2 การเบิกอุปกรณ์มากกว่า 1 ชุด

2.2.1 ให้บันทึกเบิกอุปกรณ์ระดับแรก เป็น 7207a หรือ 7208a และบันทึกรหัสอุปกรณ์ระดับถัดไปเป็น 7207b หรือ 7208b พร้อมทั้งบันทึกรหัสหัตถการ (ICD-9CM) ที่ระบุถึงจำนวนระดับที่ผ่าตัด เช่น การผ่าตัดใส่โลหะดามกระดูกส่วนคอ 3 ระดับ ต้องบันทึกรหัสหัตถการ 8102, 8162

2.2.2 หากไม่บันทึกจำนวนระดับที่ผ่าตัด สปสช. จะจ่ายชดเชยเพียง 1 ชุด รายละเอียดการให้รหัสหัตถการ ตามคู่มือ ICD9-CM-2010 ในลำดับต่อไป

3. การเบิกโลหะดามกระดูกภายนอก (รหัส 7216) 1 ชุด ซึ่งจะประกอบด้วย แท่งโลหะดามกระดูก 2 แท่ง โลหะยึดกระดูก 4-6 แท่ง และคีมยึด 4-6 ตัว การเบิกอุปกรณ์นี้มากกว่า 1 ชุด เมื่อมีการรักษายึดตรึงกระดูกอวัยวะมากกว่า 1 แห่ง จะต้องบันทึกรหัสโรคที่ระบุถึงตำแหน่งอวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพทั้งหมด และรหัสหัตถการให้สอดคล้องกับจำนวนอุปกรณ์ที่เบิก (ICD9 + extension code) ICD9 ที่บันทึกเบิกอุปกรณ์นี้ ได้แก่

รหัสหัตถการ 78.11 - 78.19 (Application of external fixator devices) และอาจให้รหัสหัตถการที่ระบุชนิดของอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมด้วย เช่น

84.71 = Application of external fixator device, monoplanar system

84.72 = Application of external fixator device, ring system

84.73 = Application of hybrid external fixator device

4. กรณีเบิกข้อเข่าในระบบปกติ (ชดเชยเป็นเงินค่าข้อเข่า) ต้องบันทึกรหัสโครงการพิเศษ (project code) KNEE17 หากไม่บันทึกรหัสโครงการพิเศษจะถูกปฏิเสธการจ่าย (Deny I15) เพื่อให้หน่วยบริการตรวจสอบระบบการเบิกให้ถูกต้อง หาก สปสช. ตรวจพบว่าหน่วยบริการบันทึกเบิกจาก 2 ระบบ จะถูกเรียกเงินคืนในภายหลัง

5. การเบิกแคลเซี่ยมไฮดรอกซีเอพาไตต์ (รหัส 7506) มีข้อบ่งชี้การใช้สำหรับการปลูกกระดูกบริเวณใบหน้า กราม และกระดูกคอส่วนบนเท่านั้น

6. การเบิกฟันเทียม (9202,9203,9204,9205) บันทึกรหัสโรคและรหัสหัตถการที่สอดคล้องกับการให้บริการใส่ฟันเทียม มีดังนี้

K080 = Exfoliation of teeth due to systemic causes และรหัสหัตถการ = 99.97 Fitting of denture

K081 = Loss of teeth due to accident, extraction or local periodontal disease และรหัสหัตถการ = 99.97 Fitting of denture

K082 = Atrophy of edentulous alveolar ridge และรหัสหัตถการ = 99.97 Fitting of denture

7. สำหรับการเบิกฟันเทียมแต่ละชนิดควรตรวจสอบการให้บริการตามช่วงเวลาที่ระบุในประกาศรายการอุปกรณ์ของ สปสช. และบันทึกเบิกให้ถูกต้อง กรณีเบิกฟันเทียมทั้งปาก (รหัส 9203) ไม่สามารถเบิกฟันเทียมชนิดอื่นร่วมด้วยได้

8. การเบิกเครื่องช่วยฟัง สำหรับเด็กและสำหรับผู้ใหญ่ส่งเบิกตามโปรแกรมฟื้นฟูคนพิการและเป็นผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิย่อย ท.74)

2. การขอรับค่าใช้จ่ายกรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมฯ ตามแนวทางในระบบปกติและระบบ VMI กรณีข้อเข่าเทียม สปสช. ร่วมกับองค์การเภสัชกรรม พัฒนาระบบ VMI (Vender Managed Inventory) ไปสู่การบริหารอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมได้เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น โดยจัดทำ “โครงการข้อเข่าเทียม” ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 ซึ่งช่วยอำนวยความสะดวกแก่หน่วยบริการที่สมัครเข้าร่วมโครงการในด้านการเงิน โดยหน่วยบริการไม่ต้องสำรองเงินจ่ายก่อนแต่องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งข้อเข่าเทียมและเบิกค่าใช้จ่ายจาก สปสช. แทนและจากการประเมินผลการดำเนินงานพบว่าโครงการนี้ให้ประโยชน์ต่อผู้มีสิทธิและช่วยอำนวยความสะดวกแก่หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการเป็นอย่างดียิ่ง ดังนั้นในปีงบประมาณ 2558 จึงมีการดำเนินการโครงการต่อเนื่อง โดยมีแนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินชดเชย ดังนี้

การสมัครเข้าร่วมโครงการ

1. สำหรับหน่วยบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการขอให้ดำเนินการ ดังนี้

1.1 เขียนสมัครแจ้งความจำนงค์ขอเข้าร่วมโครงการตามแบบฟอร์ม FM2 ไปยังองค์การเภสัชกรรม (รายละเอียดในภาคผนวก)

1.2 เมื่อองค์การเภสัชกรรม ได้รับแบบฟอร์ม FM2 แล้วจะจัดส่ง USERNAME, PASSWORD, PINCODE พร้อมคู่มือการดำเนินงานให้หน่วยบริการปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไป

2. สำหรับสถานบริการอื่นที่ประสงค์ขอเข้าร่วมโครงการสถานบริการอื่นหมายถึง โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีความประสงค์ขอเข้าร่วมโครงการให้ดำเนินการ ดังนี้

2.1 สถานบริการยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตที่สถานบริการตั้งอยู่ภายในสาขาเขตนั้นๆ เพื่อรับการตรวจประเมินสถานบริการตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ.2548

2.2 เมื่อสถานบริการได้รับการตรวจและผ่านการประเมินแล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาแห่งชาติ สาขาเขต จะแจ้งประกาศการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อและพร้อมกันนี้ให้สถานบริกากรอกใบสมัครเข้าร่วมโครงการตามแบบฟอร์ม FM2 ส่งไปยังองค์การเภสัชกรรมเมื่อองค์การเภสัชกรรมได้ รับแล้วจะจัดส่ง USERNAME, PASSWORD, PINCODE พร้อมคู่มือการดำเนินงานให้สถานบริการปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไป

2.3 กรณีที่สถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการตามข้อ 2.2 ขอให้ทำหนังสือมายังสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อขอ USERNAME, PASSWORD ในการใช้โปรแกรม e-claim สำหรับบันทึกข้อมูลเพื่อขอเบิกค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด และตรวจสอบข้อมูลในรายงานการจ่ายเงินชดเชย

หมายเหตุ

1. หน่วยบริการที่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ข้อเข่าเทียมระบบ VMI สามารถขอรับการชดเชยค่าข้อเข่าเทียมจาก สปสช. ได้ตามระบบปกติ

2. สถานบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ ในปีงบประมาณ 2551-2557 ไม่ต้องส่งใบสมัครเข้าร่วมโครงการอีก

3. สำหรับหน่วยบริการที่มีการใช้ข้อเข่าทั้งในระบบปกติ และระบบ VMI การส่งเบิกขอให้ตรวจ สอบว่าผู้ป่วยรายนั้น ใช้ข้อเข่าระบบปกติ หรือระบบ VMI พร้อมทั้งระบุรหัสโครงการพิเศษให้ถูกต้อง โดย

ระบบปกติ รหัสโครงการพิเศษ KNEE 17 (จ่ายชดเชยเป็นเงิน)

ระบบ VMI รหัสโครงการพิเศษ GPOM17

หากหน่วยบริการบันทึกเบิกซ้ำซ้อนใน 2 ระบบ จะถูกเรียกเงินคืนในภายหลัง

หลักเกณฑ์

1. ผู้เข้ารับบริการเป็นผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงสิทธิว่าง

2. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจะต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์โดยบันทึกลงใน Check List Form รายละเอียดตามหนังสือเวียนเลขที่ สปสช.06/ว.0845 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2552

3. มีการติดตามผลการผ่าตัดโดยบันทึกในแบบประเมินคุณภาพหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (TKA functional score) และให้เก็บเอกสารตามข้อ 2 และ 3 ในแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยเพื่อการตรวจ สอบคุณภาพการให้บริการ

4. หากหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิไม่อยู่ในโครงการผ่าตัดข้อเข่าและจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด ณ หน่วยบริการ / สถานบริการอื่นที่เข้าร่วมโครงการนี้ผู้มีสิทธิต้องได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ

อัตราการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

สปสช. จะจ่ายค่าใช้จ่ายให้กับองค์การเภสัชกรรม และหน่วยบริการ/สถานบริการอื่นที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. จ่ายชดเชยให้องค์การเภสัชกรรมเป็นค่าข้อเข่าเทียม

2. จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ร่วมโครงการเป็นค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ในระบบ DRGs with Global Budget ดังนี้

2.1 การเข้ารับบริการในหน่วยบริการประจำ (ที่เข้าร่วมโครงการ) และการรับ-ส่งต่อ กรณีหน่วยบริการประจำอยู่ภายในกองทุนสาขาเขตเดียวกับหน่วยบริการที่รักษาหน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายจากเงินงบประมาณผู้ป่วยในระดับเขตตามเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

2.2 การรับ-ส่งต่อ กรณีที่มีหน่วยบริการประจำต่างกองทุนสาขาเขตกับหน่วยบริการที่รักษาหน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายจากเงินงบประมาณผู้ป่วยในระดับเขตในอัตราคงที่ 9,600 บาท ต่อ AdjRW

หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยนอกที่มา Follow up หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแนวทางการเรียกเก็บการส่งต่อผู้ป่วยนอก ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2557 โดยหน่วยบริการประจำ/สำนักงานสาขาจังหวัดเป็นผู้รับ ผิดชอบค่าใช้จ่าย

วิธีการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ จะต้องบันทึกข้อมูลที่ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. บันทึกข้อมูลการสั่งซื้อข้อเข่าเทียม สิทธิผู้เข้ารับบริการข้อมูลการผ่าตัดและยืนยันการใช้ข้อเข่าเทียม ที่ website http://knee.gpo.or.th รายละเอียดตามคู่มือโครงการข้อเข่าเทียม

ขององค์การเภสัชกรรม ทั้งนี้การบันทึกเพื่อยืนยันการใช้ข้อเข่าเทียม ให้หน่วยบริการบันทึกภายหลังการผ่าตัดโดยทันทีหรือภายใน 30 วัน เพื่อให้การบริหารจัดการข้อเทียมในระบบ VMI เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. บันทึกข้อมูลการให้บริการผ่าตัดในโปรแกรม e-claim โดยต้องบันทึกรหัสโครงการพิเศษ คือ GPOM17 (ระบบ VMI) (ใช้ข้อเข่าเทียม) และบันทึกข้อมูลทั่วไปรวมทั้งข้อมูลการใช้อุปกรณ์/อวัยวะเทียม (Instrument) ทุกรายการ (รวมข้อเข่า) ในกรณีที่ได้รับการส่งต่อมาจากหน่วยบริการประจำต้องบันทึกข้อมูลการส่งต่อให้ครบถ้วน

3. กรณีที่หน่วยบริการจัดซื้อข้อเข่าเอง (ระบบปกติ) ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายทั้งข้อมูลการผ่าตัดและรายการข้อเข่าเทียม ในโปรแกรม e-Claim โดยบันทึกรหัสโครงการพิเศษ KNEE17 รวมทั้งข้อมูลการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้อพึงระวัง หากหน่วยบริการไม่บันทึกรหัสโครงการพิเศษ (Project code) จะถูกปฏิเสธการจ่ายชดเชย (Deny I15) / หรือส่งข้อมูลไม่ผ่าน (ติด C 194)

3. การขอรับค่าใช้จ่ายกรณีอุปกรณ์ ฯ และอวัยวะเทียมเฉพาะระบบ VMI กรณีสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดไม่เคลือบยา (Coronary stent : รหัส 4304) และสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-Eluiting Stent : รหัส 4305) หรืออุปกรณ์อื่นๆ ที่สปสช.กำหนด

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แจ้งความประสงค์ขอเข้าร่วมเพื่อให้บริการสวนหัวใจโดยทำหนังสือแจ้งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต ที่หน่วยบริการนั้นตั้งอยู่ เพื่อรับการตรวจประเมินรับรองเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการทำหัตถการหัวใจด้วยอุปกรณ์ดังกล่าว และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต แจ้งผลการตรวจประเมินมาที่ สปสช. ส่วนกลาง (สำนักบริหารงานทะเบียน / สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ)

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต ที่ตรวจประเมินรับรอง แจ้งวิธีดำเนินการกรณีการขอรับค่าใช้จ่ายรายการอุปกรณ์ ในระบบ VMI (Vender Managed Inventory) ไปยังหน่วยบริการที่รับการตรวจประเมินผ่านเรียบร้อยแล้ว

3. สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ (สจช.) แจ้งรายชื่อหน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการใหม่ไปยังองค์การเภสัชกรรมเพื่อสำรองอุปกรณ์ไว้ที่หน่วยบริการ

4. องค์การเภสัชกรรม จะจัดส่ง USERNAME, PASSWORD และ PINCODE พร้อมคู่มือการดำเนินงานให้แก่หน่วยบริการในข้อที่ 1

5. องค์การเภสัชกรรมจะดำเนินการสำรองอุปกรณ์ให้แก่หน่วยบริการ

6. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการใช้อุปกรณ์โดยทันทีหรือภายใน 30 วัน เพื่อให้การบริหารจัดการอุปกรณ์ระบบ VMI เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ที่ http://mds.gpo.or.th ซึ่งเป็นระบบจัดการอุปกรณ์ขององค์การเภสัชกรรม

7. องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งอุปกรณ์เพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการทดแทนอุปกรณ์ที่ใช้ไป โดยตรวจสอบจากการบันทึกข้อมูลในข้อ 5.

8. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไปยัง สปสช. ในโปรแกรม e-Claim เพื่อขอรับการชดเชยตามระบบ DRGs รวมทั้งข้อมูลการใช้อุปกรณ์/อวัยวะเทียม (Instrument) ทุกรายการที่ใช้ (รวมทั้ง Stent รหัส 4304 หรือ 4305) เพื่อตรวจสอบข้อมูลการใช้อุปกรณ์ในโปรแกรมขององค์การเภสัชกรรม

หลักเกณฑ์

1. ผู้เข้ารับบริการเป็นผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงสิทธิว่าง

2. การจ่ายชดเชยจะพิจารณาตามเกณฑ์การพิจารณาเพื่อประกอบการจ่ายเงินการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ซึ่ง สปสช. ได้จัดทำขึ้นโดยผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาคุณสมบัติ แนวทางการอุทธรณ์และการตรวจสอบการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมหมวดหัวใจและหลอดเลือด

3. ขั้นตอนการให้บริการต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการและการส่งต่อรายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2558

อัตราการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สปสช. จ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายดังนี้

1. ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สปสช. จ่ายชดเชยให้แก่องค์การเภสัชกรรมไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่กำหนดในประเภทและราคาที่กำหนดในราคาอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคปี 2558

2. ค่าใช้จ่ายในการให้บริการ สปสช. จ่ายชดเชยให้หน่วยบริการตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (AdjRW) ดังนี้

2.1 การเข้ารับบริการในหน่วยบริการประจำ (ที่เข้าร่วมโครงการ) และการรับ-ส่งต่อกรณีหน่วยบริการประจำอยู่ภายในกองทุนสาขาเขตเดียวกับหน่วยบริการที่รักษาหน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายจากเงินงบประมาณผู้ป่วยในระดับเขตตามเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

2.2 การรับ-ส่งต่อ กรณีที่มีหน่วยบริการประจำต่างกองทุนสาขาเขตกับหน่วยบริการที่รักษาหน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายจากเงินงบประมาณผู้ป่วยในระดับเขตในอัตราคงที่ 9,600 บาท ต่อ AdjRW

2.3 การรับบริการกรณีฉุกเฉิน

2.3.1 การรับบริการกรณีฉุกเฉิน ที่หน่วยบริการที่รักษาอยู่ในเขตเดียวกันกับหน่วยบริการประจำหน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายจากเงินงบประมาณผู้ป่วยในระดับเขตตามเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

2.3.2 การรับบริการกรณีฉุกเฉิน ที่หน่วยบริการที่รักษาอยู่ต่างเขตกับหน่วยบริการประจำ จะได้รับค่าใช้จ่ายจากเงินงบประมาณผู้ป่วยในระดับเขต ในอัตราคงที่ 9,600 บาท ต่อ AdjRW

วิธีการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข หน่วยบริการจะต้องบันทึกข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

1. บันทึกข้อมูลการใช้อุปกรณ์ในระบบ VMI ที่ website http://mds.gpo.or.th/ รายละเอียดตามคู่มือ Stent Project ขององค์การเภสัชกรรมซึ่งการบันทึกข้อมูลจำเป็นต้องบันทึกรหัสเลขบัตรประชาชน , HN , AN , วันผ่าตัดที่ใช้อุปกรณ์และข้อมูลของอุปกรณ์ทุกชิ้นที่ใช้ไป โดยใช้ Serial Number ของอุปกรณ์เป็นข้อมูลหลักสำหรับเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลอุปกรณ์

กรณีที่มีข้อสงสัย / ข้อขัดข้องให้หน่วยบริการติดต่อไปยังองค์การเภสัชกรรมโดยตรง ดังนี้

1.1 ประสานงานเรื่องโปรแกรมบันทึกข้อมูล (Stent Project) นายชัยณรงค์ กิตติแสงพัฒน์ โทร.02-203-8253

1.2 ผู้ประสานงานเรื่องการสั่งซื้อ/การสำรองอุปกรณ์ คุณอำพล กายบริบูรณ์ โทร. 02203 8914 และ คุณนพวัลย์ ลัดลอย โทร. 02203 8916

2. บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม e-Claim โดยบันทึกข้อมูลการให้บริการและข้อมูลการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรครวมทั้งบันทึก Serial Number ของอุปกรณ์ ในระบบ VMI ทุกชิ้นที่ใช้ไป ทั้งนี้หน่วยบริการต้องบันทึกรายละเอียดการให้บริการและเก็บหลักฐานไว้ในเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบต่อไป

หมายเหตุ กรณีที่ได้รับการส่งต่อมาจากหน่วยบริการประจำต้องบันทึกข้อมูลการส่งต่อให้ครบถ้วน

การอุทธรณ์ค่าอุปกรณ์สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวด

ในกรณีที่หน่วยบริการมีปัญหาไม่สามารถใช้อุปกรณ์สายสวนฯ ที่สำรองไว้ในระบบ VMI มีแนวทางการปฏิบัติในการขอรับค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค กรณีสายสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดไม่เคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Coronary Bare Stent : รหัส 4304) และสายสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug-Eluting Stent :รหัส 4305) ตามขั้นตอนดังนี้

1. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ DRGsพร้อมกับบันทึกรายการอุปกรณ์สายสวนฯที่ใช้ (รหัสอุปกรณ์ 4304 หรือ 4305)

กรณีที่หน่วยบริการประสงค์อุทธรณ์แต่ยังไม่ได้บันทึกเบิกอุปกรณ์สายสวนฯ ขอให้บันทึกเป็นกรณีอุทธรณ์ (e-appeal) ทั้งนี้รายการอุปกรณ์สายสวน ฯ ที่ไม่ได้อยู่ในระบบ VMI ไม่ต้องบันทึกเบิกในโปรแกรมขององค์การเภสัชกรรม

2. ทำหนังสืออุทธรณ์เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายไปที่ สปสช. ตามแบบฟอร์มการอุทธรณ์ค่าสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่ด้วยขดลวด (Coronary Stent) (รายละเอียดแบบฟอร์ม FM 257-011 ในภาคผนวก)

3. สปสช. จ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์สายสวนฯ ตามประกาศ สปสช. เรื่องรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมปีงบประมาณ 2558

4. การขอรับค่าใช้จ่ายกรณีอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (รหัสอุปกรณ์ 8612,8813,8814)

แนวทางปฏิบัติตามหนังสือแจ้งหน่วยบริการ ที่ สปสช. 2.57/ว.0072 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2557 และประกาศ สปสช. เรื่องเกณฑ์และมาตรฐานการจ่ายชดเชยกรณีอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อนและการตัดเท้า พ.ศ. 2557 รายละเอียด download ได้จาก WEB e-Claim

**4.3 แนวทางการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในโปรแกรม e-claim ปีงบประมาณ 2558**

วิธีการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจะแยกเป็นการบันทึกข้อมูลตามหน้าเมนูต่างๆ ของโปรแกรม e-Claim ประเภทผู้ป่วยนอก ซึ่งได้อธิบายรายละเอียด / ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็น และสำคัญ โดยการบันทึกข้อมูลต่างๆ ต้องสอดคล้องกับกรณีที่ขอเบิกชดเชย และการตรวจสอบข้อมูล (validation) ก่อนรับข้อมูลเข้าประมวลผลที่ฐานกลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

***4.3.1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยนอก*** หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยให้ครบทุกช่องความหมายของบางหัวข้อ ให้คำอธิบายเพิ่มเติม ดังนี้

*1) เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN)* หมายถึง เลขประจำตัวของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการของหน่วยบริการนั้นๆ

*2) ประเภทบัตร* สำหรับผู้มีสิทธิ UC/สิทธิว่าง เลือกประเภทบัตรเป็นบัตรประชาชน

*3) หมายเลขบัตร* หมายถึง เลขประจำตัวประชาชน 13 หลักของผู้ป่วยกรณีสัญชาติไทยหรือเลข อื่นๆ กรณีไม่ใช่สัญชาติไทย ยกเว้นกรณีเด็กแรกเกิดเสียชีวิตก่อนลงทะเบียนหมายเลขบัตรดังกล่าวให้ใช้เป็น “0” ทั้งหมดตามค่าตั้งต้น (Default) ของโปรแกรม

***4.3.2 ข้อมูลสิทธิ***

*1) สิทธิประโยชน์* ระบุสิทธิที่ต้องการเบิกในการเข้ารับบริการในครั้งนั้นๆ ตามเงื่อนไขการชดเชยค่าบริการของแต่ละสิทธิ

*2) เงื่อนไขการเรียกเก็บ* กรณีสิทธิ UC เลือกเมื่อหน่วยบริการประสงค์ขอเบิกชดเชยตามเงื่อนไขดังนี้

(1) กรณี OPAE

ก. สิทธิ UC เข้ารับการรักษาข้ามจังหวัด

ข. สิทธิว่าง

ค. ทหารเกณฑ์สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/ทหารอากาศ รักษาในหน่วยบริการนอกสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/ทหารอากาศ

ง. คนพิการ/ทหารผ่านศึก รักษาข้ามจังหวัดได้ทั้งกรณี N/A/E

(2) กรณีการรับส่งต่อข้ามจังหวัด (OP Refer)

เงื่อนไขการเรียกเก็บ มีให้เลือกบันทึกได้ 4 กรณี คือ Normal, Emergency, Accident และ OP Refer

1. กรณีสิทธิ UC ในข้อก. ต้องเป็นการเข้ารักษาด้วยกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินและต้องเลือกเป็น Emergency หรือ Accident เท่านั้น

2. กรณีสิทธิในข้อ ข.–ง. ให้เลือกเงื่อนไขตามความเป็นจริงตามปัญหาและอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

3. กรณีการรับส่งต่อข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บเป็น OP Refer

*3) การใช้สิทธิ*

(1) ข้อมูลที่ส่งเบิกชดเชยค่าบริการจากหน่วยงานต้นสังกัด/ตามเงื่อนไขการใช้สิทธิ เลือก ใช้สิทธิ

(2) กรณีเลือกไม่ใช้สิทธิ ข้อมูลจะไม่ผ่านการตรวจสอบขั้นต้น (ติด C) ดังนั้นหากไม่ต้องการเบิกชดเชยค่าบริการไม่ต้องส่งเข้ามาในระบบ

*4) โครงการพิเศษ* เลือกรหัสโครงการพิเศษตามกรณีที่ต้องการขอเบิกรายละเอียด

*5) หน่วยบริการหลัก* หมายถึง หน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ UC ที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการไว้แล้วกรณีสิทธิว่างหรือเด็ก/ผู้ใหญ่เสียชีวิตก่อนการลงทะเบียนไม่ต้องบันทึกหน่วยบริการประจำ

*6) รหัส Claim code* ให้บันทึกกรณีที่หน่วยบริการได้ขอ claim code

*7) เลขที่หนังสือ* หมายถึง เลขที่หนังสือจากหน่วยงานต้นสังกัด (กรณีไม่ใช่สิทธิ UC) สิทธิUCไม่ต้องบันทึก

*8) รหัสหน่วยงาน* หมายถึง รหัสหน่วยงานต้นสังกัดของผู้มีสิทธิเบิก (กรณีไม่ใช่สิทธิ UC) สิทธิUC ไม่ต้องบันทึก

*9) หน่วยงาน* หมายถึง หน่วยงานต้นสังกัดของผู้มีสิทธิเบิก (กรณีไม่ใช่สิทธิ UC) สิทธิ UC ไม่ต้องบันทึก

*10) ประเภทผู้มีสิทธิ* หมายถึง ประเภทของผู้มีสิทธิในการเบิกจากหน่วยงานต้นสังกัดสิทธิ UC ไม่ต้องบันทึก

*11) ความสัมพันธ์* หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีสิทธิเบิกจากหน่วยงานต้นสังกัดกับผู้ป่วยสิทธิ UC ไม่ต้องบันทึก

*12) เลขประจำตัวประชาชน (ผู้มีสิทธิ)* หมายถึง เลขประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิเบิกจากหน่วยงานต้นสังกัดสิทธิ UC ไม่ต้องบันทึก

*13) ชื่อ นามสกุล (ผู้มีสิทธิ)* หมายถึง ชื่อ นามสกุล ของผู้มีสิทธิเบิกจากหน่วยงานต้นสังกัดสิทธิ UC ไม่ต้องบันทึก

***4.3.3 ข้อมูลหน่วยบริการ*** เป็นข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วย และข้อมูลการรับส่งต่อหากมีการรับหรือส่งต่อผู้ป่วย หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลหน่วยบริการที่รับมาหรือส่งไปพร้อมทั้งเลือกเหตุผลการรับหรือส่งต่อด้วยทุกครั้ง

เมนูการวินิจฉัยโรค

1. การวินิจฉัยโรคหลัก (Pdx) เลือกบันทึกรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก ตามที่แพทย์สรุปในเวชระเบียน

2. การวินิจฉัยโรครอง (Sdx) เลือกบันทึกรหัสการวินิจฉัยโรครองได้ไม่จำกัดจำนวน และเลือกประเภทโรครองให้ถูกต้องหากเป็นกรณีอุบัติเหตุ (Accident) ต้องบันทึกสาเหตุการบาดเจ็บภายนอก (External cause) ทุกครั้ง สำหรับรหัสแพทย์ผู้รักษา วันที่และเวลาจะมีหรือไม่มีก็ได้ หลังจากบันทึกข้อมูลดังกล่าวเรียบร้อยแล้วต้องทำการกดปุ่ม เพิ่มการวินิจฉัยโรครอง ทุกครั้งหากไม่กดปุ่มดังกล่าวจะเปรียบเสมือนหน่วยบริการยังไม่ได้ทำการบันทึกโรครองนั้นๆ

เมนูค่ารักษาพยาบาล

หน้า F7 บันทึกค่ารักษาพยาบาลกรณี OPAE หรือ เบิก OPHC, Instrument ในจังหวัด

หน้า F8 บันทึกค่ารักษาพยาบาลกรณีการรับส่งต่อข้ามจังหวัด เงื่อนไขการเรียกเก็บเป็น OP Refer

1. เบิกได้ หมายถึง ข้อมูลค่ารักษาพยาบาลที่หน่วยบริการประสงค์ขอเบิกชดเชยจาก สปสช.

2. เบิกไม่ได้ หมายถึง ข้อมูลค่ารักษาพยาบาลที่หน่วยบริการไม่ประสงค์ขอเบิกหรือเบิกไม่ได้

3. อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา เลือกกรณีที่ต้องการขอเบิกอุปกรณ์หรืออวัยวะเทียม

4. ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในรพ.และยาที่นำไปใช้ต่อที่บ้านคลิกปุ่มรายการนี้ กรณีใช้ยากับผู้ป่วย ต้องบันทึกข้อมูลยาทุกรายการตาม Drug Catalog

5. บริการอื่นๆ ที่ยังไม่จัดหมวด เลือกในกรณี ดังนี้

5.1 เบิกค่าพาหนะ

5.2 เบิกยาละลายลิ่มเลือดกรณีรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (STROKE) สำหรับข้อมูลที่ส่งก่อนวันที่ สปสช. กำหนดเท่านั้น

5.3 เบิกยา Streptokinese, Alteplase กรณีรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) สำหรับข้อมูลที่ส่งก่อนวันที่ สปสช. กำหนดเท่านั้น

5.4 เบิกกรณีการทำ Vascular access

5.5 เบิกยา Morphine,Dressingหรือให้Oxygen ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5.6 เบิกกรณีเลเซอร์จากเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

6. ชำระเอง หมายถึง ค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยชำระเองบางส่วน

7. ค่า พรบ./ #3 หมายถึง ค่ารักษาพยาบาลที่หน่วยบริการสามารถเรียกเก็บจากกองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือบริษัทประกันภัย ในการรักษาครั้งนั้น หากไม่มี พรบ. เหลือให้เรียกเก็บให้หน่วยบริการใส่จำนวนในช่อง พรบ. เป็น “0” บาท

**4.4 สรุปวิธีการบันทึกข้อมูลเพื่อขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์**

การบันทึกข้อมูลขอรับชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ได้แยกวิธีการบันทึกตามกรณี การขอเบิกดังนี้

***4.4.1 กรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน (AE)***

กรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน (AE) ผู้ป่วยนอก

*1) เลือกสิทธิประโยชน์ตามเงื่อนไขการเบิกชดเชยค่าบริการตามเงื่อนไขของแต่ละสิทธิ กรณีเบิกชดเชยจากสปสช.เลือก UCS สิทธิ UC*

*2) เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บ ต้องเป็นกรณีอุบัติเหตุ (Accident) หรือฉุกเฉิน (Emergency)* ยกเว้นกรณีสิทธิว่าง ทหารเกณฑ์สังกัดกรมการแพทย์ทหารเรือ/ทหารอากาศรักษาหน่วยบริการนอกสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/ทหารอากาศ และคนพิการ ทหารผ่านศึก รักษาข้ามจังหวัด เลือกเงื่อนไขการเรียกเก็บตามอาการที่เข้ารับบริการ

*3) การใช้สิทธิเลือกใช้สิทธิหากไม่ต้องการเบิกไม่ต้องส่งข้อมูลเข้ามาในระบบ*

*4) บันทึกหน่วยบริการหลักตามที่ตรวจสอบสิทธิได้ ณ วันที่รับบริการ*

*5) บันทึกเลขclaim code กรณีสิทธิว่างที่มีการขอ claim code*

*6) บันทึกรายการยาตาม Drug Catalog ที่ใช้กับผู้ป่วยให้ครบถ้วนทุกรายการ*

*7) บันทึกรายละเอียดอื่นๆให้ครบถ้วนทุกหน้าเมนู*

***4.4.2 กรณีอวัยวะเทียม / อุปกรณ์บำบัดรักษา***

กรณีอวัยวะเทียม / อุปกรณ์บำบัดรักษา *ผู้ป่วยนอก*

*1) หน้าค่ารักษาพยาบาล F7 หรือ F8 เลือกปุ่มรายการตรงช่องอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา*

*2) เลือกรหัสอุปกรณ์ที่ต้องการขอเบิก พร้อมทั้งบันทึกจำนวนและราคาที่ต้องการขอเบิกแล้วกดปุ่มเพิ่มรายการทุกครั้ง*

*3) บันทึกรายละเอียดอื่นๆ ให้ครบถ้วน*

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไชยยศ ประสานวงศ์ และคณะ (2544, น. 20) ศึกษาเรื่องรหัสโรคและรหัสหัตถการในประเทศไทย จากผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาล ร้อยละ 75.00 ใช้ ICD10 ในการให้รหัสโรคและใช้ ICD9-CM ในการให้รหัสผ่าตัด นักบริหารและนักวิชาการโรงพยาบาลเห็นว่า ข้อมูลรหัสโรครหัสผ่าตัด/หัตถการมีการนำมาใช้ประโยชน์ด้านการทำสถิติรายงาน ร้อยละ 75.00 รองลงมาใช้เพื่อเรียกเก็บเงินชดเชย ร้อยละ 64.19 โรงพยาบาล ร้อยละ 59.87 มีเจ้าหน้าที่เวชสถิติปฏิบัติงานในการให้รหัสโรครหัสผ่าตัด/หัตถการ ปฏิบัติงาน ร้อยละ 85.00 เคยผ่านการอบรมการให้รหัสโรคและรหัสผ่าตัด/หัตถการ ประสบการณ์การทำงาน ร้อยละ 43.61 อยู่ในช่วง 1-3 ปี รองลงมาต่ำกว่า 1 ปี มี ร้อยละ 13.66

จเด็จ ธรรมธัชอารี และสาหร่าย เรืองเดช (2546, น. 40) ศึกษาเรื่องตัวชี้วัดคุณภาพจากข้อมูลผู้ป่วยใน กับคุณลักษณะของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลที่นำมาใช้มีความถูกต้องของรหัสโรคสามารถนำมาใช้ได้ ร้อยละ 70 และความถูกต้องของการลงรหัสหัตถการ ร้อยละ 62 ความถูกต้องดัง กล่าวสามารถนำมาวิเคราะห์ผลของตัวชี้วัดได้ระดับพอใช้ โดยตัวชี้วัดบางกลุ่มต้องใช้ข้อมูลทั้งสามปีมาวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์ตัวชี้วัดตามรายกลุ่มพบว่า ตัวชี้วัดหัตถการไม่สามารถนำมาใช้ได้ เนื่องจากหัตถการดังกล่าวมีการทำน้อยในประเทศไทย และมีผลทำให้ไม่สามารถใช้ตัวชี้วัดอัตราตายของผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการนั้นๆ ด้วย ตัวชี้วัดอัตราการใช้บริการสามารถนำมาใช้ได้ 1 ตัว คือ Ceasarean Section Rate ส่วนอีก 2 ตัว คือ Incidental Appendectomy Among Elderly และ Laparoscopic Cholecystectomy ต้องใช้ข้อมูลหลายปีรวมกันจึงสามารถนำมาใช้ได้เนื่องจากจำนวนข้อมูลน้อย ตัวชี้วัดอัตราตายของผู้ป่วยที่ทำหัตถการสามารถนำมาใช้ได้ 1 ตัวคือ Craniotomy Mortality โดยต้องนำข้อมูลหลายปีมารวมกัน ตัวชี้วัดอัตราตายด้วยสภาวะต่างๆ ในโรงพยาบาลพบว่า สามารถนำมาใช้ได้โดยใช้ข้อมูลของแต่ละปี 4 ตัว คือ Acute Myocardial Infarction Mortality, Congestive Heart Failure Mortality, Pneumonia Mortality, Stroke Mortality ส่วนตัวชี้วัดอีก 2 ตัว คือ Hip Fracture Mortality และ GI hemorrhage Mortality ต้องใช้ข้อมูลหลายปีรวมกันในการประเมิน ตัวชี้วัดการใช้บริการเปรียบเทียบในพื้นที่ พบว่า อัตราการใช้บริการ Hysterectomyและ Laminectomy สามารถนำมาใช้ได้ ส่วน CABG และ PTCA ไม่สามารถนำมาใช้ได้เนื่องจากข้อมูลมีจำนวนไม่เพียงพอ ตัวชี้วัดที่แสดงภาวะที่หลีกเลี่ยงการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้สามารถนำมาใช้ได้ทุกตัวยกเว้น Uncontrolled Diabetes Mellitus ที่ไม่สามารถนำมาใช้ได้เนื่องจากไม่มีรหัสใน ICD 10 ให้ลง อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบผลของตัวชี้วัดระดับพื้นที่ดังกล่าวมีหลายจังหวัดมีข้อมูลที่ส่งเข้ามาเมื่อเทียบกับประชากรที่รับผิดชอบน้อยมากทำให้ไม่สามารถนำตัวชี้วัดนั้นมาเปรียบเทียบผลการให้บริการในระดับจังหวัดได้

บุษบา บัวผัน (2548 ) ได้ศึกษาการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2546-2547 ผลการศึกษาพบว่า การตรวจสอบความถูกต้องของแพทย์ในการสรุปเวชระเบียน (SA) พบว่าส่วนใหญ่ไม่พบความผิดพลาด คือ ร้อยละ 39.88 แต่ที่ผิดพลาดสาเหตุคือ Discharge Summary other (Dx : other) ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบ หรือมากเกิน ร้อย 27.63 เมื่อเปรียบเทียบ ความสัมพันธ์ระหว่าง (sa) จำแนกราย โรงพยาบาลพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.005$

วิไลรัตน์ จตุสุวรรณศรี (2546, น. 5-7) ศึกษาเรื่องการตรวจสอบความครบถ้วนของเวชระเบียนศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพาการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกมีความครบถ้วนอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 63.82 โดยข้อมูลที่มีการบันทึกครบถ้วนมากที่สุดได้แก่ การสั่งยา การผ่าตัด และการบันทึกการติดตามรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 100 รองลงมา ได้แก่ วันเวลามารับบริการ ร้อยละ 98.34 และการตรวจพิเศษตามที่แพทย์สั่ง ร้อยละ95.30 ตามลำดับ ส่วน ข้อมูลที่มีความครบถ้วนต่ำที่สุด ได้แก่ คะแนะนำที่ให้กับผู้ป่วย ร้อยละ 1.15 และข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 20.93 ตามลำดับ การตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในพบว่าอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 78.18) โดยข้อมูลที่มีความครบถ้วนมากที่สุดได้แก่การบันทึกข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยในทุกหน้าการบันทึกข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและข้อมูลส่วนบุคคล (ร้อยละ 100) รองลงมา ได้แก่ บันทึกการให้ยา (ร้อยละ 98.92) และบันทึกการยินยอมให้รักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 95.87) ส่วนข้อมูลที่มีความครบถ้วนต่ำที่สุด ได้แก่ การบันทึกความก้าวหน้า (ร้อยละ 4.80) และรองลงมา ได้แก่ ข้อมูลซักประวัติและการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (ร้อยละ 28.84)

พิรุฬห์พร แสนแพง (2555, น. 66-67) ศึกษาเรื่องแรงจูงใจและความรู้ในการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เกี่ ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบงานเวชระเบี ยน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแพทย์ เจ้าพนักงานเวชสถิติและเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณาอัน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตารางไขว้ (Crosstab) ผลการศึกษาในส่ วนของแรงจูงใจและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของแพทย์ให้ความสำคัญกับการสรุปคำวินิจฉัยในระดับมาก โดยแพทย์ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อภาระงาน คือ งานตรวจรักษา งานสรุปคำวินิจฉัย งานสอนนักศึกษาแพทย์ และงานบริหาร ตามลำดับ ร้อยละ 80 ของเจ้าพนักงานเวชสถิติให้ความสำคัญในการให้รหัสโรค-รหัสผ่าตัดและหัตถการ ในระดับมากที่สุดและมีค่าตอบแทนเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้รหัสโรค-รหัสผ่าตัด และหัตถการ ส่วนเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ ร้อยละ 60 ให้ความสำคัญในการส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระดับมาก และเห็นว่าการปฏิบัติงานส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เป็นหน้าที่ที่ต้องทำสำหรับ

ความรู้เรื่องการเบิกจ่ ายค่าบริการทางการแพทย์นั้นแพทย์ส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับมาก พบว่าข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ หากทำการสรุปคำวินิ จฉัยล่าช้า จะทำให้มีผลกระทบต่อรายรับของโรงพยาบาล แต่ก็ยังมีแพทย์จำนวนไม่น้อยที่เข้าใจผิดว่าผู้ป่วยสิทธิต้นสังกัด ต้องส่งข้อมูลเบิกชดเชยภายใน 45 วัน ซึ่งในความเป็นจริงต้องส่งข้อมูลให้ทันภายใน 30 วันหลังผู้ป่วยจำหน่าย เจ้าพนักงานเวชสถิติส่วนใหญ่ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทุกข้อ ส่วนเจ้าหน้าที่ศู นย์ ประกันสุขภาพส่วนใหญ่ มีความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ในระดับมาก อย่างไรก็ ดีกลุ่มที่มีความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์มากที่สุดคือ เจ้าพนักงานเวชสถิติ รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ

ปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล และคณะ (2552, น. 121) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการให้รหัสโรค หัตถการและการผ่าตัดของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลการวินิ จฉัยโรคอื่น (SDx) ที่ไม่ครบถ้วน ข้อมูลรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (PDx) หรือการวินิจฉัยโรคอื่นไม่ถูกต้อง ข้อมูลรหัสหัตถการและการผ่าตัด(Proc) ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล(CalLOS) มากกว่า 30 วัน นอกจากนี้ ยังมีผลทำให้ค่ า AdjRW ซึ่งเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ที่ถูกปรับตามค่าวันนอนจริงเพิ่มขึ้น

เพ็ญพร คูณขาว และคณะ (2553, น. 79) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุ การตายของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เสีย ชีวิตจำนวน 2205 ราย พบว่าเวชระเบียนผู้ป่วยในกับหนังสือรับรองการตายที่มีรหัสโรคที่มีสาเหตุ การตายตรงกันมีจำนวน 1449 ราย คิดเป็น 65.71% และรหัสโรคไม่ตรงกันจำนวน 756 ราย คิดเป็น 34.29% โดยทั้งนี้เกิดจากแพทย์ที่สรุปการวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุการตายของเวชระเบียนผู้ป่วยในและแพทย์ที่ สรุปสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายไม่ใช่แพทย์คนเดียวกัน ทำให้ข้อมูลจาก 2 แหล่งไม่ตรง กัน ซึ่งส่งผลให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตายไม่ตรงกันด้วย

ธารา ธรรมโรจน์ และวินัย ตันติยาสวัสดิกุล (2549, น. 130) ศึกษาเรื่อง การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยโดยเฉพาะเวชระเบียนผู้ป่วยในหลายประการ เช่น ความก้าวหน้าของระบบการบันทึกข้อมูลการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิ์ในการดูแลรักษาตัวเองมากขึ้น การที่รัฐบาลได้มีนโยบายให้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยเฉพาะการวินิจฉัยโรคตามระบบ International Classification of Disease and Related Health Problem (ICD) มาใช้เพื่อการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามระบบ Diagnosis Related Group (DRG) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้นโดยเฉพาะนโยบายเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามระบบ DRG ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลจากเวชระเบียน

ผู้ป่วยค่อนข้างมาก ก่อให้เกิดความสนใจและความเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงานเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยในอย่างมากในทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยผลการทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นดังนี้ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (62.45%) ถ้าพิจารณาจากผู้ที่มีส่วนต่อความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนพบว่าส่วนที่บันทึกโดยแพทย์ (56.82%) จะได้คะแนนระดับพอใช้และต่ำกว่าส่วนที่บันทึกโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ (พยาบาล และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน) โดยพบว่ามี 4 หัวข้อจาก 7 หัวข้อการประเมินที่บันทึกโดยแพทย์ได้คะแนนในช่วงพอใช้ (50-59%)และ 2 หัวข้อการประเมินอยู่ในขั้นต่ำกว่าเกณฑ์ (<50%) คือ การบันทึกแผนการรักษาและการแพ้ยา ดังนั้นในส่วนของบุคลากรทางโรงพยาบาลศรีนครินทร์ควรปรับปรุงการบันทึกของแพทย์ ส่วนในฝ่ายบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์มี 1 หัวข้อการประเมินที่ได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ คือ การบันทึกสัญญาณชีพ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์แพทยสภา และสถาบันพัฒนาและรับรองคุ ณภาพโรงพยาบาล โดยความบกพร่องนี้ มักพบในโรงพยาบาลใหญ่ที่มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจอย่างชัดเจนในบางห้องตรวจที่ ผู้ป่วยเกือบทั้ง หมดมีความรุนแรงของโรคน้อย เช่น ห้องตรวจแผนกออร์โธปิดิกส์ ห้องตรวจแผนกตา และห้องตรวจแผนกหูคอจมูก จึงมักไม่มีการตรวจสัญญาณชีพเพื่อลดงานของฝ่ายการพยาบาล

เยาวลักษณ์ จันแดง และวันชัย ล้อกาญจนรัตน์ (2552, น. 1) ศึกษาเรื่อง ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียนให้ได้เป้าหมายตามที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย 1. ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร ได้แก่ การทำความเข้าใจกับแพทย์ในแต่ ละแผนก แต่ละห้องตรวจ 2. ความตั้งใจของทีม PCT แต่ละทีม ได้แก่ การทดลอง Audit ในแนวทางและเกณฑ์เดียวกัน 3. การประชาสัมพันธ์ ได้แก่ การจัดทำโปสเตอร์ การเชิญชวนแพทย์ให้สรุปเวชระเบียน โดยติดป้ายข้อความเชิญชวนไว้ที่หน้าเล่มเวชระเบียน (Chart) ทุกเล่มและทุก ตึก ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน มีผลต่อน้ำหนั กสัมพัทธ์เฉลี่ย (AdjRW) คือ การบันทึกเวชระเบียนยิ่งสมบูรณ์มาก ค่าน้ำ าหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยจะมากด้วย ส่งผลให้โรงพยาบาลได้ รับการจัดสรรงบ ประมาณตามกลุ่ มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) มากตามด้วย

สมพร แวงแก้ว (2550) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลการจัดการกระบวนการชดเชยบริการทางการแพทย์ค่าใช้จ่ายสูง ของโรงพยาบาลภาครัฐ ของประเทศไทย โดยการวัดระดับประสิทธิผลการจัดการกระบวนการชดเชยบริการทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายสูง ของโรงพยาบาลภาครัฐประเทศไทย ด้านข้อมูลขอเบิกชดเชยทันเวลา ข้อมูลครบถ้วนถูกต้องและข้อมูลทันเวลาครบถ้วนถูกต้อง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างลักษณะโรงพยาบาล กับ ประสิทธิผลการจัดการกระบวนการชดเชยบริการทางการแพทย์ค่าใช้จ่ายสูงของโรงพยาบาลภาครัฐประเทศไทย และการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลากรกับประสิทธิผลการจัดการกระบวนการชดเชยบริการทางการแพทย์ค่าใช้จ่าย

สูงของโรงพยาบาลภาครัฐประเทศไทย พบว่าโรงพยาบาลที่ศึกษามีประสิทธิผลการจัดการกระบวนการชดเชยอยู่ในระดับสูง โดยโรงพยาบาลศูนย์ส่งข้อมูลเบิกชดเชยทันเวลาครบถ้วนถูกต้องและได้รับเงินชดเชยมากที่สุด โดยเบิกชดเชยมากที่สุดในกลุ่มโรคที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มากกว่าหรือเท่ากับ 4 กลุ่มโรคเคมีบำบัด/รังสีรักษา การผ่าตัดหัวใจและการผ่าตัดสมอง พบปัจจัยลักษณะโรงพยาบาลมีผลทำให้ประสิทธิผลการเบิกชดเชยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงและการใช้เวลาส่งข้อมูลมาก จะทำให้มีประสิทธิผลการเบิกชดเชยเพิ่มขึ้นได้ ร้อยละ 38.9 ขณะที่ปัจจัยลักษณะบุคลากรไม่ได้มีผลต่อประสิทธิผลการเบิกชดเชย จากการศึกษาทำให้ทราบว่า โรงพยาบาลที่มีศักยภาพการรักษาพยาบาลสูงจะทำให้มีประสิทธิผลการเบิกชดเชยบริการทางการแพทย์ค่าใช้จ่ายสูงเพิ่มขึ้น

จิตรพร จอมวงศ์ (2547) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งเดิมมีการใช้โปรแกรมระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Suandok Information System : SIS) ในช่วงเวลา 2 ปีที่ได้ดำเนินการตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ไม่สามารถจัดส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้ตามเวลาที่กำหนดไว้ และข้อมูลที่จัดส่งยังขาดความสมบูรณ์ครบถ้วนในรายละเอียดสำคัญ ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลได้ตามความเป็นจริง กล่าวคือสามารถเรียกเก็บได้เพียง 30% ของจำนวนเงินที่เรียกเก็บทั้งหมด ทำให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการเงินเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และสามารถตอบสนองนโยบายของรัฐบาล และเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถอยู่ได้ โดยการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ให้สามารถโอนถ่ายข้อมูลในรูปแบบมาตรฐานที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ใช้ในโครงการสุขภาพถ้วนหน้า และให้มีฐานข้อมูลรองรับการผลิตสารสนเทศเพื่อการจัดการสำหรับผู้บริหารในด้านค่าใช้จ่าย และข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพื่อนำมาปรับปรุงและทบทวนคุณภาพข้อมูล และกระบวนการในการรักษาพยาบาล ทราบแนวโน้มการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย สามารถวางแผนปรับระบบการให้บริการและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในอนาคต พบว่าจากบุคลากรทั้งหมด 22 คนเห็นว่าประสิทธิภาพการใช้งานด้านความถูกต้องของการประมวลผลของโปรแกรมหลังการใช้งานเป็นไปในทางบวก และไม่มีบุคลากรผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด เมื่อพิจารณาโดยรวมระดับประสิทธิภาพการใช้งานด้านความถูกต้องของการประมวลผลของโปรแกรมหลังการใช้งานอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด