

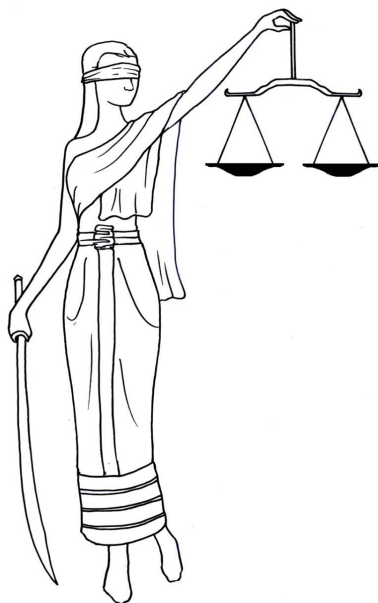
คู่มือ

คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสาร
หลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้สอย
เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในระบบ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2562





คู่มือแนวทางการปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสาร
หลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้สอย
เพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยงานบริการในระบบ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2562



คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุขของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2562

ISBN	978-616-7859-37-8
พิมพ์ครั้งที่ 1	กันยายน 2561
จำนวน	6,000 เล่ม
จัดทำโดย	สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนภักดี “ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210 โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730 http://audit.nhso.go.th
ออกแบบ/พิมพ์ที่	บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด 59/4 หมู่ 10 ซอยวัดพระเงิน ถนนตลิ่งชัน-สุพรรณบุรี ตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี 11140 โทรศัพท์: +66 (0) 2 903-8259 โทรสาร: +66 (0) 2921-4587

คำนำ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งขึ้น ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 โดยมีวัตถุประสงค์เป็นกองทุนสำหรับใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสาธารณสุขในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับหน่วยบริการที่ให้การรักษายาบาลประชาชน ผู้มีสิทธิผู้เจ็บป่วย ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดและประกาศใช้ในแต่ละปีงบประมาณ

ดังนั้น เพื่อให้การเรียกเก็บและจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการ สถานบริการอื่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้บริการรักษายาบาลเป็นไปด้วยความเป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ จึงได้จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2562 ของหน่วยบริการ รวมถึงการใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย ซึ่งการจัดระบบการตรวจสอบเอกสารหลักฐานนี้เป็นแนวทางที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้การตรวจสอบข้อมูลที่เบิกจ่ายให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับทุกภาคส่วนในการร่วมกันผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีความยั่งยืน ประชาชนเข้าถึงบริการด้วยความมั่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข และก่อให้เกิดความเป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำนำ.....	3
สารบัญ	4
บทนำ.....	18
เจตคติที่จำเป็นในการทำ medical record.....	18
การตรวจสอบเวชระเบียน	19
วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบเวชระเบียน.....	20
เป้าหมายการตรวจสอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	20
ทำไมต้องทำ medical audit.....	21
กระบวนการดำเนินงานการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	21
นวัตกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน.....	22
หลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียน	23
แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบ เวชระเบียน สปสช.....	27
บทบาทหน้าที่การตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	31
ขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบ.....	31
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง.....	32

**แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

(การสรุปและให้รหัสโรคกลุ่มอายุกรรม).....	33
1. กลุ่มโรค Leptospirosis (A27.-)	34
2. กลุ่มอาการ Systemic inflammatory response syndrome : SIRS (R65.-)	34
3. กลุ่มโรค Sepsis (A40.- , A41.-)	35
4. กลุ่มอาการ Septic shock (R57.2)	36
5. HIV disease.....	36
6. Respiratory tuberculosis (A15-A16).....	38
7. กลุ่มโรค Cryptococcal meningitis (B45.1+ G02.1*)	38
8. กลุ่มโรค Old Pulmonary TB ,Old TB (Sequelae of respiratory and unspecified tuberculosis : B90.9)	39

9. กลุ่มโรค Dengue	39
10. กลุ่มโรค Neoplasms (C00-D48)	40
11. กลุ่มโรค Hepatocellular carcinoma (C22.0)	42
12. กลุ่มโรค Intrahepatic cholangiocarcinoma (Intrahepatic bile duct carcinoma) (C22.1)	42
13. ภาวะโลหิตจาง	42
14. กลุ่มโรค Iron deficiency anaemia secondary to blood loss (chronic) : (D50.0)	44
15. กลุ่มโรค Megaloblastic anaemia, unspecified (D53.1)	44
16. กลุ่มโรค Thalassaemia (D56.-)	44
17. กลุ่มโรค Acute posthemorrhagic anaemia (D62)	45
18. กลุ่มโรค Anaemia in neoplastic diseases (D63.0)	46
19. กลุ่มโรค Anaemia ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เกิดจากยาเคมีบำบัด	46
20. กลุ่มโรค Anaemia in other chronic diseases (D63.8-WHO/D63.1-TM)	46
21. กลุ่มโรค Systemic lupus erythematosus (SLE) (M32.-)	47
22. กลุ่มโรค SLE with renal involvement (M32.1+ ร่วมกับ N08.5*)	47
23. กลุ่มโรค Diabetes mellitus with coma (E10-E14 + รหัสตำแหน่งที่สี่เป็น .0)	47
24. กลุ่มโรค Diabetes mellitus with renal complication (E10-E14 + รหัสตำแหน่งที่สี่เป็น .2)	48
25. กลุ่มโรค Diabetes mellitus with neurological complication (E10-E14 + รหัสตำแหน่งที่สี่เป็น .4)	49
26. กลุ่มโรค Diabetes mellitus with peripheral vascular disease(E10-E14 + รหัสตัวที่สี่เป็น .5)	49
27. กลุ่มโรค Malnutrition ในผู้ป่วย Kwashiorkor (E40)	49
28. กลุ่มโรค Malnutrition ในผู้ป่วย marasmus (nutritional marasmus) (รหัส E41)	50
29. กลุ่มโรค Severe malnutrition (E43), Moderate (E44.0), Mild malnutrition (E44.1)	50
30. กลุ่มอาการ Dehydration (E86)	51
31. กลุ่มอาการ Hyponatraemia (E87.1)	51
32. กลุ่มอาการ Acidosis (E87.2)	52
33. กลุ่มอาการ Hyperkalaemia (E87.5)	52
34. กลุ่มโรค Hypokalaemia (E87.6)	53
35. กลุ่มอาการ Fluid overload (E87.7)	53
36. กลุ่มอาการ Hypoalbuminaemia (R77.0)	54
37. Acute alcoholic intoxication (F10.0)	54

38. Alcohol dependence syndrome ,Alcoholism (F10.2).....	55
39. Alcohol withdrawal (F10.3).....	56
40. Alcoholic with withdrawal state with delirium , Delirium tremens (F10.4).....	57
41. Nicotine dependence syndrome (F17.2).....	57
42. Amphetamine dependence syndrome (F15.2).....	58
43. Schizophrenia (F20).....	58
44. Acute psychosis (F23).....	59
45. กลุ่มโรค Hypertensive heart disease (I11.-).....	59
46. กลุ่มโรค Hypertensive renal disease (I12.-)	59
47. กลุ่มโรค Unstable angina (I20.0)	60
48. กลุ่มโรค Acute myocardial infarction (I21.-)	61
49. กลุ่มโรค Old myocardial infarction (I25.2).....	62
50. การวินิจฉัย Primary pulmonary hypertension (I27.2)	62
51. Pulmonary emboli (I26.-)	63
52. กลุ่มโรค Cardiac arrest (I46.-)	63
53. กลุ่มโรค Atrial fibrillation (I48.-)	64
54. กลุ่มโรค Congestive heart failure (I50.0)	65
55. กลุ่มโรค Congestive heart failure Lt side heart (I50.1)	66
56. กลุ่มโรค Brain stem stroke syndrome (I60-I67 + G46.3*)	66
57. กลุ่มโรค Cerebral haemorrhage (I61.-).....	67
58. กลุ่มโรค Cerebral infarction (I63.-).....	67
59. กลุ่มโรค Old cerebrovascular accident (I69.-).....	67
60. กลุ่มโรค Influenza (J10.-)	68
61. กลุ่มโรค Pneumonia (J12.- - J18.-).....	68
62. กลุ่มโรค Acute bronchitis (J20.-).....	69
63. กลุ่มโรค Chronic obstructive pulmonary disease : COPD (J44.-).....	69
64. กลุ่มโรค Bronchiectasis (J47).....	70
65. กลุ่มโรค Pulmonary edema (J81).....	71
66. กลุ่มโรค Pleural effusion (J90-J91*).....	71
67. กลุ่มโรค Acute respiratory failure (J96.0).....	72
68. กลุ่มโรค Gastritis และ Duodenitis.....	72
69 Functional dyspepsia (K30)	73
70. กลุ่มโรค Hepatic encephalopathy (K72.-)	73

71. กลุ่มโรค Cirrhosis of liver (K74.6)	73
72. กลุ่มโรค Chronic pancreatitis (K86.-)	74
73. กลุ่มอาการ Extrarenal azotemia (R39.2)	75
74. กลุ่มโรค Acute renal failure (N17.-)	75
75. กลุ่มโรค Acute on top chronic renal failure (N17.- + N18.-).....	76
76. กลุ่มโรค Chronic renal failure (N18.-).....	76
77. กลุ่มโรค Urinary tract infection (N39.0)	78
78. กลุ่มโรค Shock (R57.-)	78
79. กลุ่มอาการ Cardiogenic shock (R57.0).....	79
80. กลุ่มโรค Hypovolaemic shock (R57.1)	80
81. กลุ่มผู้ป่วย Myofascial pain syndrome, Fibromyalgia	80
82. กลุ่มกรณีรับ refer มารักษาต่อ	81
83. กลุ่มผู้ป่วย Refer back หรือ admit เพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	81

**แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

(การสรุปและให้รหัสโรค กลุ่มจักษุ)	83
1. Visual impairment (H54.-)	83
2. กรณีรักษาโรคต้อหินและต้อกระจกด้วยการผ่าตัด (Combined glaucoma and cataract disorders).....	86
3. Ocular Steven-Johnson syndrome	87
4. Retinal disease	88
5. Eye injuries (S05, T15, T26)	90
6. Post traumatic eye disorders.....	91
7. Post procedural disorders	91

**แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

(การสรุปและให้รหัสโรค กลุ่มโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา)	94
1. กลุ่มโรค Intubation granuloma of larynx (J95.8, J38.3 , J38.7).....	94
2. กลุ่มโรค Laryngeal stenosis (J38.6, J95.8, Q31.8).....	94
3. Subglottic stenosis (Q31.1 Congenital subglottic stenosis,J95.5 Postprocedural subglottic stenosis).....	95

4. กลุ่มโรค Tracheal stenosis (J39.8, J95.8, Q32.1).....	95
5. กลุ่มโรค Acute pulmonary insufficiency following nonthoracic surgery (J95.2).....	96
6. กลุ่มโรค Acute upper airway obstruction (J98.8).....	97
7. Laryngeal injury.....	97
8. Obstructive sleep apnea(OSA) G47.3.....	98
9. Hypoparathyroid (E20.-).....	98
10. Hyperparathyroidism (E21.0).....	99
11. แนวทางให้รหัสการตรวจการคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิด.....	99

**แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

(การสรุปและให้รหัสโรค กลุ่มสูติและนรีเวชกรรม)..... 100

1. กลุ่มโรคมะเร็งทางนรีเวชกรรม	100
2. กลุ่มโรค Myoma uteri หรือ Leiomyoma of uterus (D25.-)	100
3. กลุ่มโรค Obstructed labour (O64.- , O65.-)	101
4. กลุ่มโรค Postpartum haemorrhage (PPH) (O72.-)	101
5. กลุ่มการคลอดก่อนมาถึงสถานพยาบาลกรณี Birth before arrival (BBA)	102
6. กลุ่มโรค Human immunodeficiency [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium (O98.7).....	102
7. กลุ่มโรคในหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ Dengue haemorrhagic fever มีอาการตกเลือด และแท้ง.....	103

**แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

(การสรุปและให้รหัสโรคกลุ่มกุมารเวชกรรม)..... 104

1. กลุ่มโรค Acute viral gastritis (A08.4 .-)	104
2. กลุ่มโรค Dehydration (E86) ที่พบในเด็ก	104
3. กลุ่มโรค Hyponatraemia (E87.1) ในเด็กอายุ 0-15 ปี.....	104
4. กลุ่มโรค Pneumonia (J18.-).....	104
5. กลุ่มโรค Acute bronchitis (J20.-).....	105
6. กลุ่มโรค Wheezing associated respiratory illness (WARI)	105
7. กลุ่มโรค Urinary tract infection (N39.0)	105
8. กลุ่มโรคภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและภาวะคลอดก่อนกำหนด	106

9. กรณีเด็ก Preterm กลับมา re-admit แต่น้ำหนักตัวยังต่ำกว่าเกณฑ์หรือเด็ก Preterm ได้ส่งต่อไป .. รพ.อื่น	108
10. กลุ่มโรค Birth asphyxia (P21.-)	108
11. กลุ่มโรค Respiratory distress syndrome of newborn (P22.0).....	109
12. กลุ่มโรค Transient tachypnea of newborn (P22.1).....	109
13. กลุ่มโรค Congenital pneumonia (P23.-).....	110
14. กลุ่มโรค Neonatal cardiac failure ในทารกแรกเกิด (P29.0).....	110
15. กลุ่มโรค Sepsis of newborn (P36.-).....	110
16. กลุ่มโรค Pathologic jaundice	111
17. กลุ่มโรค Neonatal jaundice from breast milk inhibitor (Breast milk jaundice) (P59.3).....	111
18. กลุ่มโรค Atrial septal defect (Q21.1),Tetralogy of Fallot(Q21.3), Ventricular septal defect (Q21.0)	112
19. กลุ่มโรค Patent ductus arteriosus (Q25.0).....	112
20. กลุ่มโรคในทารกแรกเกิดที่ได้รับผลกระทบจากการคลอด หรือการเจ็บป่วยของแม่ (รหัสกลุ่ม P00 – P04)	113

**แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

(การสรุปและให้รหัสโรคกลุ่มคล้ายกรรมทั่วไป)	114
1. กลุ่มโรค Subarachnoid haemorrhage, Rupture cerebral aneurysm, Rupture cerebral arterio-venous malformation (I60.-)	114
2. กลุ่มโรค Cerebral haemorrhage, Right frontal lobe hematoma, Left basal ganglion hemorrhage (I61.-)	114
3. กลุ่มโรค Esophageal varices with bleeding, Bleeding esophageal varices, Rupture esophageal varices (I85.0).....	115
4. กลุ่มโรค Appendicitis, Acute appendicitis, Rupture appendicitis (K35.- , K37)	116
5. กลุ่มโรค Primary peritonitis, Spontaneous bacterial peritonitis, Peritonitis (K65.0).....	116
6. กลุ่มโรค Acute pancreatitis, Acute pancreatitis, Pancreatitis (K85.-).....	117
7. กลุ่มโรค Gastrointestinal bleeding (GI bleeding), Upper gastrointestinal bleeding, Lower gastrointestinal bleeding (K92.0-K92.2).....	117
8. กลุ่มโรค Decubitus ulcer (Bed sore) (L89.-)	117

9. กลุ่มโรค Necrotizing fasciitis, Necrotizing fasciitis left leg, Necrotizing fasciitis right ankle and foot (M72.6).....	118
10. กลุ่มโรค Multiple intracerebral injury, Fracture skull, Subdural haematoma, Subarachnoid haemorrhage (S06.-)	118
11. กลุ่มโรค Retroperitoneal haematoma, Pelvic haematoma (S36.8)	119
12. กลุ่มโรค Kidney trauma, Kidney injury, Rupture kidney, Tear kidney grade 1,2,3,4,5 (S37.0).....	119
13. กลุ่มโรค Burn (T20.- - T32.-)	119
14. กลุ่มโรค Haemorrhage and haematoma complicating a procedure (T81.0).....	119
15. กลุ่มโรค Penetrating wound with retained foreign body, puncture wound right foot with retained nail	120
16. กลุ่มโรค Post traumatic wound infection (T79.3).....	120
17. กลุ่มโรค Spinal cord injury, acute.....	120
18. กลุ่มโรค Sequelae of spinal cord injury (Post – Traumatic spinal cord injury) (T91.3)	121

**แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

(การสรุปและให้รหัสโรคกลุ่มออร์โธปิดิกส์)	122
1. กลุ่มโรค Nonunion และ Pseudarthrosis (M84.1, M96.0)	122
2. กลุ่มโรค Fracture pelvis (S32.8)	122
3. กลุ่มโรค Amputation/Near amputation	123
4. กลุ่มโรค Compartment syndrome	124

**แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

(การสรุปและให้รหัสหัตถการทางอายุรกรรม)	125
1. กลุ่มหัตถการ Transarterial chemoembolization (TACE) หรือ transarterial oily chemoembolization (TOCE).....	126
2. กลุ่มหัตถการ Percutaneous Ethanol Injection :PEI หรือ Direct Ethanol Injection :DEI....	126
3. การทำ Direct ablation ด้วยวิธีอื่น	126
4. กลุ่มหัตถการ Insertion of endotracheal tube	127
5. กลุ่มหัตถการ Ventilator support	127

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(การสรุปและให้รหัสเหตุการณ์ทางอายุรกรรมหัวใจ) 131

1. Cardiac procedure เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ 131
2. Peripheral vascular procedure 137
3. Treatment for cardiac arrhythmia..... 140
4. Cardiopulmonary resuscitation 144

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(การสรุปและให้รหัสเหตุการณ์ทางจักษุ) 147

1. กลุ่มเหตุการณ์เกี่ยวกับการลอกต้อเนื้อ (Pterygium excision)..... 148
2. กลุ่มเหตุการณ์สำหรับผู้ป่วยทางเดินน้ำตาตัน (Dacryostenosis) 149
3. กลุ่มเหตุการณ์สำหรับผู้ป่วยต้อหิน (Glaucoma) 151
4. กลุ่มเหตุการณ์สำหรับผู้ป่วยต้อกระจก (Cataract) 152
5. กลุ่มเหตุการณ์เกี่ยวกับจอตา (Retina) และวุ้นตา (Vitreous)..... 155
6. กลุ่มเหตุการณ์เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ตา (Eye injury)..... 158
7. กลุ่มเหตุการณ์ทางจักษุโดยใช้แสงเลเซอร์ 159

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(การสรุปและให้รหัสเหตุการณ์ทาง โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา) 161

1. กลุ่ม Sinus surgery 161
2. กลุ่มเหตุการณ์ Tympanoplasty 163
3. กลุ่มเหตุการณ์ Myringoplasty 163
4. กลุ่มเหตุการณ์ Mastoidectomy 164
5. กลุ่มเหตุการณ์ Hearing Aids 165
6. กลุ่มเหตุการณ์ Direct laryngoscopy and Bronchoscopy 165
7. กลุ่มเหตุการณ์ Tracheostomy..... 166
8. กลุ่มเหตุการณ์ Sialoadenectomy..... 167
9. แนวทางให้รหัสเหตุการณ์กลุ่ม Laryngeal injury..... 167
10. แนวทางให้รหัสเหตุการณ์กลุ่ม Obstructive sleep apnea..... 168

11. แนวทางให้รหัสหัตถการ Hyperparathyroidism.....	168
12. กลุ่มหัตถการ Thyroidectomy.....	169
13. Endoscopic thyroidectomy	169
14. แนวทางให้รหัสหัตถการการตรวจการคัดกรองการได้ยินในเด็ก	169

**แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

(การสรุปและให้รหัสหัตถการทางรังสี)..... 170

1. กลุ่มหัตถการ Radiotherapy	170
2. กลุ่มหัตถการ Nuclear medicine	171
3. กลุ่มหัตถการ รังสีวินิจฉัย	173

**แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

(การสรุปและให้รหัสหัตถการทางสูติกรรม) 176

1. กลุ่มหัตถการ Episiotomy (Episiotomy with subsequent episiorrhaphy).....	176
2. Repair of other current obstetric laceration (Episioepineorrhaphy).....	176
3. กลุ่มหัตถการ Repair of laceration of rectum and sphincter ani	176
4. กลุ่มหัตถการ Suture of laceration of vulva or perineum	177
5. กลุ่มหัตถการ Evacuation hematoma of episiotomy	177
6. กลุ่มหัตถการ Evacuation hematoma of vagina.....	177
7. การผ่าตัดในกลุ่มสูติกรรมอื่นๆที่ยังไม่มีรหัส	178
8. กลุ่มหัตถการ Manually assisted delivery.....	178
9. กลุ่มหัตถการ Manual rotation of fetal head.....	178
10. กลุ่มหัตถการ Operation on fetus to facilitate delivery	178
11. กลุ่มหัตถการ External Cephalic Version : ECV	179
12. กลุ่มหัตถการ Termination of pregnancy by intrauterine injection	179
13. กลุ่มหัตถการ Amniocentesis.....	179
14. กลุ่มหัตถการ Intrauterine transfusion.....	179
15. กลุ่มหัตถการ Fetal blood sampling	180
16. กลุ่มหัตถการ Amnioinfusion	180
17. กลุ่มหัตถการ การล้วงรกกรณีที่มารอร์กลอด	180

18. กลุ่มหัตถการ Lysis of adhesions in pelvic cavity	181
19. กลุ่มหัตถการ Laparoscopic Salpingectomy for ectopic pregnancy	181
20. กลุ่มหัตถการ Manual Vacuum Aspiration :MVA.....	181
21. กลุ่มหัตถการ Menstrual Regulation : MR.....	182
22. กลุ่มหัตถการ Conization of cervix.....	182
23. กลุ่มหัตถการ Loop Electrosurgical Excision Procedure :LEEP / Large Loop Excision of the Transformation Zone :LLETZ.....	182
24. กลุ่มหัตถการ Tubal Ligation :TL หรือ Tubal Sterilization :TS.....	182
25. กลุ่มหัตถการ Tubal Resection :TR.....	183
26. กลุ่มหัตถการ Pomeroy operation.....	183
27. กลุ่มหัตถการ Modified Pomeroy operation	183
28. กลุ่มหัตถการ Total Abdominal Hysterectomy :TAH / Bilateral Salpingo-Oophorectomy :BSO.....	183
29. กลุ่มหัตถการ Hysteroscope for remove IUD.....	184
30. กลุ่มหัตถการ Salpingoplasty or Tuboplasty.....	184
31. กลุ่มหัตถการ Salpingo-salpingostomy	184

**แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

(การสรุปและให้รหัสหัตถการทางกุมารเวชกรรม).....	185
1. กลุ่มหัตถการ Umbilical Arterial Catheterization : UAC.....	185
2. กลุ่มหัตถการ Umbilical Vein Catheterization : UVC	185
3. กลุ่มหัตถการ Venous Catheterization	185
4. กลุ่มหัตถการ Non invasive positive airway pressure (NCPAP, NIMV, BiPAP, NPCPAP, NIPPV).....	186
5. กลุ่มหัตถการ Invasive positive airway pressure (Mode of ventilation ต่างๆ: CPAP, CMV, IMV, AC, SIMV, PTV, HFOV, Flow cycle SIMV/AC).....	186
6. กลุ่มหัตถการ Nitric oxide inhalation (iNO).....	187
7. กลุ่มหัตถการ Transfusion of coagulation factors	187
8. กลุ่มหัตถการ Transfusion of plasma.....	187
9. กลุ่มหัตถการ Injection of gamma globulin	187
10. กลุ่มหัตถการ Transfusion of granulocyte	188
11. กลุ่มหัตถการ Total Parenteral Nutrition :TPN / Peripheral Parenteral Nutrition : PPN...	188

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ทางศัลยกรรมทั่วไป)..... 189

1. กลุ่มหัตถการ Cholecystectomy	189
2. กลุ่มหัตถการ Exploration of common bile duct : CBD.....	190
3. กลุ่มหัตถการ Suture of abdominal wall and peritoneum	192
4. กลุ่มหัตถการ Colostomy.....	193
5. กลุ่มหัตถการ Excisional debridement	194
6. กลุ่มหัตถการ Esophagoscopy with foreign body removal	195
7. กลุ่มหัตถการ Omental graft	196
8. กลุ่มหัตถการ Peritoneal toilet.....	196
9. กลุ่มหัตถการ Lysis adhesion	197
10. กลุ่มหัตถการ Paraffinoma of penis.....	197
11. กลุ่มหัตถการ Percutaneous nephrostomy : PCN	198
12. กลุ่มหัตถการ Peritoneal dialysis	199

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ทางศัลยกรรมประสาท)..... 201

1. กลุ่มหัตถการ Craniotomy, Craniectomy, Burr hole	201
2. กลุ่มหัตถการ Reopening of craniotomy site	203
3. กลุ่มหัตถการ Repair dura / Duraplasty	204
4. กลุ่มหัตถการ Cranioplasty.....	206
5. กลุ่มหัตถการ Lumbar puncture (Spinal tap)	207

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ทางออร์โธปิดิกส์)..... 209

1. กลุ่มหัตถการ Knee replacement	209
2. กลุ่มหัตถการ Revision of knee replacement	209
3. กลุ่มหัตถการ Revision of hip replacement	210
4. กลุ่มหัตถการ Other exploration and decompression of spinal canal	212
5. กลุ่มหัตถการ Spinal fusion	212

6. กลุ่มหัตถการ Repair tendon of hand.....	213
7. กลุ่มหัตถการ Reattachment of hand tendon.....	214
8. กลุ่มหัตถการ Remove fixation device	215

**แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

(การสรุปและให้รหัสหัตถการทางเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัด)	217
1. กลุ่มการตรวจวินิจฉัยทางเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัด(Diagnostic physical therapy)...	217
2. การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษา (Therapeutic exercise/ physical therapy exercise)	218
3. กลุ่มการรักษาโดยการดัดดึงหรือยืดสำหรับกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ (Other physical therapy musculoskeletal manipulation).....	219
4. กลุ่มการรักษาทางกายภาพบำบัด หรืออุปกรณ์ทางกายภาพบำบัดอื่นๆ (Other physical therapy therapeutic procedures).....	221
5. กลุ่มการดึงถ่วงผ่านกระดูกหรือการดึงถ่วงอื่นๆ (Skeletal traction and other traction)	222
6. กลุ่มการรักษาอื่นๆ เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหว การรักษาโดยใช้แรงกด และการรักษาแผล (Other immobilization, pressure, and attention to wound)	223
7. กลุ่มหัตถการบำบัด (Osteopathic manipulative treatment).....	225
8. กลุ่มการฝึกพูดและฝึกอ่าน และการฟื้นฟูคนตาบอด (Speech and reading rehabilitation and rehabilitation of the blind).....	225
9. กลุ่มการรักษาอื่นๆทางเวชกรรมฟื้นฟู (Other rehabilitation therapy)	226
10. กลุ่มการใส่กายอุปกรณ์เทียมของรยางค์บนและล่าง (Fitting of prosthetic limb device)	227
11. กลุ่มการตรวจทางกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา และการตรวจร่างกาย (Anatomic and physiologic measurements and manual examinations).....	227

**แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

(การตรวจสอบการจ่ายชดเชยตามรายการ)	229
--	------------

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ข้ามจังหวัด.....	230
แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยการให้บริการพนักงานส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว (อปท.) กรณีผู้ป่วยนอก.....	244
กรณีอุปกรณ์อวัยวะเทียม	268
กรณีอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับผู้สูญเสียการได้ยิน	269

กรณีสายสวนหลอดเลือดหัวใจ.....	271
กรณีอุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้าและรองเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง	274
กรณีข้อเข่าเทียม	277

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(การตรวจสอบคุณภาพบริการ)	281
การตรวจสอบชดเชยและคุณภาพการให้บริการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	282
แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพ การให้บริการยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติ บัญชี จ (2)	286
แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (Ischemic Stroke)	290
แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วย โรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันที่มีชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track :STEMI) ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ.....	293
แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือด โคโรนารีผ่านสายสวน (PCI).....	296
แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน	305
แนวทางการใช้งานอุทธรณ์ในระบบ Electronic medical audit : eMA	308

ภาคผนวก

- ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2561..... 322
- ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิด
แผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. 2560..... 335
- ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษา
ข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2559
- ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558..... 347
- การประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ (SA) version 2018..... 357
- การประเมินความถูกต้องการให้รหัสโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส (CA)..... 358

- ขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบเวชระเบียนแบบ ณ หน่วยบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ..... 359
- ขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบเวชระเบียนแบบ ณ รวมศูนย์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ...360
- คำสั่ง คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่าง กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ที่ 207/2557..... 361
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตราที่เกี่ยวข้องกับระบบการตรวจสอบเวชระเบียน..... 363
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2557 366
- ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560 368
- ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2557..... 372
- ความผิดเกี่ยวกับการปลอมเอกสารและการใช้เอกสารปลอม ตามประมวลกฎหมายอาญาการตรวจคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการ (NT2013 : Nutrition Assesment)..... 375
- เอกสารอ้างอิง 379
- กองบรรณาธิการ 380
- คณะทำงานจัดทำแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ..... 381
- คณะกรรมการพิจารณาพิจารณาการจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ..... 383
- หนังสือกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สช. 0209.07/8426 ลว. 15 ส.ค. 2561 เรื่อง ขอส่งผลสรุปแนวทางการตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน (การสรุปโรคและให้รหัสโรค) สำหรับงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ..... 385

บทนำ

แนวคิด/หลักการ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดขึ้นในประเทศไทยเพื่อให้ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยได้รับการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจนั้นเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาคเอกชน ภาคราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสภาวิชาชีพ ที่สำคัญคือผู้ให้บริการสุขภาพ เพราะเป็นผู้ที่จะพัฒนาการบริการสุขภาพให้ประชาชนเข้ารับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ดังนั้นกระบวนการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพจึงเป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งที่จะก่อให้เกิดความเป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยซึ่งกลไกสำคัญนี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบเพื่อพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการตรวจสอบเป็นมิติหนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นว่าองค์กรมีความตระหนักถึงความมีธรรมาภิบาล ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานจากผลการตรวจสอบตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เจตคติที่จำเป็นในการทำ Medical Record

ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดทำ medical record ทุกฝ่าย ต้องเข้าใจว่าการทบทวนเวชระเบียน มีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูลที่จะนำไปใช้ และเพื่อตรวจสอบกระบวนการทั้งหมดว่ามีข้อบกพร่องที่ใด เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ แกไขส่วนขาดต่างๆ และจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อธำรงไว้ซึ่งคุณภาพและเพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องนอกจากนั้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 45 กำหนดให้หน่วยบริการมีหน้าที่จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพบริการรวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายของบริการสาธารณสุขโดยตรวจสอบจากการบันทึกเอกสาร หลักฐานทางแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนั้นการบันทึกข้อมูลลงเวชระเบียนจึงต้องทำอย่างดีที่สุดในผู้ป่วยทุกรายมิใช่ทำเพื่อรองรับการตรวจสอบเท่านั้น แต่ทำเพื่อช่วยให้ได้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการและต้องยินยอมให้มีการตรวจสอบตามกระบวนการด้วยความเต็มใจพร้อมรับการวิจารณ์และนำมาแก้ไขโดยยินดีที่จะนำมาแก้ไขทบทวน และมาตรา 54 ในการปฏิบัติตาม พรบ.ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการ หรือเครือข่ายของหน่วยบริการ ในระหว่างเวลาทำการ เพื่อสอบถามข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สินหรือเอกสารหลักฐาน ถ่ายภาพ ถ่ายสำเนา หรือนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบ หรือกระทำการอื่นตามสมควรเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงอันจะปฏิบัติการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติ ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าพบการกระทำผิดให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจยึดหรืออายัดเอกสาร ทรัพย์สิน หรือสิ่งของเพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณาดำเนินการต่อไป วิธีปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด แล้วแต่กรณี

Medical audit system คือ ระบบการตรวจสอบทางด้านการแพทย์ที่มีการทบทวนการดูแลผู้รับบริการในทุกมุมมอง ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 3 อย่าง ดังนี้

1. Structure or Input หมายถึง การใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล (hospital resources) ในการดูแลผู้รับบริการ เช่น การใช้เตียง การใช้ห้องผ่าตัด การใช้เครื่องมือ การใช้บุคลากร การใช้วัสดุ รวมทั้งระบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุข ซึ่งกระบวนการตรวจสอบนี้มักเป็นการตรวจสอบโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการก่อนเข้าร่วมโครงการหรือเข้าร่วมกับกองทุนต่างๆ ในการให้บริการผู้รับบริการทั่วไปหรือผู้รับบริการกลุ่มพิเศษ เช่น การประเมินว่าโรงพยาบาลแห่งนี้ผ่านการรับรองคุณภาพในระดับใด หรือโรงพยาบาลนี้มีขีดความสามารถในการเข้าร่วมโครงการผ่าตัดหัวใจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้หรือไม่

2. Process หมายถึง การทบทวนกระบวนการที่ใช้ดูแลผู้รับบริการว่ามีกิจกรรมอะไรเกิดขึ้นบ้าง นับตั้งแต่การบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้รับบริการ การวินิจฉัยโรค การตรวจพิเศษ การรักษา เช่น การให้ยา การผ่าตัด การติดตามความก้าวหน้าของ ผลการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการตรวจสอบสามารถทำได้ก่อนรับผู้รับบริการไว้ใน การดูแล (pre-authorization) หรือระหว่างดูแลหรือเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปแล้วหรือหลังจากการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

3. Outcome หมายถึง ผลของการรักษา การตอบสนองของผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้รับบริการ ญาติ ชุมชน และมาตรฐานของวิชาชีพบริการสุขภาพ รวมถึงผลทางด้านกฎหมายและการเงินด้วย มักเป็นการตรวจสอบย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลที่บันทึกไว้ในระบบข้อมูลโรงพยาบาล

การตรวจสอบเวชระเบียน

ชนิดของการตรวจสอบเวชระเบียนแบ่งออกเป็นเรื่องหลัก ๆ 3 แบบ คือ

1. Coding Audit หมายถึง การตรวจสอบรหัสโรค รหัสหัตถการที่หน่วยบริการบันทึกลงคอมพิวเตอร์เพื่อนำไปประมวลผลคำนวณตามกลไกการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม DRGs นั้นถูกต้องตามหลักการสากลการให้รหัสโรคและหัตถการหรือไม่เนื่องจากปัจจุบันผู้ให้บริการไม่ได้จ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลโดยตรง แต่เป็นการจ่ายผ่านตัวแทน (กองทุนหรือ third parties) โดยตัวแทนเหล่านั้นจะขอข้อมูลการให้บริการสองส่วนคือข้อมูลโรคในรูปแบบรหัสโรคและรหัสการทำหัตถการ (ถ้ามี) และข้อมูลค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการคิดค่าบริการในรูปแบบมาตรฐานการบันทึก (standard billing format) หลังจากนั้นตัวแทนจะจ่ายค่าบริการเป็นเงินสดหรือเป็นแต้มขึ้นอยู่กับข้อตกลงที่ทำกันไว้ระหว่างตัวแทนกับหน่วยบริการ การคำนวณแต้มในประเทศไทยใช้กลไกกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม DRGs (diagnosis related groups) เป็นตัวกลางในการคำนวณแต้ม ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจสอบว่าการให้รหัสโรคและรหัสการทำหัตถการและการบันทึกลงคอมพิวเตอร์เพื่อนำไปประมวลผลนั้นถูกต้องหรือไม่

2. Financial Audit หมายถึง การตรวจสอบทางด้านการเงินโดย แบ่งการตรวจสอบออกได้เป็น 2 ส่วน คือ ตรวจสอบต้นทุน ว่ามีการใช้ทรัพยากรไปมากน้อยเพียงใด ทั้งอาคารสถานที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เป็นไปอย่างเหมาะสมหรือไม่และการตรวจสอบการเรียกเก็บค่าบริการว่ามีการบันทึกเพื่อการเรียกเก็บครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ เรียกเก็บในราคาที่เหมาะสมหรือไม่ มีการเรียกเก็บในสิ่งที่ไม่ได้ทำหรือไม่ และเมื่อเรียกเก็บค่าบริการแล้วสามารถเก็บค่าบริการได้จริงเท่าใด

3. Clinical Audit หมายถึง การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการทั้งหมด (patient care functions) ว่าเป็นไปอย่างถูกต้องหรือไม่นับตั้งแต่สิทธิผู้ใช้บริการและจริยธรรม การประเมินสภาพผู้ใช้บริการ การวินิจฉัยโรค การให้การรักษ การติดตามความเปลี่ยนแปลง การให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการและญาติ และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยอาจเปรียบเทียบกับ caremap, clinical practice guideline หรือมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ยอมรับกันในวงการวิชาชีพ รวมทั้งประเมิน outcome ว่าเป็นไปตามมาตรฐานที่ยอมรับกันหรือระบบการจ่ายเงินในปัจจุบันที่ตัวแทนผู้ใช้บริการจ่ายให้กับผู้ให้บริการ ทำให้มีค่าผลการรักษานั้นต่ำกว่ามาตรฐานหรือพุ่มเพื่อยเกินความจำเป็นหรือไม่อยู่ตลอดเวลา ดังนั้นกระบวนการตรวจสอบด้านคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่ต้องทำทุกครั้งที่มีการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ

วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบเวชระเบียน

โดยหลักการของการตรวจสอบเวชระเบียนแล้ว เป็นกิจกรรมเพื่อประโยชน์ของผู้ใช้บริการเป็นหลัก แต่มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ทบทวนและหน่วยงานที่ทบทวน โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเป็นการประเมินผลการรักษาพยาบาล การวางแผนสื่อสารกับผู้ใช้บริการและญาติหลังการรักษา (discharge plan development)
2. เพื่อเป็นการศึกษางานวิจัยหรือทบทวนความรู้ทางการแพทย์
3. เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้กับระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์แก่หน่วยบริการ
4. เพื่อพัฒนาระบบการจ่ายเงินชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง
5. เพื่อพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลที่ใช้ประกอบการขอเบิกเงินชดเชยค่าบริการ ให้มีความถูกต้องครบถ้วน
6. เพื่อการเรียนรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลสามารถทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเทียบกับมาตรฐานหรือเทียบกับผู้อื่น
7. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการใช้หรือการบริหารทรัพยากรของหน่วยงาน โดยเทียบกับค่ากลางที่มีอยู่
8. เพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านกฎหมายจากการแทรกแซงจากภายนอก โดยเฉพาะในรายที่อาจมีปัญหาทางกฎหมาย

เป้าหมายการตรวจสอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พัฒนาระบบการตรวจสอบด้านการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการสาธารณสุขให้ถูกต้อง เป็นธรรม และเป็นที่ยอมรับของทุกองค์กร

ทำไมต้องทำ Medical Audit

เพื่อให้การนำข้อมูลจากเวชระเบียนไปใช้มีความถูกต้อง จึงต้องมีการทบทวนในประเด็นดังนี้

1. Coding Audit ประเด็นสำคัญที่สุดคือใช้วิธีการจ่ายเงินตามหลักการเหมาจ่ายรายโรค (DRGs) มาใช้ ดังนั้นจึงต้องตรวจสอบว่ากลุ่ม DRGs ที่ได้มามีความถูกต้องหรือไม่ นอกจากนี้การประมวลผลข้อมูลการเจ็บป่วย เราใช้รหัส ICD 10 และรหัส ICD 9 - CM รวมทั้งใช้ข้อมูลต่างๆ จากใบ general discharge summary ที่จัดเก็บลงในคอมพิวเตอร์ จึงต้องตรวจสอบความถูกต้องของการสรุปโรคและหัตถการ การลงรหัสโรคและหัตถการ การบันทึกข้อมูลลงระบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและนำไปสู่การวางแผนและจ่ายเงินที่เหมาะสม
2. Financial Audit ทำเพื่อให้ทราบต้นทุนบริการ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพ และเป็นข้อมูลเพื่อการเจรจาตกลงค่าบริการระหว่าง provider กับ purchaser รวมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของการเรียกเก็บเงิน และสัดส่วนการได้ทุนคืนในผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม
3. Clinical Audit เป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงส่วนขาดส่วนเกินของการให้บริการ (overuse or underuse) ความผิดพลาดในการรักษาและนำมาปรับปรุงแก้ไข นอกจากนี้ยังนำไปสู่การทำวิจัยทางคลินิกที่ต้องเชื่อถือได้อีกด้วย รวมทั้งการทำให้เกิด continuous quality improvement ในโรงพยาบาลจำเป็นต้องมี clinical audit เป็นองค์ประกอบที่สำคัญร่วมด้วย

กระบวนการดำเนินงานการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การตรวจสอบเวชระเบียน เพื่อนำผลที่ได้มาสร้างความเป็นธรรมของการเบิกจ่ายเงินชดเชยและการให้บริการสาธารณสุขประกอบด้วยการตรวจสอบ 4 ประเภทคือ (1) coding audit (2) billing audit (3) quality audit และ (4) medical record audit โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. Coding audit เป็นการตรวจสอบการจ่ายชดเชยในระบบ DRGs
2. Billing audit เป็นการตรวจสอบการเรียกเก็บตามรายการซึ่งเป็น on top payment นอก DRGs เช่น instrument
3. Quality Audit เป็นตรวจสอบการให้บริการโดยเปรียบเทียบกับ CPG ที่สพสข. โดยสำนักหรือกองทุนที่รับผิดชอบกำหนด เช่น โรคนี้ว่า โรคมะเร็งเต้านม เป็นต้น
4. Medical record audit เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ถูกบันทึกในเวชระเบียน

การเลือกข้อมูลตรวจสอบ โดยทั่วไปการเลือกข้อมูลมาตรวจสอบมี 3 แบบ ดังนี้

1. การสุ่มเลือกแบบมีเงื่อนไข การนำข้อมูลจากฐานการจ่ายชดเชยของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกกรณี เช่น บริการผู้ป่วยใน บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน สิทธิว่าง เด็กแรกเกิด บริการโรคเฉพาะ เป็นต้น มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อหาความผิดปกติของข้อมูลแล้วนำไปดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียน หน่วยบริการ/สถานบริการ หรือรวมศูนย์ การตรวจสอบเฉพาะรายที่มีปัญหาจากการประมวลผลข้อมูล เช่น

- ผู้ป่วยที่นอนนานเกินเกณฑ์มาตรฐาน
- ผู้ป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าเกณฑ์ปกติ
- ผู้ป่วยที่มีกลุ่ม DRGs อยู่ในกลุ่ม MDC 26 เช่น DRG 2601-, 2602-, 2603- ซึ่งเป็นกลุ่ม DRGs ที่รหัสการผ่าตัดไม่สัมพันธ์กับรหัสโรคหลัก
- ผู้ป่วยที่มีกลุ่ม DRGs ไม่สัมพันธ์กับขีดความสามารถในการรักษาของโรงพยาบาลนั้น ทำการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรักษาพยาบาลและปัญหาทางกฎหมาย เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสืบค้นสาเหตุของโรค (investigation) ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการให้การรักษายาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สมควร ผู้ป่วยที่ขอรับการส่งต่อไปรักษาที่อื่น ผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิตโดยผิดปกติ ผู้ป่วยที่เป็นคดี เป็นต้น เลือกหน่วยบริการที่ตรวจสอบโดยดูจากข้อมูลการเรียกเก็บเปรียบเทียบกับประเภท ขนาดและจำนวนข้อมูลการให้บริการที่ส่งเบิกกับระดับของหน่วยบริการที่ไม่สัมพันธ์กัน โดยเปรียบเทียบข้อมูลกับหน่วยบริการขนาดเดียวกัน

2. การสุ่มข้อมูลโดยไม่กำหนดเงื่อนไขมาตรวจสอบเป็นการสุ่มเลือกแบบทั่วไป เพื่อประเมินสถานการณ์ทำการสุ่มตรวจโดยระเบียบวิธีทางสถิติจากข้อมูลการเบิกจ่ายทั้งหมดทำการสุ่มตัวอย่างแบบ random sampling เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของเวชระเบียนทั้งหมดควรใช้ในกรณีที่ต้องใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยมาจัดสรรทรัพยากร โดยจำนวนเวชระเบียนที่จะนำมาทบทวนขึ้นกับปริมาณของข้อมูลและจำนวนผู้ทบทวนที่มีในระบบนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ คือ

- 1% (HCFA, USA) ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Health Care Financial Administration) ในกรณีที่มีเวชระเบียนจำนวนมาก
 - 5% ในประเทศออสเตรเลีย (Australian coding benchmark audit) ทั้งนี้ไม่ควรต่ำกว่า 40 ฉบับ
 - 1-3 % สำหรับประเทศไทย ในกรณีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- สำหรับวิธีการเลือกอาจใช้ ตารางเลขสุ่ม หรือ การสุ่มแบบมีระบบ

3. การตรวจทั้งหมด เป็นการเลือกตรวจเวชระเบียนทั้งหมดตามเงื่อนไขของหน่วยบริการทั้งหมดที่มี เช่น

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยาละลายลิ่มเลือด
- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยหัตถการสลายนิ่ว

นวัตกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน

การพัฒนาระบบการตรวจสอบร่วม 3 กองทุนสุขภาพ

เพื่อให้การตรวจสอบเวชระเบียนของ 3 กองทุนสุขภาพหลักของประเทศไทย ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคมและกองทุนสวัสดิการการรักษายาบาลของข้าราชการ เพื่อให้มีการพัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสำหรับทุกกองทุนเป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งกองทุนสวัสดิการการรักษายาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ด้วย

คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมกำกับ การชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาล
ร่วมกันระหว่าง 3 กองทุน มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาข้อเสนอแนวทางการตรวจสอบและควบคุมกำกับ การชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาลของทั้ง 3 หน่วยงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกันหรือมีทิศทางที่สอดคล้องกัน
2. ร่วมประสานงานและลงพื้นที่ในการตรวจสอบการชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่าง 3 หน่วยงาน
3. รายงานความคืบหน้าการดำเนินการให้คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทราบเป็นระยะ
4. หน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจะพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียนและหลักฐานต่างๆ ที่ปรากฏในการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานจะถือว่าไม่มีบริการในเรื่องนั้นๆ โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น.pdf สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้

1. เอกสารหลักฐานการตรวจรักษาและให้บริการ (จัดเรียงตามวันที่เข้ารับบริการ) ดังนี้
 - 1.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ต้นฉบับหรือสำเนาทั้งฉบับ หรือในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบตามแต่ละประเภทการตรวจสอบของแต่ละกองทุนที่มีหลักฐานในการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย ย้อนหลังอย่างน้อย 1 ปี รวมถึง Visit ที่มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักต่อเนื่อง กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง หรือกรณีเป็น known case จากสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น ต้องมีหลักฐานในการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย
 - 1.2 ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในครั้งนั้น เช่น CBC, PT, PTT, bleeding time, cardiac enzyme ฯลฯ หรือบันทึกการแปลผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน
 - 1.3 ผลการตรวจทางรังสีวิทยาโดยรังสีแพทย์ และหรือ บันทึกการแปลผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน
 - 1.4 ผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ และหรือ บันทึกการแปลผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน
 - 1.5 ใบแสดงรายการยาที่เบิกจ่าย (ใบสั่งยา) และหนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชี
 - 1.6 ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล
 - 1.7 หลักฐานการทำหัตถการต่างๆ (ถ้ามี)
 - 1.8 หลักฐานเพิ่มเติม เช่น การบริการแพทย์ทางเลือก กรณีการให้บริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู และการบริการพิเศษอื่น ๆ
 - 1.9 เอกสารบันทึกการให้บริการทางการแพทย์ เช่น การฉีดยา การทำแผล เป็นต้น
 - 1.10 กรณีที่มีการรับเข้านอนรพ. ควรมีบันทึกแพทย์ในการสรุปจำหน่ายรวมข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ยาที่ได้รับในรพ. และยาที่ให้กลับบ้านพร้อมจำนวน (ฉบับย่อ) ลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการส่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถ

ตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

2. เอกสารหลักฐานการเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ส่งเบิกชดเชย
3. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ อันเนื่องมาจากบริการรักษานอกโรงพยาบาล ดังนี้
 - 3.1 หลักฐานส่งต่อ (กรณีรับและส่ง refer)
 - 3.2 อื่นๆ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษา แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด เป็นต้น
4. กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ที่มีการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกให้ติด sticker ไว้ใน OPD card ตามวันที่มาทำหัตถการ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นหรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)
5. เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยนอก

แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยนอก กำหนดหลักการการตรวจสอบรายการค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใน รายการค่าใช้จ่าย ต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. บันทึกการวินิจฉัยโรค (diagnosis) ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่ บันทึกการวินิจฉัยเป็นชื่อโรคหรืออาการพร้อมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนั้น ได้แก่ หลักฐานการซักประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจต่าง ๆ เป็นต้น

2. บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยการเจ็บป่วย ซึ่งข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

2.1 บันทึกการให้การรักษารวมถึงกรณีรับคำสั่ง (รคส.) เช่น การสั่งยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หัตถการ รังสีวิทยา (รังสีร่วมรักษาหรือรังสีรักษา) หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ เป็นต้น ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค อาการ และแพทย์ลงนามกำกับ สำหรับสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์ประจำ ให้บุคลากรสาธารณสุขลงนามกำกับโดยเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.2 กรณีที่มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือรังสีวินิจฉัยล่วงหน้า โดยไม่มีคำสั่งแพทย์ต้องแสดงหลักฐาน CPG/Protocol ของหน่วยบริการนั้น

2.3 กรณีการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย (Investigation) สามารถใช้คำสั่งแพทย์จากใบส่งต่อการรักษา (refer) ได้ ทั้งนี้ต้องเป็นการตรวจวินิจฉัยที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยในใบส่งต่อการรักษาด้วย

2.4 กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษา ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

3.1 ผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ หรือการแปลผลการตรวจของแพทย์ ทั้งนี้ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจด้วยเครื่องมือเฉพาะควรมีรายงานผลการตรวจวินิจฉัยโดยรังสีแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทาง ตามข้อกำหนดสถานพยาบาลหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 หลักฐานการให้บริการ เช่น การฉีดยา การทำแผล การให้เลือด การให้สารน้ำ เป็นต้น โดยพบผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพลงนามกำกับ

3.3 หลักฐานการรับ-จ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม ได้แก่ ใบสั่งยา และบันทึกการรับอุปกรณ์รายบุคคล และหรือ serial number หรือ sticker เป็นต้น

4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ต้องปรากฏ ได้แก่

4.1 ชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ วันที่ให้บริการ

4.2 ข้อมูลชื่อ-สกุลผู้มีสิทธิ และหรือ HN และหรือ visit number (VN) จำนวนเงินที่ขอเบิก และควรมีเลขประจำตัวประชาชน เพื่อให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องของผู้มีสิทธิ

4.3 ชื่อรายการยา (และหรือ ขนาด) จำนวน ราคา

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน

หน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสาร หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกจ่ายชดเชยเพื่อรองรับการตรวจสอบ มีดังนี้

1. OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น

2. แบบฟอร์มการสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (discharge summary) กรณีที่มีแบบฟอร์มการสรุปการรักษาผู้ป่วยในหลายใบ จะต้องมียกย่องรับรองจากหน่วยบริการ ระบุว่าใช้แบบฟอร์มการสรุปการรักษาผู้ป่วยในใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีการระบุ สปสช. จะใช้ใบแรกสุดในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นๆ เพื่อใช้อ้างอิงว่าเป็นใบสรุป ขอให้แบบฟอร์มดังกล่าวมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ แบบฟอร์มการสรุปการรักษาผู้ป่วยใน จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้

3. แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกาย (history, physical examination, admission note) และหรือ เอกสารการประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องผู้ป่วย เช่น ใบประเมินระบบประสาท NIHSS, Barthel's Index, MRS เป็นต้น ในกรณีมีบุคคลอื่นบันทึกแทนแพทย์ต้องมีการลงนามของแพทย์กำกับไว้ ในแบบการบันทึกประวัติและตรวจร่างกาย

4. แบบบันทึกความก้าวหน้า (progress Note) ของแพทย์

5. แบบบันทึกการสั่งการรักษา (doctor's order) ที่มีการลงนามของแพทย์กำกับไว้

6. แบบบันทึกการผ่าตัด (operative note) กรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัด

7. แบบบันทึกวิสัญญี (anesthetic record) (ถ้ามี)

8. แบบฟอร์มปรอท (graphic sheet)

9. แบบบันทึกทางพยาบาล nurse's note รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

10. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น เช่น ผลการตรวจเลือด ผล x-rays CT-scan ผลการตรวจชิ้นเนื้อ เป็นต้น

11.แบบบันทึกการให้ยา (medication sheet) การให้สารน้ำและการให้เลือด intake-output sheet ของการประเมินผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด total knee replacement เป็นต้น

13.เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการการดูแลรักษาผู้ป่วยจากหน่วยบริการอื่นๆ เช่น ใบรับส่งต่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษาแบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด สำเนาใบตรวจสอบสิทธิการรักษา เป็นต้น

14.กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม หรือการให้บริการทางการแพทย์ ตามรายการค่าใช้จ่ายที่มารับบริการ แบบ fee for service หน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบดังนี้

14.1 กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่มี sticker ที่ระบุรุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม หน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วย รายนั้นจริง ดังนี้

14.1.1 ต้องมี sticker ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นเก็บไว้ในเวชระเบียน โดยเก็บไว้ในแบบบันทึกการผ่าตัดหรือ OPD card

14.1.2 หลักฐานการจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นที่ระบุจำนวนรายการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมพร้อมราคาที่มีการใช้กับผู้ป่วยในครั้งที่มาใช้บริการ

14.2 กรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่ไม่มี sticker หน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง ดังนี้

14.2.1 หลักฐานทางการแพทย์ในเวชระเบียนที่ระบุว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียม

14.2.2 หลักฐานการจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นที่มีการใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคลในครั้งที่มาใช้บริการ เช่น ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ที่หน่วยบริการจ่ายให้ผู้ป่วย และในหลักฐานต้องระบุจำนวนรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมพร้อมราคา

14.3 กรณีการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ตามรายการค่าใช้จ่ายที่มารับบริการ (fee for service) หน่วยบริการต้องมีหลักฐานค่าใช้จ่ายรายบุคคล ตามรายการค่าใช้จ่ายจริงในแต่ละรายการ ได้แก่ ใบสรุปค่ารักษาพยาบาล ใบรายการค่ายาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ใบรายการค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

15.กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและเฝ้าสังเกตอาการ (observe) นอนนานเกิน 6 ชั่วโมง มาเบิกจ่ายชดเชยเป็นกรณีผู้ป่วยใน หน่วยบริการต้องกำหนดเลขที่รับไว้ (AN) และต้องมีเอกสารดังรายการที่ 2-13 ครบถ้วน จึงจะถือว่าเป็นการบริการตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยใน

16.แพทย์จำเป็นต้องสรุปโรคและหัตถการเป็นชื่อโรคและหัตถการเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น และไม่ควรใช้คำย่อที่ไม่สากล ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือนั้นๆ ได้ โดยการใช้ความพยายามอย่างเต็มที่แล้วถือว่าไม่สามารถใช้ข้อความนั้นๆ มาประกอบการตรวจสอบได้

17.กรณีที่ สปสช. ขอตรวจสอบเวชระเบียนแล้วไม่พบเอกสารหลักฐาน หรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้น ภายในระยะเวลาที่ สปสช.กำหนด

หรือพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในโครงการสิทธิอื่นๆ หรือผู้ป่วยไม่ได้รับบริการตามสิทธิจาก หน่วยบริการ เช่น จ่ายเงินสด ถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น และไม่รับพิจารณาอุทธรณ์เอกสารที่หน่วยบริการ ส่งเพิ่มเติมมาในภายหลังทุกกรณี

กรณีหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการตรวจสอบได้ตามเวลาที่กำหนดเนื่องจากชำรุด อันเกิดจากภัยพิบัติ อัคคีภัยฯ อุทกภัย เป็นต้น หน่วยบริการต้องส่งหลักฐานชี้แจงประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาเหตุผลดังกล่าว

แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน

1. ตรวจสอบ OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบครั้งนั้นเพื่อพิสูจน์หลักฐานการดำเนินของโรค เช่น โรคเรื้อรัง กรณี emergency claim online เป็นต้น

2. ตรวจสอบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) ประเด็นการพิจารณามีดังนี้

2.1 การระบุใบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) เพื่อการตรวจสอบ กรณีที่มีใบ discharge summary หลายใบ จะต้องมียกย่องรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าใช้ใบ discharge summary ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีจะใช้ใบแรกสุดที่ผู้ตรวจสอบพบในเวชระเบียนในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นเพื่ออ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้นแบบฟอร์มดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วน เช่นเดียวกับ general discharge summary จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้

2.2 การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์สามารถลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลงนามได้เพียง attending และต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง approval จึงจะถือว่าเป็นใบสรุปการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่าเวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสรุปโรคหรือเหตุการณ์เป็นรหัสหรือกรณีสรุปด้วยดินสอให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ประสงค์จะเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้น

2.3 ในกรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ general discharge summary

3. ตรวจสอบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย (admission note) ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์ ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์ จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ ในแบบบันทึกประวัติและตรวจร่างกายจึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

4. ตรวจสอบ progress note ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกการวินิจฉัยโดยแพทย์หรือลงนามกำกับโดยแพทย์จึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ ส่วนข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์

5. ตรวจสอบข้อมูลใน doctor's order ใช้คำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์เท่านั้น ในกรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้งที่ต้องการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

6. ตรวจสอบในกรณีผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดหัตถการ

6.1 กรณีที่เป็น major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (operative note) ประกอบการตรวจสอบเสมอ **ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ**

6.2 กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกเป็น short operative note ในบันทึกความก้าวหน้าของโรค พร้อมทั้งต้องมีข้อมูลสิ่งที่ตรวจพบและรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการหรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น **ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ**

6.3 กรณีหน่วยบริการใช้บันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์ถ้าไม่พบการลงนามของแพทย์ให้ถือว่าไม่มีบริการ

6.4 การตรวจสอบหลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วน description ที่อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการและหรือการมี complication ถือเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงบันทึกโรคและหัตถการในเอกสารไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้นๆจริง

6.5 ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือตัวย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้โดยผู้ตรวจสอบ 2 คน **ถือว่าไม่มีบริการ**

7. ตรวจสอบ anesthetic record ถ้ามีการให้บริการทางวิสัญญีเพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัด ระหว่างและหลังการผ่าตัด ให้ระบุรายละเอียดภาวะแทรกซ้อนและการดูแลรักษาเพิ่มเติม

8. ตรวจสอบแบบบันทึกสัญญาณชีพ (graphic sheet) ได้แก่ body temperatures, blood pressure, pulse rate, respiratory rate และยังสามารถใช้บันทึกจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล leave day การสิ้นสุดการรักษา น้ำหนักผู้ป่วย fluid intake / output ในรูปแบบต่างๆ ของการพยาบาล

การนับวันนอนและเวลาจำหน่ายของผู้ป่วยใน กรณีตรวจสอบเอกสารว่าเป็นการรับผู้ป่วยวันและเวลาใด อนุโลมให้นับตั้งแต่เวลาที่บันทึกโดยศูนย์ admit หรือหน่วยเวชระเบียน ส่วนวันเวลาที่จำหน่ายให้นับเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยที่อยู่ใน nurse's note และข้อมูลต้องสอดคล้องกับฟอร์มปรอท กรณีไม่พบข้อมูลที่ปรากฏใน nurse's note จึงจะใช้ข้อมูลจากฟอร์มปรอทโดยจะดูเวลาที่บันทึกเป็นครั้งสุดท้ายในฟอร์มปรอท ส่วน leave day เริ่มนับ 1 วันเมื่อผู้ป่วยลากลับบ้านนานติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป

9. ตรวจสอบรายละเอียดของ nurse's note ต้องตรวจสอบแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ใบบันทึกการให้ยาของพยาบาล บันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบ

การตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์หรือไม่การประเมินสภาพผู้ป่วยระหว่างที่นอนในโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เวลาการ on ventilator กรณีที่ต้องตรวจสอบการให้ยาว่ามีการให้ยากับผู้ป่วยจริงหรือไม่ต้องตรวจสอบจากใบบันทึกการให้ยาและพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ เช่น ยา streptokinase, chemotherapy, blood transfusion เป็นต้น

10. ผู้ตรวจสอบจะตรวจสอบรายละเอียดเอกสารรายงานผลการตรวจเพิ่มเติมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ.2 ประกอบการตรวจสอบด้วยทุกครั้ง ซึ่งเป็นการบันทึกโดย หน่วยบริการที่ทำการรักษา หรือหน่วยบริการอื่นๆ ที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกไว้โดยหน่วยบริการที่สามารถรับการรักษาในหน่วยบริการแห่งนั้น เป็นต้น

กรณีที่มารักษาโรคมะเร็ง เช่น การให้ chemotherapy หรือ radiation เพื่อการรักษาต้องมีผลที่เป็น official report ในการวินิจฉัยมะเร็งนั้นๆ และต้องปรากฏหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา ส่วนกรณีที่เป็นการ admit ภาวะแทรกซ้อนหรือ palliative care ให้ใช้บันทึกข้อมูลของแพทย์ที่บอกรายละเอียดชนิด ตำแหน่ง การรักษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา (คำว่า underlying CA...อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็งให้ได้เพียง history CA กลุ่มรหัส Z หรือ neoplasm กลุ่มรหัส D เท่านั้น)

11. ตรวจสอบการสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า “ยาเดิม” และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวข้องกับโรคดังกล่าวไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้น มีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน doctor's order จึงจะถือว่ามี การรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

11.1 การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา การตรวจพิเศษเพิ่มเติม ถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้

11.2 กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน(homemed)ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าโรคที่เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

12. กรณีที่มีการส่งปรึกษา (consult) ต้องพบใบส่งปรึกษาและผลการให้คำปรึกษา หรืออาจบันทึกการปรึกษาและผลการให้คำปรึกษาใน progress note ของแพทย์ก็ได้ หากไม่พบอย่างใดอย่างหนึ่งจะถือว่าไม่มีการส่งปรึกษา

13. แพทย์จำเป็นต้องสรุปโรคและเหตุการณ์เป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้นและไม่ควรใช้คำย่อที่ไม่สากล ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือคำย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้ ถือว่าไม่มีบริการนั้นเกิดขึ้น กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่ยอมรับเฉพาะในโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือเหตุการณ์ได้ เพราะอาจทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 Retrovirus เป็นต้น

14. ผู้ตรวจสอบจะไม่ให้การสรุปโรคในใบสรุปการรักษา

14.1 กรณีที่ไม่พบบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ในเวชระเบียน เช่น ใน admission note, progress note, operative note, official report เป็นต้น ถึงแม้จะพบว่ามีการตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วยก็ตาม อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยใดๆ ต้องมีหลักฐานที่สนับสนุนประกอบการวินิจฉัยนั้นๆ ด้วย

14.2 การสรุปโรคในใบสรุปการรักษาที่มีเพียงประวัติเป็นโรคประจำตัว หรือ underlying disease หรือโรคเดิม เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ที่แพทย์ผู้รักษาวินิจฉัยว่าเป็นปัญหาร่วมในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนั้น แพทย์ต้องมีวินิจฉัยโรคร่วมใน problem list ของ admission note, progress note นอกเหนือจากการบันทึกว่าเป็นโรคประจำตัว หรือ underlying disease หรือโรคเดิม เท่านั้น

14.3 ในกรณีที่ผู้ตรวจสอบได้พบการบันทึกคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รักษาที่ยังขาดความสมบูรณ์เฉพาะเจาะจง สามารถสืบค้นหาข้อมูลในเวชระเบียนเพื่อประกอบการวินิจฉัยตามแนวทางการตรวจสอบของแต่ละกลุ่มโรคได้เพื่อให้การสรุปโรคและหัตถการมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

15. กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและเฝ้าสังเกตอาการ (observe) นอนนานเกิน 6 ชั่วโมงมาเบิกจ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยใน หน่วยบริการต้องกำหนดเลขที่รับไว้ (AN) และต้องมีเอกสารดังรายการที่ 2-13 ตามหลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน จึงจะถือว่าเป็นการบริการตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยใน

16. การตรวจสอบจะใช้เอกสารเวชระเบียนและเอกสารการเงินที่หน่วยบริการจัดเตรียมหรือจัดส่งให้ ณ วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการอุทธรณ์ เว้นแต่เอกสารออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจึงจะสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้

17. กรณีดังต่อไปนี้ไม่ถือเป็นบริการผู้ป่วยใน ทั้งนี้ให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้ตรวจสอบและการแสดงเหตุผลความจำเป็นของหน่วยบริการ ตามหลักฐานที่ปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

17.1 กรณีรับไว้เพื่อทำ diagnostic procedure เช่น การรับไว้เพื่อทำ CT, MRI, IVP เป็นต้น

17.2 กรณีรับไว้เพื่อการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการไปทำหัตถการหรือการผ่าตัดยังหน่วยบริการอื่นเช่น การเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำ PCI, gastroscopy เป็นต้น

17.3 กรณีรับไว้นอนในหน่วยบริการ แต่ไม่พบคำสั่งให้ admit จากแพทย์ เช่น พบว่ามีคำสั่งให้ส่งต่อ refer ใน OPD card หรือคำสั่งให้ observe เป็นต้น

17.4 กรณีรับไว้โดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์ที่เหมาะสม เช่น การ admit เพื่อรับยาต่อเนื่อง เป็นต้น

18. กรณีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อมูลการวินิจฉัยโรคและหัตถการในใบ general summary แพทย์ที่ทำการแก้ไขเปลี่ยนแปลงต้องลงนามกำกับทุกจุดที่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไข จึงจะสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้ สำหรับการเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูลในเวชระเบียนในส่วน

history physical examination หรือ progress note แพทย์ที่ทำการแก้ไขเพิ่มเติมควรลงนามกำกับทุกจุดที่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไข

บทบาทหน้าที่การตรวจสอบเวชระเบียน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง และ สปสช. เขต ดังนี้

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) มีบทบาทในการพัฒนาเครื่องมือและทดสอบวิธีการตรวจสอบ รวมถึงการพัฒนาหลักเกณฑ์เงื่อนไขการตรวจสอบ พร้อมถ่ายโอนภารกิจการตรวจสอบให้ สปสช.เขตดำเนินการได้ด้วยตนเองและสนับสนุนงบประมาณการตรวจสอบ

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตจัดการตรวจสอบ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนที่ สปสช.เขต มีบทบาทในการตรวจสอบเวชระเบียนโดยใช้เครื่องมือที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลางได้พัฒนาไว้ และเป็นผู้พิจารณาเลือกเวชระเบียนจากหน่วยบริการมาตรวจสอบให้สอดคล้องตามบริบทของเขตพื้นที่

ขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบ

ภายหลังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของ สปสช. ไปเรียบร้อยแล้ว สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ จะดำเนินการสุ่มเลือกข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนด หรือเลือกข้อมูลที่สุ่มแบบเจาะจงหรือการตรวจสอบแบบสุ่มทั่วไป random หรือการตรวจสอบทั้งหมดในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อนำมาตรวจสอบประสิทธิภาพการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการของหน่วยบริการต่างๆ ว่าตรงตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของ สปสช. หรือไม่ ทั้งนี้ภายหลังการตรวจสอบสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการหรือคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงานเขตจะรายงานผลการตรวจสอบให้กับหน่วยบริการทราบถึงผลการตรวจสอบดังกล่าวที่รายงานต่อหน่วยบริการเมื่อหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบนั้น สปสช. ดำเนินการจ่ายเงินเพิ่มหรือเรียกเงินคืนตามข้อมูลผลการตรวจสอบ หากหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ สามารถดำเนินการอุทธรณ์ภายในวันเวลาที่กำหนดหลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ หากพ้นกำหนดแล้วจะไม่รับพิจารณากรณีอุทธรณ์และถือว่ายอมรับผลการตรวจสอบดังกล่าวตามผังการไหลของขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบตามแผนผังในภาคผนวก

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบเวชระเบียน

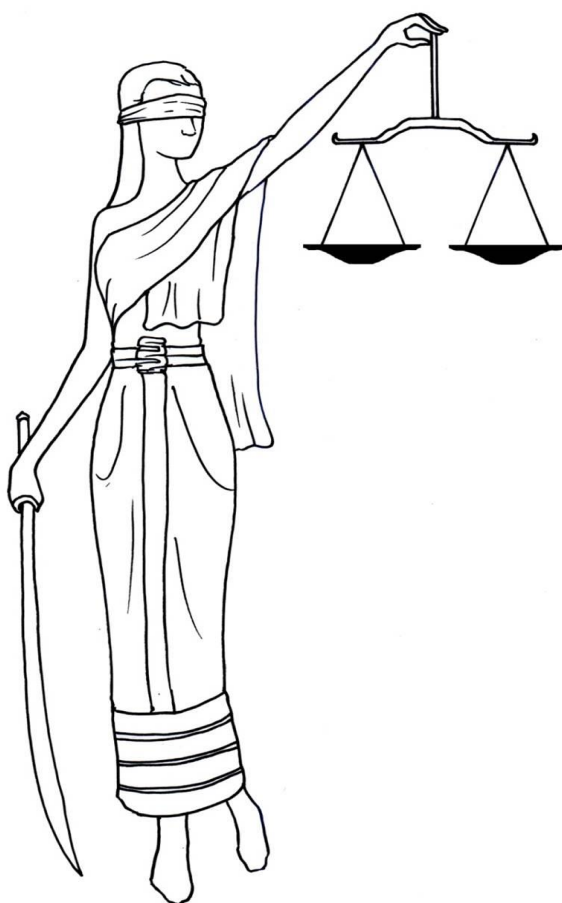
1. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามปีงบประมาณที่เบิกจ่าย
3. ประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามปีงบประมาณที่เบิกจ่าย
4. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542
5. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล ปี 2541 มาตรา 35
6. ระเบียบสารบรรณ สำนักนายกรัฐมนตรี ปี 2526
7. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี 2550 มาตรา 7

ข้อตกลงในการใช้เอกสารและแนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน coding audit สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของแต่ละปีงบประมาณให้ใช้เป็นเอกสารหลักในการตรวจสอบ
2. แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม 3 กองทุนปี 2560 ให้ใช้เป็นเอกสารหลักในการตรวจสอบ
3. Standard coding guideline edition 2017
4. หนังสือ ICD 10 version 2016 , ICD 9 CM version 2015
5. คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคและน้ำหนักสัมพัทธ์ version 6.2

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การสรุปและให้รหัสโรค



แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(การสรุปและให้รหัสโรคกลุ่มอายุกรรม)

1. กลุ่มโรค Leptospirosis (A27.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติเสี่ยงต่อโรคโดยการสัมผัสน้ำที่มีเชื้อหนูปนเปื้อน มีอาการไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ อาจมีอาการทางคลินิกอื่นประกอบ เช่น ปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง ตาแดง ตับม้ามโต เหลือง หรือไตวายร่วมด้วย
- 2) มีการตรวจเลือดหา leptospirosis ผล positive ถ้ากรณีการตรวจครั้งแรกผล negative ต้องมีการตรวจติดตามผลโดยพบว่ามีเพิ่มขึ้นของ antibody อย่างน้อย 4 เท่า
- 3) มีการรักษา leptospirosis อย่างเหมาะสมตามแนวทางการรักษา leptospirosis

หมายเหตุ

ควรมีการตรวจเลือดที่เกี่ยวข้องและพบค่าผิดปกติของการทำงานของตับและไตมีการตรวจเลือดปัสสาวะ พบว่าผลการตรวจมีการทำงานของตับและไตผิดปกติ ได้แก่ AST, ALT, bilirubin, BUN, creatinine สูงขึ้น เพื่อการวินิจฉัยที่เฉพาะเจาะจง

2. กลุ่มอาการ Systemic inflammatory response syndrome : SIRS (R65.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุนอย่างน้อย 2 ข้อ ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 25, 363)

- 1) อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38.0 องศาเซลเซียส หรือต่ำกว่า 36.0 องศาเซลเซียส
- 2) ชีพจรมากกว่า 90 ครั้งต่อนาที
- 3) หายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที หรือ PaCO_2 น้อยกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท
- 4) เม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 4,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือมากกว่า 12,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือมี band form มากกว่าร้อยละ 10

แนวทางการให้รหัส

1. SIRS อาจเกิดจากการติดเชื้อหรือภาวะอื่นที่ไม่ใช่การติดเชื้อ เช่น pancreatitis, burn, severe trauma, adrenal insufficiency, pulmonary embolism, anaphylaxis หรือ drug overdose เป็นต้น ไม่ต้องสรุปวินิจฉัยว่า SIRS without organ failure (R65.0, R65.2, R65.9) เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม เนื่องจากไม่ได้บอกความรุนแรงของโรค จะสรุปได้เฉพาะ SIRS with multiorgan failure (R65.1, R65.3) หรือ severe sepsis เท่านั้น

2. SIRS (R65.-) ไม่สามารถสรุปเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก

3. Multiorgan dysfunction (MOD) หรือ severe sepsis คือ ภาวะที่อวัยวะภายในมีการทำงานผิดปกติอย่างน้อย 2 ระบบขึ้นไป เช่น ระบบประสาทและสมอง ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบไต ระบบทางเดินหายใจ ระบบตับ อันเนื่องมาจากภาวะ sepsis โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีค่าความดันโลหิต systolic ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทหรือต่ำกว่าเดิม 40 มิลลิเมตรปรอท หรือค่า mean arterial pressure ต่ำกว่า 70 มิลลิเมตรปรอท

3.2 ระบบไตมีปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิตรต่อน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ต่อชั่วโมง แม้ว่าจะให้สารน้ำทดแทนอย่างพอเพียงแล้ว

3.3 ระบบการหายใจมีค่า PaO_2/FiO_2 น้อยกว่า 250

3.4 ระบบเลือดมีเกล็ดเลือดน้อยกว่า 80,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือมีปริมาณเกล็ดเลือดลดต่ำลงร้อยละ 50 จากเมื่อ 3 วันก่อน

3.5 ภาวะ Metabolic acidosis ค่า blood gas ของเลือดแดง พบค่า pH ต่ำกว่า 7.30 หรือมีค่า lactate ในเลือดมากกว่า 1.5 เท่าของค่าสูงสุดของปกติ

เนื่องจากข้อที่ 3.1-3.5 เป็นการแสดงอาการของ organ dysfunction ในกรณีที่พบว่ามีการทำงานของอวัยวะบางอย่างล้มเหลว สามารถสรุปและให้รหัสอวัยวะล้มเหลว (organ failure) เป็นโรคร่วมได้ ถ้าเข้าได้กับคำจำกัดความของอวัยวะล้มเหลวนั้นๆ

3.กลุ่มโรค Sepsis (A40.- , A41.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 25)

- 1) มีอาการของ systemic inflammatory response syndrome
- 2) มีการสงสัยหรือวินิจฉัยว่า ติดเชื้อที่อวัยวะใด อวัยวะหนึ่ง หรือเป็นการติดเชื้อตามระบบ
- 3) ผลการเพาะเชื้อในเลือด (final official report) เป็น positive ยกเว้นการเพาะเชื้อในเลือดเป็น negative ได้ ในกรณีผู้ป่วยมีโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อจากความผิดปกติของภูมิคุ้มกันโดยไม่พบแหล่งติดเชื้อ เช่น โรคตับแข็ง โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือดต่ำผู้ป่วยหลังตัดม้าม โรคเอดส์ เป็นต้น
- 4) มีการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะในระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น 5 – 7 วัน แล้วผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา ยกเว้น กรณีเสียชีวิตระหว่างการรักษาหรือส่งรักษาต่อ

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีที่แพทย์วินิจฉัยแรกว่า sepsis แต่เมื่อให้ยาปฏิชีวนะไปเพียง 1 – 2 วันไข้ลดลง จำหน่ายกลับบ้านแพทย์ควรวินิจฉัยเมื่อจำหน่ายว่าเป็นไข้ที่ไม่ทราบสาเหตุ (fever, unspecified : R50.9)

2. กรณีการติดเชื้อที่อวัยวะต่างๆ เช่น pneumonia, acute pyelonephritis, acute cholecystitis, spontaneous bacterial peritonitis ให้บันทึกการติดเชื้อที่ทราบแหล่งติดเชื่อนั้นเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และบันทึกภาวะ sepsis เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม เมื่อผลการเพาะเชื้อในเลือด positive แต่ถ้า SIRS เป็นเพียงอาการของภาวะติดเชื่อนั้นๆ ไม่ได้มีการเพาะเชื้อในเลือด ไม่ต้องสรุปภาวะ SIRS เป็นโรคร่วม

3. กรณีเพาะเชื้อในเลือดไม่ขึ้นแม้จะเพาะเชื้อขึ้นจากแหล่งติดเชื้อ เช่น ปัสสาวะ หรือน้ำในช่องท้อง ไม่สามารถนำมาประกอบการวินิจฉัย sepsis

4. เมื่อสรุปและให้รหัส sepsis แล้วไม่ต้องสรุปและให้รหัส SIRS (R65.-) ที่เป็นอาการของ sepsis เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม ยกเว้น SIRS with multiorgan failure หรือ severe sepsis สามารถสรุปและให้รหัสเป็นโรคร่วมได้

4. กลุ่มอาการ Septic shock (R57.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 360)

- 1) แพทย์วินิจฉัยภาวะ septic shock จากตรวจพบภาวะ sepsis หรือมี systemic inflammatory response syndrome จากภาวะติดเชื้อ ร่วมกับมี hypotension (ความดันโลหิต systolic ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่าเดิม 40 มิลลิเมตรปรอท หรือ mean arterial pressure ต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท) เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมงหลังจากได้รับ fluid เพียงพอแล้ว หรือต้องใช้ยา vasopressor เพื่อรักษาระดับความดันโลหิต systolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท หรือรักษา mean arterial pressure มากกว่า 70 มิลลิเมตรปรอท
- 2) มีอาการแสดงของ poor tissue perfusion เช่น conscious change ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ต่อชั่วโมงหรือน้อยกว่า 400 มิลลิลิตรต่อวัน delayed capillary filling time, metabolic acidosis เป็นต้น
- 3) มีการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษา sepsis ในระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น 5 – 7 วัน แล้วผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา ยกเว้น กรณีเสียชีวิตระหว่างการรักษาหรือส่งต่อ

หมายเหตุ

แพทย์วินิจฉัยโรคหรือภาวะที่ทำให้เกิดภาวะช็อกเป็นการวินิจฉัยหลักและวินิจฉัยภาวะช็อกเป็นการวินิจฉัยร่วม เนื่องจากภาวะช็อกเป็นอาการของโรคที่รุนแรงไม่ควรใช้ภาวะช็อกเป็นการวินิจฉัยหลัก นอกจากจะตรวจไม่พบสาเหตุของช็อก

5. กลุ่มโรค HIV disease

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 42)

- 1) Laboratory evidence of HIV (R75) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการของโรคเอดส์ ตรวจ anti-HIV ได้ผลบวก แต่ยังไม่ได้ตรวจซ้ำหรือตรวจซ้ำได้ผลลบ หรือยังสรุปไม่ได้ อาจเป็นการติดเชื้อ HIV จริง หรือเป็นผลบวกหลง ซึ่งสามารถแยกได้โดยการตรวจซ้ำในอนาคต
- 2) Acute HIV infection syndrome (B23.0) มีอาการของโรคเอดส์อย่างเฉียบพลันในระยะเวลาสั้นๆ หลังจากได้รับเชื้อ มักมีอาการไข้ เจ็บคอ ต่อม้ำน้ำเหลืองโต มีผื่น การตรวจ anti-HIV ในระยะนี้ยังคงได้ผลลบ แต่สามารถวินิจฉัยได้จากการตรวจ HIV p24 antigen ได้ผลบวก
- 3) Asymptomatic HIV infection (Z21) เป็นระยะหลังจากผู้ป่วยหายจาก acute HIV infection syndrome ไม่มีอาการของโรคเอดส์ ตรวจเลือด anti-HIV ได้ผลบวก โดยไม่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ HIV ระดับ CD4+ cell count อยู่ในเกณฑ์ปกติและแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น asymptomatic HIV infection

- 4) HIV disease (B20 – B24) ยกเว้น B23.0 เป็นผู้ป่วย HIV ที่มีอาการ ทั้งอาการจากโรค ได้แก่ การติดเชื้อ มะเร็งที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และอาการอื่นๆ และผู้ป่วย HIV ที่ไม่มีอาการ แต่
- ตรวจพบ CD4+ cell count น้อยกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ในปัจจุบัน หรือ
 - เคยตรวจพบ CD4+ cell count น้อยกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และได้รับการรักษาด้วย anti-retrovirus ในปัจจุบัน CD4+ cell count ปกติ หรือ
 - เคยเป็น HIV disease ที่มีอาการมาก่อนและรักษาหายแล้ว ยังไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น

แนวทางการให้รหัส

1. ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่าโรคหลักที่รับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นโรคแทรกซ้อนของโรค HIV ให้รหัสในกลุ่มเหล่านี้เป็นการวินิจฉัยหลัก

- B20.- Human immunodeficiency virus [HIV] disease resulting in infectious and parasitic diseases
- B21.- Human immunodeficiency virus [HIV] disease resulting in malignant neoplasms
- B22.- Human immunodeficiency virus [HIV] disease resulting in other specified diseases
- B23.- Human immunodeficiency virus [HIV] disease resulting in other conditions (ยกเว้น B23.0)

2. โรคติดเชื้อที่พบในผู้ป่วย HIV อาจเป็นการติดเชื้อที่เกิดในคนปกติได้ ถ้าการติดเชื้อนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากภูมิคุ้มกันที่บกพร่องทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้มากกว่าคนปกติ เช่น pneumonia ให้สรุป B20.- Human immunodeficiency virus [HIV] disease resulting in infectious and parasitic diseases เป็นการวินิจฉัยหลัก แต่ถ้าการติดเชื้อที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง เช่น aspiration pneumonia สรุปโรคติดเชื้อที่รับไว้รักษาเป็นการวินิจฉัยหลัก และสรุป HIV disease เป็นการวินิจฉัยร่วม

3. ในกรณีที่เป็นการรับไว้เพื่อรักษามะเร็งที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นใน HIV เช่น Kaposi's sarcoma, non Hodgkin lymphoma, cervical cancer ให้สรุป B21.- Human immunodeficiency virus [HIV] disease resulting in malignant neoplasms เป็นการวินิจฉัยหลักและสรุปมะเร็งเป็นโรคร่วม แต่ถ้าเป็นมะเร็งที่ไม่สัมพันธ์กับ HIV disease ให้สรุปมะเร็งเป็นการวินิจฉัยหลัก และสรุป HIV disease เป็นการวินิจฉัยร่วม

4. ถ้าแพทย์วินิจฉัย Immune reconstitution inflammatory response (IRIS) เป็นการวินิจฉัยหลัก ให้รหัส D89.3 immune reconstitution syndrome เป็นการวินิจฉัยหลัก ให้รหัส HIV disease และ รหัสสาเหตุภายนอกของยาที่เป็นสาเหตุของการเกิด IRIS เป็นการวินิจฉัยร่วม

5. ห้ามให้รหัสของโรค HIV มากกว่า 1 ระยะพร้อมกัน และไม่ควรให้รหัส R75 Laboratory evidence of HIV และ Z21 Asymptomatic HIV infection เป็นรหัสการวินิจฉัยหลักสำหรับผู้ป่วย

6. ในกรณีที่มีการบันทึกว่า HIV infection โดยที่ไม่มีประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือ AIDS defining illness ให้สรุปรหัส Z21 Asymptomatic HIV infection

7. ในกรณีที่มีการบันทึกว่า HIV infection แต่มีประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือ AIDS defining illness หรือ CD4 น้อยกว่า 200 เซลต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ให้สรุปรหัส B24 HIV disease

8. ในกรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยว่า HIV disease ให้สรุปรหัส B24 HIV disease

9. ในผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ คลอดบุตร และแพทย์วินิจฉัย HIV disease ให้สรุปรหัส O98.7 Human immunodeficiency [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium

6. Respiratory tuberculosis (A15 - A16)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณี pneumonia นั้นเกิดจากเชื้อวัณโรค ไม่ต้องให้รหัส pneumonia ร่วมด้วย แต่ถ้ากรณี pneumonia เกิดจากสาเหตุอื่น สามารถให้รหัส pneumonia ตามสาเหตุนั้นร่วมด้วยได้ ตามหลักเกณฑ์การให้รหัสของ pneumonia นั้นๆ
- 2) กรณี pneumothorax ที่เกิดร่วมกับ respiratory tuberculosis ไม่ต้องให้รหัส pneumothorax เนื่องจากรหัสกลุ่ม A15-A16 ได้รวมรหัส pneumonia และ pneumothorax แล้ว

7. กลุ่มโรค Cryptococcal meningitis (B45.1+ G02.1*)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ต้องมีการทำ lumbar puncture เพื่อการวินิจฉัย
- 2) มีผลตรวจ CSF ที่เข้าได้กับ cryptococcal meningitis ได้แก่ CSF indian ink positive for encapsulated budding yeast หรือ CSF cryptococcal antigen positive หรือ culture positive for cryptococcus
- 3) มีการดูแลรักษาที่เหมาะสม
- 4) กรณีการรักษาต่อเนื่อง ต้องมีหลักฐานจากประวัติที่ชัดเจน และต้องไม่ใช่เป็นการรักษาเพื่อป้องกัน เช่น primary หรือ secondary prophylaxis เป็นต้น

หมายเหตุ

ในกรณีที่มีอาการแสดงเข้าได้กับ meningitis แต่ไม่สามารถทำ lumbar puncture ได้ มีข้อสงสัยเฉพาะกรณีพบ sign ของ brain herniation จากผลการตรวจ CT scan หรือ MRI แต่ต้องตรวจพบ cryptococcal antigen ในเลือด positive

8. กลุ่มโรค Old pulmonary TB, Old TB (Sequelae of respiratory and unspecified tuberculosis : B90.9)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 58)

- 1) ผล chest x-ray พบรอยโรคเดิมที่เข้าได้กับวัณโรค และตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ
- 2) มีอาการในระบบทางเดินหายใจ เช่น hemoptysis, chronic respiratory failure, bronchiectasis
- 3) อาจมีประวัติเคยเป็นวัณโรคปอดและได้ยารักษาแล้ว

หมายเหตุ

ผู้ตรวจสอบเวชระเบียนต้องสรุปอาการที่มารับการดูแลรักษาเป็นการวินิจฉัยโรคหลักและวินิจฉัยว่า sequelae of tuberculosis เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม ถ้าไม่มีอาการบ่งชี้ว่าปัจจุบันมีปัญหาอย่างไรหรือไม่ ไม่ต้องสรุป “old pulmonary TB” เป็นโรคร่วม

9. กลุ่มโรค Dengue (A97.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 37)

- 1) มีอาการ ไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ตรวจร่างกายพบ macular rash ต่อม้ำเหลืองโต ตาแดง เมื่อไข้เริ่มลดลงจะมีจุดเลือดออก (petichiae) ที่เกิดขึ้นเอง หรือเกิดจากการรัดแขนด้วย tourniquet
- 2) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีปริมาณเม็ดเลือดขาวต่ำ พบ atypical lymphocyte เกล็ดเลือดต่ำ และระดับ aminotransferase ในเลือดสูงขึ้น อาจยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจ nonstructural protein 1 (NS1 antigen) dengue serotype หรือ polymerase chain reaction
- 3) การวินิจฉัยความรุนแรงของโรค
 - 3.1 Severe Dengue หมายถึง มีอาการแสดงทางคลินิกต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่ง
 - ก. มีการรั่วรุนแรงของพลาสมา (severe plasma leakage) จนทำให้เกิดภาวะช็อก (dengue shock syndrome) และหรือ มีภาวะของเหลวคั่งร่วมกับหายใจลำบาก
 - ข. มีเลือดออกรุนแรงตามการประเมินของแพทย์
 - ค. มีอาการของระบบอวัยวะอื่นร่วมด้วย เช่น เอนไซม์ตับสูงกว่า 1,000 ยูนิตต่อมิลลิเมตร มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว (สมองอักเสบ) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือไตอักเสบ
 - 3.2 Dengue with warning signs หมายถึง มีอาการแสดงเตือนทางคลินิก ได้แก่ ปวดท้องหรือกดเจ็บที่ท้อง มีเลือดออกจากเยื่อเมือก เชื้องซึม และหรือกระวนกระวาย ปริมาณเกล็ดเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว ระดับฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ของค่าเดิม อาการแสดงอื่น ได้แก่ อาเจียนไม่หยุด บวม ตับโตขึ้นจากเดิมเกินกว่า 2 เซนติเมตร
 - 3.3 Dengue without warning signs หมายถึง
 - ไข้เลือดออกตั้งแต่ระดับ 1 และ 2
 - ไข้เลือดออกแต่ไม่มีอาการแสดงเตือนข้างต้น

แนวทางการให้รหัส

1. ไม่ต้องสรุป หรือรหัสของอาการหรืออาการแสดงของไข้เลือดออก เช่น ไข้ ตัดเชื้อไวรัส ตับโต เลือดออกตามไรฟัน ทั้งนี้ยกเว้น อาการหรืออาการแสดงที่พบในผู้ป่วยเพียงบางรายและบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคมามากจนต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มมากขึ้น อาจพิจารณาให้สรุปและให้รหัสของอาการหรืออาการแสดงได้
2. ภาวะเกล็ดเลือดต่ำในไข้เลือดออกถือเป็นอาการของโรคไม่ต้องให้เป็นการวินิจฉัยร่วม ยกเว้นมีการรักษา โดยการให้เกล็ดเลือด
3. การให้รหัสโรคขึ้นอยู่กับ การวินิจฉัยโรคของแพทย์
4. Dengue haemorrhagic fever grades 1 หรือ 2 หรือ dengue without warning signs ให้รหัส A97.0
 - Dengue haemorrhagic fever grades 3 หรือ dengue with warning signs ให้รหัส A97.1
 - Severe dengue fever/dengue shock syndrome ให้รหัส A97.2

10. กลุ่มโรค Neoplasms (C00-D48)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 60)

- 1) พบหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปรากฏอยู่ในที่ใดที่หนึ่งของเวชระเบียน เช่น ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจทาง imaging ที่สนับสนุน กรณีที่ผู้ตรวจสอบไม่พบรายงานผลชิ้นเนื้อ ให้รหัสในกลุ่ม neoplasm of uncertain or unknown behavior (D37-D48)
- 2) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจากสถานพยาบาลอื่น แล้วมารับการรักษาต่อเนื่องสามารถใช้หนังสือส่งตัวหรือบันทึกการซักประวัติของแพทย์ที่บอกรายละเอียด ชนิด ตำแหน่ง การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย
 - 2.1. ถ้ารับไว้เพื่อรักษามะเร็งชนิดปฐมภูมิ ให้ใช้มะเร็งชนิดปฐมภูมินั้นเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก
 - 2.2. ถ้ารับไว้เพื่อรักษามะเร็งชนิดทุติยภูมิ ให้ใช้มะเร็งชนิดทุติยภูมินั้น เป็นการวินิจฉัยโรคหลัก ถ้าทราบว่ามีมะเร็งนั้นเริ่มต้นจากอวัยวะใด ให้ใช้มะเร็งที่ตำแหน่งเริ่มต้น (primary site) เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม ถ้าไม่ทราบให้ใช้รหัส C80.0 Malignant neoplasm, primary site unknown, so stated เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม
- 3) ควรระบุด้วยว่าผู้ป่วยมารักษามะเร็งครั้งนี้ด้วยวิธีใด เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือให้การรักษาแบบประคับประคอง โดยบันทึกเป็นการวินิจฉัยร่วม กรณีรับไว้เพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง metastasis มีข้อพิจารณา ดังนี้
 - 3.1. ถ้ามะเร็งปฐมภูมิยังไม่หายไปจากตัวผู้ป่วย ให้มะเร็งปฐมภูมิเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และให้มะเร็งทุติยภูมิเป็นการวินิจฉัยโรคร่วม

3.2 ถ้ารับไว้รักษาด้วยปัญหาเมเร็งทุติยภูมิ และเมเร็งปฐมภูมิหายไปหรือตัดออกจากตัวผู้ป่วย แล้วให้เมเร็งทุติยภูมิเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และให้เมเร็งที่ตำแหน่งเริ่มต้นเป็นการวินิจฉัยโรคร่วม

- 4) ให้สรุปโรคมะเร็งเป็นการวินิจฉัยโรคหลักทุกครั้งที่ผู้ป่วยเข้ามารักษากับโรคมะเร็งจนกว่าการรักษาเมเร็งจะสิ้นสุด ถึงแม้ว่าเมเร็งนั้นจะถูกตัดออกไประหว่างการรักษาแล้วก็ตาม
- 5) กรณีที่รับผู้ป่วยไว้เพื่อรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็ง แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเฉพาะโรคแทรกซ้อนนั้นเพียงอย่างเดียว ถ้าโรคมะเร็งยังไม่หายจากตัวผู้ป่วยให้แพทย์บันทึกโรคมะเร็งเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และบันทึกโรคแทรกซ้อนนั้นเป็นการวินิจฉัยโรคร่วม
- 6) กรณีที่รับผู้ป่วยเพื่อรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง (ตามแนวทางการให้รหัสข้อ 1) ให้บันทึกโรคแทรกซ้อนนั้นเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และบันทึกโรคมะเร็งหรือประวัติอดีตของโรคมะเร็งเป็นการวินิจฉัยโรคร่วม
- 7) กรณีที่มีเมเร็งปฐมภูมิและมีการกระจายไปอวัยวะใกล้เคียงให้รหัสที่กระจายไปอวัยวะนั้นเป็น secondary cancer เป็นโรคร่วม เช่น CA cervix กระจายไปกระเพาะปัสสาวะ ให้รหัส urinary bladder metastasis เป็นวินิจฉัยโรคร่วม

แนวทางการให้รหัส

1. โรคแทรกซ้อนจากการรักษาที่พบบ่อย ได้แก่ febrile neutropenia, toxic gastroenteritis, radiation proctitis, postprocedural hypoparathyroidism, postgastric surgery syndrome
2. การสรุปว่าโรคแทรกซ้อนนั้นๆ เกิดจากโรคมะเร็งหรือเกิดจากการรักษาเมเร็งให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ผู้ตรวจสอบ ตามข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียนที่ตรวจสอบ
3. Febrile neutropenia หมายถึง ภาวะที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil (absolute neutrophil count, ANC) ลดต่ำกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือต่ำกว่า 1,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร แต่มีแนวโน้มจะลดลงอีกใน 48 ชั่วโมง ($ANC = \text{total WBC count} \times (\% \text{neutrophils} + \% \text{band})$) ร่วมกับมีไข้ ซึ่งอาจตรวจพบหรือไม่พบตำแหน่งที่มีการติดเชื้อหรือพบอาการและอาการแสดงของ septicemia ได้แก่ ไข้สูง หนาวสั่น ชีพ ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว
4. กรณีที่รับไว้เพื่อการรักษาภาวะแทรกซ้อนของการรักษา กรณี febrile neutropenia ให้รหัส D70 Agranulocytosis เป็นรหัสการวินิจฉัยหลัก ถ้ามีเม็ดเลือดขาว (neutrophil) ต่ำเพียงอย่างเดียว หรือกรณีที่พบเม็ดเลือดขาวต่ำร่วมกับเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดต่ำจากยาเคมีบำบัดให้การวินิจฉัยเป็น drug induced aplastic anaemia ให้รหัส D61.1 Drug-induced aplastic anaemia เป็นรหัสการวินิจฉัยหลัก แพทย์ควรบันทึกชนิดของยาเคมีบำบัดต้นเหตุในคำวินิจฉัยสาเหตุภายนอก (external cause)

11. กลุ่มโรค Hepatocellular carcinoma (C22.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 65)

- 1) มีผลตรวจ CT abdomen หรือ MRI abdomen ต้องพบว่ามี mass ที่บรรยายลักษณะที่เข้าได้กับ hepatocellular carcinoma และ
- 2) มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น alpha fetoprotein (AFP) มากกว่า 400 IU/L สนับสนุน หรือ มีผล pathology ยืนยันการวินิจฉัย
- 3) กรณีผู้ป่วยเก่าต้องพบหลักฐานการตรวจวินิจฉัยข้อ 1) และ 2) ตามข้างต้น

แนวทางการให้รหัส

ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่า hepatocellular carcinoma จากผล image โดยไม่มีผล alpha fetoprotein (AFP) สนับสนุน ให้รหัส C22.9 Malignant neoplasm of liver, unspecified

12. กลุ่มโรค Intrahepatic cholangiocarcinoma (Intrahepatic bile duct carcinoma) (C22.1)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 66)

- 1) ต้องมีการตรวจชิ้นเนื้อสนับสนุนว่าเป็น cholangiocarcinoma
- 2) กรณีผู้ป่วยเก่าต้องพบหลักฐานการวินิจฉัยตามข้อ 1)

แนวทางการให้รหัส

1. ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่า intrahepatic cholangiocarcinoma หรือ cholangiocarcinoma และมีผลการตรวจชิ้นเนื้อสนับสนุน จึงจะได้รหัส C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma แต่ถ้าไม่มีผลตรวจชิ้นเนื้อ ให้รหัส C22.9 Malignant neoplasm of liver, unspecified

2. ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่า liver tumour ให้รหัส D37.6 Neoplasm of uncertain or unknown behavior of liver, gallbladder and bile ducts

3. ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่า liver mass ให้รหัส R93.2 Abnormal findings on diagnostic imaging of liver and biliary tract

13.ภาวะโลหิตจาง

หมายถึงการที่มีปริมาณของเม็ดเลือดแดง (red cell mass) ลดลงหรือมีระดับค่าฮีโมโกลบิน (hemoglobin, Hb) ลดลงต่ำกว่า 2 เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (-2 SD) ของค่าเฉลี่ย (mean) ณ ช่วงอายุนั้น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยปกติ (mean) และ-2 SD ของ Hemoglobin (Hb), Hematocrit (Hct) และ Mean Corpuscular Volume (MCV) ตามช่วงอายุและเพศ

Age (years)	Hb (g/dL)		Hct (%)		MCV (fL)*		MCH (pg)	
	Mean	-2 SD	Mean	-2 SD	Mean	-2 SD	Mean	-2 SD
Birth	16.5	13.5	51	42	108	98	34	31
1-3 days	18.5	14.5	56	45	108	95	34	31
2 weeks	16.5	12.5	51	39	105	86	34	28
1 month	14.0	10.0	43	31	104	85	34	28
2 months	11.5	9.0	35	28	96	77	30	26
3-6 months	11.5	9.5	35	29	91	74	30	25
0.5-2 years	12.0	11.0	36	33	78	70	27	23
2-6 years	12.5	11.5	37	34	81	75	27	24
6-12 years	13.5	11.5	40	35	86	77	29	25
12-18 years:								
Female	14.0	12.0	41	36	90	78	30	25
Male	14.5	13.0	43	39	88	78	30	25

From Oski FA: Pallor. In Kaye R, Oski Fa, Barness LA (eds): Core Textbook of Pediatrics, 3rd ed. Philadelphia, Lippincott, 1989, p62.

1. ในการสรุปภาวะโลหิตจาง ต้องสรุปให้เฉพาะเจาะจงถึงชนิดของหรือสาเหตุของภาวะโลหิตจาง เช่น iron deficiency เป็นต้น ถ้าแพทย์เจ้าของไขสรุปเพียง anaemia จะได้รับรหัส D64.9 Anaemia unspecified
2. เมื่อผู้ตรวจสอบเวชระเบียนสรุปการวินิจฉัยตามชนิดของภาวะโลหิตจางที่แพทย์วินิจฉัยแล้ว ไม่ต้องสรุปและให้รหัส D64.9 Anaemia, unspecified เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม ถึงแม้ว่าจะมีการรักษาโดยการให้เลือดก็ตาม แต่ถ้ามี anaemia ที่เกิดจากสาเหตุอื่นสามารถให้รหัส anaemia อื่นๆได้ตามเกณฑ์วินิจฉัย anaemia ชนิดนั้นๆ
3. ห้ามสรุปการวินิจฉัยการจำแนกชนิดของภาวะเลือดจาง (anaemia) โดยพิจารณาจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยไม่พบบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์

14. กลุ่มโรค Iron deficiency anaemia secondary to blood loss (chronic) : (D50.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 73)

- 1) มีประวัติเป็น chronic blood loss เช่น hypermenorrhea หรือ stool occult blood ผล positive
- 2) มี blood smear ลักษณะ hypochromic microcytic ค่า MCV น้อยกว่า 80 fl มี anisocytosis และ poikilocytosis ไม่มาก (โดยไม่พบหลักฐานของ haemolysis)
- 3) อาจสนับสนุนการวินิจฉัยโดยการตรวจพบระดับ serum iron ต่ำ พบ total iron binding capacity สูง หรือมี iron storage ในไขกระดูกต่ำ
- 4) มีการรักษาโดยการให้เหล็กทดแทน

แนวทางการให้รหัส

กรณีไม่พบบันทึกประวัติการสูญเสียเลือดชัดเจนให้สรุปเป็น iron deficiency anaemia, unspecified (D50.9)

15. กลุ่มโรค Megaloblastic anaemia, unspecified (D53.1)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) blood smear มีลักษณะ macrocytic และอาจพบ hypersegmented neutrophil
- 2) ค่า MCV มากกว่า 100 fl

แนวทางการให้รหัส

กรณีวินิจฉัยว่า B12 deficiency (D51.- Vitamin B12 deficiency anaemia) และ folate deficiency (D52.- Folate deficiency anaemia) ต้องมีผลตรวจระดับ vitamin B12 หรือ folate ในเลือดร่วมด้วย

16. กลุ่มโรค Thalassaemia (D56.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 75)

- 1) ต้องพบภาวะเลือดจางชนิด microcytic anaemia ค่า MCV น้อยกว่า 80 fl
- 2) blood smear มีลักษณะ hypochromic พบมี anisocytosis และ poikilocytosis มี polychromasia (หรือ reticulocyte สูง)
- 3) กรณีเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ต้องมีผลตรวจ haemoglobin typing สนับสนุนการวินิจฉัย
- 4) อาจพบอาการทางคลินิก ได้แก่ thalassaemia facies, hepatosplenomegaly
- 5) อาจมีผลตรวจ serum ferritin ระดับปกติหรือสูง

แนวทางการให้รหัส

ผู้ตรวจสอบควรสรุปการวินิจฉัยตามชนิดของ thalassaemia ซึ่งสามารถจำแนกชนิดย่อยตามผลการตรวจ haemoglobin typing

- Alpha thalassaemia หรือ haemoglobin H disease ให้รหัส D56.0 Alpha thalassaemia
- Haemoglobin constant spring ให้รหัส D58.2 Other haemoglobinopathies

- Beta thalassaemia ให้รหัส D56.1 Beta thalassaemia
- Beta thalassaemia / haemoglobin E ให้รหัส D56.1 Beta thalassaemia และ D58.2 Other haemoglobinopathies
- Alpha thalassaemia trait หรือ beta thalassaemia trait ให้รหัส D56.3 Thalassaemia trait
- Homozygous haemoglobin E หรือ heterozygous haemoglobin E หรือ haemoglobin E trait ให้รหัส D58.2 Other haemoglobinopathies
- ไม่ระบุชนิด ให้รหัส D56.9 Thalassaemia, unspecified

ตารางที่ 2 แนวทางการให้รหัสกลุ่มโรค thalassaemia

Condition	ICD 10
Alpha thalassemia หรือ Hb H disease	D56.0 Alpha thalassaemia
Hb H disease / Hb CS	D56.0 Alpha thalassaemia และ D58.2 Other haemoglobinopathies
Hb AE Bart's disease หรือ Hb EF Bart't disease	D56.0 Alpha thalassaemia และ D58.2 Other haemoglobinopathies
Beta thalassemia (major)	D56.1 Beta thalassaemia
Beta thalassemia /Hb E	D56.1 Beta thalassaemia และ D58.2 Other haemoglobinopathies
Delta beta thalassemia	D56.2 Delta beta thalassemia
Alpha thalassemia trait หรือ Alpha thalassemia trait	D56.3 Thalassaemia trait
Hereditary persistence of Hb F	D56.4 Hereditary persistence of fetal haemoglobin [HPFH]
Thalassemia	D56.9 Thalassaemia, unspecified

17. กลุ่มโรค Acute posthemorrhagic anaemia (D62)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 78)

- 1) มีประวัติการเสียเลือดอย่างเฉียบพลันที่ชัดเจน เช่น ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด
- 2) ผล CBC เข้าได้กับภาวะ anaemia ตามเกณฑ์ และ blood smear มีลักษณะ normochromic normocytic หรือ ค่า MCV ปกติ
- 3) มีการรักษาโดยการให้เลือด

18. กลุ่มโรค Anaemia in neoplastic diseases (D63.0*)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุนดังนี้

- 1) มะเร็งยังเป็นอยู่ (active)
- 2) ผล CBC พบ MCV ปกติ blood smear มีลักษณะ normochromic normocytic
- 3) อาจยืนยันโดย serum ferritin ปกติถึงสูง TIBC (total iron binding capacity) ปกติหรือต่ำ พบ serum หรือ bone marrow iron ปกติหรือสูง (ซึ่งแยกจาก iron deficiency anaemia ที่มี serum ferritin ต่ำ, serum TIBC สูง และ bone marrow iron ต่ำ)
- 4) มีการรักษาด้วยการให้เลือดหรือมีการตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยแยกโรค

19. กลุ่มโรค Anaemia ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เกิดจากยาเคมีบำบัด

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) เป็นมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมาก่อนหน้านี้ และ haemoglobin ลดลงหลังให้ยาเคมีบำบัด
- 2) เม็ดเลือดแดงต่ำอย่างเดียว เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดไม่ต่ำ
- 3) ระยะเวลาเกิดที่เหมาะสม (โดยส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นภายหลังให้ยาเคมีบำบัดหลายครั้ง เพราะเกิดจาก myelosuppression)
- 4) มีการรักษาโดยการให้เลือด

แนวทางการให้รหัส

Anaemia ที่ตรวจสอบพบเม็ดเลือดแดงต่ำอย่างเดียวที่เกิดจากเคมีบำบัด ให้รหัส D60.1 Transient acquired pure red cell aplasia ซึ่งเกิดได้น้อย ควรตรวจสอบว่าเม็ดเลือดขาวหรือเกร็ดเลือดต่ำด้วยหรือไม่ ถ้ามีร่วมด้วยให้รหัส D61.1 Drug-induced aplastic anaemia และตามด้วยรหัสยาเคมีบำบัดที่เป็นสาเหตุ เช่น Y43.2 Antineoplastic natural products

20. กลุ่มโรค Anaemia in other chronic diseases (D63.8*-WHO/D63.1*-TM)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะ anaemia เช่น โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney diseases ตั้งแต่ stage 3 ขึ้นไป) โรคต่อมไร้ท่อ เช่น hypothyroid (ยกเว้น diabetes mellitus และ hypertension ถือเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ได้ทำให้เกิดภาวะ anaemia) โรคติดเชื้อเรื้อรัง เช่น tuberculosis, HIV disease, โรคตับ โดยให้วินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังหรือโรคติดเชื้อเป็นการวินิจฉัยโรคหลักและให้ anaemia in chronic disease (D63.1*- ICD-10-TM) (D63.8*-ICD-10-WHO) เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม
- 2) ผู้ป่วยซีดเล็กน้อย (haemoglobin ต่ำกว่าค่าปกติ ประมาณ 1-3 กรัมต่อเดซิลิตร) ยกเว้น ภาวะโรคไตวายเรื้อรังบางราย อาจจะมี haemoglobin ต่ำกว่านี้ได้บ้าง และ anaemia เป็นชนิด normochromic หรือ hypochromic ค่า MCV ปกติ หรือ อาจจะมี MCV ต่ำได้เล็กน้อย แต่ไม่ต่ำกว่า 70 fl

- 3) อาจยืนยันโดย serum ferritin ปกติ หรือสูง TIBC (total iron binding capacity) ปกติหรือต่ำ พบ serum หรือ bone marrow iron ปกติหรือสูง
- 4) มีการรักษาโดยการให้เลือด หรือมีการให้ erythropoietin สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อการวินิจฉัยแยกโรค
- 5) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุ anaemia in other chronic diseases หรือ anaemia in renal diseases ในกรณีที่ชี้ชัดจากโรคไตวาย

21. กลุ่มโรค Systemic lupus erythematosus (SLE) (M32.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณีเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก ให้ตาม criteria for diagnosis 4 ใน 11 criteria ต่อไปนี้
 - malar rash
 - discoid rash
 - photosensitivity
 - oral ulcers
 - arthritis
 - serositis
 - renal disorder
 - neurologic disorder
 - haematologic disorder
 - immunologic disorder
 - antinuclear antibodies (ANA)
- 2) กรณีเป็นการวินิจฉัยโรคร่วม พบการบันทึกคำวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็น SLE และมีการรักษา SLE ครั้งนี้

22. กลุ่มโรค SLE with renal involvement (M32.1+ ร่วมกับ N08.5*)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุนข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- 1) พบการวินิจฉัยเข้าได้กับ SLE และตรวจพบความผิดปกติของไต โดยการตรวจปัสสาวะพบ nephrotic และหรือ nephritic picture และหรือ พบมีการเสื่อมการทำงานของไต (มีการเพิ่มขึ้นของ creatinine)
- 2) มีผล kidney biopsy ยืนยัน

23. กลุ่มโรค Diabetes mellitus with coma (E10-E14 + รหัสตำแหน่งที่สี่เป็น .0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 93)

- 1) กรณี diabetes mellitus type 2 มีภาวะ hyperosmolar coma หมายถึง hyperosmolar non ketotic hyperglycemic coma ตรวจพบน้ำตาลในเลือดสูง ร่วมกับ serum osmolarity มากกว่า 350 mOsm/kg, serum ketone negative และมี alteration of consciousness ให้รหัส E11.0 Type2 diabetes mellitus with coma

- 2) กรณี diabetes mellitus type 1 มีภาวะ diabetic ketoacidosis (DKA) ตรวจพบ ketonemia หรือ ketonuria มากกว่า 2 + ร่วมกับ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และมีภาวะ metabolic acidosis มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน คอแห้ง กระหายน้ำ ปัสสาวะมาก หายใจหอบลึก มีกลิ่นคeton ถ้ามีภาวะ coma ร่วมด้วยให้ใช้รหัส E10.0 - Type1 diabetes mellitus with coma ถ้าไม่มี coma ให้ใช้รหัส E10.1 Type1 diabetes mellitus with ketoacidosis

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีผู้ป่วย Diabetes mellitus ที่มี hypoglycaemia จากยา insulin หรือยาลดน้ำตาล มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 55 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และมีอาการสมองขาดน้ำตาลโดยที่มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกไปจนหมดสติ และอาการดีขึ้นหลังจากให้กลูโคสให้ใช้รหัส E10-E14 + รหัสตัวที่สี่เป็น .0 ร่วมกับ รหัส external cause ได้แก่ insulin and oral hypoglycaemic (anti-diabetic) drugs (Y42.3)

2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มาด้วยภาวะ hyperglycaemia ถือว่าภาวะ hyperglycaemia เป็นเพียงอาการแสดงของโรคเบาหวานไม่ใช่ภาวะแทรกซ้อน ไม่ต้องให้การวินิจฉัยภาวะ hyperglycaemia ในผู้ป่วยเบาหวาน

24. กลุ่มโรค Diabetes mellitus with renal complication (E10-E14 + รหัสตำแหน่งที่สี่เป็น .2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 93)

- 1) ต้องมีผลตรวจปัสสาวะ (dipstix) พบ proteinuria 2+ ขึ้นไป โดยไม่มีสิ่งบ่งชี้ว่าจะเป็นโรคไตชนิดอื่น (ต้องตรวจยืนยัน 2 ครั้ง โดยไม่มีภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ)
- 2) กรณีที่ตรวจปัสสาวะไม่พบ proteinuria หรือพบว่าอยู่ในระดับก้ำกึ่ง (trace ถึง 1+) ให้ตรวจ dipstix micro-albumin positive หรือตรวจ micro-albumin/creatinine ratio มีค่ามากกว่า 30 มิลลิกรัมต่อกรัม (ต้องตรวจยืนยัน 2 ครั้ง โดยไม่มีภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ)
- 3) กรณีเป็นผู้ป่วยเก่า หรือ refer ต้องพบการบันทึกว่าเป็น diabetes mellitus type 2 with renal complication ร่วมกับมีบันทึกระยะเวลาที่เป็นโรคนี้อยู่ในประวัติผู้ป่วยนอกหรือใบซักประวัติตรวจร่างกายของแพทย์ หรือใบ progress note และต้องมีการตรวจปัสสาวะใหม่ออย่างน้อย 1 ครั้ง พบมี proteinuria 1+ ขึ้นไป โดยไม่มีภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังที่มีสาเหตุชัดเจน ให้ใช้รหัสของโรคที่เป็นสาเหตุของโรคไต ร่วมกับรหัสที่ระบุว่าเป็นโรคไตจากสาเหตุนั้น เช่น diabetes mellitus type 2 with nephropathy (E11.2+ เป็นโรควินิจฉัยหลักร่วมกับรหัส N08.3* เป็นโรคร่วม)

2. จากข้อ 1 ในกรณีมีบันทึกคำวินิจฉัยของแพทย์ที่ระบุระยะของโรคไตเรื้อรัง สามารถให้เพิ่มการวินิจฉัยและให้รหัส N18.1-N18.5 เป็นโรคร่วมตามที่แพทย์ระบุ แต่ถ้าไม่ระบุระยะของโรคไตเรื้อรัง ไม่ต้องเพิ่มการวินิจฉัยและให้รหัสเป็นโรคร่วม

25. กลุ่มโรค Diabetes mellitus with neurological complication

(E10-E14 + รหัสตำแหน่งที่สี่เป็น .4)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ชักประวัติผู้ป่วยมีอาการขาปลายมือปลายเท้า บางรายอาจมีอาการปวดแสบปวดร้อนที่เท้า และ
- 2) ตรวจร่างกายพบภาวะ peripheral neuropathy จากการตรวจ monofilament มีความผิดปกติ
- 3) อาจตรวจร่างกายพบ pin-prick sensation ลดลง หรือ
- 4) อาจตรวจร่างกายพบ proprioceptive มีความผิดปกติ

แนวทางการให้รหัส

กรณีแพทย์วินิจฉัยว่าเกิดจาก peripheral neuropathy ให้ใช้รหัส E10-E14 ร่วมกับรหัสหลักที่สี่ คือ 4+ Diabetes mellitus with neurological complications ซึ่งเป็นรหัสกริขให้เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก และใช้รหัส G63.2* Diabetic polyneuropathy เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม

26. กลุ่มโรค Diabetes mellitus with peripheral vascular disease

(E10-E14 + รหัสตัวที่สี่เป็น .5)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

มีหลักฐานของการเป็นโรคหลอดเลือดแดง ในข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- 1) ตรวจร่างกายพบว่า คลำชีพจร dorsalis pedis หรือ posterior tibial ได้เบาหรือคลำไม่ได้ ร่วมกับมีลักษณะของ arterial insufficiency เช่น มี discoloration แผลปลายนิ้วเท้าหรือ gangrene
- 2) มีการตรวจโดย doppler ultrasound หรือ ankle-brachial index (ABI) น้อยกว่า 0.9 หรือ CT angiography หรือ MRI angiography

แนวทางการให้รหัส

กรณีผู้ตรวจสอบวินิจฉัยว่ามีทั้ง .4 Neuropathy และ .5 Peripheral vascular disease ให้ใช้รหัส E10. – E14.- ร่วมกับรหัสหลักตัวที่สี่ คือ .7+ Diabetes mellitus with multiple complications ซึ่งเป็นรหัสกริข เป็นการวินิจฉัยหลัก โดยใช้รหัส G63.2* Diabetic polyneuropathy และ I79.2* Peripheral angiopathy in diseases classified elsewhere เป็นรหัสการวินิจฉัยร่วม

27. กลุ่มโรค Malnutrition ในผู้ป่วย Kwashiorkor (E40)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 109)

- 1) มีลักษณะอาการทางคลินิก ดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อ
 - 1.1 ผมหดร่วงง่าย (ทดสอบโดยดึงผม โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ดึงผมจากบริเวณศีรษะ ด้านบน มีผม 3 เส้น หรือมากกว่าดึงออกได้ง่าย)
 - 1.2 บวม
 - 1.3 สีผิวเปลี่ยนแปลง
 - 1.4 แผลหายยาก
 - 1.5 มีแผลกดทับ

- 2) ร่วมกับการตรวจห้องปฏิบัติการมี serum albumin ต่ำกว่า 2.8 กรัมต่อเดซิลิตรหรือ transferrin น้อยกว่า 150 กรัมต่อเดซิลิตร หรือ total iron-binding capacity น้อยกว่า 200 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร หรือเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 1,500 เซลล์ต่อมิลลิเมตรหรือไม่ตอบสนองต่อการทดสอบทางผิวหนัง (anergy)

แนวทางการให้รหัส

กรณีพบลักษณะรวมทั้ง protein และ energy malnutrition เรียกว่า marasmic kwashiorkor (E42)

28. กลุ่มโรค Malnutrition ในผู้ป่วย Marasmus (Nutritional marasmus) (E41)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 109)

- 1) ผู้ป่วยอยู่ในลักษณะ cachexia คือ มีลักษณะทั่วไปพบว่า มีการสูญเสียไขมัน และกล้ามเนื้อจะเห็นเด่นชัดที่บริเวณขมับและไหปลาร้า
- 2) ต้องมีข้อมูลต่อไปนี้
 - 2.1 มีลักษณะอาการทางคลินิก ดังนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ
 - ก. น้ำหนักลดลง โดยมี BMI น้อยกว่า 16.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
 - ข. Mid arm muscle circumference น้อยกว่า 15 เซนติเมตร
 - ค. Triceps skin fold น้อยกว่า 3 มิลลิเมตร
 - 2.2 ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้
 - ก. Serum albumin อาจต่ำ (แต่ต่ำไม่มาก มีระดับไม่ต่ำกว่า 2.8 กรัมต่อเดซิลิตร)
 - ข. Creatinine – height index น้อยกว่า 60% มาตรฐาน (24 – hour urinary creatinine excretion เปรียบเทียบกับค่าปกติเทียบตามความสูง)
- 3) มีการดูแลรักษาภาวะทุพโภชนาการที่เหมาะสม

29. กลุ่มโรค Severe malnutrition (E43), Moderate (E44.0), Mild malnutrition (E44.1)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีการคัดกรอง (screening) และการประเมิน (assessment) ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ได้แก่ nutrition triage (NT) หรือ nutrition alert form (NAF) เพื่อใช้จำแนกระดับความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการ
- 2) มีการดูแลรักษาภาวะทุพโภชนาการอย่างเหมาะสม

แนวทางการให้รหัส

1. ให้เลือกภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรงสุดของการรับไว้ในโรงพยาบาลคราวนั้นเป็นการวินิจฉัย
2. เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีค่ามาตรฐานของน้ำหนักตัว (body mass index, BMI) สำหรับระดับความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการ และการใช้ค่า BMI เพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถใช้ระบุความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการได้อย่างแม่นยำเพราะมีปัจจัยอื่นที่ทำให้ค่า BMI คลาดเคลื่อน เช่น ภาวะน้ำเกิน ท้องมาน การถูกตัดอวัยวะ จึงแนะนำให้ใช้แบบประเมิน NT หรือ NAF เพื่อระบุความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งได้รับการทดสอบว่ามีความเที่ยงและความแม่นยำโดยสมาคมผู้ให้อาหารหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (SPENT)
3. โรงพยาบาลควรจัดตั้งทีมโภชนาการบำบัด (nutrition support team) แบบสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการได้อย่างต่อเนื่อง

30. กลุ่มอาการ Dehydration (E86)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 122)

- 1) มีประวัติการสูญเสียน้ำหรือ ได้รับน้ำน้อย
- 2) ตรวจร่างกายพบมีอาการแสดงของภาวะ dehydration อย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ปากแห้ง, poor หรือ fair skin turgor, ชีพจรเร็วกว่า 90 ครั้งต่อนาที, jugular venous pressure ต่ำ หรือ postural hypotension, delayed capillary filling time

แนวทางการให้รหัส

ถ้าพบสาเหตุชัดเจน เช่น diarrhea หรือ food poisoning ควรบันทึกโรคที่เป็นสาเหตุเป็นการวินิจฉัยหลัก ซึ่งอาจมีอาการขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง ชีพจรเร็ว มี postural hypotension หรือ prerenal azotemia เหล่านี้ถือว่าเป็นอาการของโรคไม่ต้องบันทึกเป็นการวินิจฉัยร่วม ยกเว้น ตรวจพบอาการแสดงของภาวะช็อก ให้วินิจฉัยว่า hypovolaemic shock (R57.1) ร่วมด้วย

31. กลุ่มอาการ Hyponatraemia (E87.1)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 122)

- 1) ระดับโซเดียมที่ต่ำกว่า 135 mEq/L โดยไม่นับรวมภาวะ pseudohyponatraemia และ
- 2) มีการให้สารน้ำทดแทนที่มีความเข้มข้นของ NaCl ตั้งแต่ 0.9% ขึ้นไป หรือเป็นการให้รับประทาน tab NaCl หรือ ให้จ้ำกัณฑ์ตามชนิดของภาวะ hyponatraemia หรือ
- 3) กรณีที่ไม่มีการรักษาภาวะ hyponatraemia ต้องมีผลการตรวจโซเดียมซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงและพบผลผิดปกติ

- 4) กรณี hyponatraemia เป็นเพียงอาการของโรค เช่น ท้องเสีย หรืออาเจียน ไม่ต้องบันทึกภาวะ hyponatraemia เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม แพทย์ควรวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะนี้ ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะ severe hyponatraemia ระดับโซเดียมที่ต่ำกว่า 125 mEq/L สามารถวินิจฉัย hyponatraemia เป็นโรคร่วม

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีมีภาวะ hyponatraemia ที่ระบุว่าเกิดจากการได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อรักษาโรคให้รหัส E87.1 hyponatraemia ร่วมกับรหัสสาเหตุภายนอกตามชนิดยาขับปัสสาวะ

2. Pseudohyponatraemia พบได้ใน hypertriglyceridemia, hyperproteinemia ทำให้สัดส่วนของน้ำในเลือดลดลง จะรบกวนการตรวจวัดโซเดียมในเลือดเมื่อวัดด้วยวิธี flame photometry ไม่ต้องบันทึก hyponatraemia เป็นวินิจัยร่วม แต่ปัจจุบันมักใช้วิธี ion-specific electrode ที่ตรวจปริมาณโซเดียมเฉพาะใน plasma water ทำให้ได้ค่าที่ถูกต้อง

32. กลุ่มอาการ Acidosis (E87.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 123)

- 1) ภาวะ metabolic acidosis พิจารณาจากผลการตรวจ serum bicarbonate น้อยกว่า 20 mEq/L หรือ arterial blood gas (ABG) ระดับ pH ในเลือดต่ำกว่า 7.30
- 2) กรณีที่ metabolic acidosis เป็นอาการของภาวะ shock sepsis lactic acidosis diabetic ketoacidosis (DKA) diarrhea renal failure renal tubular acidosis และ salicylate poisoning เป็นต้น ไม่ต้องให้ภาวะ metabolic acidosis เป็นวินิจัยโรคร่วม
- 3) ถ้าภาวะ metabolic acidosis อธิบายไม่ได้จากภาวะในข้อ 2) ได้ชัดเจน สามารถให้ภาวะ metabolic acidosis เป็นวินิจัยโรคร่วมด้วยได้ ถ้ามีการรักษาหรือตรวจติดตาม

แนวทางการให้รหัส

1. ภาวะ respiratory acidosis เป็นผลที่ตามมาของภาวะ hypoventilation ทำให้เกิด carbon dioxide คั่ง เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่า respiratory acidosis ที่ไม่ทราบสาเหตุ ให้ใช้รหัส E87.2 Acidosis แต่ถ้าแพทย์ระบุสาเหตุควรสรุปการวินิจฉัยเฉพาะสาเหตุ เช่น sleep apnoea (G47.3) โดยไม่ต้องสรุป acidosis ร่วมด้วย

2. ภาวะ respiratory acidosis ที่เกิดจากโรคทางเดินหายใจ โรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อหรือโรคที่มีการกดการหายใจ ผู้ตรวจสอบควรวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะ respiratory acidosis ร่วมกับภาวะ respiratory failure หากเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย respiratory failure โดยระบุว่าเป็น acute หรือ chronic

33. กลุ่มอาการ Hyperkalaemia (E87.5)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 124)

- 1) ภาวะ hyperkalaemia พิจารณาจากระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงกว่า 5.5 mEq/L และ
- 2) มีการรักษาภาวะโปแตสเซียมสูงที่เหมาะสม หรือ
- 3) กรณีที่ไม่มีการรักษาภาวะโปแตสเซียมสูง ต้องมีผลการตรวจโปแตสเซียมซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง และพบผลผิดปกติ

แนวทางการให้รหัส

กรณี hyperkalaemia เป็นอาการของโรค เช่น chronic renal failure, hypoaldosteronism ถ้าแพทย์วินิจฉัยสาเหตุ ให้ใช้รหัสของโรคที่เป็นสาเหตุโดยไม่ต้องให้รหัส E87.5 Hyperkalaemia อีก ยกเว้น hyperkalaemia ที่มีอาการรุนแรง เช่น มีการเปลี่ยนแปลงทางคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เข้าได้กับภาวะ hyperkalaemia ซึ่งต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร่งด่วน

34. กลุ่มโรค Hypokalaemia (E87.6)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 124)

- 1) ภาวะ hypokalaemia พิจารณาจากโปแตสเซียมในเลือดต่ำกว่า 3.5 mEq /L และ
- 2) มีการรักษาด้วยการให้โปแตสเซียมทางหลอดเลือดดำหรือการรับประทาน หรือ
- 3) กรณีที่ไม่มีบันทึกการรักษาภาวะโปแตสเซียมต่ำ ต้องมีผลการตรวจโปแตสเซียมซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง และพบผลผิดปกติ
- 4) กรณีที่ภาวะ hypokalaemia เป็นอาการของโรค เช่น ภาวะท้องเดิน ให้ใช้รหัสของโรคที่เป็นสาเหตุ โดยไม่ต้องให้รหัส E87.6 Hypokalaemia อีก ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะ severe hypokalaemia ระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำกว่า 2.5 mEq/L สามารถวินิจฉัย hypokalaemia เป็นโรคร่วม

แนวทางการให้รหัส

กรณีที่ระบุว่าการเกิดจากการได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อรักษาโรคให้รหัส E87.6 Hypokalaemia ร่วมกับรหัสสาเหตุภายนอกตามชนิดของยาขับปัสสาวะ

35. กลุ่มอาการ Fluid overload (E87.7)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 122)

- 1) ผู้ป่วยมีประวัติเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ fluid overload ได้แก่ acute renal failure, end stage renal disease, มีประวัติได้รับสารน้ำมากเกินไป โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ
- 2) ตรวจร่างกายพบมีน้ำหนักรวม บวม กดบุ๋ม หอบเหนื่อย
- 3) ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ทั้ง 2 ข้าง
- 4) Jugular venous pressure สูง
- 5) Chest x-ray พบ bilateral pulmonary infiltration

แนวทางการให้รหัส

ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่า fluid overload โดยไม่ระบุสาเหตุ ให้รหัส E87.7 Fluid overload แต่ถ้าแพทย์วินิจฉัยสาเหตุของภาวะนี้ให้ใช้รหัสของสาเหตุนั้นเป็นวินิจฉัยโรคหลัก และให้รหัส E87.7 Fluid overload เป็นวินิจฉัยโรคร่วม แต่ถ้าผู้ป่วยมีโรคหัวใจอยู่เดิม และให้การวินิจฉัยเป็น congestive heart failure (I50.0) แล้วไม่ต้องให้ภาวะ fluid overload (E87.7) ร่วมด้วย

36. กลุ่มอาการ Hypoalbuminaemia (R77.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 124)

- 1) มีระดับ albumin ในเลือดต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร
- 2) มีการรักษาภาวะ hypoalbuminaemia โดยการให้ albumin หรือ plasma ทดแทน กรณี chronic kidney disease หรือโรคอื่นๆ ที่มีการให้ amino acid (ทั้งทางหลอดเลือดดำหรือการรับประทาน) ไม่ถือว่าเป็นการรักษาภาวะนี้เนื่องจากไม่สามารถเพิ่มค่า serum albumin ทันทีและอาจต้องการผลในแง่อื่นที่ไม่ใช่การเพิ่ม serum albumin

แนวทางการให้รหัส

1.กรณีระบุสาเหตุของภาวะนี้ ให้รหัสของโรคที่เป็นสาเหตุตามที่แพทย์ระบุ โดยไม่ต้องให้รหัสของภาวะ hypoalbuminaemia

2.กรณีแพทย์ไม่ระบุสาเหตุให้ใช้รหัส R77.0 Abnormality of albumin

37. Acute alcoholic intoxication (F10.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 หน้า 128)

- 1) มีประวัติดื่มสุรา
- 2) มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและหรือจิตใจไปจากเดิม ในระหว่างหรือหลังการดื่มไม่นาน รวมถึงพฤติกรรมทางเพศและความก้าวร้าวที่ไม่เหมาะสม เช่น ภาวะอารมณ์ไม่คงที่ การตัดสินใจบกพร่อง เสียการทำงานในอาชีพหรือสังคม เซวาร์ปัญญา การรับรู้ อารมณ์ หรือพฤติกรรม โดยไม่เกิดจากโรคอื่น
- 3) มีอาการ อย่างน้อย 1 ข้อ ใน 6 ข้อนี้ ได้แก่ การพูดไม่ชัด (slurred speech), ขาดการทำงานที่ประสานกัน (lack of coordination) การเดินไม่มั่นคง (unsteady gait) การกลอกตากระตุก (nystagmus) การสูญเสียของความจำหรือการตามเรื่องราว (impairment of attention or memory) มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (stupor and coma)
- 4) อาการลดลงตามระยะเวลาและอาจหายเป็นปกติได้เอง
- 5) ต้องมีการรักษาที่เหมาะสม

6) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุว่า มี alcohol intoxication

(Ref: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV edition criteria for acute alcohol intoxication include: (a) recent alcohol ingestion; (b) clinically significant maladaptive behavioral or psychological changes developing during or shortly after alcohol ingestion and including inappropriate sexual or aggressive behavior, unstable mood, impaired judgment, and impaired social or occupational functioning; and (c) one or more of the following signs that develop during or shortly after alcohol use: (1) slurred speech; (2) lack of coordination; (3) unsteady gait; (4) nystagmus; (5) impairment of attention or memory; (6) stupor or coma; and (7) symptoms that are not due to a general medical condition and that cannot be accounted for by another mental disorder.)

แนวทางการให้รหัส

อาการข้างต้นต้องไม่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ หรือ hypoglycaemic coma

1. กรณีผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราแล้วเมาหลับ หรือบันทึกว่าไม่รู้สึกร่างกาย ต้องมีการตรวจประเมินเพื่อแยกโรคหรือภาวะอื่นๆ ถ้าไม่มีการตรวจประเมินให้รหัสกลุ่ม R40
2. กรณีมีเพียงประวัติดื่มสุราให้รหัสเป็น Z72.1 Alcohol use

38. Alcohol dependence syndrome ,Alcoholism (F10.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 หน้า 128)

- 1) มีประวัติดื่มสุรามานาน
- 2) มีการประเมินระดับความรุนแรงของการเสพ เช่น CAGE , AUDIT เป็นต้น หรือมีบันทึกการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์
- 3) มีการบำบัดรักษาตามแนวทางของการบำบัดรักษาโรคติดสุรา (เช่น การให้วิตามิน B1 และหรือ benzodiazepine ที่เหมาะสม)

แนวทางการให้รหัส

- 1.กรณีมีประวัติดื่มสุราให้รหัสเป็น Z72.1 Alcohol use
- 2.กรณีผู้ที่ดื่มสุรา และได้รับคำแนะนำเพื่อให้เลิกดื่มสุรา ให้รหัสเป็น Z71.4 Alcohol abuse counseling and surveillance เป็นการวินิจฉัยร่วม อีกรหัส

3.กรณีผู้ดื่มสุราที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น mental and behavioural disorders due to use of alcohol (F10.2) แล้ว และรับการบำบัดรักษา ให้รหัส Z50.2 Alcohol rehabilitation ร่วมกับ F10.2

4.ถ้าให้รหัส Z50.2 Alcohol rehabilitation แล้ว ไม่ต้องให้รหัส Z71.4 Alcohol abuse counseling and surveillance อีก

5.หน่วยบริการควรแนบบทสอบระดับความรุนแรงของการเสพติด หรือแนวทางการดูแลที่ใช้มาในเอกสารประกอบการพิจารณาด้วย

39. Alcohol withdrawal (F10.3)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 หน้า128)

- 1) มีประวัติดื่มสุราในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาไม่เกิน 1 เดือน
- 2) เริ่มมีอาการหลังจากลดขนาด หรือหยุดสุรา 12-72 ชั่วโมง ส่วนมากไม่เกิน 1 สัปดาห์ ซึ่งจะมีอาการอย่างน้อย 2 อาการ ดังต่อไปนี้ หงุดหงิด รู้สึกตัวสั่น วิดกกังวล อ่อนเพลีย คิดอะไรไม่ออก ใจสั่น ปวดศีรษะตื้อ ตูซิด มือสั่น ใจเต้นเร็ว คลื่นไส้อาเจียน โมโหง่าย อารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การทำงานเพิ่มขึ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที เป็นต้น
- 3) อาจมีอาการหิวแหว่ ประสาทหลอน เห็นภาพผิดปกติ เช่น สายน้ำเกลือเป็นงู หรือ รู้สึกเหมือนแมลง มาไต่ตามตัว ชั่วคราวได้
- 4) อาจมีอาการชักเกิดขึ้นได้
- 5) มีการบำบัดรักษาที่เหมาะสม เช่น การให้วิตามิน B1 และหรือ benzodiazepine ที่เหมาะสม

แนวทางการให้รหัส

กรณีที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการชัก ไม่ต้องให้รหัส R56.-Convulsions, not elsewhere classified เพิ่ม เนื่องจากอาการชักรวมอยู่ใน F10.3 Mental and behavioural disorders due to use of alcohol dependence syndrome แล้ว

40. Alcoholic with withdrawal state with delirium , Delirium tremens (F10.4)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 หน้า 128)

- 1) มีประวัติดื่มสุรา
- 2) มีอาการของภาวะ withdrawal state ในเกณฑ์ alcohol withdrawal ข้อ 2-4)
- 3) มีอาการสับสนเฉียบพลัน (acute confusion) และมีการสูญเสียของ cognitive function ร่วมด้วย เช่น การรับรู้ในเรื่องเวลา สถานที่ บุคคลเสียไป (disorientation)
- 4) มีการรักษาที่เหมาะสม

แนวทางการให้รหัส

ในกรณีสรุป alcoholic with withdrawal state with delirium แล้วไม่ต้องสรุป alcohol withdrawal (F10.3) เป็นโรคร่วม

41.Nicotine dependence syndrome (F17.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 หน้า128)

- 1) มีประวัติการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ มานาน
- 2) มีการประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติด เช่น Fagerstrom test เป็นต้น หรือมีการส่งปรึกษาจิตแพทย์
- 3) มีการบำบัดรักษาที่เหมาะสม เช่น ให้สารทดแทน nicotine หรือ ควบคุมอาการอยาก

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีมีประวัติใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ให้รหัสเป็น Z72.0 Tobacco use
2. กรณีผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และได้รับคำแนะนำเพื่อให้เลิก ให้รหัสเป็น Z71.6 Tobacco counseling and surveillance เป็นการวินิจฉัยร่วม
3. กรณีผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบและเสพติดได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น mental and behavioural disorders due to use of nicotine (F17.2) แล้ว และรับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้รหัส Z50.8 Care involving use of other rehabilitation procedures เป็นรหัสโรคร่วม
4. ถ้าให้รหัส Z50.8 Care involving use of other rehabilitation procedures แล้ว ไม่ต้องให้รหัส Z71.6 Tobacco counseling and surveillance

42. Amphetamine dependence syndrome (F15.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติการใช้สารกลุ่มกระตุ้น เช่น amphetamine
- 2) มีการประเมินความถี่การใช้ ที่พบว่าใช้เรื่อยๆ ใช้ซ้ำ หรือมีปัญหาข้อกฎหมาย
- 3) ถ้ามีผลตรวจ urine for metamphetamine positive ไม่ต้องมีประวัติในข้อ 1 ได้

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีมีประวัติใช้สาร ให้รหัสเป็น Z72.2 Drug use
2. ถ้ามีประวัติการใช้สาร psychoactive หลายกลุ่ม ร่วมกับการประเมิน ให้ F19.2 Mental and behavioral disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances dependence โดยไม่ต้องแยกรหัสตามสารต่างๆ อีก
3. กรณีผู้ที่ใช้สารกระตุ้น และได้รับคำแนะนำเพื่อให้เลิก ให้รหัส Z71.5 Drug abuse counseling and surveillance เป็นการวินิจฉัยร่วม
4. กรณีที่ได้รับการวินิจฉัย amphetamine dependence syndrome (F15.2) รวมทั้งผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine (F15.2) แล้ว และรับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้รหัส Z50.3 Drug rehabilitation เป็นรหัสโรคร่วม
5. ถ้าให้รหัส Z50.3 Drug rehabilitation แล้ว ไม่ต้องให้รหัส Z71.5 Drug abuse counseling and surveillance

43. Schizophrenia (F20)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 หน้า 130)

กรณีนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหรือภาวะอื่นๆ แล้วระบุว่าโรคประจำตัวเป็น schizophrenia

- 1) มีการบันทึกให้เชื่อได้ว่า ได้มีการดูแลหรือรักษาต่อเนื่องจริง เช่น ระบุสถานที่ที่รักษา
- 2) อาจมีอาการ active psychosis อยู่หรือไม่ก็ได้
- 3) ต้องได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม antipsychotic drugs โดยจะเป็นยารับประทานหรือยาฉีดระยะยาว (ในระยะเวลาที่เหมาะสม)

แนวทางการให้รหัส

1. ถ้าเพิ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ หรือเพิ่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวช โดยมีประวัติร่วมด้วยให้ถือว่ามีการวินิจฉัยจริง
2. ถ้ามีประวัติขาดการรักษาหรือขาดยา(ระบุชื่อยาไม่ได้)
 - 2.1 ถ้าในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ไม่ได้บันทึกถึง อาการ active psychosis พิจารณาให้เป็น other diagnosis

2.2 ถ้าในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ มีบันทึกอาการ active psychosis และไม่มีบันทึกประวัติให้เชื่อตามแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น schizophrenia หรือ acute psychosis แม้ว่ามีอาการน้อยกว่า 1 เดือน อ้างอิงตาม ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 หน้า 130 .

44. Acute psychosis (F23)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 หน้า 131)

- 1) มีอาการ active psychosis อย่างน้อย 1 อย่าง ดังต่อไปนี้ hallucination, delusion, disorganized speech, disorganized behavior โดยไม่สามารถอธิบายได้จากความเชื่อและวัฒนธรรม
- 2) อาการในข้อ 1 เป็นมากกว่า 1 วัน แต่ไม่เกิน 1 เดือน
- 3) อาการต้องไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคจิตเวชอื่นๆ
- 4) อาการต้องไม่ได้เกิดจากการใช้สาร หรือภาวะทางกาย

แนวทางการให้รหัส

ถ้ามีอาการข้อ 1 นานกว่า 1 เดือน ร่วมกับข้ออื่นๆ ให้วินิจฉัยเป็น schizophrenia (F20)

45. กลุ่มโรค Hypertensive heart disease (I11.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 หน้า 185)

- 1) มีประวัติความดันโลหิตสูงคุมได้ไม่ดี
- 2) มีการวินิจฉัยแยกภาวะโรคหัวใจอื่นไปแล้ว
- 3) ตรวจ echocardiogram พบ left ventricular hypertrophy และมี diastolic dysfunction

แนวทางการให้รหัส

เมื่อผู้ตรวจสอบสรุปวินิจฉัย hypertensive heart disease ควรระบุว่า มี heart failure ร่วมด้วยหรือไม่ ถ้ามีให้สรุปเป็น hypertensive heart disease with heart failure (I11.0) โดยไม่ต้องสรุป heart failure เป็นโรคร่วมอีก

46. กลุ่มโรค Hypertensive renal disease (I12.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 หน้า 185)

- 1) มีประวัติความดันโลหิตสูง
- 2) มีระดับ creatinine สูงขึ้นตามลำดับ จากประวัติที่ผ่านมา ไม่ใช่ใน admission ครั้งนี้ ถ้าบันทึกเป็น underlying disease ต้องมีการบันทึกในประวัติด้วยว่ามีการ progression ของค่า creatinine อย่างไร และผลการตรวจปัสสาวะที่เข้าได้

- 3) ตรวจพบ proteinuria (แต่ภาวะโรคไตที่มี active urine sediment และ proteinuria มากกว่า 1 กรัมต่อวัน ให้นึกถึงโรคไตจากสาเหตุอื่นมากกว่าจากความดันโลหิตสูง)

แนวทางการให้รหัส

เมื่อผู้ตรวจสอบสรุปวินิจฉัย hypertensive renal disease ควรระบุว่ามี renal failure ร่วมด้วยหรือไม่ ถ้ามีให้สรุปเป็น hypertensive renal disease with renal failure (I12.0) โดยไม่ต้องสรุป renal failure เป็นโรคร่วมอีก

47. กลุ่มโรค Unstable angina (I20.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ทั้ง 3 ข้อ ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 หน้า 185)

1. มีประวัติเจ็บแน่นหน้าอกเข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1.1 Angina at rest : อาการปวดเค้นอกแบบ Angina ที่เกิดขึ้นขณะพัก นานกว่า 10 นาที ภายใน 48 ชม.

1.2 Subacute angina:อาการปวดเค้นอกมากกว่า 48 ชม.และเกิดภายใน 2 สัปดาห์ มีการปวดเค้นอก angina เพิ่มมากขึ้น ยกเว้นในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วย post cardiac arrest, shock, syncope หรือ cardiogenic dyspnea หรือผู้ป่วยเบาหวาน

1.3 New onset angina ของ acceleration angina (ภายใน 2 เดือน) อาการปวดเค้นอกแบบ angina ครั้งแรกที่เกิดขึ้นใหม่ภายในเวลาไม่เกิน 2 เดือน โดยมีระดับความรุนแรงของ angina อย่างน้อยเทียบเท่ากับ CCS III

2. มีการเปลี่ยนแปลงของ EKG พบลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

2.1 ST segment depression มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 mm(0.05mV) ตั้งแต่ 2 leads ขึ้นไป

2.2 T wave inversion มากกว่าหรือเท่ากับ 1 mm. (0.1 mV)

2.3 บางรายอาจมี EKG ปกติ

3. มีค่า cardiac marker อยู่ในเกณฑ์ปกติ

แนวทางการให้รหัส

กรณี unstable angina ที่มี biomarkers แสดง necrosis เช่น troponin หาก positive ต้องเปลี่ยนการวินิจฉัยเป็น myocardial infarction ส่วนจะเป็นชนิด non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) หรือ ST elevation myocardial infarction (STEMI) ขึ้นกับคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

48. กลุ่มโรค Acute myocardial infarction (I21.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน โดยต้องมีทั้ง 3 ข้อดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 หน้า 186)

- 1) มีประวัติเจ็บแน่นหน้าอกนานกว่า 20 นาที ยกเว้น ในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วย post cardiac arrest, shock, syncope หรือ cardiogenic dyspnea หรือ ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเบาหวานแทรกซ้อน
- 2) มีการตรวจ EKG

กรณี Acute ST elevated myocardial infarction (STEMI) (I21.0-I21.3 โดยเลือกตามตำแหน่งของ infarction)

- EKG มีการยกขึ้น (elevation) มากกว่า 0.1 mV ตั้งแต่ 2 lead ติดกันขึ้นไป หรือ 0.2 mV ใน lead V1-V3 หรือมีลักษณะ left bundle branch block ที่คิดว่าเกิดขึ้นใหม่

กรณี Acute Non-ST elevated myocardial infarction (NSTEMI) (I21.4)

- มีการเปลี่ยนแปลงของ EKG เป็นแบบ ST segment depression มากกว่า หรือเท่ากับ 0.5 mm (0.05mV) ตั้งแต่ 2 leads ขึ้นไป หรือ T wave inversion มากกว่าหรือเท่ากับ 1 mm. (0.1 mV)
- มีค่า cardiac enzyme อย่างน้อย 1 ข้อใน 3 ข้อ ต่อไปนี้

1. CK-MB มากกว่าหรือเท่ากับ 2 เท่าของค่า upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้นๆ เฉพาะในกรณีที่ไม่มีผล CK-MB อนุมัติให้ใช้ค่า CK ได้ (โดยที่ CK มากกว่าหรือเท่ากับของค่า upper normal limit ของโรงพยาบาลนั้น ๆ)

2. Troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ 0.1 ng/mL หรือ high sensitivity troponin T มากกว่าหรือเท่ากับ 0.013 ng/mL หรือ 99 percentile ของค่าสูงสุดของแต่ละห้องปฏิบัติการนั้นๆ

3. Troponin I มากกว่าหรือเท่ากับ 2.0 ng/mL

แนวทางการให้รหัส

1. การวินิจฉัย acute myocardial infarction ภายในระยะ 4 สัปดาห์หลังเริ่มมีอาการและผลตรวจที่เข้ากับเกณฑ์ข้างต้น ในกรณีนี้ต้องระบุเวลาของอาการแน่นอนซึ่งกำหนดเวลาภายใน 4 สัปดาห์ ถ้าไม่มีการระบุเวลาที่เกิดอาการจะไม่สามารถสรุป acute myocardial infarction ได้

2. ในกรณี acute STEMI การวินิจฉัยควรระบุตำแหน่งที่เกิด infarction เช่น anterior wall (I21.0), inferior wall (I21.1) , lateral wall (I21.2) และ posterior wall (I21.2) เป็นต้น

3. กรณีผู้ป่วยมาด้วยอาการ acute myocardial infarction เมื่อตรวจเพิ่มเติม เช่น ผล coronary angiogram หรือมี coronary imaging หรือ nuclear perfusion พบว่ามี significant coronary stenosis ให้ acute myocardial infarction เป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และให้ atherosclerotic heart disease (I25.1) เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม

4. กรณีนี้มาทำ coronary angiogram แล้วพบ significant stenosis จากการอาการ acute myocardial infarction ในการ admit ครั้งก่อน หรือรับ refer จากหน่วยบริการอื่นที่ดูแลรักษา acute myocardial infarction มาแล้ว สามารถสรุป acute myocardial infarction เป็นการวินิจฉัยหลักได้ในกรณีที่มีอาการหรือการวินิจฉัย acute myocardial infarction ภายในระยะ 4 สัปดาห์ และให้ atherosclerotic heart disease (I25.1) เป็นวินิจัยร่วม

5. ในกรณีที่นัดมาทำ coronary angiogram หรือทำ PCI แต่ไม่มีหรือประวัติที่เข้าได้กับเกณฑ์ในข้อ 4 ให้สรุป atherosclerotic heart disease (I25.1) เป็นวินิจัยหลัก

49.กลุ่มโรค Old myocardial infarction (I25.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติเคยเป็น myocardial infarction ร่วมกับการรักษาที่เข้าได้
- 2) ประวัติตรวจคลื่นหัวใจ พบ Q wave หรือมีประวัติตรวจพบ regional wall motion abnormality จาก echocardiography

แนวทางการให้รหัส

1 กรณีเคยเป็น acute myocardial infarction และมีอาการเกิด myocardial infarction ครั้งต่อไปภายใน 28 วัน ให้เป็น subsequent myocardial infarction (รหัสในกลุ่ม I22.-)

2 กรณีเคยเป็น acute myocardial infarction และมีอาการเกิด myocardial infarction ครั้งต่อไปที่มากกว่า 28 วัน ต้องให้เป็น acute myocardial infarction (รหัสในกลุ่ม I21.-)

50.กลุ่มโรค Secondary pulmonary hypertension (I27.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 188)

- 1) ต้องมีหลักฐานว่าเป็น pulmonary hypertension
 - 1.1 การตรวจร่างกายพบ loud P2 , TR murmur
 - 1.2 ผล EKG, chest x-ray พบมี RV hypertrophy
 - 1.3 ผล chest x-ray พบมี pulmonary trunk โต
- 2) อาจจะมี heart failure ด้วยหรือไม่ก็ได้
- 3) ต้องมีผล echocardiogram พบว่า right atrium และ right ventricle hypertrophy ต้องยืนยันโดยวัด pulmonary artery pressure
- 4) มีโรคหลักที่เป็นสาเหตุ เช่น
 - 4.1 โรคหัวใจจะมี valvular heart disease ยกเว้น eisenmenger defect (Q21.8), eisenmenger complex (syndrome) (I27.8)
 - 4.2 โรคปอด ชนิด chronic lung disease ที่มี chronic hypoxemia หรือโรค chronic thromboembolism (I27.2) chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with cor-pulmonale (I27.9)

- 5) ในกรณีสรุปโรค secondary pulmonary hypertension ให้สรุปและให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุเพิ่มเป็นโรคร่วม ถ้ามีการดูแลรักษา

51. Pulmonary emboli (I26.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 187)

- 1) มีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก ไอ หรือไอเป็นเลือด ในรายที่รุนแรงอาจจะมี cyanosis ความดันโลหิตต่ำ right ventricular failure
- 2) ตรวจ EKG อาจพบ S1 Q3 T3 sign
- 3) ต้องยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจ perfusion/ventilation lung scan หรือ CT angiogram หรือ MRA pulmonary angiography

แนวทางการให้รหัส

1.ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัย acute pulmonary emboli ให้รหัส I26.0 Pulmonary embolism with mention of acute cor pulmonale

2.ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัย chronic pulmonary emboli หรือไม่ระบุ acute หรือ chronic ให้รหัส I26.9 Pulmonary embolism without mention of acute cor pulmonale

3.ในกรณีที่มี risk factor ของการเกิด pulmonary emboli เช่น deep vein thrombosis เป็นต้น และมีอาการหรือผลการตรวจต่างๆ เช่น echocardiogram หรือ D-dimer ที่เข้ากับ pulmonary embolism แต่ถ้าไม่มีการตรวจยืนยันการวินิจฉัยด้วย perfusion/ventilation lung scan, CT angiogram, MRA pulmonary angiography ก็ไม่สามารถสรุปการวินิจฉัย pulmonary emboli ได้

52.กลุ่มโรค Cardiac arrest (I46.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 192)

- 1) ถ้าแพทย์ระบุสาเหตุของการเกิด cardiac arrest ได้แน่นอน เช่น heart block, arrhythmia, myocardial infarction ให้รหัสของสาเหตุที่ทำให้เกิด cardiac arrest ยกเว้น กรณีทำ CPR สำเร็จสามารถวินิจฉัย cardiac arrest with successful resuscitation (I46.0) ร่วมได้
- 2) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตอยู่แล้ว เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น แพทย์ไม่ต้องวินิจฉัย cardiac arrest ยกเว้น กรณีทำ CPR สำเร็จสามารถวินิจฉัย Cardiac arrest with successful resuscitation (I46.0) ร่วมได้

แนวทางการให้รหัส

1. ถ้าแพทย์ไม่ระบุสาเหตุแน่นอน

1.1 ทำ CPR สำเร็จ ให้รหัส I46.0 Cardiac arrest with successful resuscitation

1.2 ทำ CPR ไม่สำเร็จ ให้รหัส I46.9 Cardiac arrest unspecified

2. กรณีที่แพทย์ไม่ได้วินิจฉัยในขณะเกิดเหตุการณ์แน่นอน แต่คาดว่าเกิด cardiac arrest ให้สรุปรหัส I46.1 Sudden cardiac death, so described

3. กรณีที่มี cardiac arrest และทำ CPR สำเร็จที่ โรงพยาบาลอื่น หรือสถานที่อื่นนอกโรงพยาบาล

3.1 ถ้าทราบสาเหตุให้สรุปสาเหตุที่ทำให้เกิด cardiac arrest เป็นการวินิจฉัยหลัก โดยที่ไม่ต้องสรุป cardiac arrest with successful resuscitation (I46.0) เป็นโรคร่วม

3.2 ถ้าไม่ทราบสาเหตุและมีอาการทางสมอง ให้สรุปโรคหลัก anoxic brain damage, not elsewhere classified (G93.1) โดยที่ไม่ต้องสรุป cardiac arrest with successful resuscitation (I46.0) เป็นโรคร่วม

3.3 ถ้าไม่ทราบสาเหตุ และเมื่อช่วยฟื้นคืนชีพแล้วเสียชีวิตให้สรุป cardiac arrest (I46.9) เป็นการวินิจฉัยหลัก

3.4 ถ้าไม่ทราบสาเหตุและเมื่อช่วยฟื้นคืนชีพแล้วผู้ป่วยไม่เสียชีวิต มีความจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง ให้สรุปภาวะ อาการหรืออาการแสดงที่ดูแลต่อเนื่อง เป็นการวินิจฉัยหลัก โดยไม่ต้องสรุป cardiac arrest (I46.9) เป็นโรคร่วม

53. Atrial fibrillation (I48.-)

Atrial fibrillation (AF) เป็น “supraventricular tachyarrhythmia” ที่มีการ กระตุ่นของหัวใจห้องบนแบบกระจายไม่เป็นระเบียบ ซึ่งเป็นผลให้การ บีบตัวของหัวใจห้องบนเสียไป

Atrial fibrillation สามารถแบ่งได้ เป็น 5 กลุ่ม (อ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation (AF) ในประเทศไทย) ดังต่อไปนี้

1. First diagnosed atrial fibrillation เป็น atrial fibrillation ที่วินิจฉัยพบเป็นครั้งแรก
2. Paroxysmal atrial fibrillation เป็น atrial fibrillation ที่เกิดขึ้นและกลับเป็น sinus rhythm ได้เอง ส่วนใหญ่กลับได้เองภายใน 24 ชั่วโมง แต่อาจเป็นนานได้ถึง 7 วัน
3. Persistent atrial fibrillation เป็น atrial fibrillation ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องนานเกิน 7 วัน หรือไม่ สามารถกลับมาเต้นเป็นปกติได้เอง ต้องอาศัยการรักษาด้วยการกลับจังหวะ (cardioversion)
4. Long standing persistent atrial fibrillation เป็น atrial fibrillation ที่เป็นต่อเนื่องมานานกว่า 1 ปี โดยแพทย์และผู้ป่วยตัดสินใจพยายามรักษาให้กลับมาเต้นปกติ
5. Permanent atrial fibrillation เป็น atrial fibrillation ที่ไม่สามารถรักษาให้กลับมาเต้นเป็นปกติได้ด้วยวิธีการต่างๆ หรือ เป็น atrial fibrillation ที่แพทย์และผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะไม่พยายามรักษาให้กลับมาเต้นเป็นปกติ หากแต่จะคุมอัตราเท่านั้น

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุนดังนี้

- 1) ประวัติการวินิจฉัย atrial fibrillation
- 2) การตรวจร่างกายที่สำคัญคือตรวจพบชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ ไม่มีรูปแบบที่ ชัดเจน และไม่มี ความสัมพันธ์ระหว่างการเต้นแต่ละครั้ง (irregularly irregular)
- 3) วิธีการวินิจฉัย AF ทำได้โดยการตรวจ EKG
 - 2.1 P wave มีลักษณะไม่ชัดเจน มีหลายรูปแบบไม่สม่ำเสมอ มักจะสังเกตได้ง่ายใน lead II และ V1
 - 2.2 RR interval ส่วนใหญ่จะไม่สม่ำเสมอ

แนวทางการให้รหัส

1.ในกรณีที่เคยมีประวัติการเกิด AF แต่ไม่พบการตรวจร่างกายหรือ EKG ที่เข้าได้กับ AF ในช่วงเวลาที่ รักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ถ้ามีการรักษา AF ที่เหมาะสมรวมทั้งการให้ยา anticoagulant ให้รหัส I48.0 Paroxysmal atrial fibrillation

2.ในกรณีที่พบการตรวจร่างกายหรือ EKG ที่เข้าได้กับ AF แพทย์ผู้รักษาให้การวินิจฉัย persistent atrial fibrillation และมีการมีการรักษา AF ที่เหมาะสมรวมทั้งการให้ยา anticoagulant ให้รหัส I48.1 Persistent atrial fibrillation

3.ในกรณีที่พบการตรวจร่างกายหรือ EKG ที่เข้าได้กับ AF แพทย์ผู้รักษาให้การวินิจฉัย permanent atrial fibrillation หรือ chronic atrial fibrillation และมีการมีการรักษา AF ที่เหมาะสมรวมทั้งการให้ยา anticoagulant ให้รหัส I48.2 Chronic atrial fibrillation

4.ในกรณีที่พบการตรวจร่างกายหรือ EKG ที่เข้าได้กับ AF fibrillation และมีการมีการรักษา AF ที่เหมาะสมรวมทั้งการให้ยา anticoagulant แพทย์ผู้รักษาให้การวินิจฉัย atrial fibrillation หรือ AF ให้รหัส I48.9 Atrial fibrillation and atrial flutter, unspecified

54. กลุ่มโรค Congestive heart failure (I50.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 192)

- 1) ตรวจร่างกายพบ clinical right ventricular load เช่น ขาบวม, increase jugular venous pressure (JVP)
- 2) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุ right ventricular failure (secondary to left heart failure) หรือ congestive heart failure หรือ biventricular failure
- 3) ต้องมีการดูแลรักษาภาวะ heart failure ที่เหมาะสม

55. กลุ่มโรค Left ventricular failure ,Acute cardiogenic pulmonary oedema (I50.1)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 193)

- 1) ตรวจร่างกายพบ clinical left ventricular heart failure หรือ chest x-ray พบว่า pulmonary congestion
- 2) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุ acute cardiogenic pulmonary oedema, left ventricular heart failure
- 3) ต้องมีการดูแลรักษาภาวะ heart failure ที่เหมาะสม

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีที่ไม่มีการบันทึกการวินิจฉัยที่ระบุรายละเอียดให้รหัส I50.9 Heart failure, unspecified
2. รหัส J81 ใช้เฉพาะกรณี acute non cardiogenic pulmonary (acute oedema of lung) จึงไม่ควรให้ร่วมกับกลุ่ม congestive heart failure (I50.-)
3. เนื่องจาก heart failure เป็นภาวะของอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ในกรณีผู้ป่วยที่ยังได้รับยาต่อเนื่อง หรือมีประวัติ chronic heart failure หรือ ทำ echocardiogram พบผลผิดปกติ เช่น EF ต่ำกว่า 50% หรือ LVEDP สูง เป็นต้น แต่การเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ไม่พบอาการหรืออาการแสดงของ clinical heart failure หรือ chest x-ray ไม่พบ pulmonary congestion จะไม่สามารถสรุปวินิจฉัย congestive heart failure (I50.0) หรือ left ventricular heart failure (I50.1) เป็น โรคร่วมได้

56. กลุ่มโรค Brain stem stroke syndrome (I60-I67 + G46.3*)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 193)

- 1) มีหลักฐานการตรวจร่างกายบ่งชี้ว่าเป็น brain stem syndrome
- 2) ต้องส่งตรวจ CT brain หรือ MRI brain พบว่ามี cerebral Infarction หรือ cerebral haemorrhage หรือปกติ อาจให้รหัสกลุ่ม G46.-* เพื่อความละเอียดของข้อมูลการวินิจฉัยโรค G46.-* vascular syndromes of brain in cerebrovascular diseases (I60-I67+)
- 3) ในกรณีที่สามารถระบุเส้นเลือดที่เป็นสาเหตุได้โดยดูจากประวัติ การตรวจร่างกายที่เข้าได้ neurological criteria ชัดเจน ร่วมกับผลตรวจภาพรังสี CT scan ที่ระบุตำแหน่งได้
- 4) CT brain หรือ MRI brain อาจ negative หรือเป็น old lesion ที่ไม่เกี่ยวกับอาการนี้ก็ได้

57. กลุ่มโรค Cerebral haemorrhage (I61.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ต้องมีผล CT brain หรือ MRI brain พบว่ามี cerebral haemorrhage
- 2) กรณีไม่มีผล CT brain แต่พบผู้ป่วย cerebrovascular accident (CVA) ที่มีอาการแสดงของการเพิ่มความดันในโพรงสมองอย่างรวดเร็วภายใน 6 ชั่วโมง เช่น coma, decerebration, decortication มีขนาด pupil ไม่เท่ากันและไม่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุบาดเจ็บทางสมอง แพทย์วินิจฉัยเป็น cerebrovascular accident (CVA) ให้รหัส I64 Stroke, not specified as haemorrhage or infarction เพราะอาการข้างต้น อาจเกิดจาก massive cerebral infarction และอื่นๆ

58. กลุ่มโรค Cerebral infarction (I63.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 193)

- 1) อาการและอาการแสดงเข้าได้กับโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
- 2) ต้องมีการส่งตรวจ CT brain หรือ MRI brain ซึ่งอาจมีผลปกติได้ ภายใน 24 ชั่วโมง
- 3) ถ้าไม่มีการส่งตรวจ CT brain หรือ MRI brain สรุปวินิจฉัยได้เพียง stroke ให้รหัส I64 Stroke, not specified as haemorrhage or infarction

59. กลุ่มโรค Old cerebrovascular accident (I69.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 194)

- 1) มีประวัติ cerebrovascular accident (CVA) และการตรวจร่างกายพบความผิดปกติทางระบบประสาทหลงเหลืออยู่ โดยให้วินิจฉัยความผิดปกติทางประสาทเป็นโรคหลักและให้วินิจฉัย sequelae of cerebrovascular disease เป็นโรคร่วม
- 2) กรณีไม่พบภาวะของ cerebrovascular accident (CVA) หลงเหลืออยู่หรือไม่มีผลการตรวจร่างกายให้วินิจฉัยและให้รหัสว่ามีประวัติเป็นโรคนี้ Z86.7 Personal history of disease of the circulatory system

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีตรวจสอบพบว่ามีประวัติการให้รหัส I69.- Sequelae of cerebrovascular disease ร่วมกับ I63.-Cerebral infarction ผู้ตรวจสอบต้องทบทวนว่ามีภาวะดังกล่าวในตำแหน่งอื่นๆหรือไม่ สำหรับการวินิจฉัยร่วมกับภาวะ transformation haemorrhage (กลุ่มรหัส I61.- Intracerebral haemorrhage) จะต้องมีการตรวจ CT scan เข้าเพื่อการติดตามผล

2. กรณีที่มีการบันทึกประวัติ bed ridden โดยไม่มีการตรวจ neuro deficit อื่นๆร่วมด้วย จะให้ถือว่า bed ridden เป็นอาการแสดงของ neuro deficit

60. กลุ่มโรค Influenza (J10.- - J11.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 204)

- 1) มีประวัติไข้สูง ต่อมาไข้มักจะลดลงภายใน 2-5 วัน
- 2) มีอาการทางระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย
- 3) มีอาการปวดกล้ามเนื้ออย่างเฉียบพลัน โดยเฉพาะที่ขา และหลังส่วนล่าง
- 4) ต้องมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ viral study ยืนยัน กรณีการแยกชนิดเป็น A B C H1N1 หรือ avian influenza

แนวทางการให้รหัส

ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่าตรวจพบ avian influenza virus ให้รหัส J09 Influenza due to identified avian influenza virus ถ้าตรวจพบเชื้อไวรัสอื่น ให้รหัสในกลุ่ม J10.- Influenza due to other identified influenza virus และถ้าไม่ได้ตรวจหรือตรวจไม่พบเชื้อไวรัส ให้รหัสในกลุ่ม J11.- Influenza, virus not identified

61. กลุ่มโรค Pneumonia (J12.- - J18.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 204)

- 1) ใช้เงื่อนไขตาม คือ
 - 1.1 Symptoms and signs of lower respiratory tract infection มีไข้สูงกว่า 38.3 องศาเซลเซียส และไอ มีเสมหะ อาจพบอาการร่วมอื่นๆ ดังนี้ dyspnea, pleuritic chest pain, consolidation or crackles
 - 1.2 Acute onset (duration น้อยกว่า 2 สัปดาห์)
 - 1.3 ผล film พบมี new pulmonary infiltration
- 2) กรณีผล film ปกติตอนแรกรับ
 - 2.1 ต้องมีบันทึกของแพทย์ว่าเป็น pneumonia
 - 2.2 ต่อมา มี clinical และการตรวจร่างกายที่ชัดเจนระบุถึงความผิดปกติว่าเป็น pneumonia
 - 2.3 หรือ film follow up ต่อมา ผิดปกติ

แนวทางการให้รหัส

1. การวินิจฉัย bacterial pneumonia ต้องมีข้อมูลสนับสนุนโดยตรวจหาเชื้อโดยการย้อมเสมหะด้วยสีกกรัม ถ้าพบเชื้อแบคทีเรียจากการย้อมสีกกรัมในเสมหะที่เก็บถูกต้อง (true sputum) คือ พบเม็ดเลือดขาวและแบคทีเรียจำนวนมากพอ (ระดับ moderate ขึ้นไป) หรือพบแบคทีเรียภายในเซลล์เม็ดเลือดขาว
2. กรณีที่ตรวจไม่พบเชื้อแบคทีเรียจากการย้อมสีกกรัมหรือการเพาะเชื้อ หรือไม่ได้ตรวจ ต้องมีบันทึกแพทย์วินิจฉัย pneumonia ตามลักษณะที่พบในภาพรังสีทรวงอก เช่น bronchopneumonia หรือ lobar pneumonia
3. ในกรณีที่เพาะเชื้อขึ้นหลายชนิด แพทย์ต้องบันทึกคำวินิจฉัยว่าเชื้อชนิดใดเป็นต้นเหตุที่แท้จริง โดยพิจารณาจากการดำเนินโรคและการตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่ให้เชื้อบางชนิดที่ผล positive อาจไม่ใช่เชื้อที่ทำให้เกิดโรค แต่เป็นภาวะที่เรียกว่า colonization หรือ contamination
4. กรณีทั้งการวินิจฉัยว่าเป็น hospital acquired pneumonia หรือ ventilator associated pneumonia ให้เพิ่มรหัสสาเหตุภายนอก คือ Y95 Nosocomial condition ร่วมด้วย
5. กรณีที่มีแพทย์ผู้รักษาสรุ้ในคำวินิจฉัยว่าเชื้อต้นเหตุของ pneumonia นั้นเชื้อมียาให้เพิ่มรหัสจากกลุ่ม U82.- Resistance to betalactam antibiotics, U83.- Resistance to other antibiotics หรือ U84.- Resistance to other antimicrobial ร่วมด้วย

62. กลุ่มโรค Acute bronchitis (J20.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 205)

- 1) ประวัติ ไอเด่นชัด อาจมีเสมหะ และอาจมีไข้โดยไม่เกิดจาก upper respiratory tract infection
- 2) ตรวจร่างกายอาจฟังได้ crepitation

63. กลุ่มโรค Chronic obstructive pulmonary disease : COPD (J44.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 207)

- 1) ผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะ หอบเหนื่อยขณะออกกำลังกาย โดยมีอาการเป็นเดือนหรือเป็นปี และมีการกำเริบ (exacerbation) เป็นระยะ ต่อมาความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง จนทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้
- 2) ตรวจร่างกายฟังได้ wheezing ทรวงอกมีลักษณะ barrel chest มีการใช้ accessory muscles ช่วยหายใจ
- 3) ยืนยันการวินิจฉัยด้วยภาพรังสีทรวงอก พบลักษณะของ emphysema และหรือ chronic bronchitis และหรือ ตรวจ pulmonary function พบลักษณะ airflow obstruction โดยมีการลดลงของ FEV1 ทำให้อัตราส่วน FEV1/FVC ลดต่ำกว่าร้อยละ 70

แนวทางการให้รหัส

1. กรณี caseเก่า ถ้าแพทย์เขียนประวัติ known case COPD ต้องมีข้อมูลในเวชระเบียน ว่าเคยมีการดูแลรักษามาต่อเนื่อง หรือ มีผลการตรวจ investigation ที่ยืนยันการวินิจฉัย COPD เช่น chest x-ray หรือ spirometry

2. กรณี case ใหม่ ควรมี spirometry ประกอบการวินิจฉัย

2.1.ถ้าผู้ตรวจสอบ สรุปคำวินิจฉัยว่า chronic obstructive pulmonary disease with acute bronchitis ให้รหัส J44.0 Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection เพียงรหัสเดียว

2.2.ถ้าผู้ตรวจสอบ สรุปคำวินิจฉัยว่า chronic obstructive pulmonary disease with pneumonia ให้รหัส J44.0 Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection เป็นวินิจฉัยโรคหลักและให้รหัสตามชนิดของ pneumonia เป็นวินิจฉัยโรคร่วม

2.3.ถ้าผู้ตรวจสอบสรุปคำวินิจฉัยว่า chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation ให้รหัส J44.1 Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified เพียงรหัสเดียว

2.4 ถ้าแพทย์เจ้าของไข้สรุปวินิจฉัยว่า chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation ร่วมกับ acute bronchitis ผู้ตรวจสอบควรตรวจสอบข้อมูลและสรุปการวินิจฉัยว่าเป็น chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation (J44.1) เป็นโรคหลัก และไม่ต้องวินิจฉัย acute bronchitis (J20.9) เป็นวินิจฉัยโรคร่วม

2.5 ถ้าวินิจฉัยว่า chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation ร่วมกับ pneumonia ให้รหัส J44.0 Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified เป็นการวินิจฉัยโรคหลักและให้รหัสตามชนิดของ pneumonia เป็นวินิจฉัยโรคร่วมโดยไม่ต้องให้รหัส acute exacerbation

2.6 ถ้าวินิจฉัยว่า chronic obstructive pulmonary disease โดยไม่ระบุรายละเอียดให้รหัส J44.9 Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified

64. กลุ่มโรค Bronchiectasis (J47)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 208)

- 1) มีประวัติ chronic productive cough (ระยะเวลาของ chronic productive cough คือตั้งแต่ 3 สัปดาห์เป็นต้นไป) ร่วมกับตรวจร่างกายพบว่ามีลักษณะของ airway disease เช่น crepitation และหรือ rhonchi อาจตรวจพบ clubbing of fingers
- 2) ต้องมี chest film พบลักษณะที่เข้าได้กับ bronchiectasis หรือมีผลการตรวจ high resolution CT (HRCT) chest

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีผู้ป่วยเก่าแพทย์เขียนประวัติ known case bronchiectasis ต้องมีข้อมูลในเวชระเบียนว่าเคยมีการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือมีผล chest x-ray ยืนยัน
2. ถ้ารับผู้ป่วย bronchiectasis ไว้รักษาด้วยอาการไอเป็นเลือดมากกว่า 600 มิลลิกรัมใน 24 ชั่วโมง แพทย์ควรวินิจฉัยว่า bronchiectasis with massive haemoptysis ให้รหัส J47 Bronchiectasis ให้เพิ่มรหัส R04.2 Haemoptysis เพื่อแสดงความรุนแรงของโรค

65. กลุ่มโรค Pulmonary edema (J81)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 212)

- 1) ผล chest x-ray มี bilateral (bat wing) infiltration หรือมี congestion ร่วมกับ clinical signs and symptoms พบมีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ
- 2) กรณีไม่มีภาวะบวมหรือไม่มี heart failure ร่วมด้วย ให้เป็น acute pulmonary edema of lung (J81 Pulmonary oedema)
- 3) กรณีที่มีภาวะบวมหรือมี heart failure ร่วมด้วย ให้รหัสกลุ่ม I50.- Heart failure โดยไม่ต้องให้รหัส J81 Pulmonary oedema

66. กลุ่มโรค Pleural effusion (J90-J91*)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 213)

- 1) มีอาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้า
- 2) ตรวจร่างกายพบว่า เคาะที่บริเวณปอด vocal resonance ลดลง ท่อลมถูกดันไปด้านตรงข้าม
- 3) ยืนยันการวินิจฉัยจากภาพรังสีทรวงอก หรืออาจยืนยันโดยการเจาะเยื่อหุ้มปอดพบน้ำ

แนวทางการให้รหัส

1.กรณีทราบสาเหตุให้ใช้รหัสของสาเหตุนั้นเป็นการวินิจฉัยหลักและให้รหัส J91* Pleural effusion in conditions classified elsewhere เป็นการวินิจฉัยร่วม ยกเว้น

1.1 Pleural effusion ที่เกิดจาก metastatic carcinoma ให้ใช้รหัส C78.2 Secondary malignant neoplasm of pleura

1.2 Pleural effusion ที่เกิดจากวัณโรค ให้ใช้รหัส A15.6 Tuberculous pleurisy, confirmed bacteriologically and histologically หรือรหัส A16.5 Tuberculous pleurisy, without mention of bacteriological or histological confirmation

2. กรณีไม่ทราบสาเหตุให้รหัส J90 Pleural effusion, not elsewhere classified

67. กลุ่มโรค Acute respiratory failure (J96.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 214)

- 1) มีอาการทางสมอง เช่น ซึม ปวดและเวียนศีรษะ หมดสติ ชัก ตรวจพบมีลักษณะเขียวบริเวณริมฝีปากปลายมือปลายเท้า และ
- 2) มีระดับแรงดันออกซิเจน (PaO_2) ลดลงต่ำกว่า 55 มิลลิเมตรปรอท และหรือระดับแรงดันคาร์บอนไดออกไซด์ (PaCO_2) สูงกว่า 45 มิลลิเมตรปรอท กรณีที่ไม่มีผล arterial blood gas อาจใช้ $\text{SpO}_2 < 90\%$ แทน และ
- 3) ต้องได้รับการรักษาโดย invasive ventilator หรือ artificial airway with mechanical ventilatory support หรือมีการบีบ ambu bag กรณี refer
- 4) กรณีที่มีการรับส่งต่อมาเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการใส่ endotracheal tube และหรือใส่เครื่องช่วยหายใจมาก่อน สามารถวินิจฉัยภาวะนี้ได้พยายาม wean off เครื่องช่วยหายใจแต่ไม่สำเร็จ ในระยะเวลา 2-3 วัน โดยต้องพบบันทึกของแพทย์ในการ wean off เครื่องช่วยหายใจ

แนวทางการให้รหัส

1.รหัสโรคของ ICD 10 2016 การวินิจฉัย acute respiratory failure (J96.0) ต้องระบุชนิดว่าเป็น hypoxic type (J96.01) หรือ hypercapic type (J96.02)

2.กรณีที่หลังผ่าตัดออกจากห้อง recovery room แล้วผู้ป่วยยังมีปัญหาการหายใจหลังการผ่าตัด ซึ่งยังต้องมีความจำเป็นใช้ artificial airway with mechanical ventilatory support ให้สรุปการวินิจฉัยดังนี้

2.1.กรณีทำผ่าตัดที่ทรวงอก acute pulmonary insufficiency following thoracic surgery (J95.1)

2.2.กรณีที่ผ่าตัดอื่นๆ ให้สรุปการวินิจฉัย acute pulmonary insufficiency following nonthoracic surgery (J95.2)

68. กลุ่มโรค Gastritis และ Duodenitis (K29.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 227)

- 1) ถ้าแพทย์บันทึกการวินิจฉัย gastritis และ duodenitis ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจโดยการทำ endoscopy ถ้าไม่ได้ทำ endoscopy และผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้องส่วนบน ให้สรุปเป็น dyspepsia (R10.1)
- 2) ถ้าผู้ป่วยมาด้วยอาการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร และไม่ได้ทำ endoscopy ผู้ตรวจสอบควรสรุปวินิจฉัยได้ว่าเป็น haematemesis (K92.0) หรือ melaena (K92.1) หรือ gastrointestinal haemorrhage หรือ haematochezia (K92.2)
- 3) การแยกชนิดของ chronic gastritis ต้องอาศัยผลการตรวจทางพยาธิวิทยา แยกออกเป็น chronic superficial gastritis (K29.3) และ chronic atrophic gastritis (K29.4) หากไม่มีผลการตรวจทางพยาธิสภาพสรุปได้เพียง chronic gastritis, unspecified (K29.5)
- 4) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น portal hypertensive gastropathy ด้วย ให้ใช้รหัส K29.6 Other gastritis เป็นการวินิจฉัยโรคหลัก K74.6 Cirrhosis หรือ K76.6 Portal hypertension เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม

แนวทางการให้รหัส

ถ้าผลการทำ endoscopy พบเป็น erosion gastritis ให้สรุปและให้รหัส acute gastritis (K29.0)

69. กลุ่มโรค Functional dyspepsia (K30)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก Rome III diagnostic criteria for functional dyspepsis)

- 1) มีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ (epigastrium) มีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน และมีอาการเริ่มต้นเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 เดือนก่อนการวินิจฉัย อาจมีอาการ จุกแน่นท้องหรือแสบร้อนบริเวณลิ้นปี่ จุกแน่นท้องหลังมีอาหาร อิ่มเร็วกว่าปกติ คลื่นไส้ อาเจียน
- 2) ต้องไม่พบหลักฐานบ่งบอกโรคทางกายภาพ (structural disease) โดยการที่ไม่พบความผิดปกติจากตรวจเพิ่มเติมตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น endoscopy หรือการตรวจการติดเชื้อ H. pylori หรือการตรวจ GI motility เป็นต้น

แนวทางการให้รหัส

กรณีที่มีอาการปวดท้องและได้รับการวินิจฉัย dyspepsia แต่ไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยข้างต้น ให้สรุปโรคและให้รหัสตามอาการ เช่น epigastric pain (R10.1), heartburn (R12), flatulence and related conditions หรือ abdominal distension (gaseous) (R14)

70. กลุ่มโรค Hepatic encephalopathy (K72.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 236)

- 1) ผู้ป่วยมีภาวะ alteration of consciousness หรือ flapping tremor
- 2) มี signs and symptoms of chronic liver disease โดยมีผล LFT สนับสนุน
- 3) อาจพบว่ามี precipitating causes
- 4) ตอบสนองต่อการรักษา ของ hepatic encephalopathy หรือเสียชีวิต

71. กลุ่มโรค Cirrhosis of liver (K74.6)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 237)

- 1) พิจารณา clinical เป็นหลัก โดยการตรวจร่างกายจะพบอาการที่เกิดจากการสูญเสียการทำงานของตับหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ (ในการพิจารณาควรมีหลักฐานบันทึกมากกว่า 3 อย่างขึ้นไป ถ้ามีน้อยกว่า 3 อย่าง ควรมีผล LFT หรือผล diagnostic imaging ประกอบ)
 - 1.1 Jaundice
 - 1.2 Spider nevi
 - 1.3 Palmar erythema
 - 1.4 Gynecomastia, testicular atrophy, decrease of libido

- 1.5 Parotid enlargement
 - 1.6 Evidence of portal hypertension เช่น caput medusa ,haemorrhoids (รวมถึงอาจเคยทำ endoscopy พบ esophageal หรือ gastric varices)
 - 1.7 ตับเล็ก ม้ามโต
 - 1.8 จำเลือด
 - 1.9 Edema, ascites
 - 1.10 Feter hepaticus, flapping tremor
 - 2) กรณีพบอาการดังกล่าวข้างต้นน้อยกว่า 3 อย่างต้องมีผล LFT ผิดปกติ เช่น biochemical testing พบว่า มี hypoalbuminaemia, reverse A/G ratio, prolong PT เป็นต้น
 - 3) อาจมีผล U/S liver หรือ MRI หรือ CT หรือ direct visualization evidence พบ small sized liver และหรือ hypertrophy of caudate lobe ± splenomegaly ± portal hypertension ± ascites
 - 4) อาจมีผล pathology ยืนยันการวินิจฉัย
- แนวทางการให้รหัส

1. กรณีแพทย์บันทึกคำวินิจฉัย alcoholic cirrhosis of liver ต้องพิจารณาจากข้อมูลเบื้องต้นร่วมกับมีประวัติดื่มสุราเป็นประจำและต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน
2. กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ ascites ด้วยไม่ต้องให้รหัส R18 Ascites เพิ่ม เนื่องจากเป็น sign & symptom ของโรคนี้อยู่แล้ว ยกเว้น มีการทำหัตถการ abdominal paracentesis
3. กรณีผู้ป่วยมีภาวะ coagulopathy และเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ มีภาวะเลือดออกผิดปกติ จากการสร้าง coagulation factor จากตับน้อยลง ทำให้ prothrombin time ยาวขึ้น จำเป็นต้องรักษาโดยให้ coagulation factor ผู้ตรวจสอบ สรุปการวินิจฉัยเป็น acquired coagulation factor deficiency (D68.4)

72. กลุ่มโรค Chronic pancreatitis (K86.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 241)

- 1) มีประวัติปวดท้องและท้องเดินเรื้อรัง อาจพบโรคเบาหวานร่วมด้วย
- 2) ตรวจพบ pancreatic calcification หรือ dilatation of pancreatic duct จากการตรวจทางรังสี
- 3) ควรระบุสาเหตุของโรค เช่น สุรา เป็นต้น

73. กลุ่มอาการ Extrarenal azotemia, Acute kidney injury (prerenal)(R39.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM standard coding guideline 2017 หน้า 289)

- 1) ภาวะที่มีการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว โดยตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า BUN : creatinine ratio มากกว่าหรือเท่ากับ 20 : 1, Urine specific gravity มากกว่า 1.018
- 2) การทำงานของไตดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 1-2 วัน เมื่อแก้ไขสาเหตุได้
- 3) อาจตรวจพบสาเหตุร่วมด้วยได้ เช่น hypovolaemia ภาวะช็อก เป็นต้น โดยให้วินิจฉัยสาเหตุเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และให้ภาวะ extrarenal azotemia (R39.2) วินิจฉัยโรคร่วม

74. กลุ่มโรค Acute renal failure (Acute Kidney Injury) (N17.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM standard coding guideline 2017 หน้า 289, KDIGO 2012 AKI)

- 1) มีการเพิ่มของ creatinine เพิ่มมากกว่าค่าพื้นฐาน 0.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรภายใน 48 ชั่วโมงหรืออย่างน้อยร้อยละ 50 ของค่าพื้นฐาน (1.5 เท่าของค่าพื้นฐาน) ภายใน 1 สัปดาห์ หรือ
- 2) ส่วนใหญ่มีปัสสาวะลดน้อยลงต่ำกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง นานกว่า 6 ชั่วโมง

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีแพทย์บันทึกการวินิจฉัยว่า acute kidney injury (AKI) ตรวจสอบว่ารายละเอียดเข้ากับ prerenal azotemia (R39.2) หรือ acute renal failure (N17.9)

2. ภาวะ acute renal failure ที่การทำงานของไตลดลงติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ และไม่พบสาเหตุอื่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการ volume overload อาการ uremia และความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ เช่น hyponatremia, hyperkalemia, metabolic acidosis และส่วนใหญ่การทำงานของไตจะกลับมามีขึ้นภายใน 1-2 สัปดาห์ ให้วินิจฉัย acute renal failure with tubular necrosis (N17.0)

3. ภาวะไตวายเฉียบพลันที่มีอาการรุนแรง การทำงานของไตเสียไปเป็นระยะเวลานานเกิน 2 สัปดาห์ จึงจะกลับมาเป็นปกติหรือกลายเป็นภาวะไตวายเรื้อรัง นี้ถึงภาวะ acute renal failure with acute cortical necrosis (N17.1)

4. ภาวะไตวายเฉียบพลันที่ตรวจพบว่ามีเนื้อเยื่อออกมาในปัสสาวะและพบเป็นลักษณะจำเพาะจากการทำ Intravenous pyelogram (IVP) นี้ถึงภาวะ acute renal failure with medullary necrosis (papillary necrosis) (N17.2)

5. การจะให้รหัสในกลุ่ม N17.- Acute renal failure ตามชนิดของภาวะไต

- Prerenal azotemia (R39.2)
- Congenital renal failure (P96.0)
- Drug and heavy-metal-induce tubule-interstitial and tubular condition (N14.-)
- Haemolytic-uremic syndrome (D59.3)

- Hepatorenal syndrome (K76.7)
- Renal failure complicating abortion and puerperium (O00-O07.O08.4,O09.4)
- Postprocedure renal failure (N99.0)
- Cardiorenal syndrome (N17.9)
- Post renal obstruction (N17.8 + N13.-)

ถ้าพบว่าแพทย์วินิจฉัยข้างต้น ให้ใช้รหัสในวงเล็บโดยไม่ต้องให้รหัส N17.- Acute renal failure

75. กลุ่มโรค Acute on top chronic renal failure (N17.- + N18.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติ chronic renal failure
- 2) มีการเพิ่มของ creatinine เพิ่มมากกว่าค่าพื้นฐาน 0.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ภายใน 48 ชั่วโมง หรืออย่างน้อยร้อยละ 50 ของค่าพื้นฐานภายใน 1 สัปดาห์ หรือส่วนใหญ่มีปัสสาวะลดน้อยลงต่ำกว่า 0.5 มิลลิตรต่อชั่วโมง นานกว่า 6 ชั่วโมง
- 3) ให้การวินิจฉัยโรคหลักเป็น acute renal failure, unspecified (N17.9) และการวินิจฉัยโรคร่วมเป็น chronic kidney disease, unspecified (N18.9) แต่ถ้า acute renal failure มีสาเหตุที่จำเพาะมากกว่าให้เลือกสาเหตุนั้นๆ เป็นการวินิจฉัยโรคหลัก

แนวทางการให้รหัส

ผู้ตรวจสอบไม่ควรสรุป acute on top chronic renal failure ในกรณี chronic renal failure stage 5 ควรสรุปเพียง chronic renal failure stage 5 หรือ end stage renal disease (ESRD) (N18.5)

76. กลุ่มโรค Chronic renal failure (Chronic Kidney Disease) (N18.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM standard coding guideline 2017 หน้า 290)

- 1) ผู้ป่วยมีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจมีอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate หรือ eGFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้
 - 1.1 ภาวะไตผิดปกติ หมายถึง มีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) มีค่า albumin excretion rate (AER) มากกว่า 30 มิลลิกรัมภายใน 24 ชั่วโมง หรือ albumin-to-creatinine ratio มากกว่า 30 มิลลิกรัมต่อกรัม
 - ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (haematuria)
 - มีความผิดปกติของเกลือแร่ (electrolyte) ที่เกิดจากท่อไตผิดปกติ
 - 1.2 ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา
 - 1.3 ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างหรือพยาธิสภาพ
 - 1.4 มีประวัติได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

- 2) ผู้ป่วยมี eGFR น้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ1.73 ตารางเมตร ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยอาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีภาวะไตผิดปกติก็ได้ โดยแบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้

Stage	Glomerular filtration rate (มิลลิลิตร/นาที/1.73 เมตร ²)
1	≥ 90
2	60 - 89
3	30 - 59
4	15 - 29
5 (ESRD)	< 15

วิธีคำนวณค่า eGFR

สูตร CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) เป็นสูตรใหม่และใช้เป็นมาตรฐานสากล (ในกรณีที่มีอายุมากกว่า 18 ปี)

$$GFR = 141 \times \min(Scr/K, 1)^{\alpha} \times \max(Scr/K, 1)^{-1.209} \times 0.993^{Age} \times 1.018 [\text{if female}] \times 1.159 [\text{if black}]$$

Scr : ค่าCreatinine ใน serum (mg/dl)

Age : อายุ เป็น ปี

ผู้ป่วย chronic renal failure มาด้วยอาการ หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติได้มากมาย ไม่จำเป็นต้องลงรหัสอาการเหล่านั้น ยกเว้นที่กำหนดเฉพาะไว้ ได้แก่

- 1) Fluid overload (E87.7)
- 2) Uremic encephalopathy (G92)
- 3) Hyperkalaemia (E87.5) ที่มีอาการรุนแรง ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เข้าได้กับ hyperkalaemia ซึ่งต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร่งด่วน

นอกจากภาวะในข้อ 1-3 ข้างต้น ถ้าผู้ป่วย chronic renal failure มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น hyponatraemia, hyperkalaemia ที่ไม่มีการตรวจ EKG , metabolic acidosis, hypocalcaemia, hyperphosphataemia hyperuricaemia ไม่ต้องสรุปความผิดปกติดังกล่าวเป็นการวินิจฉัยโรคร่วม

แนวทางการให้รหัส

1.การให้รหัส chronic renal failure ที่มีภาวะ fluid overload ให้ N18.9 Chronic renal failure เป็นวินิจฉัยโรคหลักให้ fluid overload (E87.7) เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม เนื่องจาก chronic renal failure เป็นชื่อโรคส่วน fluid overload เป็นอาการของโรค

2. ถ้ามีโรคหัวใจอยู่เดิมและมีภาวะ congestive heart failure (I50.0) แล้วไม่ต้องสรุป fluid overload (E87.7) เป็นวินิจฉัยร่วม

3. กรณีผู้ป่วยเก่าต้องมีบันทึกผล serum creatinine หรือ eGFR อย่างน้อย 1 ครั้ง

77. กลุ่มโรค Urinary tract infection (N39.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 241)

- 1) การติดเชื้อในส่วนใดส่วนหนึ่งของทางเดินปัสสาวะ
- 2) พบเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะที่ปั่นแล้วมากกว่า 5 เซลล์/HPF ในผู้ชาย มากกว่า 10 เซลล์/HPF ในผู้หญิง ตรวจพบแบคทีเรียในปัสสาวะที่ไม่ปั่นอย่างน้อย 1 เซลล์/HPF แต่ถ้าปั่นต้องพบจำนวน moderate (3+ ขึ้นไป)
- 3) อาจยืนยันการวินิจฉัยโดยผลการเพาะเชื้อจากปัสสาวะพบแบคทีเรียมากกว่าหรือเท่ากับ 10^5 โคโลนีต่อมิลลิลิตร

แนวทางการให้รหัส

1. Acute pyelonephritis (N10) ต้องพบอาการมีไข้สูงหนาวสั่น (อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38.0 องศาเซลเซียสหรือต่ำกว่า 36.0 องศาเซลเซียส) โดยไม่มีไข้จากสาเหตุอื่น อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือ กดเจ็บบริเวณ costovertebral angle ร่วมด้วยได้ ร่วมกับอาการของ urinary tract infection ข้อ 2) และ หรือข้อ 3)
2. Acute cystitis (N30.0) ต้องพบอาการปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย แต่ปริมาณไม่มาก อาจมีอาการปวดบริเวณเหนือหัวเข่าร่วมกับอาการของ urinary tract infection ข้อ 2) และหรือข้อ 3)

78. กลุ่มโรค Shock (R57.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM standard coding guideline 2017 หน้า 289)

- 1) มีความดันโลหิต mean arterial pressure ต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตเดิมปกติ หรือมีความดันโลหิต systolic ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือลดลงมากกว่าเดิม 40 มิลลิเมตรปรอท (ในเด็กใช้เกณฑ์ความดันโลหิตตามอายุเด็ก) และ
- 2) มีอาการของ poor tissue perfusion ในอวัยวะต่างๆ เช่น มือเท้าเย็น เหงื่อแตก หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ปัสสาวะน้อย capillary refill time ยาวขึ้น จนถึงมีอาการซึม

แนวทางการให้รหัส

การสรุปการวินิจฉัยกลุ่ม shock (R57.-) การสรุปวินิจฉัยต้องจำแนกการสรุปให้เฉพาะเจาะจง ภาวะ shock ดังต่อไปนี้

1. Anaphylactic shock จากการแพ้อาหารให้สรุปการวินิจฉัย anaphylactic shock due to adverse food reaction (T78.0)
2. Anaphylactic shock จากการแพ้ serum ให้สรุปการวินิจฉัย anaphylactic shock due to serum (T80.5)
3. Anaphylactic shock ไม่ระบุรายละเอียด ให้สรุปการวินิจฉัย anaphylactic shock (T78.2)

4. Anaphylactic shock ที่เกิดจากยาที่แพทย์สั่งให้การรักษา ให้สรุปการวินิจฉัย anaphylactic shock (T88.6)
5. Anesthetic shock จากการระงับความรู้สึก ให้สรุปการวินิจฉัย shock due to anesthesia (T88.2)
6. Shock จากภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดหลังจากการแท้ง การตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก ให้สรุปการวินิจฉัย shock complicating or following abortion or ectopic or molar pregnancy (O08.3)
7. Shock จากกระแสไฟฟ้า ให้สรุปการวินิจฉัย electric shock (T75.4)
8. Shock จากฟ้าผ่าให้สรุปการวินิจฉัย lightning shock (T75.0)
9. Shock ระหว่างหรือหลังการเจ็บครรภ์หรือการคลอดให้สรุปการวินิจฉัย obstetric shock (O75.1)
10. Shock หลังผ่าตัด ให้สรุปการวินิจฉัย postoperative shock (T81.1)
11. Shock สาเหตุทางจิตใจ ให้สรุปการวินิจฉัย psychic shock (F43.0)
12. Shock เพราะบาดเจ็บ ให้สรุปการวินิจฉัย traumatic shock (T79.4)
13. Toxic shock ให้สรุปการวินิจฉัย toxic shock syndrome (A48.3)

79. กลุ่มอาการ Cardiogenic shock (R57.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 360)

- 1) มี clinical shock ตามเกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มโรค shock (R57.-)
- 2) หลักฐานว่ามีโรคหัวใจ ไม่ว่าจะเป็นเยื่อหุ้มหัวใจ ลิ้นหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ ระบบไฟฟ้าหัวใจ
 - 2.1 อาจมี central venous pressure มากกว่า 15 เซนติเมตรน้ำ
 - 2.2 อาจยืนยันโดยการวินิจฉัยโดยวัด cardiac index ได้น้อยกว่า 2.2 ลิตรต่อนาทีต่อตารางเมตร และมี pulmonary capillary wedge pressure มากกว่า 18 มิลลิเมตรปรอท
- 3) มีการรักษาที่เหมาะสม

แนวทางการให้รหัส

ไม่ควรสรุป cardiogenic shock เป็นการวินิจฉัยโรคหลัก ถ้ารู้สาเหตุของการเกิดภาวะ cardiogenic shock

80. กลุ่มโรค Hypovolaemic shock (R57.1)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 360)

- 1) มี clinical ของ shock ตามเกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มโรค shock (R57.-)
- 2) มีประวัติ volume loss หรือ blood loss หรือ poor intake ชัดเจน
- 3) ในกรณีที่ไม่ได้เกิดจากการเสียเลือด ตรวจร่างกายจะพบอาการแสดงของภาวะ dehydration เช่น ปากแห้ง poor skin turgor
- 4) อาจยืนยันการวินิจฉัยโดยวัด central venous pressure.น้อยกว่า 15 เซนติเมตรน้ำ
- 5) ตอบสนองต่อการรักษา replace IV fluid ในปริมาณที่เหมาะสม เช่น การได้รับสารน้ำ 2-3 ลิตร ในระยะเวลาอันสั้น เช่น ครึ่ง-2 ชั่วโมง ในกรณีผู้ป่วยเด็กพิจารณาตามน้ำหนักของเด็ก

81. กลุ่มผู้ป่วย Myofascial pain syndrome, Fibromyalgia

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) Myofascial pain syndrome (MPS) หมายถึงกลุ่มอาการปวดร้าว (referred pain) และหรืออาการของระบบประสาทอิสระ (autonomic symptoms) อันเนื่องมาจาก myofascial trigger point(s) (TrP) ของกล้ามเนื้อหรือเยื่อพังผืด โดยจำกัดอยู่บริเวณหนึ่งบริเวณใด (regional pain) ของร่างกาย ถ้าอาการต่างๆ ดำเนินอย่างต่อเนื่องหรือเกิดซ้ำอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน เรียกว่า chronic MPS ให้รหัส M79.8 Other specified soft tissue disorders
- 2) Fibromyalgia (FMS) หมายถึง กลุ่มอาการปวดเรื้อรังบริเวณกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มีรูปแบบการกระจายของอาการทั่วร่างกายเป็นคุณสมบัติพื้นฐาน (chronic widespread pain: universal symptoms) ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะมีอาการร่วม (associated symptoms) ที่พบบ่อยได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ซึมเศร้า วิดกกังวล ความผิดปกติในการนอนหลับ ปวดศีรษะไมเกรน ให้รหัส M79.7 Fibromyalgia

82. กลุ่มกรณีรับ Refer มารักษาต่อ

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณีเป็น medical case เช่น pneumonia sepsis ต้องมาฉีดยาต่อมีการประเมินที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยเป็นโรคนั้นจริง และมารักษาต่อเนื่อง ให้ภาวะนั้นๆ เป็นวินิจัยโรคหลัก
- 2) กรณีเป็น surgical case ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจนภาวะนั้นๆ สิ้นสุดแล้ว แบ่งเป็น
 - 2.1 ถ้ายังต้องมีการดูแล ทำหัตถการอยู่ เช่น ทำแผล ให้สรุปการวินิจัย follow-up care (Z42.- - Z48.-) เป็นวินิจัยโรคหลัก โดยไม่ต้องสรุปการวินิจัยโรคเดิมที่ได้รับการรักษาไปแล้ว
 - 2.2 ถ้าเป็นการพักฟื้น ผู้ป่วยกำลังฟื้นตัวจากการผ่าตัด หรือการบาดเจ็บอาการของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ เพียงแต่ยังไม่หายเป็นปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรักษาให้สรุปการวินิจัย convalescence care (Z54.-) เป็นวินิจัยโรคหลัก โดยไม่ต้องสรุปการวินิจัยโรคเดิมที่ได้รับการรักษาไปแล้ว
 - 2.3 ถ้าแพทย์วินิจัยว่ารับผู้ป่วยไว้เพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาเดิมที่เคยได้รับไม่ถึงว่าเป็นการรับไว้เพื่อพักฟื้น ให้แพทย์สรุปภาวะแทรกซ้อนที่รับไว้รักษาเป็นการวินิจัยโรคหลัก โดยไม่ต้องวินิจัยโรคเดิมที่ได้รับการรักษาไปแล้ว

83. กลุ่มผู้ป่วย Refer back หรือ admit เพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ระบุวัตถุประสงค์ของการรับกลับ refer back หรือ admit ให้ชัดเจนว่าเป็นการ admit เพื่อรักษา acute condition ต่อเนื่อง หรือ admit เพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 2) มีการตรวจร่างกายพบความผิดปกติทางระบบประสาท กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างชัดเจน
- 3) ไม่ควรใช้เป็นการวินิจัยรหัส other physical therapy (Z50.1) ในกรณีผู้ป่วยใน (IP) ทั้งการวินิจัยหลัก วินิจัยร่วมและวินิจัยอื่นๆ จะมีที่ใช้เฉพาะในกรณีผู้ป่วยนอก (OPD) ที่ไม่สามารถสืบค้นการวินิจัยได้

แนวทางการให้รหัส

1. Refer back เพื่อให้การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ (acute condition) ต่อเนื่องเป็นหลัก เช่น cerebral infarction (I63.-) ที่ยังมีการดูแลรักษาภาวะ acute condition อยู่ เช่น การ observe neurological sign, monitor vital sign และหรือ on IV fluid เป็นต้น ในกรณีนี้ให้สรุปวินิจฉัย cerebral infarction เป็นการวินิจฉัยหลัก โดยไม่ต้องสรุปความบกพร่องที่เกิดจากโรค เช่น hemiplegia เป็นการวินิจฉัยร่วม
2. Refer back เพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นหลัก หรือการ admit ผู้ป่วยเก่าที่ยังมีความบกพร่องเหลืออยู่ให้ใช้ความบกพร่องที่รุนแรงที่สุดที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการวินิจฉัยหลัก เช่น hemiplegia, paraplegia หรือ neurogenic bladder เป็นต้น โดยสรุป sequelae of -เป็นการวินิจฉัยร่วม เช่น I69.-Sequelae of cerebrovascular disease, T91.3 Sequelae of injury of spinal cord หรือ T90.-Sequelae of injuries of head
3. Refer back ผู้ป่วย post-fracture เช่น fracture around hip joint หรือ admit ผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังจากที่ผ่านการรักษา acute condition มาแล้วเพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือให้การดูแลรักษาต่อเนื่อง ให้ใช้ Z47.9 Orthopaedic follow-up care, unspecified เป็นการวินิจฉัยหลัก โดยไม่ต้องสรุป fracture around hip joint เป็นการวินิจฉัยร่วม

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสโรคกลุ่มจักษุ)

1. Visual impairment (H54.-)

ในปีพ.ศ.2546 องค์การอนามัยโลก (WHO Consultation on development of standards for characterization of vision loss and visual functioning) ได้กำหนดประเภทของภาวะบกพร่องทางการเห็น (visual impairment : VI) โดยใช้ระดับสายตาที่วัดด้วยตาเปล่าหรือใส่แว่นตาที่มีใช้อยู่ (presenting distance visual acuity) ดังตาราง

Category	Presenting distance visual acuity	
	Worse than	Equal to or better than
Category 0 : Mild or no visual impairment		6/18 3/10 (0.3) 20/70
Category 1 : Moderate visual impairment	6/18 3/10 (0.3) 20/70	6/60 1/10 (0.1) 20/200
Category 2: Severe visual impairment	6/60 1/10 (0.1) 20/200	3/60 1/20 (0.05) 20/400
Category 3 : Blindness	3/60 1/20 (0.05) 20/400	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)
Category 4 : Blindness	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)	Light perception
Category 5 : Blindness	No light perception	
Category 9 :	Undetermined or unspecified	

* Or counts fingers at 1 metre

รหัส H54.- ในหนังสือ ICD-10 version 2016 ที่ประเทศไทยใช้อยู่ประกอบด้วยรหัสดังนี้

H54 Visual impairment including blindness (binocular or monocular)

- H54.0 Blindness, binocular
- H54.1 Severe visual impairment (SVI), binocular
- H54.2 Moderate visual impairment (MVI), binocular
- H54.3 Mild or no visual impairment, binocular
- H54.4 Blindness, monocular
- H54.5 Severe visual impairment (SVI), monocular
- H54.6 Moderate visual impairment (MVI), monocular
- H54.9 Unspecified visual impairment (binocular)

เกณฑ์การวินิจฉัย

ในการวินิจฉัยผู้ป่วยต่อกระจกที่มารับการผ่าตัด แพทย์ควรวินิจฉัยระดับสายตาของผู้ป่วยเป็นการวินิจฉัยร่วมด้วยเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนแก้ปัญหาต่อกระจกตกค้างชนิดบอด (backlog blinding cataract) โดยใช้หลักการวินิจฉัยดังนี้

- ☐ ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดต่อกระจกตาเดียวในการรักษาครั้งนั้น ให้ใช้ระดับสายตาที่วัดด้วยตาเปล่าหรือใส่แว่นตาที่มีใช้อยู่ (presenting distance visual acuity) ของตาข้างที่จะทำผ่าตัด โดยปิดตาอีกข้าง มาใช้กำหนดประเภทของภาวะบกพร่องทางการเห็น (visual impairment) ของตาข้างนั้น ว่าเป็นระดับ blindness หรือ SVI หรือ MVI ตามคำจำกัดความของรหัส H54.4-H54.6 แต่ถ้าระดับสายตานั้นอยู่ในระดับ mild or no visual impairment ให้อนุโลมไปใช้รหัส H54.3 Mild or no visual impairment, binocular
- ☐ ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดต่อกระจกทั้งสองตาในการรักษาครั้งนั้น ให้ใช้ระดับสายตาที่วัดด้วยตาเปล่าหรือใส่แว่นตาที่มีใช้อยู่ (presenting distance visual acuity) ของตาข้างที่ดีกว่า มาใช้กำหนดประเภทของภาวะบกพร่องทางการเห็น (visual impairment) ของผู้ป่วย ว่าเป็นระดับ blindness หรือ SVI หรือ MVI หรือ mild or no Visual impairment ตามคำจำกัดความของรหัส H54.0-H54.3

แนวทางการให้รหัส

ผู้ให้รหัสสามารถใช้ข้อมูลระดับสายตาของผู้ถูกวัดที่มีการบันทึกอยู่ในประวัติ/การตรวจตาในเวชระเบียนของการรับไว้เพื่อการผ่าตัดในครั้งนั้นมากำหนดรหัสได้แม้ว่าแพทย์จะไม่ได้สรุประดับของภาวะบกพร่องทางการเห็นในการสรุปเวชระเบียน

รหัส H54.0-H54.3 ได้กำหนดให้ใช้ระดับสายตาที่วัดด้วยตาเปล่าหรือใส่แว่นตาที่มีใช้อยู่ (presenting distance visual acuity) โดยการให้ผู้ถูกวัดล้มตาทั้งสองข้างเพราะฉะนั้นค่าของระดับสายตาที่ได้จะเป็นค่าของระดับสายตาของตาข้างที่ดีกว่าเสมอ ส่วนระดับสายตาของอีกข้างอาจจะเท่ากับหรือแย่กว่าก็ได้ แต่ในการวัดระดับสายตาที่ปฏิบัติอยู่จะเป็นการวัดทีละข้างโดยการปิดตาอีกข้างไว้ และบันทึกระดับสายตาของตาทั้งสองข้าง ดังนั้นในการใช้รหัส H54.0-H54.3 จึงอนุโลมให้ใช้ระดับสายตาของตาข้างที่ดีกว่ามาเลือกรหัส H54.0-H54.3 ที่เหมาะสม

ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดต่อกระจกตาเดียว ให้ใช้ระดับสายตาข้างที่จะทำผ่าตัดที่วัดด้วยตาเปล่าหรือใส่แว่นตาที่มีใช้อยู่มากำหนดรหัสดังนี้

- นับนิ้วไม่ได้ที่ระยะ 3 เมตรหรือ 10 ฟุต ไปจนถึงไม่เห็นแสง (แย่กว่า 3/60 or 20/400 to no light perception) ให้รหัส H54.4 Blindness, monocular
- อ่านแถวที่ 6/60 หรือ 20/200 ไม่ได้ที่ระยะ 6 เมตร หรือ 20 ฟุต แต่ยังสามารถนับนิ้วได้ที่ระยะ 3 เมตร หรือ 10 ฟุต (แย่กว่า 6/60 or 20/200 to 3/60 or 20/400) ให้รหัส H54.5 Severe visual impairment, monocular

- อ่านแถวที่ 6/18 หรือ 20/70 ไม่ได้ที่ระยะ 6 เมตรหรือ 20 ฟุต แต่ยังสามารถอ่านแถวที่ 6/60 หรือ 20/200 ได้ (แย่กว่า 6/18 or 20/70 to 6/60 or 20/200) ให้รหัส H54.6 Moderate visual impairment, monocular
- อ่านแถวที่ 6/18 หรือ 20/70 หรือดีกว่า ได้ที่ระยะ 6 เมตรหรือ 20 ฟุต ให้รหัส H54.3 Mild or no visual impairment, binocular

ในกรณีที่มีการทำผ่าตัดต่อกระจกทั้งสองตา ให้ใช้ระดับสายตาวัดด้วยตาเปล่าหรือใส่แว่นตาที่มีใช้อยู่ของตาข้างที่ดีกว่ามากำหนดรหัสดังนี้

- นับนิ้วไม่ได้ที่ระยะ 3 เมตรหรือ 10 ฟุต ไปจนถึงไม่เห็นแสง (แย่กว่า 3/60 or 20/400 to no light perception) ให้รหัส H54.0 Blindness, binocular
- อ่านแถวที่ 6/60 หรือ 20/200 ไม่ได้ที่ระยะ 6 เมตร หรือ 20 ฟุต แต่ยังสามารถนับนิ้วได้ที่ระยะ 3 เมตรหรือ 10 ฟุต (แย่กว่า 6/60 or 20/200 to 3/60 or 20/400) ให้รหัส H54.1 Severe visual impairment, binocular
- อ่านแถวที่ 6/18 หรือ 20/70 ไม่ได้ที่ระยะ 6 เมตร หรือ 20 ฟุต แต่ยังสามารถอ่านแถวที่ 6/60 หรือ 20/200 ได้ (แย่กว่า 6/18 or 20/70 to 6/60 or 20/200) ให้รหัส H54.2 Moderate visual impairment, binocular
- อ่านแถวที่ 6/18 หรือ 20/70 หรือดีกว่า ที่ระยะ 6 เมตรหรือ 20 ฟุตได้ ให้รหัส H54.3 Mild or no visual impairment, binocular

ตัวอย่างที่ 1 แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น Senile hypermature cataract ตาขวาและ Senile combined cataract ตาซ้าย มีระดับสายตาวัดได้ดังนี้

VA right eye = hand movement with pinhole not improve

VA left eye = 1/60 or 20/1200 with pinhole not improve

- ☐ ถ้าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดตาขวาเพียงข้างเดียวจะได้รหัสดังนี้
 - การวินิจฉัยหลัก H25.2 Senile hypermature cataract (ตาขวา)
 - การวินิจฉัยร่วม H54.4 Blindness, monocular (VA ตาขวา = hand movement)
- ☐ ถ้าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดทั้งสองตาจะได้รหัสดังนี้
 - การวินิจฉัยหลัก H25.8 Senile combined cataract (ตาซ้าย)
 - การวินิจฉัยร่วม H25.2 Senile hypermature cataract (ตาขวา)
 - H54.0 Blindness, binocular (VA ข้างที่ต่ำกว่า = 1/60 or 20/1200)

หมายเหตุ ให้ใช้ต่อกระจกของตาข้างที่ต่ำกว่าเป็นการวินิจฉัยหลัก และใช้ต่อกระจกของตาข้างที่แย่กว่าเป็นการวินิจฉัยร่วม

ตัวอย่างที่ 2 แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น Senile combined cataract ตาขวาและ Senile nuclear cataract ตาซ้าย มีระดับสายตาวัดได้ดังนี้

VA right eye = 5/60 or 15/200 with pinhole 6/36 or 20/100

VA left eye = 6/36 or 20/100 with pinhole 6/18 or 20/70

- ☐ ถ้าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดตาขวาเพียงข้างเดียวจะได้รหัสดังนี้

การวินิจฉัยหลัก H25.8 Senile combined cataract (ตาขวา)

การวินิจฉัยร่วม H54.5 Severe visual impairment, monocular (VA ตาขวา = 5/60 or 15/200)

- ☐ ถ้าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดทั้งสองตาจะได้รหัสดังนี้

การวินิจฉัยหลัก H25.1 Senile nuclear cataract (ตาซ้าย) (ต้อกระจกของตาข้างที่ดีกว่า)

การวินิจฉัยร่วม H25.8 Senile combined cataract (ตาขวา) (ต้อกระจกของตาข้างที่แยกว่า)

H54.2 Moderate visual impairment, binocular

(VA ข้างที่ดีกว่า = 6/36 or 20/100)

ตัวอย่างที่ 3 แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น Senile posterior subcapsular cataract ตาขวา และ Pseudophakia ตาซ้าย มีระดับสายตาวัดได้ดังนี้

VA right eye = 6/12 or 20/40 with pinhole not improve

VA left eye = 6/9 or 20/30 with pinhole 6/6 or 20/20

- ☐ ผู้ป่วยรายนี้มาผ่าตัดตาขวาจะได้รหัสดังนี้

การวินิจฉัยหลัก H25.0 Senile incipient cataract (ตาขวา)

การวินิจฉัยร่วม H54.3 Mild or no visual impairment, binocular

(VA ตาขวา = 6/12 or 20/40)

หมายเหตุ VA ตาซ้ายอาจเป็น Mild or no visual impairment หรือแยกว่าก็ได้

2. กรณีรักษาโรคต้อหินและต้อกระจกด้วยการผ่าตัด (Combined glaucoma and cataract disorders)

เกณฑ์การวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคต้อหิน และต้อกระจกร่วมกัน เมื่อต้องมารับการผ่าตัดรักษา มีแนวทางในการเลือกโรคหลักดังนี้

- 1) ถ้ามาผ่าตัดต้อกระจก และมีการรักษาต้อหินด้วยยา ให้ต้อกระจกเป็นโรคหลัก และต้อหินเป็นโรคร่วมให้รหัส H54.- ตามระดับสายตาวัดได้หลังผ่าตัด
- 2) ถ้ามาผ่าตัดต้อหิน และไม่ได้รักษาต้อกระจก ให้ต้อหินเป็นโรคหลัก โดยไม่จำเป็นต้องสรุปต้อกระจกและอาจจะให้รหัส H54.- ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

3) ถ้ามาทำผ่าตัดทั้งสองอย่างพร้อมกัน ให้ต้อหินเป็นโรคหลัก และให้ต้อกระจกเป็นโรคร่วม และให้รหัส H54.- ตามระดับสายตาข้างที่ผ่าตัด

แนวทางการให้รหัส

ควรให้รหัสโรคต้อหิน (glaucoma) เป็นโรคหลัก และต้อกระจก (cataract) เป็นโรคร่วม และให้รหัสหัตถการของโรคต้อหินเป็นลำดับแรกและรหัสหัตถการของโรคต้อกระจกเป็นลำดับถัดไป

ตัวอย่าง ผู้ป่วยอายุ 60 ปี แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น senile nuclear cataract and primary open angle glaucoma both eyes มีระดับสายตาข้างขวา 20/200 with pinhole not improve มารับการผ่าตัดรักษาตาขวา

- ☐ ถ้ามาผ่าตัดต้อกระจก และมีการรักษาต้อหินด้วยยา
การวินิจฉัยหลัก H25.1 Senile nuclear cataract
การวินิจฉัยร่วม H40.1 Primary open angle glaucoma
H54.6 Moderate visual impairment, monocular
- ☐ ถ้ามาผ่าตัดต้อหิน และไม่ได้รักษาต้อกระจก
การวินิจฉัยหลัก H40.1 Primary open angle glaucoma
- ☐ ถ้ามาทำผ่าตัดทั้งสองอย่างพร้อมกัน
การวินิจฉัยหลัก H40.1 Primary open angle glaucoma
การวินิจฉัยร่วม H25.1 Senile nuclear cataract
H54.6 Moderate visual impairment, monocular

3. Ocular Steven-Johnson syndrome

เกณฑ์การวินิจฉัย

Ocular Steven-Johnson syndrome หมายถึงกลุ่มอาการที่เกิดกับเปลือกตา และผิวกระจกตา (ocular surface) ซึ่งเป็นผลมาจากโรค Steven-Johnson syndrome แบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

- Acute ocular Steven-Johnson syndrome หมายถึงระยะเฉียบพลันของ Steven-Johnson syndrome ที่ยังมีการอักเสบของผิวหนังและเยื่อต่างๆทั่วร่างกาย ซึ่งอาการแสดงที่ตาอาจเป็นทั้งการอักเสบของเปลือกตา เยื่อบุตาและกระจกตา
- Post ocular Steven-Johnson syndrome หมายถึงผลที่เกิดตามหลังการอักเสบของส่วนต่างๆของลูกตา เมื่อพ้นระยะเฉียบพลันของ Steven-Johnson syndrome เช่น symblepharon, trichiasis, entropion, limbal stem cell deficiency, severe dry eye

แนวทางการให้รหัส

ในระยะ Acute ocular Steven-Johnson syndrome ให้รหัส L51.1 Steven-Johnson syndrome เป็นรหัสการวินิจฉัยหลัก และให้รหัสการอักเสบของส่วนต่างๆของลูกตาตามการวินิจฉัยของแพทย์เป็นรหัสการวินิจฉัยร่วม เช่น

- H03.8* Involvement of eyelid in other diseases classified elsewhere
- H13.2* Conjunctivitis in other diseases classified elsewhere
- H19.3* Keratitis and keratoconjunctivitis in other diseases classified elsewhere

ในระยะ Post ocular-Steven Johnson syndrome ให้รหัสความผิดปกติของส่วนต่างๆของลูกตาตามการวินิจฉัยของแพทย์เป็นรหัสการวินิจฉัยหลัก เช่น

- H02.0 Entropion and trichiasis of eyelid
- H16.2 Keratoconjunctivitis
- H18.8 Other specified disorders of cornea (Limbal stem cell deficiency)

และให้รหัส Z87.2 Personal history of diseases of the skin and subcutaneous tissue เป็นรหัสการวินิจฉัยร่วม

4. Retinal disease

เกณฑ์การวินิจฉัย

แพทย์มักเอาลักษณะที่ตรวจพบของจอตามาเป็นการวินิจฉัยซึ่งผิดหลักการของการสรุปเวชระเบียน ถ้ารู้ว่าสิ่งตรวจพบนั้นเป็นจากโรคอะไรก็ให้วินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ โดยไม่ต้องสรุปลักษณะที่ตรวจพบของจอตา เพราะเป็นอาการแสดงของโรค ในกรณีที่ไม่สามารถระบุโรคที่เป็นสาเหตุได้ จึงให้ใช้ลักษณะที่ตรวจพบของจอตาเป็นการวินิจฉัยได้

แนวทางการให้รหัส

กรณีที่รู้สาเหตุให้ใช้สาเหตุเป็นโรคหลัก เช่น โรคจอตาเบาหวาน ให้ใช้รหัส E10.3 Insulin-dependent diabetes mellitus with ophthalmic complications หรือ E11.3 Non-insulin-dependent diabetes mellitus with ophthalmic complications เป็นโรคหลัก ให้รหัส H36.00-.02 Retinal disorders in diseases classified elsewhere (ICD 10 TM) เป็นโรคร่วม โดยที่

H36.00 หมายถึง mild , moderate or severe NPDR

H36.01 หมายถึง โรคจอตาเบาหวานที่มี diabetic maculopathy ร่วมด้วย

H36.02 หมายถึง PDR (proliferative diabetic retinopathy ซึ่งหมายถึงรวมถึง vitreous hemorrhage , tractional RD และ DME จึงไม่ต้องให้รหัสที่แสดงความผิดปกติดังกล่าวในกลุ่ม H เป็นโรคร่วมอีก)

ให้รหัสตามการวินิจฉัยของแพทย์ ดังตัวอย่างในตาราง

การวินิจฉัยของแพทย์	เกณฑ์การให้รหัส
## Cystoid macula edema (CME)	H35.3 Degeneration of macula and posterior pole
Post operative CME	PDx H35.3 Degeneration of macula and posterior pole SDx Y83.8 Other surgical procedures as cause of complication
## Macular edema (ME)	H35.8 Other specified retinal disorders
ME in NPDR	PDx E11.3 Diabetic mellitus II with retinopathy SDx H3601* NPDR with macula edema
## Choroidal neovascularization (CNV)/Subretinal neovascular membrane (SRNVM)	H35.8 Other specified disorders of choroid
CNV/SRNVM in ARMD	PDx H35.3 Degeneration of macula and posterior pole
CNV/SRNVM in high myopia	PDx H44.2 Degenerative myopia
## Exudative vitreoretinopathy	H35.0 Exudative retinopathy
Familial exudative vitreoretinopathy (FEVR)	Q14.1 Congenital retinal aneurysm

หมายเหตุ ## ลักษณะที่ตรวจพบ (จะเป็นการวินิจฉัยหลักได้ ถ้าไม่ทราบโรคที่เป็นสาเหตุ)

NPDR (Non proliferative diabetic retinopathy)

ARMD (Age-related macula degeneration)

ตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการตามัวทั้งสองข้าง แพทย์ตรวจพบว่ามี vitreous hemorrhage, retinal hemorrhage, traction retinal detachment นัดมาทำผ่าตัด แพทย์ควรวินิจฉัยว่า
Diabetic mellitus type II with proliferative diabetic retinopathy

การวินิจฉัยหลัก E11.3 Diabetic mellitus type II with ophthalmic complication

การวินิจฉัยร่วม H36.02* Proliferative diabetic retinopathy

หมายเหตุ ไม่ต้องสรุปและให้รหัสสิ่งที่ตรวจพบ

5. Eye injuries (S05, T15, T26)

เกณฑ์การวินิจฉัย

แพทย์ควรวินิจฉัยลักษณะรอยโรคที่เกิดจากการบาดเจ็บที่ตา และสาเหตุการบาดเจ็บอย่างละเอียด

แนวทางการให้รหัส

1. กรณี injury เกิดหน้าต่อเลนส์ ให้ใช้รหัส S05.0 – S05.7 Injury of eye and orbit เป็นโรคหลัก และบันทึกสาเหตุของการบาดเจ็บเป็นคำวินิจฉัย external cause
2. กรณี injury ที่เลนส์หรือส่วนประกอบของเลนส์ให้ใช้รหัส H26.– Traumatic cataract โดยที่ไม่ต้องให้รหัส S ร่วมด้วย
3. กรณี injury หลังต่อเลนส์ ให้ใช้รหัส S05.8 Other injuries of eye and orbit เป็นโรคหลักและให้รหัส eye disorder ที่เกิดขึ้น (รหัส H) เป็นโรคร่วม และรหัสสาเหตุภายนอก external cause
4. กรณี post eye trauma ถ้ายังมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ให้ใช้รหัส disorder ของตา (รหัส H) โดยไม่ให้รหัส S หรือ T ซึ่งอาจให้รหัสสาเหตุภายนอก external cause เสริมได้

การให้รหัสการวินิจฉัย และ รหัสสาเหตุภายนอกตามการวินิจฉัยของแพทย์ หากรหัสการวินิจฉัยในคู่มือ ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 บทที่ 19 ไม่สามารถระบุรอยโรคที่ตาได้ชัดเจน อาจ ให้รหัสในคู่มือ ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 บทที่ 7 Diseases of the eye and adnexa (H00 – H59) เป็นการวินิจฉัยร่วมเพื่อให้ข้อมูลรอยโรคที่ตาละเอียดขึ้น โดยเฉพาะการบาดเจ็บของส่วนหลังของลูกตา มักจะไม่มีรหัสเฉพาะ ต้องไปให้รหัส S05.8 Other injury of eye and orbit เช่น

- ☐ Traumatic lens dislocation/subluxation (ถูกลูกขนไก่ที่ตา ขณะแข่งกีฬาที่โรงเรียน)
การวินิจฉัยหลัก S05.8 Other injury of eye and orbit
การวินิจฉัยร่วม H27.1 Dislocation of lens (option)
สาเหตุภายนอก W21.20 Struck by sports equipment, at school, during sports activities
- ☐ Traumatic vitreous hemorrhage (ถูกลูกขนไก่ที่ตา ขณะแข่งกีฬาที่โรงเรียน)
การวินิจฉัยหลัก S05.8 Other injury of eye and orbit
การวินิจฉัยร่วม H43.2 Vitreous hemorrhage (option)
สาเหตุภายนอก W21.20 Struck by sports equipment, at school, during sports activities
- ☐ Traumatic retinal hemorrhage (ถูกลูกขนไก่ที่ตา ขณะแข่งกีฬาที่โรงเรียน)
การวินิจฉัยหลัก S05.8 Other injury of eye and orbit
การวินิจฉัยร่วม H35.6 Retinal hemorrhage (option)
สาเหตุภายนอก W21.20 Struck by sports equipment, at school, during sports activities
- ☐ Traumatic retinal detachment (ถูกลูกขนไก่ที่ตา ขณะแข่งกีฬาที่โรงเรียน)
การวินิจฉัยหลัก S05.8 Other injury of eye and orbit
การวินิจฉัยร่วม H33.2 Retinal detachment, NOS (option)
สาเหตุภายนอก W21.20 Struck by sports equipment, at school, during sports activities

6. Post traumatic eye disorders

เกณฑ์การวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่เคยมีอุบัติเหตุที่ตา หลังรับการผ่าตัดรักษาแล้ว ยังมีความผิดปกติเหลืออยู่ จำเป็นต้องมารับการผ่าตัดรักษา เพื่อช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น ให้สรุปความผิดปกติที่เหลืออยู่ และให้รายละเอียดว่าเกิดจากอุบัติเหตุอะไร

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัสรอยโรคที่ตาในคู่มือ ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 บทที่ 7 H00-H59 (Disorders of the eye and adnexa) ตามการวินิจฉัยของแพทย์เป็นการวินิจฉัยหลัก และให้รหัสในกลุ่ม T90-T98 (Sequelae of injuries, of poisoning and of other consequences of external causes) เพื่อบอกสาเหตุ ดังตัวอย่าง

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยเคยมีอุบัติเหตุทำให้กระจกตาฉีกขาด 2 ปีก่อน ได้รับการผ่าตัดเย็บแผลที่กระจกตา ทำให้เกิดแผลเป็นที่กลางตาดำ แพทย์นัดมาทำผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า central corneal scar due to corneal laceration 2 years

การวินิจฉัยหลัก H17.1 Other central corneal opacity

การวินิจฉัยร่วม T90.4 Sequelae of injury of eye and orbit

7. Post procedural disorders

เกณฑ์การวินิจฉัย

ภาวะที่เกิดภายหลังการทำหัตถการจะแบ่งเป็นสองกลุ่มคือ

- ผลแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ (post procedural complication) ซึ่งอาจเกิดขึ้นระหว่างการทำหัตถการหรือเกิดภายหลังก็ได้ เช่น hemorrhage, accidental puncture and laceration, foreign body left in operation wound หรือเกิดภายหลังการทำหัตถการแล้ว เช่น infection, disruption of operation wound, complication from prosthetic devices, implants and grafts, rejection of transplanted organs and tissues
- ผลที่เหลืออยู่หรือผลที่ตามมาจากการทำหัตถการ (post procedural consequence) มักจะเกิดภายหลังการทำหัตถการไประยะหนึ่งแล้ว เช่น vitreous touch syndrome, chorioretinal scars after retinal procedures, presence of silicone oil after retinal procedures, inflammation of trabeculectomy bleb

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีใช้รหัส T81.- Complications of procedures, not elsewhere classified ให้ใช้สำหรับ complication จากการทำหัตถการที่เกิดใน admission นี้เท่านั้น หรือกรณีรับ refer เพื่อรับไว้รักษา complication
2. กรณีใช้รหัส T85.2 Mechanical complication of intraocular lens หรือ T85.3 Mechanical complication of other ocular prosthetic devices, implants and grafts สามารถใช้ได้โดยไม่กำหนดช่วงเวลาที่เกิดภายหลังการผ่าตัด
3. Postsurgical aphakia ควรให้รหัส H59.8 Other postprocedural disorders of eye and adnexa เป็นโรคหลักและ H27.0 Aphakia เป็นโรคร่วม
4. Post retinal surgery with retained silicone oil ควรให้รหัส H59.8 Other postprocedural disorders of eye and adnexa เป็นโรคหลัก และอาจตามด้วยรหัส Z เพื่อขยายความด้วยก็ได้
5. รหัสที่เกี่ยวข้องกับ post procedural consequence จะให้รหัสในหมวด H59 (Postprocedural disorders of eye and adnexa, not elsewhere classified) และหากรหัสการวินิจฉัยในหมวด H59 ไม่สามารถระบุภาวะผิดปกติที่ตาได้ชัดเจน อาจให้รหัสในคู่มือ ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 บทที่ 7 Diseases of the eye and adnexa (H00 – H58) หรือรหัส Z86.6 (Personal history of diseases of eye and adnexa) เป็นการวินิจฉัยร่วม เพื่อให้ข้อมูลภาวะผิดปกติที่ตาละเอียดขึ้น ดังตัวอย่าง

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยอายุ 50 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น Senile posterior subcapsular cataract ตาขวามีระดับสายตา 20/100 with pinhole not improve มีบันทึกการผ่าตัดวาระหว่างทำผ่าตัดสลายต้อกระจก เกิดมี rupture of posterior capsule ทำให้ไม่สามารถใส่เลนส์เทียมได้ หลังผ่าตัดอยู่รพ. 3 วันจึง discharge

การวินิจฉัยหลัก	H25.0	Senile incipient cataract
การวินิจฉัยร่วม	H54.3	Moderate visual impairment, binocular
โรคแทรกซ้อน	T81.2	Accidental rupture of posterior capsule
สาเหตุภายนอก	Y60.0	Unintentional perforation during surgical operation
หัตถการ	1341	Phacoemulsification

ตัวอย่างที่ 2 ผู้ป่วยในตัวอย่างที่ 1 หลังผ่าตัด 2 เดือน แพทย์นัดมาอยู่รพ.เพื่อทำผ่าตัดใส่เลนส์เทียมในตาขวา แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น post procedural aphakia ทำหัตถการ sclera fixation of IOL และ anterior vitrectomy

การวินิจฉัยหลัก	H59.8	Other postprocedural disorders of eye and adnexa
การวินิจฉัยร่วม	H27.0	Aphakia (option)
หัตถการ	13.72	Secondary insertion of intraocular lens prosthesis

ตัวอย่างที่ 3 ผู้ป่วยเคยทำผ่าตัด retinal detachment มีการใส่ silicone oil เข้าไปเป็น vitreous substitute เมื่อ retinal attachment แล้วแพทย์นัดมาเอา silicone oil ออก แพทย์วินิจฉัยว่า retained silicone oil post retinal surgery

การวินิจฉัยหลัก H59.8 Other postprocedural disorders of eye and adnexa

การวินิจฉัยร่วม Z86.6 Personal history of retinal detachment (option)

หัตถการ 14.79 Other operation on vitreous

ถ้ามีรหัสในคู่มือ ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 บทที่ 7 Diseases of the eye and adnexa (H00 – H58) ที่สามารถระบุภาวะความผิดปกติตามการวินิจฉัยของแพทย์ได้ สามารถให้เป็น การวินิจฉัยหลัก และให้รหัสในคู่มือ ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 บทที่ 20 External causes of morbidity and mortality ที่เกี่ยวข้อง เป็นการวินิจฉัยร่วม เพื่อให้ข้อมูลว่าภาวะผิดปกติ นั้น เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ ดังตัวอย่าง

ตัวอย่างที่ 4 ผู้ป่วยในตัวอย่างที่ 3 มีปัญหาความดันตาสูง ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยา จำเป็นต้องนัดมาเอา silicone oil ออก แพทย์วินิจฉัยว่า Glaucoma due to silicone oil

การวินิจฉัยหลัก H40.8 Other glaucoma

สาเหตุภายนอก Y77.3 Ophthalmic devices associated with adverse incidents

หัตถการ 14.79 Other operation on vitreous

ตัวอย่างที่ 5 ผู้ป่วยเคยทำผ่าตัดลอกต้อเนื้อ 3 ปีก่อน และได้หยอดยา mitomycin C หลังการลอกต้อเนื้อเพื่อ ป้องกันการกลับเป็นใหม่ มาตรวจวันนี้เพราะมีความผิดปกติที่ตาขาว แพทย์วินิจฉัยว่า Scleral thinning due to mitomycin C

การวินิจฉัยหลัก H15.8 Other disorders of sclera (sclera ectasia)

สาเหตุภายนอก Y56.5 Ophthalmic drugs & preparations causing adverse effect in therapeutic use

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(การสรุปและให้รหัสโรคกลุ่มโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา)

1. กลุ่มโรค Intubation granuloma of larynx (J95.8, J38.3 , J38.7)

หมายถึง granuloma ที่บริเวณ base ของ vocal process of arytenoids of larynx ที่เกิดจากการใส่ท่อหายใจในท่อลม

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TMStandard coding guideline 2017 หน้า 214)

1) ประวัติการรับพบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ และหลังจากถอดท่อช่วยหายใจมีอาการเสียงแหบหรือหายใจเหนื่อย

2) ผลตรวจร่างกาย พบ granuloma ที่ posterior larynx หรือ arytenoid process

แนวทางการให้รหัส

1.หากแพทย์สรุปว่าเป็น intubation granuloma of larynx ให้รหัส J95.8 Other postprocedural respiratory disorders

2.หากแพทย์สรุปเพียง granuloma of larynx ให้รหัส J38.7 Other diseases of larynx : abscess, cellulitis, disease NOS, necrosis, pachyderma, perichondritis, ulcer of larynx

3.หากแพทย์สรุปเพียง granuloma of vocal cords จะได้รับรหัส J38.3 Other diseases of vocal cords : abscess, cellulitis, granuloma, leukokeratosis, leukoplakia of vocal cord(s)

2. กลุ่มโรค Laryngeal stenosis (J38.6, J95.8, Q31.8)

หมายถึง การตีบของบริเวณกล่องเสียงเกิดได้ทุกระดับทั้งที่แบ่งได้เป็นการตีบแต่กำเนิด (congenital) และการตีบในภายหลัง (acquired) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บทั้งภายนอกและภายใน เช่น traffic accident หรือ prolong จากการใส่ endotracheal intubation tube ถ้าตีบแคบในระดับ supraglottic เรียกว่า laryngeal stenosis จะวินิจฉัย laryngeal stenosis เมื่อมีการตีบแคบที่ระดับ supraglottic หรือ glottis เท่านั้น ส่วน subglottis จะวินิจฉัยว่า subglottis แล้วแต่กรณีที่เป็นสาเหตุ

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TMStandard coding guideline 2017 หน้า206)

1) พบการบันทึกประวัติว่าเป็นมาตั้งแต่กำเนิด (congenital)หรือเกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจมาเป็นเวลานาน หรือจากการได้รับอุบัติเหตุหรือจากการทำหัตถการมาก่อน (post procedure)

2) ไม่ระบุสาเหตุ อาจพบบันทึกเพียง laryngeal stenosis

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีแพทย์สรุปเป็น congenital ให้รหัส Q31.8 Other congenital malformations of larynx absence, agenesis, atresia : of cricoid cartilage, epiglottis, glottis, larynx or thyroid cartilage cleft thyroid cartilage, congenital stenosis of larynx NEC, fissure of epiglottis, posterior cleft of cricoid cartilage
2. กรณีแพทย์สรุปเป็น post procedure ให้รหัส J95.8 Other postprocedural respiratory disorders
3. กรณีไม่ระบุสาเหตุ แพทย์สรุปเพียง laryngeal stenosis ให้รหัส J38.6 Stenosis of larynx

3. Subglottic stenosis (Q31.1 Congenital subglottic stenosis, J95.5 Postprocedural subglottic stenosis)

หมายถึง การตีบของกล่องเสียงที่บริเวณ subglottis ทั้งที่ตีบแต่กำเนิด(congenital) และตีบในภายหลัง (acquired) ส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บทั้งภายนอกและภายใน เช่น จากการใส่ endotracheal tube ถ้าตีบแคบบริเวณ subglottic เรียกว่า subglottic stenosis

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) พบการบันทึกประวัติว่าเป็นมาตั้งแต่กำเนิด (congenital) หรือเกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจมาเป็นเวลานาน หรือจากการได้รับอุบัติเหตุหรือจากการทำหัตถการมาก่อน (post procedure)
- 2) ไม่ระบุสาเหตุ อาจพบบันทึกเพียง subglottic stenosis

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีที่เป็นมาแต่กำเนิดแพทย์สรุปเป็น congenital subglottic stenosis ให้รหัส Q31.1 Congenital subglottic stenosis
2. กรณีที่เกิดขึ้นหลังทำหัตถการเช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์สรุปว่า postprocedural subglottic stenosis ให้รหัส J95.5 Postprocedural subglottic stenosis
3. กรณีเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น injury หรือไม่ระบุสาเหตุ ให้รหัส J38.6 Stenosis of larynx

4. กลุ่มโรค Tracheal stenosis (J39.8, J95.8, Q32.1)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TMStandard coding guideline 2017 หน้า206)

หากพบการบันทึกประวัติว่าเป็นมาตั้งแต่กำเนิด (congenital) หรือเกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจมาเป็นเวลานานหรือจากการได้รับอุบัติเหตุหรือจากการทำหัตถการมาก่อน (post procedure)

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีเกิดจาก congenital ให้รหัส Q32.1 Congenital insufficiency of aortic valve ได้แก่
 - 1.1 Other congenital malformations of trachea
 - 1.2 Anomaly of tracheal cartilage
 - 1.3 Atresia of trachea
 - 1.4 Congenital : dilatation malformation stenosis of trachea tracheocele
2. กรณีเป็น tracheal stenosis จาก post procedure ให้รหัส J95.8 Other postprocedural respiratory disorders
3. กรณีอื่นๆที่ไม่ใช่ กรณีที่ 1) และ 2) ให้รหัส J39.8 Other specified diseases of upper respiratory tract
4. กรณีมี tracheal stenosis ร่วมกับ laryngeal stenosis ให้รหัส J38.6 Stenosis of larynx เป็นการวินิจฉัยหลัก และให้ J39.8 Other specified diseases of upper respiratory tract เป็นการวินิจฉัยร่วม เนื่องจากการตีบแคบของกล่องเสียงรุนแรงกว่า

5. กลุ่มโรค Acute pulmonary insufficiency following nonthoracic surgery (J95.2)

หมายถึง กรณีที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดไม่เพียงพอหลังผ่าตัดที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดทรวงอก

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) หลังผ่าตัด ศัลยแพทย์ หรือวิสัญญีแพทย์ พิจารณาว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต่อเนื่องไปเพื่อผู้ป่วยเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดไม่เพียงพอ (ซึ่งไม่ได้เกิดจาก delay of extubation) อันเนื่องมาจากสาเหตุต่อไปนี้
 - 1.1 มีพยาธิสภาพของปอดที่เป็น acute onset เช่น pneumonia COPD with AE เป็นต้น ที่ทำให้ไม่สามารถ off ET tube ได้
 - 1.2 หลังผ่าตัดวิสัญญีแพทย์ reverse ตามมาตรฐานการดมยาแล้วพบว่า motor power ขึ้นคืนได้ไม่ปกติ
 - 1.3 มีภาวะ acute respiratory failure ใน recovery room
- 2) ต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อเนื่องจากห้องผ่าตัด
- 3) ต้องมีบันทึกของศัลยแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์ถึงปัญหาที่ต้อง on ventilator ต่อจากห้องผ่าตัด
- 4) กรณีนี้ไม่รวมการใส่ท่อช่วยหายใจ endotracheal tube และการใส่เครื่องช่วยหายใจมาตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดและภายหลังยังจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีใช้เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัดที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดทรวงอก จะได้รับรหัส J95.2 Acute pulmonary insufficiency following nonthoracic surgery หากไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่ต้องให้รหัส
2. การนับเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจ เริ่มนับตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากห้อง recovery room

6. กลุ่มโรค Acute upper airway obstruction (J98.8)

หมายถึง ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันตั้งแต่จมูก oropharynx hypopharynx, larynx และ trachea

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) การซักประวัติ มีประวัติการหายใจลำบาก หายใจเสียงดัง เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันในระยะเวลาอันสั้น
- 2) การตรวจร่างกายขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการอุดกั้น ตั้งแต่ระดับมีการหายใจลำบาก (dyspnea) หายใจมีเสียงดัง (stridor) จนถึงมีอาการเขียวคล้ำ (cyanosis)
- 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการขึ้นอยู่กับสาเหตุเช่น film lateral soft tissue of neck
- 4) แนวทางการรักษา เช่น endotracheal intubation หรือ tracheostomy, bronchoscopy, fiberoptic laryngoscopy เป็นต้น

แนวทางการให้รหัส

1. หากพบสาเหตุของภาวะ upper airway obstruction ให้สรุป เช่น CA larynx Ludwig's angina เป็นต้น ให้บันทึกสาเหตุเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และไม่ต้องให้ upper airway obstruction เป็นการวินิจฉัยร่วม

2. กรณีที่ไม่พบสาเหตุให้ใช้ upper airway obstruction เป็นการวินิจฉัยหลัก ให้รหัส J39.8 Other specified diseases of upper respiratory tract

7. Laryngeal injury

Laryngeal injury เป็นคำกำกวม แพทย์ควรระบุตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บให้ชัดเจน เช่น

1. กรณีแพทย์สรุปพบเข้าบริเวณ larynx ให้รหัส S10.0 Contusion of throat : Cervical oesophagus , larynx, pharynx, trachea
2. กรณีแพทย์สรุปมีบาดแผลที่คอถึงกล่องเสียงและหลอดลม ให้รหัส S11.0 Open wound involving larynx and trachea
3. กรณีแพทย์สรุป fracture laryngeal framework ได้แก่ fracture of hyoid bone, thyroid cartilage หรือ cricoid cartilage ให้รหัส S12.8- Fracture of other parts of neck
4. กรณีแพทย์สรุป avulsion, laceration หรือ subluxation ของ cartilage, joint, ligament บริเวณ larynx ได้แก่ cricoarytenoid (joint) (ligament), cricothyroid (joint)(ligament) ให้รหัส S13.5 Sprain and strain of thyroid region
5. กรณีแพทย์สรุป laryngeal injury ไม่ระบุรายละเอียดให้ชัดเจน ให้รหัส S19.8 Other specified injuries of neck
6. ในการผ่าตัดรักษาแพทย์มีการรักษาที่ตำแหน่งของกระดูกหรือกระดูกอ่อนที่ได้รับบาดเจ็บ รหัสที่เหมาะสม คือ 31.64 Repair of laryngeal fracture

8. Obstructive sleep apnea(OSA) (G47.3)

หมายถึง การหยุดหายใจตอนนอนหลับ เนื่องจากการอุดกั้นของระบบทางเดินหายใจ จะต้องมีความผิดปกติหยุดหายใจตอนนอนหลับ ต้องตื่นขึ้นมาหายใจ มีอาการและอาการแสดงชัดเจน เช่น ตื่นนอนเช้าแล้วมีอาการปวดศีรษะ ง่วงมากในเวลากลางวัน ง่วงและหลับง่าย เป็นต้น

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 159-160)

- 1) มีประวัตินอนกรน หายใจเสียงดัง หายใจลำบาก จนถึงหยุดหายใจ ขณะหลับ
- 2) ต้องตรวจยืนยันด้วย polysomnography (PSG) ซึ่งเป็น gold standard ในการวินิจฉัย พบว่ามีอัตราการหายใจที่ผิดปกติเนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้น AHI/Apnea-hypopnea index มากกว่า 5 ครั้งต่อชั่วโมง แต่ในเด็ก AHI มากกว่า 1 ครั้งต่อชั่วโมงถือว่าเป็นความผิดปกติแล้ว ควรใช้รหัสของสาเหตุที่ทำให้เกิด obstructive sleep apnea เป็นรหัสการวินิจฉัยหลัก เช่น

- J35.3 Hypertrophy of tonsils with hypertrophy of adenoids
 - J31.0 Chronic rhinitis
 - J34.2 Deviated nasal septum หรือ J34.3 Hypertrophy of nasal turbinates
- แต่ถ้าไม่ทราบสาเหตุ ถึงให้รหัส G47.3 Sleep apnoea เป็นวินิจฉัยหลักได้

แนวทางการให้รหัส

- 1.กรณีแพทย์สรุป snoring ให้รหัส R06.1
- 2.กรณีแพทย์สรุป obstructive sleep apnea ให้รหัส G47.3 Sleep apnoea

9. Hypoparathyroid (E20.-)

หมายถึง ภาวะที่มี parathyroid hormone ต่ำ อาจเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ (post procedure hypothyroidism หรือไม่ทราบสาเหตุ

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 หน้า 98)

- 1) ผู้ป่วยอาการตะคริว ชา มือจีบ จนถึงชัก
- 2) ตรวจร่างกายพบ carpopedal spasm อาจพบมี laryngeal spasm
- 3) ตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบระดับ serum calcium ต่ำ ระดับ serum phosphate สูง และระดับ parathyroid hormone ต่ำ

แนวทางการให้รหัส

1. ถ้าแพทย์สรุป post thyroidectomy hypoparathyroidism ให้รหัส E89.2 Postprocedural hypoparathyroidism
2. ถ้าแพทย์สรุป hypoparathyroidism ที่ไม่ทราบสาเหตุ ให้รหัส E20.0 Idiopathic hypoparathyroidism

3. ถ้าแพทย์สรุปไม่ระบุสาเหตุ hypoparathyroidism ให้รหัส E20.9 Hypoparathyroidism, unspecified

10. Hyperparathyroidism (E21.0)

หมายถึง ภาวะที่มีระดับแคลเซียมในเลือดสูงกว่า 11 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก อาจซึมหรือหมดสติ เกิดได้จากหลายสาเหตุ

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2017 หน้า 99)

- 1) Primary hyperparathyroidism ตรวจพบระดับ parathyroid hormone สูง ต่อมพาราไทรอยด์โต อาจเป็นก้อนเดียวหรือหลายก้อน
- 2) Secondary hyperparathyroidism พบในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วย osteomalacia จากขาดวิตามินดี หรือโรคที่ทำให้มีระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ผู้ป่วยมีระดับ parathyroid hormone สูง และต่อมพาราไทรอยด์โตโดยทั่วไป อาจพบการเปลี่ยนแปลงของกระดูกที่เรียกว่า renal osteodystrophy
- 3) Tertiary hyperparathyroidism พบในผู้ป่วยที่มีภาวะ secondary hyperparathyroidism มานาน จนมีการทำงานของต่อมพาราไทรอยด์เป็นแบบอัตโนมัติ สร้าง parathyroid hormone จำนวนมาก เกิดภาวะ hypercalcaemia มีแคลเซียมไปเกาะตามอวัยวะต่างๆ มีอาการปวดกระดูก

แนวทางให้รหัส

1. ถ้าแพทย์สรุป primary hyperparathyroidism ให้รหัส E21.0 Primary hyperparathyroidism
2. แพทย์สรุป secondary hyperparathyroidism จากโรคไตวายเรื้อรังให้รหัส N25.8 Other disorders resulting from impaired renal tubular function : Secondary hyperparathyroidism of renal origin แต่ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่าเกิดจากโรคอื่นที่มีระดับแคลเซียมในเลือดต่ำมาก่อน ให้รหัส E21.1 Secondary hyperparathyroidism, not elsewhere classified
3. ถ้าแพทย์สรุป Tertiary hyperparathyroidism ให้รหัส E21.2 Other hyperparathyroidism

11. แนวทางให้รหัสการตรวจการคัดกรองการได้ยินในเด็กแรกเกิด

1.กรณีตรวจด้วย Otoacoustic Emissions (OAE)

1.1 ถ้าผล OAE ปกติหรือไม่ทราบผลการตรวจ แพทย์สรุปโรคหลักคือ hearing screening ให้รหัส Z13.5 Special screening examination for eye and ear disorders

1.2. ถ้าผล OAE ผิดปกติ แพทย์สรุป abnormal OAE ให้รหัส R94.1 Abnormal results of function studies of peripheral nervous system and special senses

2.กรณีตรวจด้วยAuditory brainstem respond (ABR)

2.1 ถ้าผล ABR ผิดปกติ สรุปและให้รหัสตามผลการตรวจ เช่น H90.3 Sensorineural hearing loss, bilateral, H90.4 Sensorineural hearing loss, unilateral with unrestricted hearing on the contralateral side

2.2 อาจใช้อาการผิดปกติหรือประวัติของทารกกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคร่วม เช่น Z87.6 Personal history of certain conditions arising in the perinatal period (Conditions classifiable to P00-P96)

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(การสรุปและให้รหัสโรคกลุ่มสูติและนรีเวชกรรม)

1. กลุ่มโรคมะเร็งทางนรีเวชกรรม

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

ต้องมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ยกเว้นในกรณีของ gestational trophoblastic disease (GTD) พิจารณาจากประวัติและผลการตรวจทางคลินิก ร่วมกับผลการตรวจระดับฮอร์โมน hCG.

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีส่งตัวมารักษาต่อ และมีบันทึกว่าเป็นมะเร็งในหนังสือส่งตัวจากสถานพยาบาลอื่น หรือ บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ผู้ดูแล โดยต้องระบุตำแหน่ง ชนิด การรักษาที่ได้รับและสถานะของโรค ณ ปัจจุบัน
2. กรณีที่มาตรวจติดตามต่อเนื่อง โดยไม่สามารถเรียกค้นคู่มือประวัติการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งในครั้งแรกที่ผ่านมาในอดีตได้ แต่แพทย์ได้บันทึกในประวัติว่าเป็นโรคมะเร็งที่ระบุ ตำแหน่ง ชนิด การรักษาที่ได้รับ และสถานะของโรค ณ ปัจจุบัน

2. กลุ่มโรค Myoma uteri หรือ Leiomyoma of uterus (D25.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 70)

- 1) มีการบันทึกประวัติ หรือ การตรวจร่างกายที่เข้าได้ และ
- 2) พบการตรวจพิเศษ เช่น ultrasound หรือ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

แนวทางการให้รหัส

1. Myoma uteri ที่ทำให้เกิดปัญหาประจำเดือนผิดปกติมักจะเป็น menorrhagia หรือประจำเดือนมา มาก ในกรณีที่ตรวจพบ myoma uteri และมีการรักษาด้วยยาหรือให้เลือดหรือขูดมดลูกก็ให้เป็นโรคร่วมได้
2. กรณีที่ตรวจพบในขณะที่ทำผ่าตัดและมีการผ่าตัดเอาเนื้องอกนั้นออก เช่น การทำ caesarean section แล้วพบว่า myoma uteri ร่วมด้วย ซึ่งต้องมีการบันทึกการผ่าตัด myoma uteri ในบันทึก operative note อย่างละเอียดและชัดเจน จึงสามารถสรุปเป็นโรคร่วมได้ หากไม่มีการผ่าตัด myoma uteri ออกให้สรุป เป็นการวินิจฉัยอื่น ๆ (other diagnosis)
3. กรณีที่แพทย์ตรวจพบ leiomyoma of uterus มากกว่า 1 ชนิด อาจสรุป leiomyoma of uterus, multiple types (D25.7-ICD-10-TM) เป็นการวินิจฉัยโรคหลักและให้รหัสการวินิจฉัยโรคร่วมว่าประกอบด้วย เนื้องอกชนิดใดบ้าง ตามการตรวจพบ แพทย์ตรวจสอบการบันทึกการวินิจฉัยว่าเป็น leiomyoma of uterus ชนิดใด ตามการตรวจพบ ได้แก่
 - 3.1 Submucous leiomyoma of uterus (D25.0)
 - 3.2 Intramural leiomyoma of uterus (D25.1)
 - 3.3 Subserosal leiomyoma of uterus (D25.2)

3. กลุ่มโรค Obstructed labour (O64.- , O65.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มารดามีการเจ็บครรภ์คลอด และแพทย์วินิจฉัยว่า obstructed labour, dystocia, failure to progress, prolonged deceleration phase, secondary arrest of dilatation หรือ arrest of descent
- 2) กรณีการคลอดติดขัดจากการผิดปกติของส่วนนำของทารก โดยวินิจฉัยจากการตรวจภายในหรือการตรวจ เครื่องเสียงความถี่สูง (ultrasound) และแพทย์บันทึกการวินิจฉัยการคลอดติดขัดเกิดจากท่าของทารกที่ผิดปกตินั้น ให้สรุปเป็น obstructed labour due to malposition and malpresentation of fetus (O64.-)
- 3) กรณีการคลอดติดขัดสาเหตุจากความผิดปกติของอุ้งเชิงกรานของมารดา โดยวินิจฉัยจากการตรวจภายใน ของแพทย์หรือประวัติ ANC หรือ x-ray และแพทย์บันทึกการวินิจฉัยการคลอดติดขัดเกิดจากความผิดปกตินั้น ให้สรุปเป็น obstructed labour due to maternal pelvic abnormality (O65.-)

แนวทางการให้รหัส

การให้รหัส O32.- Maternal care for known or suspected malpresentation of fetus, O33.- Maternal care for known or suspected disproportion จะให้ในกรณีที่ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นโดยต่องยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด อันเป็นเหตุให้ต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาหรือผ่าตัดคลอด หรือในกรณีที่การเจ็บครรภ์คลอดแล้ว แต่แพทย์ไม่ได้ระบุการวินิจฉัยว่า obstructed labour

4. กลุ่มโรค Postpartum haemorrhage (PPH) (O72.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 70)

- 1) ในกรณีการคลอดทางช่องคลอด มีปริมาณการเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร และสำหรับการผ่าตัดคลอด มีปริมาณการเสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร พบการบันทึกอย่างชัดเจนในบันทึกสรุปการคลอด หรือในบันทึกการผ่าตัด และมีการบันทึกวินิจฉัยของแพทย์ระบุว่าเป็น postpartum haemorrhage (PPH)
- 2) ในกรณีที่ระหว่างการคลอดมีปริมาณการเสียเลือดน้อยกว่าเกณฑ์ในข้อ 1 แต่ต่อมามีประวัติการมีเลือดออกอย่างต่อเนื่องจนปรากฏอาการ เช่น ความดันโลหิตลดลง ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 6 สัปดาห์หลังคลอดและแพทย์บันทึกการวินิจฉัยภาวะ delayed and secondary postpartum haemorrhage (O72.2) ได้
- 3) การลดลงของระดับความเข้มข้นของเลือดในระยะหลังคลอดเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนคลอดเพียงอย่างเดียว โดยที่แพทย์ไม่ได้บันทึกการวินิจฉัยภาวะ postpartum haemorrhage ถือว่าไม่มีหลักฐานเพียงพอในการให้รหัส O72.- Postpartum haemorrhage
- 4) กรณีที่มีภาวะช็อกร่วมด้วย ให้สรุปและให้รหัส O75.1 Obstetric shock โดยไม่ต้องให้รหัส R57.-Shock, not elsewhere classified หรือ T81.1 Shock during or resulting from a procedure, not elsewhere classified ร่วมอีก

5. กลุ่มการคลอดก่อนมาถึงสถานพยาบาลกรณี Birth before arrival (BBA)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณีการคลอดก่อนมาถึงสถานพยาบาล BBA ควรพบบันทึกการวินิจฉัยอย่างละเอียดว่าตรวจพบภาวะแทรกซ้อนอย่างไรหรือไม่และบันทึกว่ามีการทำหัตถการที่เกี่ยวกับคลอดในสถานพยาบาลหรือไม่ ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่ได้ทำหัตถการ เช่น ตัดสายสะดือ ทำคลอดรก เย็บแผล เป็นต้น จึงจะวินิจฉัยว่า birth before arrival ได้ ให้รหัส Z39.0 Care and examination immediately after delivery
- 2) กรณีผู้ป่วยคลอดก่อนมาถึงสถานพยาบาลนั้น แต่ได้รับการทำหัตถการบางอย่างที่เกี่ยวกับการคลอดในสถานพยาบาล แม้แพทย์จะบันทึกคำวินิจฉัยว่าเป็น birth before arrival ให้สรุปการวินิจฉัยและให้รหัสเหมือนกรณีการคลอดปกติในสถานพยาบาล
- 3) กรณีผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากสถานพยาบาลอื่นหลังคลอดพร้อมบุตรที่ป่วยโดยตัวผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ถ้าแพทย์รับไว้เพื่อให้บริการดูแลหลังคลอด ให้รหัส Z39.0 Care and examination immediately after delivery แต่ถ้าแพทย์รับไว้เพื่อให้อยู่ดูแลบุตรที่ป่วยโดยไม่ได้ให้บริการดูแลหลังคลอด ให้รหัส Z76.3 Healthy person accompanying sick person ซึ่งไม่สามารถทำการรับไว้เพื่อการรักษา (admitted) ได้

6. กลุ่มโรค Human immunodeficiency [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium (O98.7)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณีที่พบการบันทึกของแพทย์ว่า pregnancy with AIDS (มีบันทึกการวินิจฉัย AIDS ตาม Criteria ของการวินิจฉัยโรค AIDS แล้ว) ให้รหัส O98.7 Human immunodeficiency [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium ไม่ต้องให้รหัส B24 เป็นโรคร่วม ในกรณีที่มียารักษาการติดเชื้อ HIV disease ให้รหัส B20-B23 เป็นโรคร่วม
- 2) การให้รหัส O98.7 จำเป็นต้องมีบันทึกในเวชระเบียน ซึ่งแสดงถึงประวัติการติดเชื้อหรือมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ หรือมีประวัติการรับยา ARV
- 3) ถ้ามีเพียงประวัติการรับยา ARV เฉพาะในช่วงตั้งครรภ์ ให้วินิจฉัยว่าเป็น Asymptomatic HIV infection (Z21)
- 4) กรณีที่พบการบันทึกของแพทย์ว่า pregnancy with HIV +ve ให้รหัส ตามภาวะหรือโรค ที่มารับการรักษาในครั้งนั้น เช่น กรณีที่มาคลอดปกติ ให้ O80.0 Spontaneous vertex delivery เป็นการวินิจฉัยหลักและให้รหัส Z21 Asymptomatic human immunodeficiency virus [HIV] infection status เป็นการวินิจฉัยร่วม
- 5) กรณีที่การตั้งครรภ์นั้นแพทย์บันทึกไว้เป็นสัญลักษณ์ลึกลับที่ทราบกันเฉพาะในหน่วยบริการหรือสรุปเป็นรหัส เช่น pregnancy with precaution หรือ B24 UP Retrovirus จะไม่สามารถแปลผลและให้รหัส เป็น human immunodeficiency [HIV] disease (B24) ได้

7. กลุ่มโรคในหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ Dengue haemorrhagic fever มีอาการตกเลือด และแท้ง

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

การให้ dengue hemorrhagic fever ในหญิงตั้งครรภ์ เป็นการวินิจฉัยหลัก abortion เป็นการวินิจฉัยรอง หรือ abortion เป็นการวินิจฉัยหลัก dengue hemorrhagic fever เป็นการวินิจฉัยร่วมขึ้นอยู่กับหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วยมาด้วยอาการของโรคใดก่อนการ admitted กรณีที่มาพร้อมกันให้ใช้หลักการใช้ทรัพยากรใดมากกว่า (ใช้หลักการเลือกการวินิจฉัยหลัก)

แนวทางการให้รหัส :

- 1) O98.5 Other viral diseases complicating pregnancy, childbirth and the puerperium
- 2) O03.- Spontaneous abortion
- 3) A97.- Dengue hemorrhagic fever

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(การสรุปและให้รหัสโรคกลุ่มกุมารเวชกรรม)

1. กลุ่มโรค Acute viral gastritis (A08.4 .-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

เมื่อวินิจฉัยกรณี acute viral gastritis (A08.4 .-) กรณีเด็กอายุ 0-15 ปี ไม่จำเป็นต้องทำ endoscopy

2. กลุ่มโรค Dehydration (E86) ที่พบในเด็ก

ไม่จำเป็นต้องแยกความรุนแรง ยกเว้น ตรวจพบอาการแสดงของภาวะช็อกให้วินิจฉัยว่า hypovolaemic shock (R57.1) ร่วมด้วย

3. กลุ่มโรค Hyponatraemia (E87.1) ในเด็กอายุ 0-15 ปี

ใช้หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบตาม criteria ของผู้ใหญ่

4. กลุ่มโรค Pneumonia (J18.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติ ไข้ ไอ หายใจเร็ว (มากกว่าตามเกณฑ์อายุ) และตรวจร่างกายอาจฟังได้ crepitation หรือไม่มีก็ได้

อายุ	อัตราการหายใจ
0-2 เดือน	มากกว่า 60 ครั้งต่อนาที
2 เดือน – 1 ปี	มากกว่า 50 ครั้งต่อนาที
1-5 ปี	มากกว่า 40 ครั้งต่อนาที
5-10 ปี	มากกว่า 30 ครั้งต่อนาที
มากกว่า 10 ปี	มากกว่า 20 ครั้งต่อนาที

- 2) chest x-ray พบมี new pulmonary infiltration

- 3) กรณีผล film ปกติตอนแรกรับ

3.1 ต้องมีบันทึกของแพทย์ว่าเป็น pneumonia

3.2 ต่อมา มี clinical และการตรวจร่างกายที่ชัดเจนระบุถึงความผิดปกติว่าเป็น pneumonia

3.3 Film follow up ต่อมา ผิดปกติ

- 4) กรณีรับผู้ป่วยมารักษาต่อต้องมีผล chest x-ray จากโรงพยาบาลเดิม

- 5) กรณีการวินิจฉัย viral pneumonia (J12.-) ต้องมี criteria ที่วินิจฉัย pneumonia ร่วมกับ lab CBC ลักษณะเข้าได้กับ viral infection โดยอาจจะมีหรือไม่มี viral study ก็ได้
- 6) กรณีการวินิจฉัย bacterial pneumonia (J15.9) ต้องมีข้อมูลสนับสนุนโดยตรวจหาเชื้อโดยการย้อมเสมหะด้วยสีกรัม ถ้าพบเชื้อแบคทีเรียจากการย้อมสีกรัมในเสมหะที่เป็น true sputum คือพบเม็ดเลือดขาวและแบคทีเรียจำนวนมากพอ (ระดับ moderate ขึ้นไป) หรือพบแบคทีเรียภายในเซลล์เม็ดเลือดขาว

5. กลุ่มโรค Acute bronchitis (J20.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ประวัติ ไอเด่นชัด อาจมีหรือไม่มีเสมหะ และ
- 2) ตรวจร่างกายอาจมีหรือไม่มี lung sign ก็ได้

6. กลุ่มโรค Wheezing associated respiratory illness (WARI)

WARI ประกอบด้วย 4 โรค คือ acute bronchiolitis, acute bronchitis, pneumonia และ asthma ในกรณีที่มีการเข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยใน ผู้ตรวจสอบเวชระเบียนควรจะสรุปให้คำวินิจฉัยได้ ไม่ควรจะใช้คำว่า WARI แต่ถ้าไม่สามารถวินิจฉัยได้อาจวินิจฉัย WARI (ไม่ควรให้การวินิจฉัยร่วมกับ upper respiratory infection และ lower respiratory infection ได้อีก) โดยมี

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) อายุน้อยกว่า 5 ปี
- 2) มี wheezing เกิดขึ้นเวลามี respiratory tract infection

แนวทางการให้รหัส

การให้รหัส แบ่งเป็น 2 กรณีคือ ถ้ามีการรักษาแบบ asthma ให้รหัส J45.9 Asthma, unspecified (ICD-10 WHO) หรือ J45.2 Bronchial hyperresponsiveness (ICD-10-TM) แต่ถ้าไม่มีการรักษาแบบ asthma ให้รหัส R06.2 Wheezing (ICD-10 WHO) หรือ J45.2 Bronchial hyperresponsiveness (ICD-10-TM)

7. กลุ่มโรค Urinary tract infection (N39.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในเด็ก ดังนี้ (อย่างน้อย 1 ใน 3)

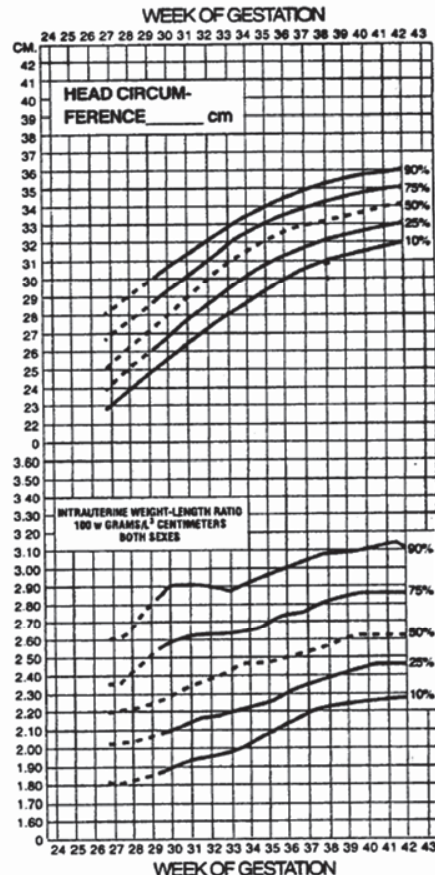
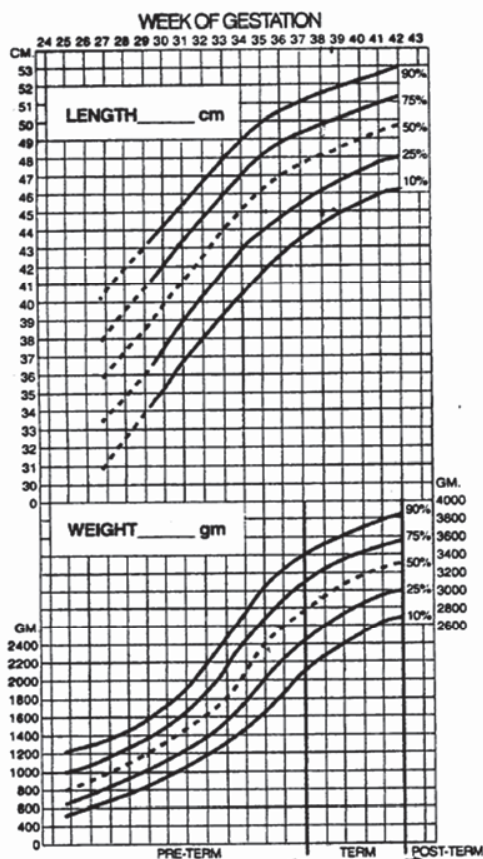
1. Pyuria WBC > 5 cell/HPF
2. Gram stain positive bacteria $\geq$ 1/HPF
3. Nitrite and/or Leukocyte esterase positive

แนวทางการให้รหัส

ในเด็กเล็ก (อายุน้อยกว่า 3 ปี หรือเด็กที่ยังบอกให้ปัสสาวะไม่ได้) ถ้าสงสัยว่ามีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะต้องเก็บปัสสาวะเพื่อการเพาะเชื้อโดยวิธี suprapubic aspiration หรือ transurethral catheterization เท่านั้น กรณีที่ทำ urine culture ไม่ได้ต้องตรวจ urine nitrite ร่วมกับ urine gram stain positive

8. กลุ่มโรคภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและภาวะคลอดก่อนกำหนด

- 1) ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย หมายถึง ทารกที่น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม
 - 2) Prematurity หมายถึง เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ กรณีที่ไม่ทราบอายุครรภ์ ให้ใช้เกณฑ์ GA (*Ballard score) ร่วมกับประวัติ GA ของแม่
- การเปรียบเทียบน้ำหนักและส่วนสูงกับอายุครรภ์



Body Weight	GA(*Ballard score, ultrasound, LMP)	Weight	Hight	code
<1,000 gm.	<37 wks.	-	-	P07.0 extremely LBW
1,000-2,499 gm.	<37 wks.	-	-	P07.1 other LBW
	≥ 37 wks.	<10 percentile of GA	ปกติ	P05.0 light for gestational age
		<10 percentile of GA	<10 percentile of GA	P05.1 small for gestational age
		ปกติปกติ และมีการตรวจร่างกายที่เข้าได้กับลักษณะ อาการของ malnutrition เช่น ผิวแห้ง ลอก loss of subcutaneous fat tissue		P05.2 fetal malnutrition without mention of light or small for gestational age
		ปกติ	ปกติ	P05.9 slow fetal growth, unspecified*
		น้ำหนักและความยาว >10 percentile of GA แต่ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม		
≥ 2,500 gm.	< 37 wk. No Ballard score	-	-	Z38.0 Singleton, born in hospital
				ถ้าแม่มีประวัติเป็นเบาหวานให้รหัส P70.- ร่วมกับ Z38.0
≥ 2,500 gm.	< 37 wk. by Ballard score	-	-	P07.3 Other preterm infants
				ถ้าแม่มีประวัติเป็นเบาหวานให้รหัส P07.2,P07.3 ร่วมกับ P70.- และ Z38.0

9. กรณีเด็ก Preterm กลับมา re-admit แต่น้ำหนักตัวยังต่ำกว่าเกณฑ์ หรือเด็ก Preterm ได้ส่งต่อไป รพ.อื่น

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

กรณีที่ 1 เด็ก preterm น้ำหนักน้อย กรณีตัวอย่าง เช่น เด็กน้ำหนักแรกคลอด 700 กรัม. คลอดที่ รพ. A รักษาดีขึ้นแล้ว และมีปัญหา retinopathy of premature ให้ย้ายกลับไปรักษาต่อที่ รพ.ใกล้บ้าน แต่ถ้ากลับมาใหม่ครั้งที่ 2 เมื่อครบนัดรักษา retinopathy of premature จึงให้ รพ.ใกล้บ้านส่งกลับมา admit ที่ รพ. A อีกครั้ง (เด็กยังไม่ได้จำหน่ายกลับบ้าน) น้ำหนักตัวแรกรับที่ รพ. A = 1,500 กรัม ให้รพ. A สรุปรายการวินิจฉัยโรคหลักเป็น retinopathy of prematurity (H35.1) และให้การวินิจฉัยโรคร่วมเป็น disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified (P07.-) ตามน้ำหนักแรกเกิดของเด็กเพื่อเป็นข้อมูลประกอบโรค ROP แต่ถ้าเด็กยังมีปัญหาของ preterm ที่ active และต้องการการดูแลจากกุมารแพทย์ ให้โรคหลักเป็น P07.- (ตามน้ำหนักแรกเกิดของเด็ก) และให้การวินิจฉัยโรคร่วมเป็น H35.1 Retinopathy of prematurity

กรณีที่ 2 เด็ก preterm น้ำหนักน้อย รักษาจนอาการดีขึ้นให้กลับบ้านได้ แต่ถ้าต้องกลับมารักษาอีกครั้งด้วยปัญหาที่มึนมนได้น้อย น้ำหนักตัวกลับลดลงไปอีก เช่น น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,800 กรัม แพทย์ให้ admit ใหม่ ในการ admit ครั้งนี้ให้สรุปรายการวินิจฉัยโรคหลักเป็นปัญหาที่พบเช่น under feeding of newborn (P92.3) ให้สรุปรายการวินิจฉัยโรคร่วมเป็น disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified (P07.-) ตามน้ำหนักแรกเกิดของเด็ก

กรณีที่ 3 เด็ก preterm น้ำหนักน้อย รักษาที่รพ. A จนอาการดีขึ้น แต่ยังต้องเลี้ยงให้โต ไม่มี active problem แล้ว จึง refer ไปรพ. B รพ. B ให้สรุปรายการวินิจฉัยโรคหลักเป็น disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified (P07.-) ตามน้ำหนักแรกเกิดของเด็ก (แต่น้ำหนักแรกรับจะเป็นน้ำหนักปัจจุบันของเด็ก) เพราะถือว่ารพ. B ยังต้องดูแลปัญหาเก่าต่อเนื่อง และไม่ต้องให้รหัส Z38.0 Single born in hospital เป็นการวินิจฉัยร่วมเพราะเด็กไม่ได้เกิดที่รพ. B

10. กลุ่มโรค Birth asphyxia (P21.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

1) ประวัติแรกคลอด

- 1.1 ตรวจสอบหลักฐานการบันทึก apgar score ที่ 1 นาทีแรก เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยหลัก
- 1.2 กรณีรับ refer หรือ birth before arrival (BBA) แล้วไม่พบหลักฐานการบันทึกข้อมูล apgar score ที่ 1 นาที เป็นเท่าไร จะไม่สามารถสรุปการวินิจฉัยได้ว่าเป็น severe birth asphyxia (P21.0) หรือ mild and moderate birth asphyxia (P21.1) หากมี clinical ที่เข้าได้กับ birth asphyxia ให้ดูหลักฐานข้อมูลอื่นสนับสนุน เช่น เด็กร้อง tone อ่อน จึงสามารถให้สรุปรายการวินิจฉัยเป็น birth asphyxia, unspecified (P21.9)

2) อาการแสดงของ birth asphyxia

- 2.1 ถ้ามีผล apgar score ที่ 1 นาที่แรกในเวชระเบียนก็ไม่จำเป็นต้องไปดู clinical อย่างอื่น การวินิจฉัยว่าเป็น severe birth asphyxia เมื่อผล apgar score ที่ 1 นาที่มีค่าเท่ากับ 0-3 วินิจฉัย mild and moderate birth asphyxia เมื่อผล apgar score ที่ 1 นาที่มีค่าเท่ากับ 4-6
- 2.2 พบบันทึกหลักฐานชัดเจน เช่น เด็กเขียว หายใจไม่สม่ำเสมอหรือ tone อ่อน (ในกรณีที่ไม่มีผล apgar score ที่ 1 นาที่แรก)
- 3) ต้องมีวินิจัยของแพทย์ระบุรายละเอียด เช่น severe birth asphyxia หรือ mild and moderate birth asphyxia หากแพทย์ไม่ระบุ ให้รหัสเป็น birth asphyxia, unspecified (P21.9)

11. กลุ่มโรค Respiratory distress syndrome of newborn (RDS) (P22.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ต้องเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด preterm ยกเว้น เด็ก term ที่เป็น infant of diabetic mother
- 2) มีอาการหายใจลำบาก เช่น ปีกจมูกบาน หายใจเร็วกว่า 60 ครั้งต่อนาที grunting, retraction, moaning เป็นต้น
- 3) ต้องมีผล chest x-ray และผลอ่าน film คือ hypoaeration , ground glass appearance หรือ white out lung reticulo-nodular pattern, air bronchogram
- 4) ระยะเวลาในการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ ไม่ควรดีขึ้นภายในหนึ่งวัน ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยได้รับสาร surfactant ก็อาจจะหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ภายใน 1 วัน
- 5) อาจตรวจ arterial blood gas พบ hypoxaemia, hypercarbia, metabolic หรือ respiratory acidosis ซึ่งเป็นลักษณะ respiratory failure

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีเด็ก premature มีอาการเหนื่อยหอบ มีการรักษา หากไม่มีผล chest x-ray ให้สรุปวินิจฉัยได้เพียง respiratory distress of newborn, unspecified (P22.9)
2. ในกรณีให้รหัส P22.0 Respiratory distress syndrome of newborn ไม่ต้องให้รหัส P28.5 Respiratory failure of newborn

12. กลุ่มโรค Transient tachypnea of newborn (P22.1)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด
 - 1.1 พบได้ทั้งในทารกเกิดครบกำหนดหรือทารกเกิดก่อนกำหนด
 - 1.2 ส่วนใหญ่อาจมีประวัติคลอดโดย caesarean section หรือ precipitate labour
- 2) หายใจหอบ อัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที อาจพบอาการหายใจลำบาก
- 3) ต้องมีผล chest x-ray ซึ่งอาจพบ hyperaeration, fluid ใน fissure หรือไม่พบก็ได้
- 4) รักษาด้วยการให้ออกซิเจน อาการมักดีขึ้นภายใน 3 วัน

- 2) หายใจหอบ อัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที อาจพบอาการหายใจลำบาก
- 3) ต้องมีผล chest x-ray ซึ่งอาจพบ hyperaeration, fluid ใน fissure หรือไม่พบก็ได้
- 4) รักษาด้วยการให้ออกซิเจน อาการมักดีขึ้นภายใน 3 วัน

แนวทางการให้รหัส

ทารกที่เป็น transient tachypnea of the newborn ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ แต่บางรายที่มีอาการรุนแรง อาจจำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ

13. กลุ่มโรค Congenital pneumonia (P23.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 338)

- 1) หายใจเร็วหอบ (อัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที) หรือหายใจลำบาก เกิดภายใน 48 ชั่วโมงหลังการคลอด (หากเกิดหลังจากนี้อาจเป็นผลจากการใส่ท่อช่วยหายใจได้ก็จะจัดเป็น nosocomial pneumonia) ตรวจร่างกายฟังปอด อาจได้ crepitation
- 2) มีผล chest x-ray เข้าได้กับภาวะ pneumonia
- 3) มีการรักษาภาวะ pneumonia ที่เหมาะสม
- 4) อาจมีประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น ภาวะติดเชื้อของมารดา premature rupture of membrane

14. กลุ่มโรค Neonatal cardiac failure ในทารกแรกเกิด (P29.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีอาการ dyspnea tachycardia และ
- 2) มีการรักษาภาวะ heart failure ที่เหมาะสม เช่น จำกัดการให้สารน้ำ การให้ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น
- 3) ตรวจร่างกายอาจพบ hepatomegaly, active precordium, lung crepitation หรือ wheezing หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ

15. กลุ่มโรค Sepsis of newborn (P36.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ต้องมีอาการทางคลินิกเข้าได้กับ sepsis เป็นสำคัญ ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับ 3 ระบบ คือ
 - 1.1 GI : กินไม่ดี ท้องอืด, feed เหลือ สำรอก
 - 1.2 Respiratory : หายใจเร็ว หอบ (อัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที) หรือ apnea หยุดหายใจมากกว่า 20 นาที
 - 1.3 Consciousness/well being ซึม อาจมีภาวะ hypothermia หรือ hyperthermia
- 2) ร่วมกับมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 2.1 ต้องตรวจพบ WBC มากกว่า 15,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือต่ำกว่า 5,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือมีสัดส่วน band / total neutrophil มากกว่า 0.2

- 3) ต้องมีการรักษาภาวะ sepsis โดยให้ antibiotic ทางเส้นเลือดดำอย่างน้อย 5 วัน ยกเว้น เสียชีวิต หรือมีการส่งต่อ (refer)

แนวทางการให้รหัส

หากทารกแรกเกิดมีไข้จากสิ่งแวดล้อม ให้ใช้รหัส P81.0 Environmental hyperthermia of newborn

16. กลุ่มโรค Pathologic jaundice

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ค่า total bilirubin เกิน 12 mg% ใน term และ 15 mg% ใน preterm ในกรณีนี้คำนึงถึงอายุทารกเป็นส่วนประกอบการพิจารณาด้วย
- 2) ในกรณีเป็น pathologic jaundice ควรจะสรุปการวินิจฉัยสาเหตุของ pathologic jaundice เช่น G6PD deficiency ต้องให้รหัส P58.8 Neonatal jaundice due to other specified excessive haemolysis ร่วมกับ
 - D55.0 G6PD deficiency
 - P55.1 ABO isoimmunization of fetus and newborn
 - P55.8 Minor blood group incompatible
- 3) หากไม่สามารถสรุปสาเหตุที่แน่นอนได้ก็จะสรุปเป็น neonatal jaundice inconclusive caused (P59.9)
- 4) เกณฑ์การ on phototherapy ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่ครบกำหนด (term healthy newborn)
 - อายุหลังคลอด 24 ชั่วโมง ค่า microbilirubin มากกว่าหรือเท่ากับ 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
 - อายุหลังคลอด 36 ชั่วโมง ค่า microbilirubin มากกว่าหรือเท่ากับ 11 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
 - อายุหลังคลอด 48 ชั่วโมง ค่า microbilirubin มากกว่าหรือเท่ากับ 12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

17. กลุ่มโรค Neonatal jaundice from breast milk inhibitor (Breast milk jaundice) (P59.3)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติ exclusive breast feeding หรือกินนมแม่เป็นส่วนใหญ่
- 2) ทารกมีอาการตัว ตาเหลือง หลังคลอดได้ 5 วันหรือมากกว่า
- 3) ไม่พบสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการตัวเหลือง

แนวทางการให้รหัส

ในกรณีทารกมีภาวะเหลือง (breast feeding jaundice, hypocaloric jaundice) ซึ่งมีสาเหตุหลักจากการที่มารดามีนมให้นมทารกไม่เพียงพอในระยะ 2-3 วันหลังคลอด ให้รหัส P59.8 Neonatal jaundice from other specified causes

18. กลุ่มโรค Atrial septal defect (Q21.1), Tetralogy of fallot (Q21.3), Ventricular septal defect (Q21.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณีผู้ป่วยใหม่
 - 1.1 ต้องมีผลการตรวจ echocardiogram เป็นหลัก
 - 1.2 กรณีไม่มีผลการตรวจ echocardiogram ซึ่งระบุชนิดของโรคไม่ได้ ให้วินิจฉัยเป็น congenital heart disease (Q24.9)
- 2) กรณีผู้ป่วยเก่าต้องมีบันทึกรายละเอียดการตรวจว่ามีประวัติเป็น atrial septal defect, tetralogy of fallot, ventricular septal defect ใน OPD card หรือในเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งนั้น

19. กลุ่มโรค Patent ductus arteriosus (Q25.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ต้องมีผลการตรวจ echocardiogram โดยเฉพาะในทารกแรกเกิดครบกำหนด
- 2) ถ้าไม่มีผลการตรวจ echocardiogram ต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้
 - 2.1 ต้องเป็นทารกแรกเกิดก่อนกำหนด (premature)
 - 2.2 ตรวจร่างกายมี clinical มี tachycardia, active precordium, hepatomegaly หรือร่วมกับ wide pulse pressure
 - 2.3 ตรวจพบ murmur (systolic murmur ที่ตำแหน่ง upper left parasternal border) หรือไม่มี murmur ในกรณีใส่เครื่องช่วยหายใจ เพราะการให้ positive pressure (ใส่เครื่องช่วยหายใจ) ก็ทำให้ไม่ได้ยินเสียง murmur
 - 2.4 Chest x-ray มี white out lung หรือ cardiomegaly หรือ congestion หรือมีค่า PCO₂ สูง
 - 2.5 มีการรักษาโดยให้ยา indomethacin หรือ ibuprofen หรือ diuretic หรือ restrict fluid ร่วมกับอาการดังกล่าวก็สามารถให้การวินิจฉัยได้

20. กลุ่มโรคในทารกแรกเกิดที่ได้รับผลกระทบจากการคลอด หรือการเจ็บป่วยของมารดา

(รหัสกลุ่ม P00 – P04 Fetus and newborn affected by maternal factors and by complications of pregnancy, labour and delivery)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 334)

- 1) เมื่อเกิดการบาดเจ็บของทารกแรกคลอดโดยไม่ระบุสาเหตุที่ชัดเจน เช่น cephalhaematoma, fracture of clavicle ให้อนุมานว่าเป็นผลจากการคลอด
- 2) ในกรณีที่ไม่มีผลกระทบหรือการบาดเจ็บจากการคลอดไม่จำเป็นต้องสรุปหรือไม่ต้องให้รหัส P00-P04 และห้ามสรุป P00-P04 Fetus and newborn affected by maternal factors and by complications of pregnancy, labour and delivery เป็นการวินิจฉัยหลัก (Pdx)

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(การสรุปและให้รหัสโรคกลุ่มศัลยกรรมทั่วไป)

1. กลุ่มโรค Subarachnoid haemorrhage, Rupture cerebral aneurysm, Rupture cerebral arterio-venous malformation (I60.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณีไม่ทราบประวัติหลักฐานไม่ชัดเจน ไม่สามารถแยกได้ว่าเป็น subarachnoid haemorrhage จาก trauma หรือ non-trauma ให้เชื่อตามคำวินิจฉัยของแพทย์ผู้สรุป เนื่องจากเป็นผู้ที่เห็นและได้ตรวจร่างกายผู้ป่วย กรณีที่เป็น trauma ต้องมีบันทึกของแพทย์ในเวชระเบียนระบุว่า traumatic subarachnoid haemorrhage หากไม่ระบุให้ดูบันทึกประวัติการเกิดอุบัติเหตุร่วมด้วย
- 2) การแยก trauma และ spontaneous subarachnoid haemorrhage จากประวัติ โดยดูจากอาการผู้ป่วย ถ้าเป็น spontaneous subarachnoid haemorrhage จะมีอาการปวดศีรษะก่อน ซึ่งสาเหตุอาจเป็น ruptured aneurysm, ruptured AVM, intracerebral haemorrhage และ intraventricular haemorrhage มีประมาณร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยที่เป็น spontaneous haemorrhage ที่ไม่ทราบสาเหตุ ดังนั้นการสรุปเวชระเบียนต้องสรุปตามสาเหตุของการเกิด subarachnoid haemorrhage โดยไม่ต้องให้รหัส subarachnoid haemorrhage เป็นโรคร่วม
- 3) ผล CT brain MRI brain หรือ lumbar puncture เป็นการช่วยสนับสนุนการวินิจฉัย subarachnoid haemorrhage เท่านั้น
- 4) กรณีให้การวินิจฉัยสาเหตุของ subarachnoid haemorrhage ต้องใช้การทำ Imaging ได้แก่ CT angiography CTA หรือ cerebral angiography

แนวทางการให้รหัส

1. การรักษาต้องรักษาตามสาเหตุ เช่น ถ้าเป็น aneurysm หรือ AVM อาจต้องผ่าตัด หรือ embolization ถ้าเป็น intracerebral hematoma ก้อนใหญ่ อาจต้องผ่าตัด ถ้าเป็น intraventricular haemorrhage และมี hydrocephalus ร่วมด้วย อาจต้องใส่ ventricular drainage
2. ถ้าเป็นกรณีเกิดจากการบาดเจ็บให้รหัสเป็น S06.6 Traumatic subarachnoid haemorrhage

2. กลุ่มโรค Cerebral haemorrhage, frontal lobe hematoma, basal ganglion hemorrhage(I61.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณีไม่ทราบประวัติ หลักฐานไม่ชัดเจน ไม่สามารถแยกได้ว่าเป็น cerebral haemorrhage จาก trauma หรือ non-trauma ให้เชื่อตามคำวินิจฉัยของแพทย์ผู้สรุปเนื่องจากเป็นผู้ที่เห็นและได้ตรวจร่างกายผู้ป่วย กรณีที่เป็น trauma ต้องมีบันทึกของแพทย์ในเวชระเบียนระบุว่า traumatic intracerebral haemorrhage หากไม่ระบุให้ดูบันทึกประวัติการเกิดอุบัติเหตุร่วมด้วย

- 2) ถ้าผล CT brain หรือ MRI brain มีลักษณะ laceration หรือลักษณะ contusion เป็น cerebral haemorrhage จาก trauma ถ้าผล CT brain หรือ MRI brain บันทึกว่าก้อนเลือดอยู่ในตำแหน่งที่ลึกเป็น haemorrhage จาก non-trauma
- 3) การแยก trauma และ spontaneous intracerebral haemorrhage จากประวัติและตรวจร่างกายผู้ที่เป็น spontaneous intracerebral haemorrhage จะมีประวัติปวดศีรษะ หรือแขนขาอ่อนแรงก่อนล้มลงต่างจากการเป็น traumatic intracerebral haemorrhage ซึ่งมักจะไม่มีอาการอะไรก่อนอุบัติเหตุ หากเป็น spontaneous intracerebral haemorrhage ในผู้ป่วยที่มี hypertension ก็จะทำให้การวินิจฉัยว่าเป็น hypertensive intracerebral haemorrhage ซึ่งพบในตำแหน่งต่างๆ เช่น basal ganglion, thalamic, pontine, cerebellum และ subcortical white matter เวลาสรุปการวินิจฉัยก็จะสรุปตามตำแหน่งที่มีเลือดออก เช่น thalamic haemorrhage นอกจากนี้ intracerebral haemorrhage อาจเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น brain tumor, coagulopathy ควรสรุปตามสาเหตุของเลือดออก

แนวทางการให้รหัส

ถ้ากรณีเกิดจากการบาดเจ็บให้รหัสเป็น S06.3 Traumatic intracerebral haemorrhage

3. กลุ่มโรค Esophageal varices with bleeding, Bleeding esophageal varices, Rupture esophageal varices (I85.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายเป็นเลือดหรือถ่ายดำ ร่วมกับ
- 2) มีผลการส่องกล้องหลอดอาหารเพื่อยืนยันวินิจฉัย
 - 2.1 พบ bleeding esophageal varices หรือ
 - 2.2 พบ esophageal varices ที่ให้การรักษาด้วยยา sandostatin หรือ vasopressin หรือให้การรักษาด้วย balloon tamponade (Sengstaken Blakemore tube, SB -tube) และแพทย์สรุปวินิจฉัยว่า esophageal varices with bleeding
- 3) กรณีเลือดออกซ้ำ อาจไม่จำเป็นต้องทำการส่องกล้องหลอดอาหาร แต่ต้องมีรายงานผลตรวจส่องกล้องหลอดอาหารครั้งก่อน (official report) ว่ามี esophageal varices ร่วมกับการรักษาด้วยยา sandostatin หรือ vasopressin หรือให้การรักษาด้วย balloon tamponade (Sengstaken Blakemore tube, SB-tube) และแพทย์สรุปวินิจฉัยว่า esophageal varices with bleeding
- 4) กรณีมีอาการของ gastrointestinal bleeding แต่ไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 2) และข้อ 3) ให้ผู้ตรวจสอบสรุปวินิจฉัยดังรายละเอียดในกลุ่มโรค gastrointestinal bleeding (K92.0-K92.2)

แนวทางการให้รหัส

1. ถ้าแพทย์ผู้ตรวจสอบสรุปการวินิจฉัย esophageal varices ในผู้ป่วย cirrhosis ให้รหัส K74.6

Other and unspecified cirrhosis of liver เป็นรหัสวินิจฉัยหลัก ส่วนรหัสการวินิจฉัยร่วมหากไม่มีเลือดออกให้รหัส I98.2* Oesophageal varices without bleeding in disease classified elsewhere แต่ถ้ามีเลือดออกให้รหัส I98.3* Oesophageal varices with bleeding in disease classified elsewhere

2. ถ้าแพทย์ผู้ตรวจสอบสรุปการวินิจฉัย esophageal varice โดยไม่ระบุว่าเกิดจากสาเหตุใด แต่ถ้ามีเลือดออกให้รหัส I85.0 Oesophageal varices with bleeding และถ้าไม่มีเลือดออกให้รหัส I85.9 Oesophageal varices without bleeding

4. กลุ่มโรค Appendicitis, Acute appendicitis, Rupture appendicitis (K35.- , K37)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

1. พบอาการ clinical ในการวินิจฉัย หรือพบบันทึกใน operative note ดังนี้

1.1 Acute appendicitis with generalized peritonitis (K35.2) บันทึกการตรวจร่างกาย พบ guarding ทั้งสองฝั่ง ร่วมกับการบันทึกใน operative note พบมีการแตกของไส้ติ่ง และมีการกระจายของหนองช่องท้อง

1.2 Acute appendicitis with localized peritonitis (K35.3 Acute appendicitis (with or without perforation or rupture) with peritonitis) บันทึกการตรวจร่างกาย พบ guarding หรือมี rebound tenderness ชัดเจนบริเวณ right lower quadrant อาจพบการแตกของไส้ติ่งใน operative note (ไม่รวมที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดที่แพทย์บันทึกว่า accidental ruptured หรือ iatrogenic perforation)

2. ต้องรักษาโดยการผ่าตัด

3. กรณีที่ไม่รักษาโดยการผ่าตัด ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้

3.1 สถานภาพการจำหน่ายต้องไม่ใช่ improve หรือ approval

3.2 หากสถานภาพการจำหน่ายเป็น improve หรือ approval ต้องมีข้อบ่งชี้บางประการที่ทำให้ไม่สามารถผ่าตัดได้ เช่น โรคเลือด เป็นต้น แต่ต้องมีการรักษาโดยวิธีอื่นที่เหมาะสม และต้องมีผล CT-scan หรือ ultrasound ยืนยัน

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีไม่เข้าหลักเกณฑ์ ให้สรุปเป็นกลุ่มโรค abdominal and pelvic pain (R10.-)

2. ถ้าแพทย์ไม่ระบุว่าเป็น generalized peritonitis หรือ localized peritonitis ให้รหัส K35.8 Acute appendicitis, other and unspecified

5. กลุ่มโรค Primary peritonitis, Spontaneous bacterial peritonitis, Peritonitis (K65.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

1) พบมีลักษณะทางคลินิกและต้องมีผลการตรวจน้ำในช่องท้องเข้าได้กับ primary peritonitis ($PMN > 250 \text{ cell/mm}^3$)

2) ถ้า try abdominocentesis แล้ว fail ไม่สามารถสรุปเป็น primary peritonitis ได้

3) กรณีที่มีการผ่าตัดแล้วพบว่ามีโรคอื่นที่ทำให้เกิด peritonitis ไม่ต้องสรุป primary peritonitis

4) กรณีไม่เข้าหลักเกณฑ์ ให้สรุปเป็นกลุ่มโรค R10.-Abdominal and pelvic pain

6. กลุ่มโรค Acute pancreatitis ,Pancreatitis (K85.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน อย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อดังนี้

- 1) มีอาการปวดท้องส่วนบนร่วมกับตรวจร่างกายพบมีภาวะ peritonitis
- 2) Serum amylase หรือ urine amylase 24 ชั่วโมง หรือ serum lipase ตัวใดตัวหนึ่งมีค่าสูงกว่าปกติอย่างน้อย 3 เท่า
- 3) มีการตรวจพิเศษด้วย CT-scan หรือ MRI พบว่ามีภาวะ pancreatitis อ่านโดยรังสีแพทย์

แนวทางการให้รหัส

กรณีไม่เข้าหลักเกณฑ์ให้สรุปเป็นกลุ่มโรค R10.- Abdominal and pelvic pain

7. กลุ่มโรค Gastrointestinal bleeding (GI bleeding), Upper gastrointestinal bleeding, Lower gastrointestinal bleeding (K92.0-K92.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 243)

1. มีอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ หรือถ่ายเป็นเลือด
2. กรณีต้องการบอกตำแหน่งที่เลือดออกต้องมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม อาทิเช่น gastroscopy, colonoscopy, angiography, red blood cell scan
- 3) กรณีไม่มีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมให้พิจารณาตามอาการดังนี้
 - 3.1 ถ้าผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือด หรือ coffee ground ให้สรุปเป็น haematemesis (K92.0)
 - 3.2 ถ้าผู้ป่วยถ่ายเป็นเลือดหรือถ่ายดำ ให้สรุปเป็น melaena (K92.1)
 - 3.3 ถ้าอาการไม่เข้าข้อ 3.1 หรือ 3.2 ให้สรุปเป็น unspecified gastrointestinal bleeding (K92.2)
 - 3.4 ถ้ามีทั้ง haematemesis หรือ melaena ให้สรุปเป็น haematemesis (K92.0) ซึ่งเป็นอาการที่รุนแรงกว่า

8. กลุ่มโรค Decubitus ulcer (Bed sore) (L89.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 260)

1. Decubitus หรือ bed sore เป็นแผลที่เกิดจากการกดทับเป็นเวลานาน แบ่งตามระยะของโรค โดยพิจารณาถึงความลึกที่มากที่สุดของแผล

Stage I Decubitus ulcer and pressure area (L89.0) เป็นเพียงรอยแดง ยังไม่มีการสูญเสียผิวหนัง

Stage II Decubitus ulcer (L89.1) มีรอยถลอก ตุ่มพอง มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วนในชั้น epidermis และหรือ dermis

Stage III Decubitus ulcer (L89.2) มีการสูญเสีย ผิวหนังแบบ full thickness มีการทำลายของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังลึกลงไปถึงชั้น fascia

Stage IV decubitus ulcer (L89.3) มีการตายของกล้ามเนื้อ กระดูก หรืออวัยวะข้างเคียง เช่น เอ็น ปลอกหุ้มข้อ

- 2) หากมีแผลเพาะเชื้อ ใช้รหัสกลุ่ม B95-B97 เสริม โดยไม่ต้องสรุปและให้รหัสการอักเสบที่ผิวหนังเพิ่มเติม

แนวทางการให้รหัส

ถ้าแพทย์เขียนคำวินิจฉัยว่า bed sore ไม่ระบุระยะให้รหัสเป็น L89.9 Decubitus ulcer and pressure area, unspecified

9. กลุ่มโรค Necrotizing fasciitis (M72.6)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 282)

- 1) มีการบรรยายลักษณะบาดแผลว่ามีบวมแดงและต้องมี hemorrhagic bleb มีเนื้อตาย ร่วมกับการปวด
- 2) อาจมีการทำ ultrasound ตรวจพบว่ามี fluid ในชั้น fascia
- 3) มีการรักษาโดยการทำ excisional debridement หรือ operative note มีการวาดรูปร่วมกับบรรยายลักษณะของบาดแผลว่ามีเนื้อตายถึงชั้น fascia หรือมี fluid ในชั้น fascia หากไม่มีการวาดรูปและบรรยายรายละเอียด แต่มีการสรุปว่ามีการทำ excisional debridement ต้องมีข้อมูลอื่นที่สนับสนุนถึงภาวะของ necrotizing fasciitis และการทำหัตถการนั้นๆ

แนวทางการให้รหัส

- 1.กรณีไม่การทำ excisional debridement ให้ผู้ตรวจสอบสรุปเป็น cellulitis
- 2.หากไม่ได้ทำหัตถการหรือผ่าตัดใดๆ ต้องเป็นการจำหน่ายผู้ป่วยด้วย refer, not improve หรือ dead
- 3.หากแพทย์วินิจฉัยว่า necrotizing fasciitis ไม่ต้องสรุปและให้รหัสการอักเสบที่ผิวหนังเพิ่มเติม

10. กลุ่มโรค Multiple intracerebral injury, Fracture skull, Subdural haematoma, Subarachnoid haemorrhage (S06.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณีมีรอยโรคหลายตำแหน่งให้ผู้ตรวจสอบสรุปรอยโรคที่รุนแรงที่สุดหรือรอยโรคที่ลึกสุดเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก
- 2) กรณีผล CT brain ระบุว่า brain oedema หรือ brain herniation ไม่ต้องให้รหัส G93.5 Compression of brain หรือ G93.6 Cerebral oedema

11. กลุ่มโรค Retroperitoneal haematoma, Pelvic haematoma (S36.8)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ยืนยันด้วยการทำ exploratory laparotomy หรือ CT abdomen
- 2) หากมีภาวะ retroperitoneal haematoma ที่ทราบสาเหตุ ไม่ต้องสรุป retroperitoneal haematoma เป็นการวินิจฉัยโรค
- 3) หากไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคสามารถบันทึก retroperitoneal haematoma เป็นการวินิจฉัยโรคได้

12. กลุ่มโรค Kidney trauma , Kidney injury, Rupture kidney, Tear kidney grade 1,2,3,4,5 (S37.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติ trauma อาจมีหรือไม่มี haematuria
- 2) ยืนยันด้วยการทำ exploration หรือ มีการยืนยันโดยผล IVP หรือ ultrasound kidney หรือ CT abdomen
- 3) กรณีที่มีประวัติ trauma แล้วมี haematuria แต่ไม่มีผลตรวจตามข้อ 2 ให้สรุปได้เพียง injury of unspecified pelvic organ (S37.9) โดยไม่ต้องให้รหัส haematuria เพิ่ม

13. กลุ่มโรค Burn (T20.- - T32.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 379)

- 1) ข้อมูลรายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับตำแหน่งบาดแผล จำนวน ความลึก ความกว้าง และกลไกการบาดเจ็บจากบันทึกการตรวจร่างกายของแพทย์
- 2) ให้เลือกบาดแผลที่ลึกที่สุดและกว้างที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลัก และบาดแผลที่เหลือเป็นการวินิจฉัยร่วม
- 3) ให้สรุปการวินิจฉัยบอกความกว้าง (body surface,T31.-) เช่น 25 % burn เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม
- 4) ต้องให้รหัส external cause of injury ด้วยเสมอ

14. กลุ่มโรค Haemorrhage and haematoma complicating a procedure (T81.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

หลักฐานจากรายงานการผ่าตัด แพทย์ระบุว่า

- 1) มีเลือดออกมากกว่าปกติของการผ่าตัดนั้นๆ และแพทย์ระบุ haemorrhage complicating a procedure ในบันทึกการผ่าตัด หรือ progress note
- 2) มีบันทึก estimate blood loss
- 3) กรณีตรวจพบการลดลงของ Hct ตามเกณฑ์ สามารถให้การวินิจฉัย acute posthaemorrhagic anaemia (D62) ได้ ในกรณีที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัย

- 4) ในกรณีที่พบ hemorrhage/hematoma ที่ตำแหน่งหลังทำหัตถการเพียงเล็กน้อย ไม่ถือว่าเป็น complication จากการทำหัตถการ ไม่ต้องสรุป haemorrhage complicating a procedure (T81.0) เป็นการวินิจฉัยร่วม หากมีการบันทึกรอยโรคบริเวณที่ทำหัตถการไม่ใช่แค่รอยช้ำ ecchymosis ต้องมีคำวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็น complication ของการทำหัตถการและต้องมีการดูแลรักษาเพิ่มที่มากกว่าการ observe จึงจะสรุป haemorrhage complicating a procedure (T81.0) เป็นการวินิจฉัยร่วมได้

15. กลุ่มโรค Penetrating wound or puncture wound with retained foreign body

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

กรณี acute injury (ถูกยิง, เข็มตำ, เลื่อยตำ) ให้ผู้ตรวจสอบสรุปว่าเป็น penetrating wound or puncture wound เท่านั้น เนื่องจากรหัสกลุ่มนี้ จะรวมถึง foreign body อยู่แล้ว

16. กลุ่มโรค Post traumatic wound infection (T79.3)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 381)

- 1) หากเป็นการติดเชื้อหลังจากการบาดเจ็บ ให้สรุประบุสาเหตุการบาดเจ็บร่วมด้วยเสมอ หากแพทย์สรุป wound infection และไม่พบสาเหตุการบาดเจ็บที่ชัดเจนว่าเกิดจากสาเหตุอะไร ให้รหัสเป็น T79.3 Post-traumatic wound infection, not elsewhere classified คู่กับสาเหตุภายนอก ให้รหัส X59.99 Exposure unspecified factor at unspecified place during unspecified activity
- 2) หากมีผลเพาะเชื้อให้รหัส B95-B97 เสริม
- 3) กรณี wound infection ลุกลามจนถึงระดับ necrotizing fasciitis (M72.6) หรือ osteomyelitis (M86.-) ให้สรุปโรคในกลุ่มนั้นๆ โดยไม่ต้องให้รหัส T79.3 Post-traumatic wound infection, not elsewhere classified, L03.-Cellulitis หรือ R02 Gangrene เพิ่มเติม

17. กลุ่มโรค Spinal cord injury, acute

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ตำแหน่งการบาดเจ็บของไขสันหลังใช้ motor และ sensory loss ตาม ASIA classification หรือใช้ผลตรวจ CT scan หรือผลตรวจ MRI
- 2) ลักษณะของอัมพาตจากการบาดเจ็บของไขสันหลังว่าเป็นแบบ quadriplegia (quadriparesis) หรือ paraplegia (paraparesis)
- 3) สรุปกลุ่มโรคตามระดับการบาดเจ็บของไขสันหลัง
- 4) ระบุสาเหตุการบาดเจ็บ และการบาดเจ็บร่วม

18. กลุ่มโรค Sequelae of spinal cord injury (Post – Traumatic spinal cord injury) (T91.3)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณีการบาดเจ็บนั้นเกิดขึ้นภายใน 1 ปี ให้เป็นกลุ่ม current injury (ให้รหัสกลุ่ม S)
- 2) กรณีการบาดเจ็บนั้นเกิดขึ้นนานกว่า 1 ปี ให้เป็นกลุ่ม sequelae of injury (T91.3) และไม่สามารถสรุปเป็นโรคหลักได้
- 3) ผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง หากมารับการรักษาด้วยสาเหตุอื่น ให้ปัญหาของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ เพื่อการรักษาในคราวนั้นเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก เช่น G82.3 Flaccid quadriplegia หรือ flaccid quadriparesis, G82.0 Flaccid paraplegia หรือ flaccid paraparesis, G95.8 Neurogenic bladder due to spinal cord injury และให้รหัสกลุ่ม sequelae of injury เป็นการวินิจฉัยโรคร่วมได้ และกรณีมาเพื่อรับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้รหัส Z50.- Care involving use of rehabilitation procedures เป็นโรคร่วมด้วย
- 4) ระบุสาเหตุการบาดเจ็บ

หมายเหตุ ตัวอย่างการให้รหัส สาเหตุของการบาดเจ็บไขสันหลัง

- ให้รหัส Y85.0 Sequelae of motorcycle accident เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม
- ให้รหัส Y85.1 Sequelae of transport accident เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม
- ให้รหัส Y86 Sequelae of accident เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม
- ให้รหัส Y87.1 Sequelae of assault เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม
- ให้รหัส Y89.9 Sequelae of unspecified cause เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสโรคกลุ่มออร์โธปิดิกส์)

1. กลุ่มโรค Nonunion และ Pseudarthrosis (M84.1, M96.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 283)

Nonunion หมายถึง ภาวะที่กระดูกไม่เชื่อมติดกันหลังจากกระดูกหัก จากการติดตามด้วยภาพถ่ายรังสีพบว่าไม่มี callus เชื่อมระหว่างปลายกระดูกที่หักส่วน pseudarthrosis หมายถึง การเกิด nonunion และเกิดการขยับระหว่างกระดูกที่ไม่ติดทำให้เกิดเป็น false joint แต่ในปัจจุบันถือว่า nonunion กับ pseudarthrosis มีความหมายเดียวกัน ใน ICD-10 แบ่ง nonunion ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

- 1) Nonunion ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ หรือหลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธี closed treatment
- 2) Nonunion ที่เกิดหลังจากการรักษาโดยการผ่าตัด เช่น fusion, arthrodesis หรือ insertion of orthopedic implant ต้องตรวจสอบว่าแพทย์บันทึกคำวินิจฉัยว่าเป็นประเภทใด

แนวทางการให้รหัส

ถ้าวินิจฉัยว่าเป็น nonunion ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกระดูกหักที่ไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการรักษาด้วยวิธี closed treatment เช่น closed reduction of fracture ให้รหัส M84.1 Nonunion of fracture (pseudarthrosis) ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น nonunion ที่เกิดขึ้นหลังจากการรักษาโดยการผ่าตัด เช่น fusion, arthrodesis หรือ insertion of orthopedic implant ให้รหัส M96.0 Pseudarthrosis after fusion or arthrodesis

ถ้าวินิจฉัยว่าเป็น nonunion ที่เกิดขึ้นหลังจากการรักษาโดยการผ่าตัด เช่น fusion, arthrodesis หรือ insertion of orthopedic implant ร่วมกับ มี internal fixation แตกหรือหัก ให้รหัส T84.1 Mechanical complication of internal fixation device of bones of limb เป็นรหัสการวินิจฉัยหลัก รหัส M96.0 Pseudarthrosis after fusion or arthrodesis เป็นการวินิจฉัยร่วม และ Y79.2 Orthopaedic devices associated with adverse incidents (prosthetic and other implants, materials and accessory devices) เป็นสาเหตุภายนอก

แนวทางให้รหัส ทั้ง 3 รหัส สามารถใช้ได้ทั้งกระดูก axial และ extremities

2. กลุ่มโรค Fracture pelvis (S32.8)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

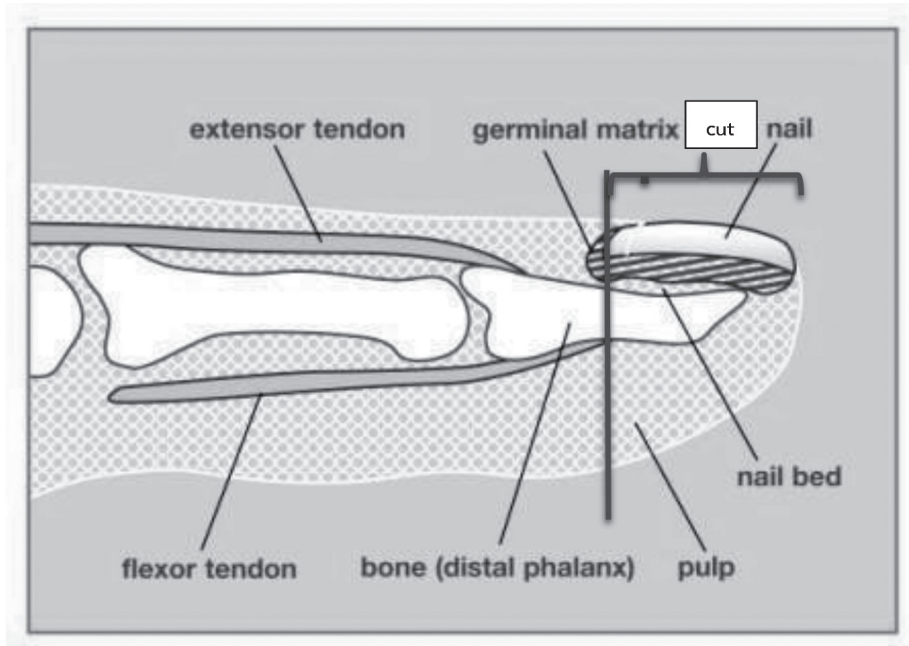
- 1) ต้องมีผล x-ray เพื่อประกอบการวินิจฉัย และหรือ สามารถเห็นบริเวณที่แตกหักนั้นด้วยตาเปล่า
- 2) กรณีที่ตรวจร่างกายพบ positive pelvic compression test หากไม่มีผล x-ray ยืนยัน ไม่สามารถสรุปว่าเป็น fracture pelvis ได้ แต่ให้สรุปเป็น unspecified injury of abdomen, lower back and pelvis (S39.9)

3. กลุ่มโรค Amputation / Near amputation

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีการขาดออกของรยางค์ซึ่งมีการเสียหายของ vital structure ทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย กระดูก เส้นเลือด เส้นประสาท เส้นเอ็น และหรือกล้ามเนื้อ
- 2) กรณีปลายนิ้วขาดมักจะมีตำแหน่งภายใน 4 มิลลิเมตร นับจาก base of distal pharynx ให้รหัส

S68.0 Traumatic amputation of thumb or finger



<http://www.assh.org/handcare/hand-arm-injuries/fingertip-injury>

แนวทางการให้รหัส

1. Nearly/incomplete/complete amputation ให้เป็นรหัสเดียวกัน
2. กรณีมีกระดูกปลายนิ้วแตก โดยไม่พบการเสียหายของ vital structure ให้รหัส S62.6

Fracture of other finger

3. กรณีแพทย์ผู้ตรวจสอบพบคำวินิจฉัย finger tip injury เป็นคำวินิจฉัยที่กำกวม ซึ่งใช้วินิจฉัยการบาดเจ็บปลายนิ้วมือ ซึ่งมีเนื้อเยื่อหลายประเภท มีสาเหตุกลไกการบาดเจ็บที่ต่างกัันดังนี้

3.1 กรณีฟกช้ำที่ไม่ใช่ส่วนของเล็บ ให้รหัส S60.0 Contusion of thumb or finger

3.2 กรณีมีเลือดคั่งใต้เล็บ ให้รหัส S65.5 Subungual hematoma of finger

3.3 กรณีแผลเปิดที่ไม่ใช่ส่วนของเล็บ ให้รหัส S61.0 Laceration of thumb or finger

3.4 กรณีแผลเปิดที่บริเวณเล็บ ให้รหัส S61.1 Laceration of nail bed

4. กลุ่มโรค Compartment syndrome

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2017 หน้า 382)

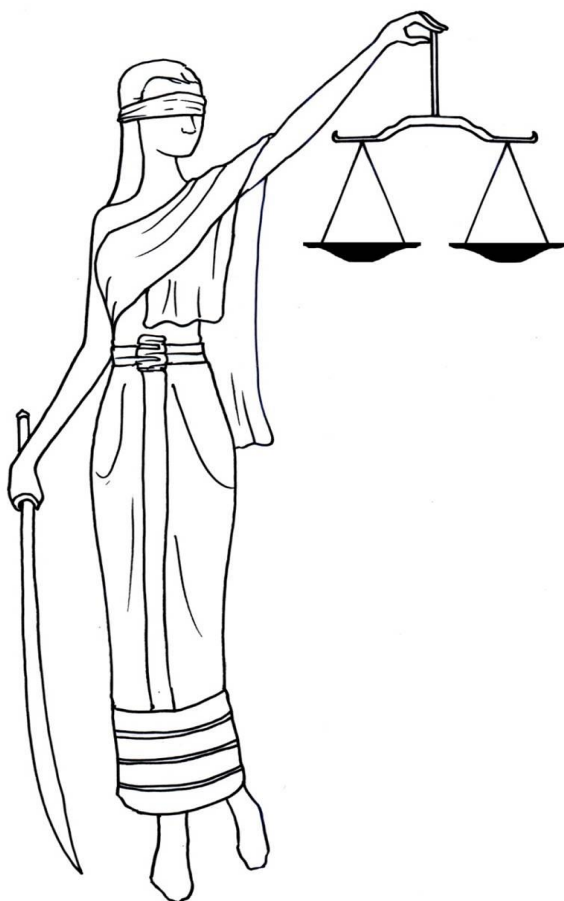
- 1) ต้องมี sign ของ muscle ischaemia (อย่างน้อย 1 อาการ)
 - 1.1 Pain ปวดรุนแรง เข้าได้กับ intractable pain หรือ pain out of proportion และมี classic sign คือ เมื่อ stretch กล้ามเนื้อใน compartment นั้นๆ จะมี pain มากขึ้น มักจะคลำได้ว่า กล้ามเนื้อมดนั้น tense/tight มากขึ้น
 - 1.2 Pallor and pulselessness
 - 1.3 Paresthesia
 - 1.4 Paralysis
- 2) ต้องมีการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งเป็นการรักษาที่มากกว่าปกติและไม่จำเป็นต้องรักษาโดยทำ fasciotomy เท่านั้น
- 3) ต้องมีการบันทึกคำวินิจฉัยของแพทย์ต้องบันทึกการวินิจฉัยให้ชัดเจนว่า compartment syndrome นั้นเกิดการบาดเจ็บ เช่น เกิดจาก fracture หรือไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บ เช่น เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือด

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีเกิดจาก trauma ให้รหัส T79.6 Traumatic ischaemia of muscle or Volkmann's ischaemic contracture
2. กรณีเกิดจาก non-trauma ให้รหัส M62.2 Ischaemic infarction of muscle
3. ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่า compartment syndrome โดยไม่บันทึกว่าเกิดจากการบาดเจ็บหรือไม่ให้วินิจฉัยว่าเป็น traumatic ischaemia of muscle หรือวินิจฉัยว่าเป็น Volkmann's ischaemic contracture ให้รหัส T79.6 Traumatic ischaemia of muscle และต้องให้รหัสสาเหตุภายนอกด้วย
4. กรณีที่แพทย์วินิจฉัยว่า non-trauma compartment syndrome ให้รหัส M62.2 Ischaemic infarction of muscle

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การสรุปและให้รหัสเหตุการณ์



แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางอายุรกรรม)

1.กลุ่มหัตถการ Transarterial chemoembolization (TACE) หรือ Transarterial oily chemoembolization (TOCE)

TACE หรือ TOCE ถือเป็นหัตถการเดียวกัน โดยก่อนหน้านี้ใช้นิยามใช้ชื่อหัตถการ TOCE แต่ปัจจุบันนิยามเรียก TACE มากกว่า chemoembolization เป็นการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดกั้นหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งตับ โดยผู้ป่วยที่จะใช้วิธีนี้ มะเร็งไม่ควรแพร่กระจายออกนอกตับ ควรจะเป็นมะเร็งก้อนเดี่ยว และอยู่ใกล้กับหลอดเลือดหลักของตับ ไม่ควรมี portal vein thrombosis (relative contraindication) เพราะจะทำให้เกิด liver failure ได้ สำหรับยาต้านมะเร็งที่นิยมใช้ในวิธีนี้ คือ doxorubicin mitomycin และ cisplatin

TACE เป็นการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดดังกล่าวผ่านทางหลอดเลือดแดงเข้าไปสู่บริเวณที่มีโรคอยู่โดยตรงแล้วอุดกั้นหลอดเลือดนั้น เพื่อไม่ให้เลือดไปเลี้ยงก้อนเนื้องอกได้อีก วิธีการทำโดยการใส่สายสวนเล็กๆ เข้าไปทางหลอดเลือดแดงบริเวณแขนหรือขาหนีบ แล้วบังคับให้สายสวนเคลื่อนไปสู่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงก้อนเนื้องอกที่ตับ (selective angiography) เมื่อได้เส้นเลือดที่ต้องการแล้ว แพทย์จะฉีดยาเคมีบำบัดเข้าไปสู่ก้อนเนื้องอกของตับ ซึ่งนิยมผสมยากับ lipiodol 5-20 มิลลิลิตร แล้วอุดหลอดเลือดเส้นนั้นซึ่งมีวิธีการอุดหลายแบบ แต่ที่นิยมใช้เป็นสาร jel foam

ในบางครั้งอาจมีการทำเฉพาะ embolization อย่างเดียวโดยไม่ได้ให้ยาเคมีบำบัด หรือ บางครั้งถ้าพบว่า มี shunt ระหว่างเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงตัวเนื้องอกกับระบบอื่น แพทย์จะหลีกเลี่ยงการผสมยากับ lipiodol เพราะอาจเกิด systemic emboli จาก lipiodol ได้

2.กลุ่มหัตถการ Percutaneous ethanal Injection :PEI หรือ Direct ethanal Injection :DEI

Percutaneous Ethanal Injection หมายถึง การฉีดแอลกอฮอล์เข้าก้อนมะเร็งตับ ใช้ได้ทั้งกรณี primary or secondary malignant neoplasm เป็นการฉีดสาร ethanol เข้าทำลายเซลล์มะเร็งตับ

3.การทำ Direct ablation ด้วยวิธีอื่น

การทำ direct ablation ด้วยวิธีอื่น เช่น radio-frequency, microwave, magnetic wave, cryotherapy คือการใช้เข็มแทงผ่านผิวหนังโดยตรงเพื่อเข้าไปทำลายเซลล์มะเร็งที่เนื้อตับ

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ควรบันทึกรายละเอียดของหัตถการที่ทำ ว่าทำด้วยวิธีใด ใช้สาร หรือยาเคมีบำบัดชนิดใด

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีที่ทำหัตถการ Transarterial chemoembolization (TACE)

ให้รหัส 99.25 Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance
ร่วมกับ รหัส 88.47 Arteriography of other intra-abdominal arteries

2. กรณีที่ให้เฉพาะยาเคมีบำบัด (Transcatheter arterial infusion) ไม่ได้ทำ Embolization
ให้รหัส 99.25 Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance
ร่วมกับ รหัส 88.47 Arteriography of other intra-abdominal arteries
3. กรณีที่ทำเฉพาะ Embolization (transcatheter arterial embolization) ไม่ได้ให้ยาเคมีบำบัด
ให้รหัส 99.29 Injection or infusion of other therapeutic or prophylactic substance
ร่วมกับ รหัส 88.47 Arteriography of other intra-abdominal arteries
4. กรณีที่เป็นการฉีดแอลกอฮอล์เข้าก้อนมะเร็งตับโดยตรง
ให้รหัส 50.94 Other injection of therapeutic substance into liver
5. กรณีที่มีการจี้เพื่อทำลายก้อนมะเร็งในเนื้อตับ
ให้รหัส 50.24 Percutaneous ablation of liver lesion or tissue

4. กลุ่มหัตถการ Insertion of endotracheal tube

Insertion of endotracheal tube หมายถึง การใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางปาก หรือทางจมูกเข้าสู่หลอดลม

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ควรบันทึกว่า มีการใส่ ET – tube ตั้งแต่เมื่อใด และสิ้นสุดเมื่อไร

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีใส่ท่อช่วยหายใจใน รพ.ก ให้รหัส 96.04 Insertion of endotracheal tube ด้วย
2. กรณีใส่ท่อช่วยหายใจจาก รพ.ก แล้ว refer มารพ.ข รพ.ข ไม่ต้องให้รหัส 96.04 Insertion of endotracheal tube
3. กรณีใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อการผ่าตัดในห้องผ่าตัดและยังจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจออกมาที่ ward หรือ ICU ไม่ต้องให้รหัส 96.04 Insertion of endotracheal tube
4. กรณีใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อการช่วยชีวิต (CPR) สามารถให้รหัสหัตถการ 96.04 Insertion of endotracheal tube รวมด้วยได้

5. กลุ่มหัตถการ Ventilator support

แนวทางการให้รหัส

เป็นการใส่เครื่องช่วยหายใจแบบ invasive ventilation ผ่านทาง ET-tube หรือ tracheostomy tube

1. กรณีใส่เครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่า 96 ชั่วโมง ให้รหัส 96.71 Continuous invasive mechanical ventilation for less than 96 consecutive hours
2. กรณีใส่เครื่องช่วยหายใจ มากกว่าหรือเท่ากับ 96 ชั่วโมง ให้รหัส 96.72 Continuous invasive mechanical ventilation for 96 consecutive hours or more

3. กรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และ ช่วยหายใจ โดยการبيب ambu bag หรือ on transport ventilator ในระหว่างที่มีการ transfer ผู้ป่วยไปหน่วยบริการอื่น ไม่ต้องให้รหัสหัตถการ 96.71 Continuous invasive mechanical ventilation for less than 96 consecutive hours เนื่องจากเป็นกระบวนการของการส่งต่อ

4. กรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อทำ CPR แล้วผู้ป่วยเสียชีวิต ไม่ต้องให้รหัส 96.71 Continuous invasive mechanical ventilation for less than 96 consecutive hours

หมายเหตุ

1 ในภาวะที่ผู้ป่วยมีการใช้เครื่องช่วยหายใจแล้วมีการหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ยังไม่ได้ off ET-tube ต่อมามีการใช้เครื่องช่วยหายใจอีกในการนอนโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน การนับระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่ถูกต้องในการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น คือ การรวมระยะเวลา (ชั่วโมง-วัน) ของการใช้เครื่องช่วยหายใจแต่ละครั้งตั้งแต่เริ่มใส่เครื่องช่วยหายใจ จนถึงเวลาที่ถอดเครื่องช่วยหายใจ (extubation)

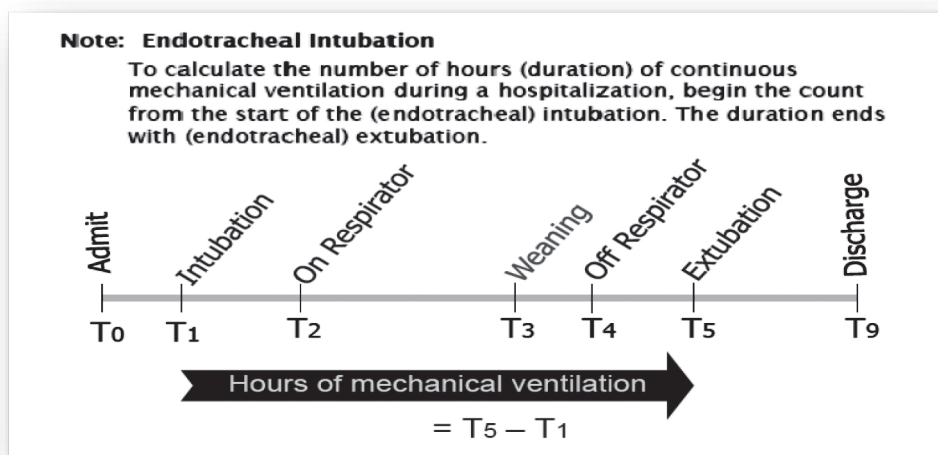
2 ถ้าผู้ป่วย off ET- tube ไปแล้วต่อมาต้องใส่ ET- tube ใหม่และมีการใช้เครื่องช่วยหายใจอีกในการนอนในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน การนับระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจให้นับช่วงเวลาที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจจนถึง off ET- tube ครั้งที่นานที่สุดเพียงครั้งเดียวต่อการนอนในโรงพยาบาลในครั้งนั้น

3 ในกรณีที่ใช้วิธีการช่วยหายใจแบบ noninvasive ventilation ให้ใช้รหัส 93.90 Non-invasive mechanical ventilation

หลักการนับชั่วโมงในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรณีที่ 1:

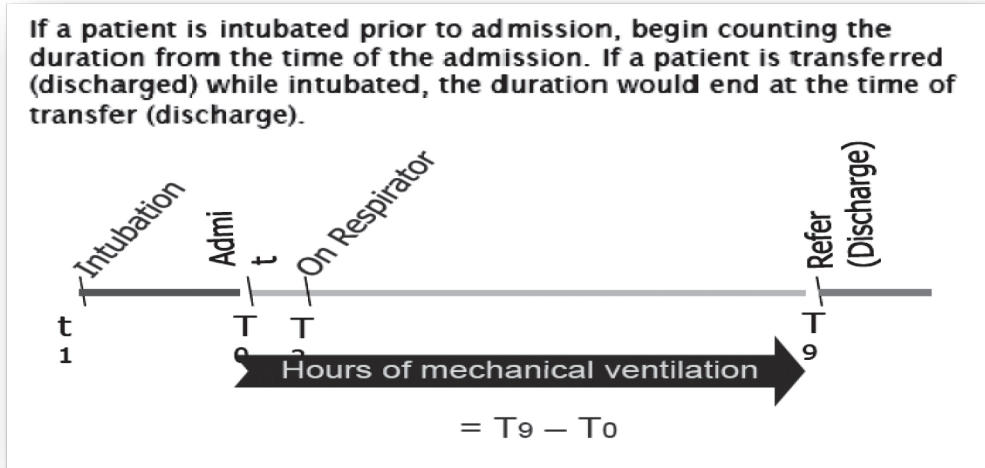
กรณี admit แล้วใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้นับชั่วโมงตั้งแต่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไปจนถึงถอดท่อช่วยหายใจออก (T5-T1)



หลักการนับชั่วโมงในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรณีที่ 2:

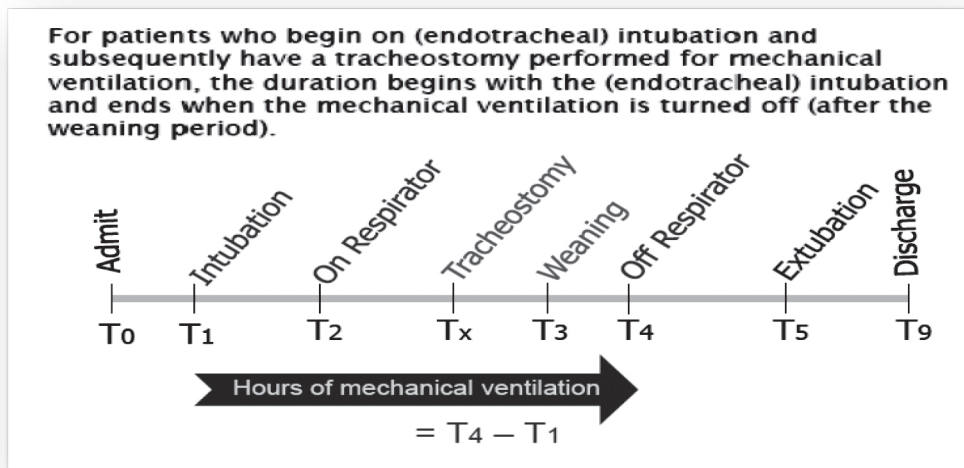
กรณีใส่ท่อช่วยหายใจมาจากที่อื่น ก่อน admit แล้ว ใส่เครื่องช่วยหายใจ และ refer ไปที่อื่น ให้นับ ชั่วโมงตั้งแต่ admit จนถึง refer หรือ discharge ($T_9 - T_0$)



หลักการนับชั่วโมงในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรณีที่ 3:

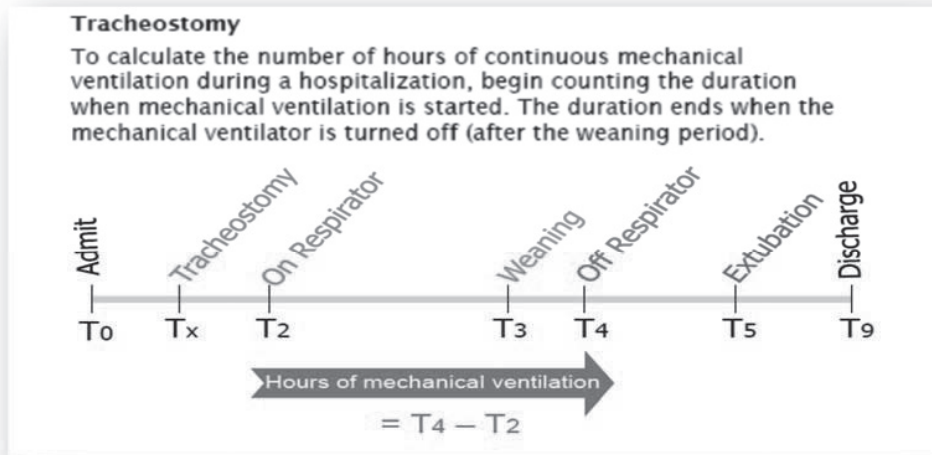
กรณี admit แล้วใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่เครื่องช่วยหายใจ ต่อมาทำ tracheostomy เริ่ม weaning และ ถอดเครื่องช่วยหายใจ ให้นับชั่วโมง ตั้งแต่ใส่ท่อช่วยหายใจ จนถึงถอดเครื่องช่วยหายใจ ($T_4 - T_1$)



หลักการนับชั่วโมงในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรณีที่ 4:

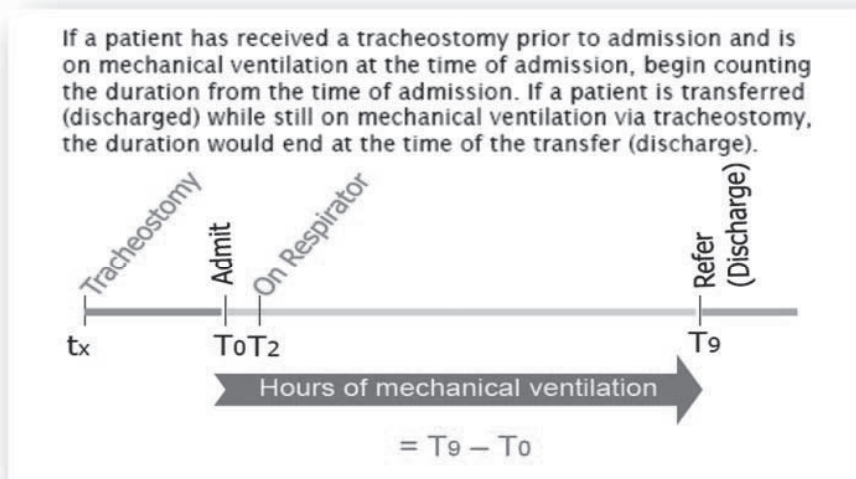
กรณี admit แล้ว ทำ tracheostomy ใส่เครื่องช่วยหายใจ ต่อมา weaning แล้ว ถอดเครื่องช่วยหายใจ ให้นับชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มใส่เครื่องช่วยหายใจ จนถึงถอดเครื่องช่วยหายใจ ($T_4 - T_2$)



หลักการนับชั่วโมงในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรณีที่ 5:

กรณีผู้ป่วย on tracheostomy ก่อน admit และหลัง admit ใส่เครื่องช่วยหายใจ ต่อมา refer หรือ discharge ($T_9 - T_0$) ให้นับชั่วโมงตั้งแต่ admit จนถึงเวลาที่ refer หรือ discharge



แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(การสรุปและให้รหัสเหตุการณ์ทางอายุรกรรมหัวใจ)

กลุ่มเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดและหัวใจ

(Cardiovascular and Peripheral Intervention)

1.Cardiac procedure เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

1. Coronary arteriography or coronary arteriogram เป็นการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตัน โดยการฉีดสารทึบแสงเพื่อตรวจหลอดเลือดหัวใจ ถ้ามีการตีบค่อยพิจารณาทำการขยายหลอดเลือดหรือที่เรียกว่า การทำบอลลูนต่อไป (PCI) โดยแพทย์จะใช้สายสวนขนาดเล็ก (ประมาณ 2 มิลลิเมตร) ใส่เข้าไปตามหลอดเลือดแดงจากบริเวณขาหนีบหรือแขน จนถึงหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ (coronary artery) แล้วฉีดสารทึบแสงเข้าทางสายสวนนั้น เพื่อตรวจดูว่ามีการตีบแคบหรือตันของหลอดเลือดโคโรนารีบริเวณใดหรือไม่ โดยทั่วไปเส้นเลือดมี 2 ข้าง คือ เส้นด้านซ้าย (left coronary) ซึ่งแตกออกเป็น left anterior descending (LAD) และ left circumflex (LCX) และเส้นด้านขวา (right coronary,RCA) จึงต้องใช้สายสวน 2 เส้น เพื่อเข้าไปทางเส้นซ้ายและเส้นขวา การฉีดสีโดยทั่วไปส่วนใหญ่ใช้ Judkins technique และใช้เป็นชื่อวิธีใส่สายสวนทางเส้นเลือดขวาและซ้าย โดยใช้ตัวย่อคือ JR-JL (Rt. & Lt. Judkins technique) และใช้คู่กับวิธีแทงเส้นเลือดที่เรียกว่า Seldinger technique แพทย์จะบันทึกผลการตรวจหลอดเลือดหัวใจว่า ตีบกี่เส้น และตีบกี่เปอร์เซ็นต์ ตามปกติ เรานับเส้นเลือดหัวใจ เป็น 3 เส้นหลัก คือ จากด้านซ้าย 2 เส้น และด้านขวา 1 เส้น ถ้ามีการตีบมากกว่าห้าสิบเปอร์เซ็นต์เส้นใดเส้นหนึ่ง ถือว่าเส้นนั้นตีบ แต่โดยทั่วไปจะมีรายงานการตีบในใบรายงานว่าผลเป็นอย่างไร รวมทั้ง มีระบุวิธีการทำไว้ชัดเจน และ ระบุว่าใช้สายสวนกี่เส้น เช่น

□ Coronary arteriography using single catheter คือ มีการรายงานว่ามีการใช้สายสวนเพียงเส้นเดียว คือ เส้นขวา หรือเส้นซ้าย (JR หรือJL) อย่างใดอย่างหนึ่ง

□ Coronary arteriography using two catheters มีการใช้สายสวนทั้งเส้นซ้ายและเส้นขวา ซึ่งโดยส่วนใหญ่จำเป็นต้องทำวิธีนี้เพราะต้องดูหลอดเลือดให้ครบทั้งสองฝั่ง

ควรตรวจสอบในใบบันทึกการทำหัตถการว่า แพทย์ใช้เทคนิคอะไร หรือ ใช้สายสวนกี่เส้น

CORONARY ANGIOGRAPHY (71440) : Using .6.. French JL 4... and JR 4... coronary catheter, coronary angiography was performed in multiple projections, including cranial and caudal angulations.

Finding : medical record showed LIMA to LAD, SVG1 to RI, SVG2 to OMI

LM : was normal without stenosis. LCx was total occlusion at ostium.

LAD: was 50-90% stenosis at proximal part, plaque involved from proximal part to large septal branch which gave collateral circulation to right PL and right PDA branches.

LCx: was total occlusion from ostium. SVG to OMI showed degenerative changed and 70% stenosis at proximal part. Distal anastomosis showed 70-80% stenosis at early distal part still good flow from graft to distal OMI and 80-90% stenosis of proximal OMI part which caused limited retrograde flow supply OM2.

RCA: was total occlusion at ostium without SVG graft.

2. Coronary arterioplasty or coronary angioplasty (PCI/PTCA) คือ การรักษาโรคหลอดเลือดแดง โคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบหรือตัน วิธีนี้จะต้องมีการทำ coronary angiogram มาก่อน โดยอาจทำในการนอนโรงพยาบาลครั้งก่อน และมาทำการรักษาครั้งนี้ด้วย PCI หรือทำต่อเนื่องในครั้งเดียวกันเลยก็ได้ วิธีทำโดยการใส่ balloon หรือลูกโป่งเล็กๆ อยู่บริเวณปลายของสายสวน ซึ่งบอลูนนี้จะใส่เข้าไปในหลอดเลือดแดงที่ตีบอยู่ หลังจากนั้นแพทย์จะดันให้ลูกโป่งพองออกตรงตำแหน่งที่ตีบ แรงกดของลูกโป่งก็จะดันผนังหลอดเลือดที่ตีบนั้นให้ขยายออก ทำให้เลือดสามารถไหลผ่านไปเลี้ยงหัวใจได้มากขึ้น แพทย์มักบันทึกว่า “pre dilatation/Post dilatation with balloon, PCI Balloon Inflated @ at”

แพทย์มักจะเขียนย่อว่า “PCI” ซึ่งย่อมาจาก “Percutaneous Coronary Intervention” ไม่แนะนำให้แพทย์บันทึกเฉพาะ PCI เนื่องจากไม่สามารถระบุได้ว่าทำ angioplasty ที่ vessel หรือ ที่ตำแหน่งจะทำให้ได้รหัสที่ไม่ครบถ้วน ควรระบุให้ชัดเจนว่า ทำที่ตำแหน่งใด หรือทำที่ vessel หรือที่ตำแหน่ง เช่น

- ☐ PCI at LAD หรือ PCI at RCA หรือ PCI at proximal LAD
- ☐ PCI at proximal LAD and LCx

3. Insertion of coronary stent คือ การใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือด เพื่อเปิดผนังหลอดเลือด และป้องกันไม่ให้เกิดการก่อกวนตัวของผนังหลอดเลือดขึ้นอีก หลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธีการทำบอลูนแล้ว ขดลวดค้ำยันมี 2 ชนิด คือ ชนิดเคลือบยา (Drug Eluting Stent : DES) กับ ชนิดไม่ได้เคลือบยา (Bare metal Stent, Non-drug Eluting Stent : BMS) แพทย์มักจะระบุชนิดของขดลวดที่ใส่(ชื่อ) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง x ความยาวของขดลวด เช่น Insert DES :Taxus Liberte 2.5x28 mm. หรือ Taxus Liberte 2.5x28 mm. was place แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่า ใส่ขดลวดค้ำยัน (Stent) ชนิดใด และใช้กี่เส้น เช่น

- ☐ Insert of 2 Drug Eluting Stent หรือ
- ☐ Insert of 1 Non-drug Eluting Stent

แพทย์อาจจะบ่งชี้ชื่อของขดลวดค้ำยันที่ใช้ แต่ไม่แนะนำให้ระบุเฉพาะยี่ห้อ เนื่องจากยี่ห้อของขดลวดค้ำยัน (stent) มีจากหลายบริษัท ผู้ให้รหัสอาจเลือกรหัสไม่ถูกต้อง

แพทย์อาจบันทึกสรุปการทำหัตถการดังนี้

- PCI at LAD with Insert of 2 Drug Eluting Stent หรือ
- PCI at proximal LAD and LCx with 1 DES to Proximal LAD and 1 BMS to LCx

ควรตรวจสอบบันทึกการทำหัตถการให้แน่ใจว่า

- ✓ มีการทำหัตถการขยายหลอดเลือด (angioplasty) หรือไม่, จำนวน vessel และตำแหน่งที่ทำ
- ✓ ใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือด (stent) หรือไม่ ชนิดใด เคลือบยาหรือไม่เคลือบยา
- ✓ จำนวนขดลวดค้ำยันหลอดเลือดที่ใส่

ตัวอย่างใบบันทึกการทำหัตถการ : PTCA with Stent

Cath Reports:

6Fr sheath in right femoral artery by modified Seldinger technique with 2% xylocaine locally. JL3.5/6 for LCA, JR4/6 for RCA, Balance guide wire, 2.5 x 20 mm Maverick balloon, 2.5 x 25 mm, 2.5 x 13 mm Coroflex delta stent, 2.75 x 32 mm Liberte stent, Heparin 5000 units IV, Plavix 4 tab oral. The sheath was left in the artery and patient was stable sent back to ICU.

Findings:

LCA: no significant left main lesion but 95% stenosis of proximal to mid LAD was notes. 80% stenosis of mid LCx were also observed.
with collaterals from LCA to distal RCA notes.

RCA: 70-80% stenosis of PDA (diffuse disease).

Ventriculogram: EF 35%, anterior, apical, inferior, septal wall akinesia.

PTCA at proximal to mid LAD:

Passed the wire in LAD and dilated with 2.5 mm balloon to maximal of 10 atm multiple time. Dissection in LAD, then 2.5 X 25 mm stent implantation (distal) with 12 atm for 20 sec, 2.75 x 32 mm stent implantation with 12 atm for 20 sec, 2.5 x 13 mm stent implantation with 8 atm for 20 sec. Post dilatation with 2.75 x 32 mm balloon stent to maximal of 14 atm for 20 sec. Good result without residual stenosis and with good flow in LAD.

Intervention Notes		
Name:		
MRN: 1623303		Proc: D- Cardiac Diag (Coronary)
11:26:37	PCI Physician: Anuruck MD. : operator-1 ^ 03-09	
11:27:07	{Cardiac Site} PCI AT LAD (Mid to distal) ^ 03-09	
11:27:23	Insert Guiding -SL 4 - 6F advanced to target vessel. ^ 03-09	
11:28:03	Insert Guide Wire -Runthrough HC - .014" x Standard advanced to target vessel.	
11:28:34	Insert Balloon -Sapphire - 2.5 x .20. mm. across target lesion. ^ 03-09	
11:28:43	PCI Balloon Inflated @ at ..LAD 8 Atm for 15 Secs ^ 03-09	
11:28:48	PCI Balloon Inflated @ at ..LAD 8 Atm for 5 Secs ^ 03-09	
11:30:33	Insert DES [Drug Eluting Stent] : Taxus Liberte [Paclitaxel] - 2.5 x .28. mm. ^ 03-09	
11:30:34	across target lesion. ^ 03-09	
11:30:45	DES deployed at ..LAD 14 Atm for 15 Secs ^ 03-09	
11:31:31	Insert Balloon -Hiryu - 2.5 x 15.. mm. across target lesion. ^ 03-09	
11:32:16	PCI Balloon Inflated @ at ..LAD 18 Atm for 5 Secs ^ 03-09	
11:32:32	PCI Balloon Inflated @ at ..LAD 18 Atm for 7 Secs ^ 03-09	
11:32:49	PCI Balloon Inflated @ at ..LAD 20 Atm for 5 Secs ^ 03-09	
11:33:12	PCI Balloon Inflated @ at ..LAD 26 Atm for 15 Secs ^ 03-09	
11:33:34	PCI Balloon Inflated @ at ..LAD 26 Atm for 10 Secs ^ 03-09	
11:41:20	RESULT : Good Result ^ 03-09	

4. Tranmural coronary artherectomy ใช้ในกรณีที่มีพยาธิสภาพหลอดเลือดหัวใจมี calcified lesion ซึ่งอาจจะใช้เทคนิค directional coronary artherectomy, rotational artherectomy เป็นต้น ซึ่งใช้อุปกรณ์ catheter with rotating cutter

5. Angiocardiology of heart structure หมายถึง การฉีดสารทึบแสงเพื่อตรวจการบีบตัวของ heart structure แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่า มีการฉีดสารทึบแสงตรวจ heart structure ส่วนใด เช่น

□ Angiocardiography of right heart structure การฉีดสีเข้าไปในส่วนของ หัวใจห้องล่างขวาเพื่อดูลักษณะการทำงาน และดูภาวะลิ้นหัวใจบางชนิด ของหัวใจด้านขวา มักใช้ในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นต้น

□ Angiocardiography of left heart structure การทำการนี้ใช้ร่วมกับการตรวจวินิจฉัยหลอดเลือดหัวใจ coronary angiogram เพื่อดูการบีบตัวของหัวใจล่างซ้าย และดูลิ้นหัวใจทางฝั่งซ้ายว่ารั่วหรือไม่ บางครั้งอาจใช้คำว่า LV angiogram ให้ดูในรายงานของการทำ coronary angiogram ว่ามีการทำการนี้หรือไม่โดยส่วนใหญ่ถ้ามีการทำ coronary angiogram เพียงอย่างเดียว มักจะมีการทำ LV angiogram รวมด้วย แต่ถ้ามีการทำ coronary angiogram ร่วมกับ PCI มักจะไม่ทำ LV angiogram ในครั้งเดียวกันนี้เนื่องจากจะได้รับสารทึบแสงมากเกินไป

□ Combined right and left heart angiocardiography คือ การทำทั้งสองชนิด

6.Cardiac catheterization หมายถึง การวัดแรงดัน (pressure) ใน cardiac chambers ต่างๆ พร้อมกับดูดเลือดประมาณ 1 c.c. เพื่อนำมาหาค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) เพื่อตรวจหาความผิดปกติทางสรีรวิทยา เช่น VSD, ASD, PDA เป็นต้น แบ่งเป็น left heart, right heart, combined cardiac catheterization แพทย์มักจะบันทึกผลการวัดความดันโดยสังเกตจาก แพทย์จะบันทึกค่าแรงดัน (pressure) และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) ที่วัดได้จาก cardiac chambers ต่างๆ ควรระบุให้ชัดเจนว่ามีการตรวจใน cardiac chambers ส่วนใด เช่น

□ Right heart cardiac catheterization ให้รหัส 37.21

□ Left heart cardiac catheterization ให้รหัส 37.22

□ Combined right and left heart cardiac catheterization ให้รหัส 37.23

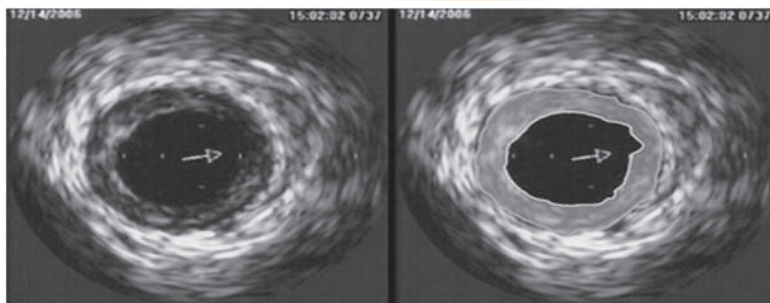
ควรตรวจสอบบันทึกการวัดความดัน (pressure) และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) ในใบบันทึกการทำการหัตถการ

ข้อควรระวัง

การวินิจฉัยและการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไม่ควรมีการให้รหัสการทำ cardiac catheterization (37.21 – 37.23) มาร่วมด้วยอีก เพราะการทำ cardiac catheterization มักใช้วินิจฉัยและรักษาในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) มักจะมี coder เข้าใจผิดใส่รหัสนี้เข้าไปในกลุ่มหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่เสมอ ยกเว้นมีหลักฐานการวัดแรงดันใน cardiac chamber

7.Intravascular coronary ultrasonography : IVUS หมายถึง การใช้หัวตรวจ ultrasound ขนาดเล็กติดที่ปลายสายสวนหัวใจผ่านเข้าไปตามสายสวนตัวนำไปยังบริเวณหลอดเลือด coronary ที่ต้องการตรวจ เพื่อตรวจสอบสภาพอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ โดยภาพที่ได้มีความละเอียดสูงและสามารถหมุนดูได้รอบ 360 องศา จะทำให้เห็นภาคตัดขวางของผนังเส้นเลือดในชั้นต่างๆ จึงมองเห็นผนังหลอดเลือดหัวใจและภายในหลอดเลือด

หลอดเลือดหัวใจได้อย่างชัดเจน ช่วยให้แพทย์หัวใจสามารถตรวจพยาธิสภาพหลอดเลือดหัวใจได้อย่างละเอียดกว่าการฉีดสีธรรมดา เพื่อช่วยดำเนินการขยายหลอดเลือดหัวใจตีบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอาจใช้ติดตามผลการรักษาได้ถ้าหากมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การฉีดสีหรือการทำบอลลูนไม่จำเป็นต้องใช้ IVUS ทุกครั้งขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของแพทย์ว่า ผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถวินิจฉัยหรือรักษาได้ตามวิธีปกติ



ภาพแสดงการทำ IVUS (Intravascular Coronary Ultrasonography)

การทำ ultrasound นอกจาก IVUS แล้วยังมีการตรวจอีกชนิดหนึ่งเรียกว่า intracardiac echocardiography ใช้ตัวย่อว่า ICE เป็นการใช้ หัวอัลตราซาวด์ขนาดเล็กใส่เข้าไปในหลอดเลือดดำผ่านไปที่หัวใจห้องขวา เพื่อใช้ช่วยดูตำแหน่งของหัวใจมักใช้ร่วมกับการทำหัตถการที่ทำกับลิ้นหัวใจ (mitral valvuloplasty) หรือหัตถการการปิดรูรั่วของหลอดเลือดหัวใจ (ASD closure)

8. การตรวจพิเศษโดยวัดความดันในหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery pressure measurement) หมายถึง การใช้ลวดชนิดพิเศษใส่เข้าไปในหลอดเลือดหัวใจผ่านทางสายสวน ในกรณีที่ฉีดสีหลอดเลือดหัวใจแล้วผลการฉีดสีตีบไม่ชัดเจน (ส่วนใหญ่พบตีบประมาณ 50 % ถึง 60 %) แพทย์จะใช้ลวดชนิดพิเศษนี้วัดความดันภายในหลอดเลือดหัวใจส่วนปลายหลังจากจุดตีบเทียบกับความดันในหลอดเลือดแดงทั่วไปโดยค่าที่ได้ออกมาจะเป็นค่าสัดส่วน ถ้าสัดส่วนความดันได้น้อยกว่า 0.80 ($FFR < 0.80$) ถือว่ามีการตีบของหลอดเลือดจุดนั้นจริง สมควรที่จะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจในจุดนั้นๆ (FFR ย่อมาจาก fractional flow reserve study) ใช้รหัส 00.59 Intravascular measurement of coronary arteries. หัตถการนี้มีประโยชน์ คือทำให้ลดอัตราการทำบอลลูนหลอดเลือดหัวใจที่ไม่จำเป็นลงไป

9. Optical coherence tomography (OCT) เป็น non invasive imaging technique ที่ใช้ดูพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจโดยใช้หัตถการเดียวกับ IVUS แต่ใช้แสง infrared ใช้รหัส 38.24 Intravascular imaging of coronary vessel(s) by optical coherence tomography [OCT]

10. Insertion of Intra aortic balloon pump :IABP หมายถึง การใส่สายสวนที่มีบอลลูนเข้าหลอดเลือดแดงใหญ่ร่วมกับใช้เครื่องเพิ่มสมรรถภาพของหัวใจเพื่อพยุงการทำงานของหัวใจในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หรือ ภาวะ shock เพื่อ ช่วยเพิ่ม coronary blood flow และ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย

แนวทางการให้รหัส

1. coronary arteriography or coronary arteriogram

- ถ้าแพทย์บันทึกว่า coronary arteriography by Judkins technique using single catheter
ให้รหัส 88.55 : Coronary arteriography using single catheter
- ถ้าแพทย์บันทึกว่า coronary arteriography by Judkins technique using two catheter
ให้รหัส 88.56 : Coronary arteriography using two catheters

- ถ้าแพทย์บันทึกว่า coronary arteriography หรือ CAG ในกรณีที่ไม่สามารถหารายละเอียดเพิ่มเติมว่าใส่เส้นเลือดกี่เส้น

ให้รหัส 88.57 : Other and unspecified coronary arteriography

2. Angiocardiography of heart structure

- ถ้าแพทย์บันทึกว่า angiocardiography of right heart
ให้รหัส 88.52 : Angiocardiography of right heart structure
- ถ้าแพทย์บันทึกว่า angiocardiography of left heart
ให้รหัส 88.53 : Angiocardiography of left heart structure
- ถ้าแพทย์บันทึกว่า combined right and left heart angiocardiography
ให้รหัส 88.54 : Combined right and left heart angiocardiography

3. Coronary arterioplasty or coronary angioplasty กรณีที่มีการทำ angioplasty ควรตรวจสอบบันทึกการทำหัตถการให้แน่ใจว่ามีการทำที่ vessel กี่เส้นหรือกี่ตำแหน่ง ให้รหัสดังนี้

- 00.66 Percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA] **ร่วมกับ** number of vessels treated ได้แก่

- * 00.40 Procedure on single vessel or number of vessels, unspecified
- * 00.41 Procedure on two vessels
- * 00.42 Procedure on three vessels
- * 00.43 Procedure on four or more vessels
- * 00.44 Procedure on vessel bifurcation
- * 17.55 Transluminal coronary atherectomy

หมายเหตุ

- กรณีที่มีการทำหัตถการ percutaneous coronary artery intervention (PCI) ที่มี lesion มากกว่า 1 ตำแหน่ง ในหลอดเลือด (Vessel) เส้นเดียวกัน ให้รหัสหัตถการเพื่อระบุ ตำแหน่ง และ จำนวนครั้ง ดังนี้

00.66 Percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA] ร่วมกับ 00.40 + 21 Procedure on single vessel มีการทำบอลลูน 2 ตำแหน่งในเส้นเลือดเดียวกันและในครั้งเดียวกัน

- Incomplete PCI procedure คือ ในกรณีที่ทำการหัตถการ PCI แล้วสามารถทำได้สำเร็จทุกขั้นตอน เช่น กรณีที่ทำ CAG แล้วพบว่าหลอดเลือดหัวใจตีบมากพยายามทำการหัตถการ wire PTCA ไม่สามารถผ่าน lesion นั้นได้ จะได้รับรหัสขั้นสุดท้ายก่อนยกเลิกการทำ จะไม่สามารถให้รหัส 00.66 Percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA] ได้ เนื่องจากไม่ได้ทำ PCI

- Failed PCI procedure คือกรณีการทำ PCI ครบทุกขั้นตอนแล้วสามารถทำ balloon หรือวาง stent ได้ แต่ผลของการทำหัตถการไม่ได้ optimal response มี coronary blood flow ไม่ดีหรือ TIMI flow น้อยกว่า grade 3 สามารถให้รหัส 00.66 Percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA] ได้

4. Insertion of coronary stent ควรตรวจสอบบันทึกของแพทย์ให้ชัดเจนว่าเป็นขดลวดชนิดเคลือบยา หรือชนิดไม่ได้เคลือบยา และใช้ขดลวดค่ายันกี่เส้น

- ให้รหัส 36.06 Insertion of non-drug-eluting coronary artery stent(s) กรณีที่แพทย์ใช้ขดลวดชนิดไม่ได้เคลือบยา

● ให้รหัส 36.07 Insertion of drug-eluting coronary artery stent(s) กรณีที่แพทย์ใช้
ขดลวดชนิดเคลือบยา

- ร่วมกับ number of vascular stents inserted ดังนี้
 - * 00.45 Insertion of one vascular stent or number of stents, unspecified
 - * 00.46 Insertion of two vascular stents
 - * 00.47 Insertion of three vascular stents
 - * 00.48 Insertion of four or more vascular stents

5. Intravascular Coronary Ultrasonography กรณีที่แพทย์บันทึกว่ามีการทำ IVUS ให้รหัส

- 00.24 Intravascular imaging of coronary vessels, Intravascular ultrasound (IVUS), coronary vessels

6. Insertion of Intra aortic balloon pump กรณีที่แพทย์บันทึกว่ามีการทำ IABP ให้รหัส

- 37.61 Implant of pulsation balloon

7. Injection or infusion of thrombolytic agent กรณีที่แพทย์บันทึกว่ามีการฉีดยากลุ่ม thrombolytic agent ควรตรวจสอบให้ชัดเจนว่า เป็นการฉีดเข้าทาง intravenous หรือ intracoronary artery โดยให้รหัส

- 99.10 Injection or infusion of thrombolytic agent กรณีที่ ฉีดเข้าทาง intravenous
- 36.04 Intracoronary artery thrombolytic infusion (รวมถึงการฉีดยากลุ่ม platelet Inhibitor) กรณีที่ ฉีดเข้าทาง intracoronary artery
- 99.20 Injection or infusion of platelet inhibitor กรณีที่ฉีดเข้าทาง intravenous

8. Intracardiac echocardiography (ICE) ให้รหัส 37.28 Intracardiac echocardiography

9. Intravascular measurement of coronary arteries. หรือ FFR ให้รหัส 00.59 Intravascular pressure measurement of coronary arteries

10. Optical coherence tomography (OCT) ถ้าแพทย์มีบันทึกการทำ OCT ให้รหัส 38.24 Intravascular imaging of coronary vessel(s) by optical coherence tomography [OCT]

11. Transmural coronary arterectomy ถ้าแพทย์บันทึกการทำ arterectomy, thrombectomy, thrombostomy ให้รหัส 17.55 Transluminal coronary arterectomy

2. Peripheral vascular procedure

หัตถการที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดแดงอื่นๆ ประกอบด้วย

Percutaneous transluminal angioplasty : PTA หมายถึงหัตถการเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดแดงอื่นๆ ที่นอกเหนือจากหลอดเลือดแดงโคโรนารี เช่น peripheral artery, head & neck artery, carotid artery, pre cerebral artery, Intracranial artery โดยการเจาะรูผ่านทางผิวหนัง เพื่อใส่สายสวนหลอดเลือดที่มี balloon หรือลูกโป่งเล็กๆ อยู่บริเวณปลายของสายสวน ซึ่งบอลลูนนี้จะใส่เข้าไปในหลอดเลือดแดงที่ตีบอยู่

หลังจากนั้นแพทย์จะดันให้ลูกโป่งพองออกตรงตำแหน่งที่ตีบ แรงกดของลูกโป่งก็จะดันผนังหลอดเลือดที่ตีบนั้นให้ขยายออกทำให้เลือดสามารถไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะนั้นๆได้มากขึ้น

หัตถการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. Arteriography or arteriogram of non coronary artery
2. Arterioplasty or angioplasty of non coronary artery
3. Insertion of non coronary stent
4. Injection or infusion of thrombolytic agent

แนวทางการบันทึกของแพทย์(Auditor)

ใช้แนวทางเดียวกับ Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA)

แนวทางการให้รหัส

1. Arteriography or arteriogram of non coronary artery
 - 1.1. Arteriography or arteriogram of cerebral arteries (head and neck)
ให้รหัส 88.41 : Arteriography of cerebral arteries
 - 1.2. Arteriography or arteriogram of aorta (arch) (ascending) (descending)
ให้รหัส 88.42 : Aortography
 - 1.3. Arteriography or arteriogram of pulmonary arteries
ให้รหัส 88.43 : Arteriography of pulmonary arteries
 - 1.4. Arteriography or arteriogram of other intra-thoracic arteries
ให้รหัส 88.44 : Arteriography of other intra-thoracic vessels
 - 1.5. Arteriography or arteriogram of renal arteries
ให้รหัส 88.45 : Arteriography of renal arteries
 - 1.6. Arteriography or arteriogram of mesenteric and other intra-abdominal arteries
ให้รหัส 88.47 : Arteriography of other intra-abdominal arteries
 - 1.7. Arteriography or arteriogram of brachial and other upper extremity arteries
ให้รหัส 88.49 : Arteriography of other specified sites
 - 1.8. Arteriography or arteriogram of femoral and other lower extremity arteries
ให้รหัส 88.48 : Arteriography of femoral and other lower extremity arteries

2. Arterioplasty or angioplasty of non coronary artery

2.1. Percutaneous transluminal angioplasty of

- Femoropopliteal artery
- Iliac artery
- Mesenteric artery
- Renal
- Subclavian
- upper extremity NOS
- lower extremity NOS
- peripheral NEC, specified site NEC

ให้รหัส 39.50 : Angioplasty or atherectomy
of other non-coronary vessel(s)

2.2. Percutaneous transluminal angioplasty of

- Basilar artery
- Carotid artery
- Vertebral artery
- Precerebral artery (extracranial)

ให้รหัส 00.61 : Percutaneous angioplasty or
atherectomy of precerebral (extracranial) vessel(s)

2.3. Percutaneous transluminal angioplasty of cerebral (intracranial) arteries

ให้รหัส 00.62 : Percutaneous angioplasty or atherectomy of intracranial vessel(s)

Number of vessels treated ดังนี้

- * 00.40 Procedure on single vessel or Number of vessels, unspecified
- * 00.41 Procedure on two vessels
- * 00.42 Procedure on three vessels
- * 00.43 Procedure on four or more vessels
- * 00.44 Procedure on vessel bifurcation

3. Insertion of non coronary stent

3.1. Percutaneous insertion of carotid artery stent(s)

ให้รหัส 00.63 : Percutaneous insertion of carotid artery stent(s)

3.2. Percutaneous insertion of extracranial artery stent(s), basilar stent, vertebral stent. ให้รหัส 00.64 : Percutaneous insertion of other precerebral (extracranial) artery stent(s)

3.3. Percutaneous insertion of intracranial vascular stent(s)

ให้รหัส 00.65 : Percutaneous insertion of intracranial vascular stent(s)

3.4. Insertion of drug-eluting peripheral vessel stent(s)

ให้รหัส 00.55 : Insertion of drug-eluting peripheral vessel stent(s)

3.5. Insertion of non-drug-eluting peripheral vessel stent(s)

mesenteric artery, peripheral artery, renal artery, Bare stent(s), Bonded stent(s), drug-coated stent(s) ให้รหัส 39.90 : Insertion of non-drug-eluting peripheral vessel stent(s) ร่วมกับ รหัสหัตถการ number of vascular stents inserted ดังนี้

- * 00.45 Insertion of one vascular stent or Number of stents, unspecified
- * 00.46 Insertion of two vascular stents
- * 00.47 Insertion of three vascular stents
- * 00.48 Insertion of four or more vascular stents

3. Treatment for cardiac arrhythmia

Pacemaker replacement หมายถึง การใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจสำหรับรักษาภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ เพื่อให้ระบบการไหลเวียนของเลือดอยู่ในภาวะปกติ หรือ ใกล้เคียงปกติมากที่สุดทั้งในขณะที่พักและขณะออกกำลังกาย โดยทั่วไปเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือชนิดชั่วคราว และชนิดถาวร

1. เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจชนิดชั่วคราว (temporary pacemaker)

1.1 Transcutaneous pacemaker เป็นเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดตัวเครื่องอยู่ภายนอกร่างกายมีอิเล็กโทรดแปะติดอยู่ที่ผิวหนังด้านหน้า และด้านหลังของอกด้านซ้ายอย่างละแผ่น เป็นชนิดที่ใช้งานง่ายที่สุด ไม่ต้องผ่าตัดหรือแทงหลอดเลือด เหมาะสำหรับใช้งานในกรณีฉุกเฉินเพื่อแก้ไขภาวะหัวใจหยุดเต้น แต่อาจทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดเนื่องจากกระตุ้นผ่านกล้ามเนื้อและกระดูก

1.2 Transvenous pacemaker เป็นเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจแบบชั่วคราวเช่นกัน ตัวเครื่องจะอยู่ภายนอกร่างกาย แต่สายอิเล็กโทรดสอดผ่านหลอดเลือดดำที่ใต้ไหโหล (subclavian vein) หรือหลอดเลือดดำที่คอ (internal jugular vein) ผ่านหัวใจห้องบนขวาเข้าไปเกี่ยวอยู่ที่ผนังด้านในของหัวใจห้องล่างขวา ตัวเครื่องกำเนิดสัญญาณคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะเป็นกล่อง จะมีแหล่งพลังงาน คือ แบตเตอรี่

2. เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจชนิดถาวร (permanent pacemaker)

เป็นการผ่าตัดฝังเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ โดยวิธีการผ่าตัดเข้าทางหลอดเลือดดำบริเวณหน้าอก ระหว่างกระดูกไหปลาร้ากับราวนม หรืออาจฝังทางหน้าท้องก็ได้ แล้วสอดสายสื่อนำเข้าไปตามหลอดเลือดดำจนถึงตำแหน่งของห้องหัวใจที่แพทย์ต้องการ ปลายสายสื่อนำจะไปสัมผัสกับผนังด้านในของหัวใจ ส่วนตัวกำเนิดสัญญาณไฟฟ้าจะฝังอยู่ใต้ผิวหนังบริเวณทรวงอกด้านบน โดยแพทย์จะควบคุมการเต้นของเครื่องให้เหมาะสมกับการเต้นของหัวใจในผู้ป่วยแต่ละราย จุดประสงค์เพื่อปล่อยกระแสไฟฟ้าไปกระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจให้ทำงานด้วยอัตราการเต้นตามปกติ

การทำงานของเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ แบ่งเป็น 2 ชนิด

1. แบบกำหนดอัตราเร็วคงที่ (fixed-rate mode หรือ asynchronous mode) เครื่องจะเปลี่ยนสัญญาณไฟฟ้าออกมาช่วยการเต้นของหัวใจตลอดเวลาด้วยอัตราที่เท่ากันตลอดไม่ว่าผู้ป่วยจะมีอัตราการเต้นของหัวใจตนเองมากน้อยเพียงใด มีข้อเสียคือเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ง่าย

2. แบบอัตโนมัติทำงานสัมพันธ์กับกระแสไฟฟ้าภายในหัวใจ (demand pacemaker) เครื่องจะไม่ทำงานจนกว่าอัตราการเต้นของหัวใจผู้ป่วยช้ากว่าที่เครื่องกำหนด เนื่องจากมีระบบรับสัญญาณเพิ่มในตัวเครื่อง

ซึ่งเมื่อรับสัญญาณคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยเองได้แล้ว ก็จะยับยั้งไม่ให้มีการปล่อยกระแสไฟฟ้าออกมากระตุ้นหัวใจ โดยสายสื่อมีหน้าที่ปล่อยกระแสไฟฟ้าและรับสัญญาณคลื่นไฟฟ้า (R wave) ของผู้ป่วย เมื่อได้รับสัญญาณก็จะส่งกลับไปที่การรับสัญญาณของตัวเครื่องเพื่อยับยั้งไม่ให้ปล่อยกระแสไฟฟ้าออกมากระตุ้น ข้อดีคือส่งกระแสไฟฟ้าไปกระตุ้นหัวใจเท่าที่จำเป็น และไม่แย่งชิงจังหวะการเต้นกับของผู้ป่วย

ชนิดของเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ สามารถแบ่งได้เป็น 3 แบบ

1. Single chamber pacemaker หมายถึง การส่งสัญญาณไฟฟ้ากระตุ้นการเต้นของหัวใจจะเกิดที่ห้องหัวใจห้องใดห้องหนึ่ง เช่น VOO (ventricular asynchronous) จะกระตุ้นที่หัวใจห้องล่างแบบที่อัตราเร็วเท่ากันตลอด หรือ VVI (ventricular inhibit) จะมีการกระตุ้นและรับสัญญาณจากหัวใจที่หัวใจห้องล่าง โดยจะยับยั้งไม่ให้สัญญาณไฟฟ้าออกจากตัวเครื่อง ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจผู้ป่วยเร็วกว่าของเครื่อง แบบ VVI นี้ มักนิยมใช้แพร่หลาย หรือ AAI (atrial inhibit) จะมีการกระตุ้น และรับสัญญาณอยู่ที่หัวใจห้องบน หลักการทำงานคล้ายแบบ VVI

2. Dual chamber pacemaker หมายถึง การส่งสัญญาณไฟฟ้ากระตุ้นการเต้นของหัวใจจะเกิดที่ห้องหัวใจทั้ง 2 ห้อง ช่วยให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่างเป็นไปตามลำดับ ทำให้หัวใจห้องบนไล่เลือดลงสู่หัวใจห้องล่างก่อนที่หัวใจห้องล่างจะบีบตัวเพื่อไล่เลือดไปเลี้ยงร่างกาย ซึ่งทำงานใกล้เคียงกับการทำงานปกติของหัวใจ ใกล้เคียงธรรมชาติมากที่สุด เช่น DVI (AV sequential) จะกระตุ้นทั้งหัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่าง แต่รับสัญญาณที่หัวใจห้องล่างเท่านั้น ถ้าหัวใจเต้นตามปกติสัญญาณจะถูกส่งจากหัวใจห้องล่างกลับไปยังเครื่องกระตุ้นหัวใจ ทำให้เครื่องไม่ส่งสัญญาณไฟฟ้าออกไป แต่ถ้าไม่มีการบีบตัวของหัวใจห้องล่าง ก่อนกำหนดของเครื่อง เครื่องจะปล่อยกระแสไฟฟ้าออกไปทั้งที่หัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่าง แต่ช่วงเวลาที่จะส่งกระแสไฟฟ้าส่งถึงหัวใจห้องล่างจะช้ากว่าหัวใจห้องบนเล็กน้อย เป็นผลให้มีการเต้นที่สัมพันธ์กัน หรือ แบบ DDO (fully automatic pacemaker) การทำงานคล้ายแบบ DVI แต่สามารถรับและส่งสัญญาณได้ทั้งหัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่าง

3. Biventricular pacemaker หรือเรียกว่า cardiac resynchronization therapy (CRT) เป็นการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจเพื่อให้หัวใจทั้งสองห้องทั้งซ้ายและขวาทำงานประสานกันอย่างสอดคล้องกัน โดยใส่สายเข้าไปที่หัวใจทั้งสองห้องและกำหนดเวลาให้บีบตัวสัมพันธ์กัน ใช้ในผู้ป่วยที่เป็นหัวใจวายเรื้อรัง

Automate Defibrillator (AICD) คือ การฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจ เข้าไปที่ห้องหัวใจโดยตรง ใช้ในกรณีผู้ป่วยที่มีไฟฟ้าหัวใจเต้นผิดปกติ (ventricular tachycardia หรือ ventricular fibrillation) เครื่องจะทำการ อ่านคลื่นหัวใจและช็อคด้วยตัวเองเมื่อพบความผิดปกติในผู้ป่วย หัวใจวายเรื้อรัง (chronic heart failure) ที่มีข้อบ่งชี้ในการใส่ ทั้งเครื่อง CRT และ AICD จะรวมเครื่องสองเครื่องนี้เข้าเป็นเครื่องเดียวกันและเรียกเครื่องนี้ว่า CRTD

แนวทางการบันทึกของแพทย์(Auditor)

การบันทึกการทำหัตถการของแพทย์ ควรระบุให้ชัดเจน ดังนี้

1.ตำแหน่งของห้องหัวใจที่ถูกกระตุ้น

- 1.1. หัวใจห้องบน (atrium)
- 1.2. หัวใจห้องล่าง (ventricle)
- 1.3. หัวใจทั้ง 2 ห้อง(atrium and ventricle)

2. ชนิดของเครื่องกระตุ้นหัวใจ

2.1. เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจชนิดชั่วคราว (temporary pacemaker)

- Transcutaneous pacemaker
- Transvenous pacemaker

2.2. เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจแบบถาวร (permanent pacemaker)

3. ประเภทการทำงานของเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ สำหรับเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจแบบถาวร

3.1. สัญญาณไฟฟ้ากระตุ้นการเต้นของหัวใจเกิดที่ห้องหัวใจห้องใดห้องหนึ่ง (single chamber pacemaker)

3.2. สัญญาณไฟฟ้ากระตุ้นการเต้นของหัวใจเกิดที่ห้องหัวใจทั้ง 2 ห้อง (dual chamber pacemaker) โดยอาจจะระบุเป็นรหัสของเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจชนิดถาวร มีชื่อเรียกย่อๆว่า NBG code ประกอบด้วย 5 ตำแหน่งดังนี้

ตำแหน่งที่ 1 แสดงถึงห้องหัวใจที่ถูกกระตุ้น

ตำแหน่งที่ 2 แสดงถึงห้องหัวใจที่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจสามารถรับสัญญาณจากผู้ป่วย

ตำแหน่งที่ 3 แสดงถึงการตอบสนองของเครื่องต่อสัญญาณที่ได้รับจากหัวใจผู้ป่วย

ตำแหน่งที่ 4 แสดงถึงว่าเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจสามารถที่จะถูกปรับค่าต่างๆ ตามที่ต้องการ

ตำแหน่งที่ 5 แสดงถึงการทำหน้าที่แก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ตัวอย่างเช่น

1. VOO: Asynchronous ventricular pacemaker; no adaptive rate control or antitachyarrhythmia functions เครื่องจะกระตุ้นที่หัวใจห้องล่างแบบที่อัตราเร็วเท่ากันตลอด
2. VVI: Ventricular "demand" pacemaker with electrogram-waveform telemetry; no adaptive rate control or antitachyarrhythmia functions เครื่องจะมีการกระตุ้นและรับสัญญาณจากหัวใจที่หัวใจห้องล่าง โดยจะยับยั้งไม่ให้สัญญาณไฟฟ้าออกจากตัวเครื่อง ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจผู้ป่วยเร็วกว่าของเครื่อง
3. AAI: Atrial inhibit เครื่องจะมีการกระตุ้นและรับสัญญาณอยู่ที่หัวใจห้องบน หลักการทำงานคล้ายแบบ VVI
4. DVI: Multiprogrammable atrioventricular-sequential pacemaker; no adaptive rate control เครื่องจะกระตุ้นทั้งหัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่าง แต่รับสัญญาณที่หัวใจห้องล่างเท่านั้น ถ้าหัวใจเต้นตามปกติสัญญาณจะถูกส่งจากหัวใจห้องล่างกลับไปยังเครื่องกระตุ้นหัวใจ ทำให้เครื่องไม่ส่งสัญญาณไฟฟ้าออกไป แต่ถ้าไม่มีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างก่อนกำหนดของเครื่อง เครื่องจะปล่อยกระแสไฟฟ้าออกไปทั้งที่หัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่าง แต่ช่วงเวลาที่กระแสไฟฟ้าส่งถึงหัวใจห้องล่างจะช้ากว่าหัวใจห้องบนเล็กน้อย เป็นผลให้มีการเต้นที่สัมพันธ์กัน
5. DDD: Multiprogrammable "physiologic" dual-chamber pacemaker; no adaptive rate control or antitachyarrhythmia functions
6. DDI: Multiprogrammable DDI pacemaker (with dual-chamber pacing and sensing but without atrial-synchronous ventricular pacing); no adaptive rate control or antitachycardia functions

7. VVIR: Adaptive-rate VVI pacemaker with escape interval controlled adaptively by one or more unspecified variables
8. DDDR: Programmable DDD pacemaker with escape interval controlled adaptively by one or more unspecified variables หมายถึง เครื่องจะกระตุ้นหัวใจทั้งห้องบนและห้องล่างหัวใจทั้ง 2 ห้อง สามารถรับและส่งสัญญาณได้ เป็นทั้งแบบส่งสัญญาณยับยั้งการปล่อยกระแสไฟฟ้า และส่งสัญญาณให้เกิดการปล่อยกระแสไฟฟ้า และเครื่องสามารถปรับอัตราการปล่อยกระแสไฟฟ้าให้สัมพันธ์กับกิจกรรมของผู้ป่วยขณะนั้นๆ

Pacemaker nomenclature

Revised NBG code for pacing nomenclature

Position	I	II	III	IV	V
	Chamber(s) paced	Chamber(s) sensed	Response to sensing	Rate modulation	Multisite pacing
Category	0= none A= Atrium V= ventricle D= dual (A+V)	0= none A= Atrium V= ventricle D= dual (A+V)	0= none T= triggered I= inhibited D= dual (T+I)	0= none R= rate modulation	0= none A= Atrium V= ventricle D= dual (A+V)
Manufacturer's designation only:	S= single (A or V)	S= single (A or V)			

Note: Positions I through III are used exclusively for antibradyarrhythmia function. *Adapted from Bernstein, AD, Daubert, JC, Fletcher, RD, et al. Pacing Clin Electrophysiol 2002; 25:260.*

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1. กรณีที่มีการใส่ Temporary Pacemaker
 - 1.1. ถ้าแพทย์บันทึก insertion of temporary transcutaneous pacemaker หรือ external pacemaker ให้รหัส 99.62 Other electric countershock of heart
 - 1.2. ถ้าแพทย์บันทึก insertion of temporary transvenous pacemaker ให้รหัส 37.78 Insertion of temporary transvenous pacemaker system
2. กรณีที่มีการใส่ permanent pacemaker ให้ใช้รหัส 37.71 – 37.73 , 37.75 – 37.77 และ 37.79 ร่วมกับรหัส 37.81 – 37.89
 - 37.71 Initial insertion of transvenous lead [electrode] into ventricle
 - 37.72 Initial insertion of transvenous leads [electrodes] into atrium and ventricle
 - 37.73 Initial insertion of transvenous lead [electrode] into atrium
 - 37.75 Revision of lead [electrode]
 - 37.76 Replacement of transvenous atrial and /or ventricular lead(s) [electrode]
 - 37.77 Removal of lead(s) [electrode] without replacement
 - 37.79 Revision or relocation of pacemaker pocket

37.81 Initial insertion of single-chamber device, not specified as rate responsive เช่น VVI, AAI

37.82 Initial insertion of single-chamber device, rate responsive Rate responsive to physiologic stimuli other than atrial rate เช่น VVIR,AAIR

37.83 Initial insertion of dual-chamber device Atrial ventricular sequential device เช่น DVI,DDI, DDIR, DDDR

37.85 Replacement of any type pacemaker device with single-chamber device, not specified as rate responsive

37.86 Replacement of any type of pacemaker device with single-chamber device, rate responsive Rate responsive to physiologic stimuli other than atrial rate

37.87 Replacement of any type pacemaker device with dual-chamber device Atrial ventricular sequential device

37.89 Revision or removal of pacemaker device

ข้อควรระวัง : รหัส 37.74 Insertion or replacement of epicardial lead [electrode] into epicardium และรหัส 39.64 Intraoperative cardiac pacemaker เป็นรหัสที่ให้ในกรณีที่ใส่ pacemaker ในระหว่างและหลังการผ่าตัดหัวใจทันทีเท่านั้น

3. กรณีใส่เครื่อง CRT ให้รหัส 00.50 implantation of cardiac resynconization total system

AICD ใช้รหัส 37.94 Implantation or replacement of automatic cardioverter/defibrillator, total system [AICD]

CRTD ใช้รหัส 00.51 (Implantation of cardiac resynconization defibrillator total system

4. Cardiopulmonary resuscitation

Cardiopulmonary resuscitation หมายถึง การทำหัตถการกู้ชีพ ในภาวะ cardiac arrest

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1. กรณีมีการทำ Cardioversion ร่วมด้วย ให้รหัส 99.62 Other electric countershock of heart
2. กรณีไม่มีการทำ cardioversion ให้รหัส 99.63 Closed chest cardiac massage
3. กรณีไม่มีการบันทึกรายละเอียดในข้อ 1 และ 2 ให้รหัส 99.60 Cardiopulmonary resuscitation, not otherwise specified
4. ในกรณีที่ผู้ป่วย มีภาวะ cardiac arrest มากกว่า 1 ครั้ง และมีการทำหัตถการกู้ชีพ ในแต่ละครั้งที่ต่างกัน เช่น ในครั้งแรกทำหัตถการ CPR ครั้งที่ 2 ทำหัตถการ defibrillation สามารถสรุปและให้รหัสหัตถการ 99.60 Cardiopulmonary resuscitation, not otherwise specified ร่วมกับรหัส 99.62 Other electric countershock of heart

Trades name of Coronary Artery Stents

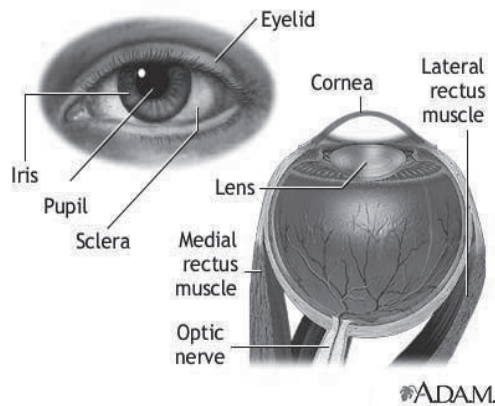
Trades name of drug eluting stent (DES)	Trades name of non drug eluting stent (BMS)
• Axxion • Coroflex piece • Costar • Cypher • Endeavor • Excel • Firebird • Liberte • Paclitaxel • Pronova • Rapamune • Supralimus • Taxus • Xience V • Yukon	• Chopin2 • Chrono cobalt crome carbostent • Coroflex blue • Driver • Flexmaster • Gazelle • Genous • Liberte • Mustang • Pixel • Presillion • Prokinetic • Prolink • Tecnic • Tsunami gold • Ultra • Vision • Zeta

Trade name of Platelet inhibitor/Thrombolytic agent

Platelet inhibitor	Thrombolytic agent
● NovoSeven® [Novo Nordisk] [Novo Nordisk] - factor viia, recombinant ● Argatroban ● Drotrecogin alfa (activated) ● Fondaparinux sodium ● Integrilin® [MSD] [DKSH] - eptifibatide ● Tirofiban ● Intelence® [Janssen-Cilag] [DKSH] - etravirine	● Actilyse® [Boehringer Ingelheim] [Zuellig] - alteplase ● Alteplase ● Anistreplase ● Reteplase ● Streptase® [sanofi-aventis] [DKSH] - streptokinase ● Streptokinase ● Thromboflux® [Bharat Serums and Vaccines] [Cosma Medical] - streptokinase ● Metalyse® [Boehringer Ingelheim] [Zuellig] - tenecteplase ● Tenecteplase ● Urokinase

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(การสรุปและให้รหัสหัตถการทางจักษุ)

หัตถการทางจักษุแบ่งตามส่วนประกอบของตาที่สำคัญเป็น



1. หัตถการของเปลือกตาและคิ้ว (eyelid and eyebrow)
2. หัตถการของระบบน้ำตา (lacrimal system)
3. หัตถการของเยื่อตา (conjunctiva)
4. หัตถการของกระจกตา (cornea)
5. หัตถการของม่านตา ซีเลียรีบอดี ตาขาว และช่องหน้าม่านตา (Iris, ciliary body, sclera and anterior chamber)
6. หัตถการของแก้วตา (lens)
7. หัตถการของจอตา คอร์อยด์ วุ้นตา และช่องหลังของตา (retina, choroid, vitreous and posterior chamber)
8. หัตถการของกล้ามเนื้อนอกตา (extraocular muscle)
9. หัตถการของเบ้าตา และลูกตา (orbit and eyeball)

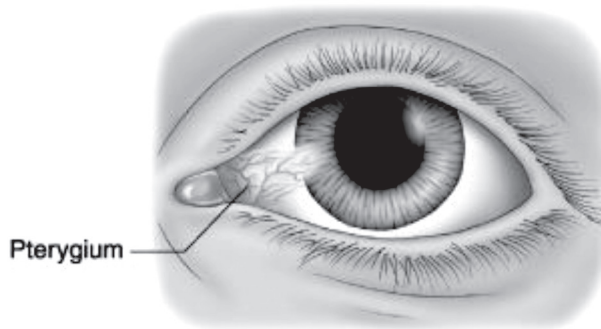
ชนิดของหัตถการ (root of operation) ที่ใช้ในการทำหัตถการทางจักษุ ได้แก่

1. Diagnostic procedures (หัตถการเพื่อการวินิจฉัย)
2. Incision (การกรีด)
3. Excision or destruction (การตัดหรือการทำลาย)
4. Repair (การซ่อมแซม)
5. Reconstruction (การเสริมสร้าง)
6. Other procedures (หัตถการอื่นๆ) เช่น
 - Removal (การเอาสิ่งแปลกปลอมออกจากตา)
 - Manipulation (การจัดการเกี่ยวกับทางเดินน้ำตา)

- Transplantation (การเปลี่ยนถ่ายกระจกตา)
- Fistulization (การทำทางทะลุในตาขาวเพื่อช่วยในการระบายน้ำเลี้ยงตาออก ทำให้ความดันภายในลูกตาลดลง)
- Insertion or implantation (การใส่แก้วตาเทียม/เลนส์เทียม (prosthetic lens/pseudophakos) ตาปลอม (prosthetic eye) หรือสิ่งปลูกฝังในตาอื่นๆ (ocular or orbital implant)

หัตถการทางจักษุที่ทำบ่อย

1. กลุ่มหัตถการที่เกี่ยวกับการลอกต้อเนื้อ (pterygium excision)



คำจำกัดความ

ต้อเนื้อ เกิดจากเยื่อตาบวมขึ้นไปบนกระจกตา เกิดได้ทั้งบริเวณหัวตาและหางตา สาเหตุเกิดจากการระคายเคืองเรื้อรังของเยื่อตาจากฝุ่นละอองหรือรังสีอัลตราไวโอเล็ต ทำให้เกิดอาการเคืองตา ตามัวจากกระจกตาเปื่อยทำให้เกิดสายตาสั้น หรือถ่างออกมาจนถึงบริเวณกลางกระจกตา จะบังตาทำให้มองไม่เห็น การรักษาทำได้โดยการตัดหรือลอกออก อาจรวมกับการทำเนื้อเยื่อปลูกถ่าย (graft) หรือใช้แกร์กัมมันตภาพรังสีวางหลังการลอก เพื่อป้องกันการกลับเป็นใหม่ หัตถการที่เกี่ยวข้องกับการลอกต้อเนื้อ ได้แก่

11.31 Transposition of pterygium (เป็นการเปลี่ยนตำแหน่งหัวของต้อเนื้อ โดยการลอกออกจากผิวกระจกตา แล้วเอาไปเย็บติดไว้ด้านบนของขอบกระจกตา ปัจจุบันไม่เป็นที่นิยมเพราะยังมองเห็นเป็นต้อเนื้ออยู่บริเวณขอบกระจกตา)

11.32 Excision of pterygium with corneal graft (ในรายที่เป็นมาก ต้องตัดบางส่วนของกระจกตาออก จึงต้องทำ corneal graft ร่วมด้วย)

11.39 Other excision of pterygium (ใช้สำหรับการทำแบบ simple pterygium excision หรือวิธีอื่นๆที่ไม่ใช่ 11.31 Transposition of pterygium หรือ 11.32 Excision of pterygium with corneal graft) หัตถการอื่นๆที่อาจทำร่วมด้วย เพื่อลดการกลับเป็นใหม่ของต้อเนื้อ ได้แก่

10.44 Other free graft to conjunctiva (graft ที่ใช้อาจเป็น conjunctiva, mucous membrane, amniotic membrane)

10.49 Other conjunctivoplasty (เมื่อใช้วิธีอื่นนอกเหนือจากการใช้ free graft)

92.21 Superficial radiation (เมื่อมีการวางแร่ร่วมด้วย)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

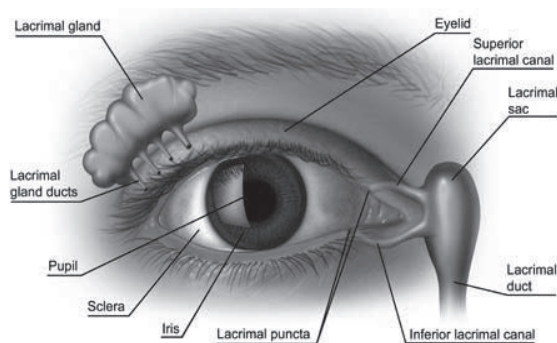
แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่าทำด้วยเทคนิคอะไร และมีการทำหัตถการอื่นเพื่อป้องกันการกลับเป็นใหม่ร่วมด้วยหรือไม่ เพื่อให้สามารถให้รหัสได้ถูกต้อง

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัสที่เฉพาะเจาะจงและครบถ้วนตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น

การวินิจฉัยของแพทย์	การให้รหัส
Excision and transposition of pterygium	11.31 Transposition of pterygium
Excision of pterygium with corneal graft	11.32 Excision of pterygium with corneal graft
(Simple) Excision of pterygium	11.39 Other excision of pterygium
With Strontium radiation	92.21 Superficial radiation
With amniotic membrane/conjunctival graft	10.44 Other free graft to conjunctiva
With transposition of conjunctiva	10.49 Other conjunctivoplasty

2. กลุ่มหัตถการสำหรับผู้ป่วยทางเดินน้ำตาตัน (Dacryostenosis)



คำจำกัดความ

ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับทางเดินน้ำตาตันจะมีการน้ำตาไหล มีขี้ตาเป็นหนอง หรือมีการอักเสบของบริเวณถุงน้ำตา เกิดขึ้นเนื่องจากการอุดตันที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบทางเดินน้ำตา (lacrimal passage) ซึ่งประกอบด้วย รูเปิดทางเดินน้ำตา (lacrimal punctum) ท่อน้ำตาสั้น (lacrimal canaliculi) และท่อน้ำตาต่อจมูก (nasolacrimal duct) ทำให้น้ำตาไม่สามารถไหลจากตาลงสู่ช่องจมูกตามปกติได้ ถ้าเป็นการอุดตันที่ทางเดินน้ำตาสั้น (punctum and canaliculi) จะมีอาการน้ำตาไหลอย่างเดียว ถ้าเป็นการอุดตันที่ทางเดินน้ำตาสั้นปลาย (nasolacrimal duct) มักจะพบมีการติดเชื้อร่วมด้วย สาเหตุของการอุดตันอาจเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด การติดเชื้อเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ การฉีกขาดจากอุบัติเหตุ หรือมีเนื้องอกอุดตัน

การรักษาทำโดยการเจาะเปิดทางเดินน้ำตาตามตำแหน่งที่อุดตัน เพื่อให้ น้ำตาสามารถไหลผ่านได้ สะดวกหัตถการที่เกี่ยวข้องได้แก่

- 09.4 Manipulation of lacrimal passage
- 09.5 Incision of lacrimal sac and passages
- 09.6 Excision of lacrimal sac and passage
- 09.7 Repair of canaliculus and punctum
- 09.8 Fistulization of lacrimal tract to nasal cavity

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่าทำหัตถการอะไร ที่ส่วนไหนของทางเดินน้ำตา เพื่อให้สามารถให้รหัสได้ถูกต้อง

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัสที่เฉพาะเจาะจงตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น

การวินิจฉัยของแพทย์	การให้รหัส
Probing of lacrimal punctum	09.41 Probing of lacrimal punctum
Probing of lacrimal canaliculi	09.42 Probing of lacrimal canaliculi (ไม่ต้องให้รหัส 09.41 Probing of lacrimal punctum ร่วมด้วย)
Probing of nasolacrimal duct (NLD)	09.43 Probing of nasolacrimal duct (ไม่ต้องให้รหัส 09.41 Probing of lacrimal punctum, 09.42 Probing of lacrimal canaliculi ร่วมด้วย)
Probing of nasolacrimal duct with insertion of stent into NLD	09.44 Intubation of nasolacrimal duct (ไม่ต้องให้รหัส 09.43 Probing of nasolacrimal duct ร่วมด้วย)
Incision of punctum Or Snip incision of punctum	09.51 Incision of lacrimal punctum
Incision (I & D) of lacrimal sac	09.53 Incision of lacrimal sac
Repair of canaliculus	09.73 Repair of canaliculus
Repair of canaliculus with insertion of stent into NLD	09.73 Repair of canaliculus with 09.44 Intubation of nasolacrimal duct
Dacryocystorhinostomy (DCR) (การเชื่อมต่อถุงน้ำตาและช่องจมูกโดยการเจาะกระดูกจมูก)	09.81 Dacryocystorhinostomy [DCR
Conjunctivodacryocystorhinostomy (CDCR)(การเชื่อมต่อเยื่อตา ถุงน้ำตาและช่องจมูกโดยการเจาะกระดูกจมูก)	09.82 Conjunctivocystorhinostomy
Conjunctivodacryocystorhinostomy with insertion of stent(การเชื่อมต่อเยื่อตา ถุงน้ำตาและช่องจมูกโดยการเจาะกระดูกจมูก ร่วมกับการใส่ท่อตาม)	09.83 Conjunctivorhinostomy with insertion of tube or stent (ไม่ต้องให้รหัส 09.82 Conjunctivocystorhinostomy ร่วมด้วย)

3.กลุ่มหัตถการสำหรับผู้ป่วยต้อหิน (Glaucoma)

คำจำกัดความ

ต้อหิน หมายถึงโรคที่มีความผิดปกติของขั้วประสาทตาและลานสายตา โดยอาจจะมีความดันตาปกติหรือสูงกว่าปกติก็ได้ ซึ่งผู้ป่วย อาจมีอาการปวดตาเฉียบพลัน ตามัว ในกลุ่มที่มีภาวะต้อหินเฉียบพลัน (acute angle closure glaucoma : AACG) หรือ มีอาการตามัวช้าๆ จากการสูญเสียลานสายตาโดยไม่มีอาการใดๆ ก็ได้ (normal tension glaucoma : NTG, chronic glaucoma)

การรักษาในปัจจุบัน มีทั้งการใช้ยา เลเซอร์ และหรือการผ่าตัดเพื่อลดความดันตาหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาต้อหิน ได้แก่

- 12.5 Facilitation of intraocular circulation คือการทำหัตถการภายในลูกตาเพื่อเปิดทางระบายน้ำออกจากตา
- 12.6 Scleral fistulization หมายถึงการทำหัตถการโดยการเปิดช่องบริเวณตาขาวเพื่อให้มีทางระบายน้ำจากในลูกตาออกสู่ภายนอก (ใต้ชั้นเยื่อぶตา)
- 12.7 Other procedures for relief of elevated intraocular pressure คือการทำหัตถการอื่นๆ เพื่อลดความดันภายในลูกตา

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่าทำหัตถการอะไร และใช้วิธีอะไร มีการเปิดช่องระบายน้ำที่ตาขาวหรือไม่

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัสที่เฉพาะเจาะจงตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น

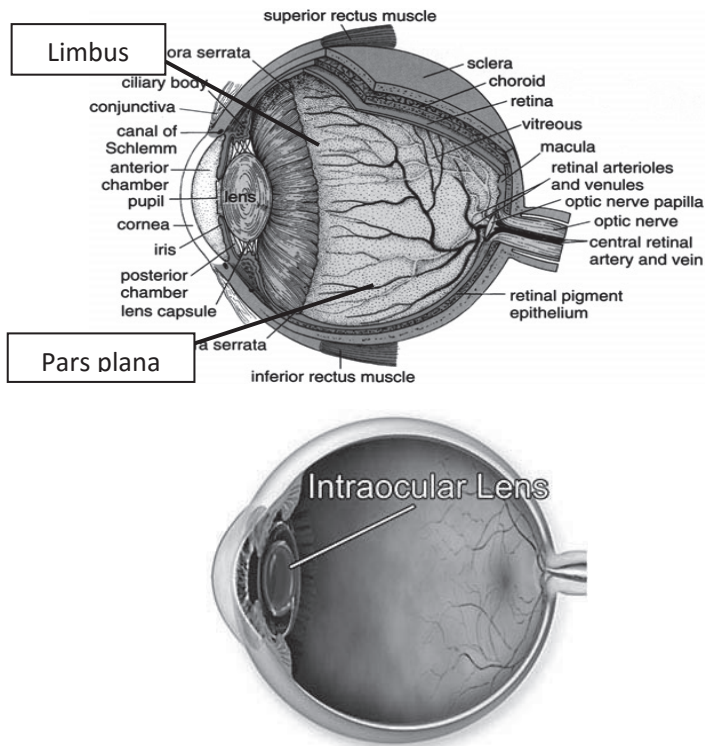
การวินิจฉัยของแพทย์	การให้รหัส
Trabeculectomy	12.64 Trabeculectomy ab externo (ไม่ต้องให้รหัส iridectomy ร่วมด้วย)
Glaucoma drainage device	12.79 Other glaucoma procedures
Trabeculectomy with glaucoma drainage device	12.64 Trabeculectomy ab externo + 12.79 Other glaucoma procedures
Surgical revision of filtering bleb	12.66 Postoperative revision of scleral fistulization procedure
Laser suture lysis of filtering bleb / Needling bleb with subconjunctival injection of MMC/ 5-FU	12.79 Other glaucoma procedures 10.91 Subconjunctival injection + 99.25 Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance
Cyclocryotherapy	12.72 Cyclocryotherapy
Cyclophotocoagulation	12.73 Cyclophotocoagulation

หมายเหตุ การวาง mitomycin C หรือ 5-FU ร่วมในขณะผ่าตัด trabeculectomy ไม่มีการให้รหัสหัตถการเพิ่ม

4. กลุ่มหัตถการสำหรับผู้ป่วยต้อกระจก (Cataract)

คำจำกัดความ

ต้อกระจกคือโรคที่เกิดจากแก้วตาขุ่น ทำให้แสงไม่สามารถผ่านเข้าไปในตาได้ ทำให้เกิดอาการตามัว มองภาพไม่ชัด อาการตามัวจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งและลักษณะความขุ่นของแก้วตา สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมตามอายุ แต่อาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ต้อกระจกแต่กำเนิด จากอุบัติเหตุ จากโรคของตาหรือโรคของระบบอื่นๆ (เบาหวาน พาราไธรอยด์ต่ำ) เกิดจากยาบางชนิด (ยากลุ่มสเตียรอยด์)



การรักษาทำโดยการเอาแก้วตาที่ขุ่นออก และใส่เลนส์ตาเทียมเข้าไปแทนที่ ก็จะสามารถมองเห็นได้ วิธีที่เอาแก้วตาที่ขุ่นออกทำได้หลายวิธี อาจเป็นการทำโดยการใช้อุปกรณ์ผ่าตัดธรรมดา หรือใช้เครื่องมือตัด ต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ตำแหน่งแผลผ่าตัดอาจเข้าทางด้านหน้าบริเวณขอบตาดำ (limbus) หรือทางด้านหลังของขอบตาดำบริเวณพาร์ส แพลนา (pars plana) การเอาแก้วตาออกทำได้ 2 แบบ คือ

1. Intracapsular extraction of lens เป็นการเอาแก้วตาออกพร้อมถุงหุ้ม ปัจจุบันเป็นวิธีที่ไม่นิยมทำ จะทำเฉพาะในรายที่ไม่สามารถเก็บถุงหุ้มแก้วตาไว้ได้ เช่น แก้วตาเคลื่อน มีการขาดของใยยึดแก้วตา (zonule) มีหัตถการที่เกี่ยวข้อง คือ

13.11 Intracapsular extraction of lens by temporal inferior route เป็นการเอาแก้วตาออกพร้อมถุงหุ้มโดยออกทางด้านขมับล่าง ใช้ในรายที่เคยมีการทำหัตถการที่เกี่ยวกับต้อหินในบริเวณด้านบนหรือด้านข้างของกระจกตามาก่อน ซึ่งปัจจุบันไม่มีข้อบ่งใช้ในการทำหัตถการนี้

13.19 Other intracapsular extraction of lens เป็นการเอาแก้วตาออกพร้อมถุงหุ้มโดยผ่านทางด้านบนของตา

2.Extracapsular extraction of lens เป็นการเอาแก้วตาออกแบบเหลือถุงหุ้มไว้เพื่อเป็นที่รองรับ เลนส์ตาเทียมที่ใส่เข้าไปแทนที่ เป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้ในการลอกต้อกระจกในปัจจุบัน มีหัตถการที่เกี่ยวข้อง คือ

13.2 Extracapsular extraction of lens by linear extraction technique เป็นการเอาแก้วตา ออกแบบเหลือถุงหุ้มโดยการเอาออกในแนวตรง

13.3 Extracapsular extraction of lens by simple aspiration (and irrigation) เป็นการเอา แก้วตาออกแบบเหลือถุงหุ้มโดยการล้างและดูดออกแบบธรรมดา

13.4 Extracapsular extraction of lens by fragmentation and aspiration technique เป็น การเอาแก้วตาออกแบบเหลือถุงหุ้มโดยการทำให้แตกเป็นชิ้นเล็กและดูดออก ซึ่งสามารถทำได้ หลายวิธี ได้แก่

- 13.41 Phacoemulsification and aspiration of cataract เป็นการทำให้ต้อกระจก แตกเป็นชิ้นเล็กด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและดูดออก

- 13.42 Mechanical phacofragmentation and aspiration of cataract by posterior route เป็นการทำให้ต้อกระจกแตกเป็นชิ้นเล็กโดยใช้เครื่องกลไกและดูดออก ทางด้านหลัง (pars plana) มักต้องทำร่วมกับการตัดวงตาออกด้วย (pars plana vitrectomy) จึงไม่จำเป็นต้องสรุปหรือให้รหัสเกี่ยวกับการตัดวงตา

- 13.43 Mechanical phacofragmentation and other aspiration of cataract เป็นการ ทำให้ต้อกระจกแตกเป็นชิ้นเล็กโดยใช้เครื่องกลไกและดูดออกแบบอื่น เช่น anterior lensectomy (ออกทาง limbus)

13.51 Extracapsular extraction of lens by temporal inferior route เป็นการเอาแก้วตาออกแบบ เหลือถุงหุ้มโดยออกทางด้านขมับล่าง

13.59 Other extracapsular extraction of lens เป็นการเอาแก้วตาออกแบบเหลือถุงหุ้มแบบอื่น เช่น การเอาต้อกระจกออกโดยการทำให้แตกเป็นชิ้นเล็กโดยไม่ใช้เครื่องกลไก

หัตถการที่เกี่ยวข้องกับการใส่เลนส์ตาเทียม ได้แก่

13.70 Insertion of pseudophakos, not otherwise specified เป็นการใส่เลนส์เทียมแบบอื่นๆ เช่น Insertion of phakic intraocular lens

13.71 Insertion of intraocular lens prosthesis at time of cataract extraction, one-stage เป็นการใส่เลนส์ตาเทียมพร้อมกับการเอาต้อกระจกออก

13.72 Secondary insertion of intraocular lens prosthesis เป็นการใส่เลนส์ตาเทียมภายหลังการ เอาต้อกระจกออก

หัตถการที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาจากเลนส์ตาเทียม ได้แก่

13.8 Removal of implanted lens ใช้ในกรณี que เอา intraocular lens ที่ใส่อยู่เดิมออกจากตา

13.90 Operations on lens, not elsewhere classified ใช้ในกรณีที่แพทย์ทำ reposition of intraocular lens

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่าเอาต้อกระจกออกแบบไหน และใช้วิธีอะไร มีการใส่เลนส์ตาเทียมหรือไม่ และในกรณีที่มีโรคแทรกซ้อนจากการเอาต้อกระจกออกและมีการทำหัตถการของรู้นตาเพิ่ม แพทย์ควรสรุปเพิ่มว่าเป็นการทำหัตถการของรู้นตาวิธีไหน

แนวทางการให้รหัส

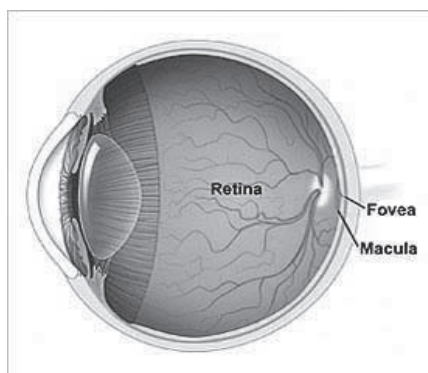
ให้รหัสที่เฉพาะเจาะจงตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น

การวินิจฉัยของแพทย์	การให้รหัส
Intracapsular cataract extraction (ICCE)	13.19 Other intracapsular extraction of lens
Extracapsular cataract extraction (ECCE)	13.2 Extracapsular extraction of lens by linear extraction technique
Lens aspiration or Irrigation of traumatic cataract	13.3 Extracapsular extraction of lens by simple aspiration (and irrigation) technique
Phacoemulsification (PE)	13.41 Phacoemulsification and aspiration of cataract
Pars plana lensectomy (PPL) with pars plana vitrectomy (PPV)	13.42 Mechanical phacofragmentation and aspiration of cataract by posterior route + 14.74 Other mechanical vitrectomy (PPV) หมายเหตุ จะไม่สามารถเบิกค่าอุปกรณ์ของเครื่องตัดวุ้น ตาราคา 9,000 บาทได้ เพราะเป็นการทำโดยใช้เครื่อง สลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง
Anterior lensectomy	13.43 Repair of retinal tear by xenon arc photocoagulation
Manual phacoemulsification or Small incision cataract extraction	13.59 Other repair of retinal detachment
With insertion of intraocular lens	13.71 Removal of vitreous, anterior approach (ให้ร่วมกับรหัสการลอกต้อกระจกเสมอ)
Secondary insertion of intraocular lens	13.72 Other removal of vitreous (ใช้ในรายที่เคยทำหัตถการเอาแก้วตาออกแล้ว)

การวินิจฉัยของแพทย์	การให้รหัส
With anterior vitrectomy (anterior approach) (ในกรณีที่มีโรคแทรกซ้อนจากการลอกต้อกระจก และมีการทำ mechanical anterior vitrectomy ร่วมด้วย)	14.73 Mechanical vitrectomy by anterior approach
Removal of dropped lens/nucleus by PPV or removal of posterior dislocated lens by PPV	14.74 Par plana vitrectomy: (posterior approach)
Removal of IOL with replacement (new IOL)	13.8 Removal of implanted lens + 13.72 Other removal of vitreous (secondary insertion)
Reposition of IOL (with or without sclera fixation) ใช้ IOL อันเดิม	13.90 Operation on lens, Not Elsewhere Classified (Operations on lens, NEC)

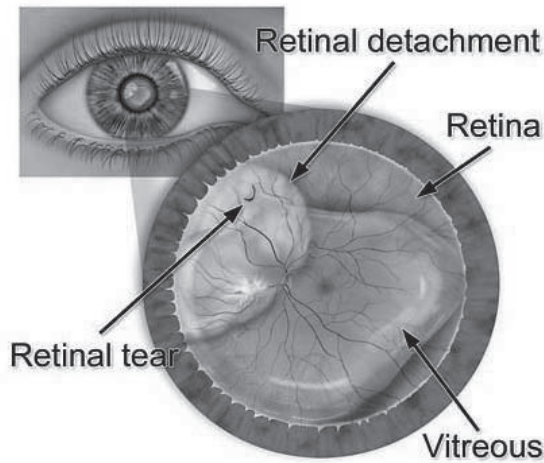
หมายเหตุ การทำ sclera fixation of IOL ไม่มีรหัสเฉพาะ ให้ได้เพียงการใส่ primary หรือ secondary โดยไม่ระบุวิธีการทำ (สามารถบันทึกวิธีการใส่ IOL ไว้ใน operative note เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตรวจเวชระเบียน)

5.กลุ่มหัตถการเกี่ยวกับจอตา (Retina) และวุ้นตา (Vitreous)



คำจำกัดความ

จอตาเป็นชั้นในสุดของลูกตาส่วนหลัง ประกอบด้วยเส้นเลือดจอตา (retinal vessels) จุตรับภาพชัด (macula) และหัวประสาทตา (optic nerve head) มีหน้าที่สำคัญในการรับภาพและส่งต่อไปยังสมองโดยผ่านทางประสาทตา โรคของจอตาอาจเกิดจากความผิดปกติของเส้นเลือด จอตาฉีก (retinal tear) / จอตาลอก (retinal detachment)



วุ้นตาเป็นสารใสคล้ายเจลที่อยู่ในลูกตาส่วนหลัง ทำหน้าที่ให้แสงผ่าน ให้สารอาหารแก่จอตา และเป็นตัวช่วยพยุงลูกตาให้ทรงรูปร่างอยู่ได้ ถ้าวุ้นตาขุ่นอาจจากเส้นเลือดที่จอตาแตก หรือเกิดจากความเสื่อมของวุ้นตาเอง จะทำให้ตามัว หรือถ้ามีการหดตัวของวุ้นตาอาจทำให้เกิดแรงดึงรั้งที่จอตาทำให้จอตาฉีกและลอกได้

การรักษาอาจทำได้โดยการจี้รอยโรค หรือรอยฉีกของจอตาด้วยวิธีต่างๆ การทำให้จอตาที่ลอกกลับไปที่เดิม มักต้องทำร่วมกับหัตถการที่เกี่ยวข้องกับวุ้นตาเสมอเช่น การตัดวุ้นตา การใส่สิ่งทดแทนวุ้นตา หรือการฉีดยาเข้าวุ้นตา

การรักษาโรคของจอตาด้วย laser การให้รหัสหัตถการ จะขึ้นอยู่กับชนิดของรอยโรค เช่น เป็นรอยโรคของจอตา หรือ จอตาฉีก หรือจอตาลอก ไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการนำ laser ไปใช้ ไม่ว่าจะเป็น LIO หรือ Endolaser

หัตถการที่เกี่ยวข้อง

- 14.2 Destruction of lesion of retina and choroid เป็นการทำลายรอยโรคของจอตาและคอรอยด์ โดยการจี้ด้วยความร้อน ความเย็น หรือแสงชนิดต่างๆ
- 14.3 Repair of retinal tear เป็นการซ่อมแซมจอตาฉีก (ยังไม่มีจอตาลอก) โดยการจี้ด้วยความร้อน ความเย็น หรือ แสงชนิดต่างๆ
- 14.5 Repair of retinal detachment เป็นการซ่อมแซมจอตาลอก โดยการจี้ด้วยความร้อน ความเย็น หรือแสงชนิดต่างๆ
- 14.4 Repair of retinal detachment with sclera buckling and implant เป็นการซ่อมแซมจอตาลอกโดยใช้สิ่งปลูกฝังหุ้มตาขาว
- 14.7 Operations on vitreous ได้แก่ การเอาวุ้นตาออกซึ่งอาจทำโดยใช้กรรไกรตัดวุ้นตาธรรมดา หรือใช้เครื่องกลไก โดยผ่านทางด้านหน้า (limbus) หรือด้านหลังลูกตา (pars plana) การใส่สิ่งทดแทน (vitreous substitute) เช่น ก๊าซ ของเหลว หรือ น้ำมันซิลิโคน

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่าทำหัตถการอะไร เพื่อรักษาจอตาฉีก หรือจอตาลอก ทำโดยวิธีไหน และมีการทำหัตถการของวุ้นตาร่วมด้วยหรือไม่

แนวทางการให้รหัส

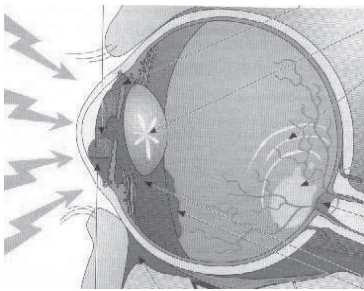
ให้รหัสที่เฉพาะเจาะจงและครบถ้วนตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น

การวินิจฉัยของแพทย์	การให้รหัส
Focal or pan retinal photocoagulation	14.24 Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation
Destruction of chorioretinal lesion by cryotherapy	14.22 Destruction of chorioretinal lesion by cryotherapy
Repair of retinal tear by laser indirect ophthalmology (LIO) / endolaser	14.34 Repair of retinal tear by laser photocoagulation (ใช้ในรายที่ยังไม่มี retinal detachment)
Repair of retinal detachment by laser indirect ophthalmology (LIO) / endolaser	14.54 Repair of retinal detachment with laser photocoagulation
Repair of retinal detachment by cryotherapy with drainage	14.52 (ไม่ต้องให้รหัส drainage เพิ่มเพราะ include อยู่ในรหัส 14.5 แล้ว)
Repair of retinal detachment by sclera buckling procedure (SBP)	14.41 Scleral buckling with implant
Repair of retinal detachment by sclera buckling procedure (SBP) with PPV	14.49 (ไม่ต้องให้รหัส 14.41 for SBP, 14.74 for PPV เพิ่ม และรวมการใช้ air tamponade)
Anterior vitrectomy by open sky technique	14.71 Removal of vitreous, anterior approach
Anterior vitrectomy	14.73 Mechanical vitrectomy by anterior approach
Par plana vitrectomy (PPV)	14.74 Other mechanical vitrectomy Posterior approach
Injection of vitreous substitute (gas, liquid, silicone oil)	14.75 Injection of vitreous substitute
Intravitreal medications (antibiotic, steroid, anti-VEGF)	14.79 Other operations on vitreous
Membrane peeling	14.9 Other operations on retina, choroid, and posterior chamber

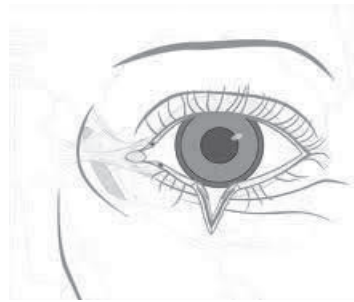
6.กลุ่มเหตุการณ์เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ตา (Eye injury)

คำจำกัดความ

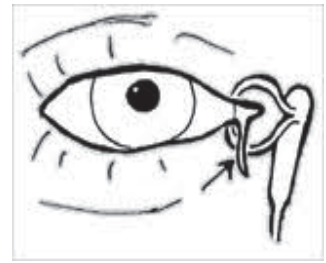
การบาดเจ็บที่ตาอาจเกิดจากแรงกระแทก วัตถุมีคม สัตว์กัด หรือสารเคมีต่างๆ ทำให้เกิดบาดแผลชนิดต่างๆของส่วนประกอบของตาและอวัยวะเคียงลูกตาขึ้นอยู่กับความรุนแรงและสาเหตุของการบาดเจ็บ ในรายที่มีการฉีกขาดของเปลือกตาอาจมีการฉีกขาดของส่วนประกอบที่สำคัญในเปลือกตาร่วมด้วยเช่น เยื่อตา (conjunctiva) ที่อยู่ด้านในของเปลือกตา ท่อน้ำตาส่วนต้น (lacrimal canaliculi) บริเวณขอบเปลือกตา (lid margin) และ กล้ามเนื้อลิเวเตอร์ (levator muscle) ในเปลือกตาบนการทำหัตถการใดๆบริเวณเปลือกตาจะต้องคำนึงถึงส่วนต่างๆเหล่านี้ให้สามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ



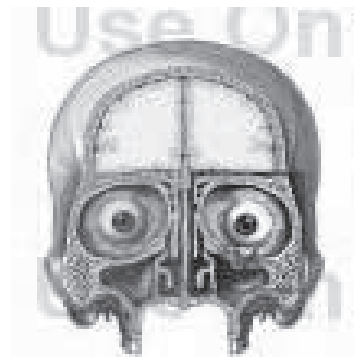
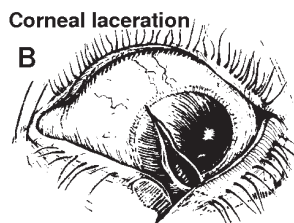
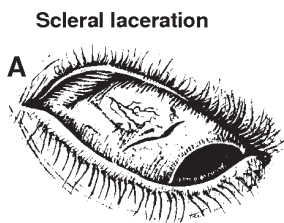
Traumatic hyphema



Laceration of lid margin, full thickness



Laceration of lower canaliculi



Fracture of orbital floor

หัตถการที่เกี่ยวข้องในการบาดเจ็บของตา ได้แก่

- 08.81 Linear repair of laceration of eyelid or eyebrow เป็นการซ่อมแซมบาดแผลฉีกขาดของผิวหนังบริเวณตาหรือบริเวณคิ้ว
- 08.82 Repair of laceration involving lid margin, partial thickness
- 08.83 Other repair of laceration of eyelid, partial thickness
- 08.84 Repair of laceration involving lid margin, full thickness
- 08.85 Other repair of laceration of eyelid, full thickness
- 08.89 Other eyelid repair (ในกรณีที่ไม่วะบุรายละเอียด)
- 08.34 Repair of blepharoptosis by other levator muscle techniques (สำหรับการซ่อมแซมกล้ามเนื้อลิเวเตอร์ (levator muscle))
- 09.73 Repair of canaliculus

- 10.6 Repair of laceration of conjunctiva
- 11.51 Suture of corneal laceration
- 12.81 Suture of laceration of sclera
- 12.91 Therapeutic evacuation of anterior chamber
- 15.7 Repair of injury of extraocular muscles
- 16.82 Repair of rupture of eyeball (Repair of multiple structures of eye)
- 76.79 Other open reduction of facial fracture (include orbital rim or wall)
- 76.92 Insertion of synthetic implant in facial bone

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่าทำการซ่อมแซมที่ส่วนไหนของตา และระบุรายละเอียดของหัตถการที่ทำ เพื่อให้สามารถให้รหัสได้ถูกต้อง

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัสที่เฉพาะเจาะจงตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น

การวินิจฉัยของแพทย์	การให้รหัส
Repair eyelid laceration	08.89 Other eyelid repair (ไม่ระบุรายละเอียด)
Repair eyelid involve lid margin, full thickness	08.84 Repair of laceration involving lid margin, full-thickness
With repair of canaliculi	09.73 Repair of canaliculus
With repair levator muscle	08.34 Repair of blepharoptosis by other levator muscle techniques
Repair corneal laceration	11.51 Suture of corneal laceration
Repair scleral laceration	12.81 Suture of laceration of sclera
Repair corneal and scleral laceration	16.82 Repair of rupture of eyeball
Repair fracture of orbital floor	76.79 Other open reduction of facial fracture
With insertion of orbital implant	76.92 Insertion of synthetic implant in facial bone

7.กลุ่มหัตถการทางจักษุโดยใช้แสงเลเซอร์

คำจำกัดความ

ปัจจุบันมีการใช้แสงเลเซอร์ชนิดต่างๆในการทำหัตถการทางจักษุเป็นจำนวนมาก แต่รหัสหัตถการทางจักษุที่ใช้อยู่ (ICD-9-CM) มีที่ระบุเฉพาะเจาะจงเพียงบางหัตถการเท่านั้น เพราะฉะนั้นในหัตถการที่ไม่มีรหัสเฉพาะสำหรับการทำโดยเลเซอร์ ให้ใช้รหัสเดียวกับการทำโดยการผ่าตัดหัตถการที่ทำโดยเลเซอร์ที่มี ได้แก่

- 12.41 Destruction of lesion of iris, nonexcisional (include cauterization, cryotherapy, photocoagulation)
- 12.73 Cyclophotocoagulation
- 14.24 Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation
- 14.34 Repair of retinal tear by laser photocoagulation
- 14.54 Repair of retinal detachment by laser photocoagulation

คำย่อของหัตถการทางจักษุที่พบบ่อย เช่น

คำย่อของหัตถการ	การให้รหัส
ALT (Argon laser trabeculoplasty)	12.59 Other facilitation of intraocular circulation
ECCE (Extracapsular cataract extraction)	13.2 Extracapsular extraction of lens by linear extraction technique
FAX (Fluid air exchange)	14.75 Injection of vitreous substitute
FGX (Fluid gas exchange)	14.75 Injection of vitreous substitute
FFA (Fundus fluorescein angiography)	95.12 Fundus fluorescein angiography
ICCE (Intracapsular cataract extraction)	13.19 Other intracapsular extraction of lens
LK (Lamella keratoplasty)	11.62 Other lamella keratoplasty
LPI (Laser peripheral iridotomy)	12.12 Other Iridotomy
MP (Membrane peeling)	14.9 Other operations on retina, choroid, and posterior chamber
PDT (Photodynamic therapy)	14.24 Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation
PE (Phacoemulsification)	13.41 Phacoemulsification and aspiration of lens
PPL (Pars plana lensectomy)	13.42 Mechanical phacofragmentation and aspiration of cataract by posterior route
PRP (Pan retinal photocoagulation)	14.24 Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation
YAG capsulotomy	13.66 Mechanical fragmentation of secondary membrane (after cataract)

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทาง โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา)

1.กลุ่ม Sinus surgery

Sinus surgery หมายถึง การผ่าตัดตัดไซนัส (โพรงอากาศข้างจมูก) แบ่งได้เป็น

1.การผ่าตัดโพรงอากาศข้างจมูกด้วยกล้องขยาย (rigid endoscope) เรียกว่า “endoscopic sinus surgery” มักใช้คำย่อว่า ESS หรือ FESS (Functional endoscopic surgery)

2.การผ่าตัดด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่าตัด (operating microscope) เรียกว่า “microscopic sinus surgery” หรือ MSS ทั้งสองคำนี้ “endoscopic sinus surgery” และ “microscopic sinus surgery” เป็นคำกำกวมเพราะมีการผ่าตัดหลายโพรงอากาศ

3.External approach แบ่งออกเป็น

3.1 Frontal trephination เป็นวิธีการผ่าตัด frontal sinus โดยเข้าทาง anterior wall ของ frontal sinus บริเวณหัวคิ้ว

3.2 External ethmoidectomy เป็นวิธีการผ่าตัด ethmoid sinus โดยเข้าทาง lacrimal fossa

3.3 Caldwell Luc operation เป็นวิธีการผ่าตัด maxillary sinus โดยเข้าทาง canine fossa ได้
เหนือ

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรหลีกเลี่ยงการสรุปว่า FESS, ESS, CWL, MSS หรือ microdebrider โดยลำพัง
โดยตรวจสอบ operative note ของแพทย์ จึงระบุรายละเอียดและตำแหน่งการผ่าตัดว่าเป็นการส่องตรวจ
หรือตัดเนื้อเยื่อ เช่น polypectomy, ethmoidectomy, excision of lesion of maxillary sinus
sphenoidectomy , frontal sinusotomy

แนวทางการให้รหัส

1.กรณีส่องกล้องตรวจเฉพาะในโพรงจมูกเพื่อการวินิจฉัยโดยไม่ได้ระบุรายละเอียดใดๆ ให้รหัส
21.21 Rhinoscope

2.กรณีส่องกล้องตรวจโพรงไซนัส เพื่อการวินิจฉัย ซึ่งมักเป็นการทำหลังการผ่าตัด ให้รหัส 22.19

Other diagnostic procedures on nasal sinus

3.หากมีการทำหัตถการอื่นร่วมด้วยกับการส่องกล้องทำผ่าตัดไซนัส ให้ใช้รหัสหัตถการนั้นเลย ไม่
ต้องให้รหัส 21.21 Rhinoscope หรือ 22.19 Other diagnostic procedures on nasal sinus เช่น

- Biopsy พยาธิสภาพในโพรงจมูกให้รหัส 21.22 Biopsy of nose

- Biopsy พยาธิสภาพในโพรงไซนัสให้รหัส 22.11 Close [Endoscopic] [needle] biopsy of
nasal sinus

- ตัดริดสีดวงจมูก (nasal polyp) ให้รหัส 21.31 Nasal polypectomy

4.กรณีเจาะเข้าสู่โพรงอากาศแมกซิลารี (maxillary sinus) ทางจมูก โดยไม่ทำหัตถการอื่น ให้รหัส
22.2 Intranasal antrotomy/Inferior turbinate antrotomy

5.กรณืทำผ่าตัด sinus โดยวิธี External approach

5.1 Sinusotomy หมายถึง การผ่าตัดเปิดโพรงอากาศข้างจมูก โดยไม่มีหัตถการอื่นเพิ่ม ให้ตรวจสอบดูว่าไซนัสที่ทำผ่าตัดนั้น เป็นไซนัสตำแหน่งใด รหัสที่ได้จะเป็นดังนี้

- กรณีที่ไม่ระบุตำแหน่ง จะได้รับรหัส 22.50 Sinusotomy, not otherwise specified
- กรณีเป็นที่ Ethmoid จะได้รับรหัส 22.51 Ethmoidotomy
- กรณีเป็นที่ Sphenoid จะได้รับรหัส 22.52 Sphenoidotomy
- กรณีเป็นหลาย sinus จะได้รับรหัส 22.53 Incision of multiple nasal sinuses
- กรณีเป็นที่ Frontal sinus จะได้รับรหัส 22.41 Frontal sinusotomy

5.2 Sinusectomy หมายถึง การผ่าตัด air cell หรือ เยื่อโพรงอากาศข้างจมูก ซึ่งจะรวมถึงการทำ turbinectomy ด้วยแล้ว ไม่ต้องให้รหัส turbinectomy เพิ่ม

- กรณีที่ไม่ระบุตำแหน่ง จะได้รับรหัส 22.60 Sinusectomy, not otherwise specified
- กรณีเป็นที่ Maxillary จะได้รับรหัส 22.61 Excision of lesion of maxillary sinus with Caldwell-Luc approach หรือ 22.62 Excision of lesion of maxillary sinus with other approach ขึ้นกับวิธีการผ่าตัด
- กรณีเป็นที่ Ethmoid จะได้รับรหัส 22.63 Ethmoidectomy
- กรณีเป็นที่ Sphenoid จะได้รับรหัส 22.64 Sphenoidectomy
- กรณีเป็นที่ Frontal sinus จะได้รับรหัส 22.42 Frontal sinusectomy
- ในกรณี Operative note บันทึกโดยใช้คำย่อ FESS/ESS/MSS/Microdebrider โดยไม่มีบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดให้รหัส 22.60 Sinusectomy, not otherwise specified

6.การทำผ่าตัด uncinectomy ร่วมกับการทำผ่าตัดอย่างอื่น เช่น ethmoidectomy, polypectomy, antrotomy ไม่จำเป็นต้องให้รหัส uncinectomy ยกเว้นทำเฉพาะ uncinectomy กรณีนี้ควรให้รหัส 21.1 Incision of nose

7.Turbinectomy จะให้รหัสเมื่อไม่ทำร่วมกับการผ่าตัด sinus เช่น การใช้ radiofrequency (RF) turbinectomy ให้รหัส 21.61 Turbinectomy by diathermy or cryosurgery

8.Caldwell-Luc Operation การให้รหัสขึ้นกับรายละเอียดของการทำผ่าตัด เช่น

- มีการตัดเยื่อภายในโพรงอากาศ maxillary ออกทั้งหมด ให้รหัส 22.31 Radical maxillary antrotomy
- หากเปิดเข้าโพรงอากาศ maxillary แพทย์มักจะใช้คำย่อว่า CWL โดยไม่มีระบุว่ามีหัตถการอื่น ให้รหัส 22.39 Other external maxillary antrotomy exploration of maxillary antrum with Caldwell-Luc approach
- ถ้ามีการตัดพยาธิสภาพในโพรงอากาศ maxillary ให้รหัส 22.61 Excision of lesion of maxillary sinus with Caldwell- Luc approach
- กรณีที่ใช้ Caldwell-Luc approach เพื่อทำผ่าตัดอย่างอื่นที่ไม่ใช่การทำผ่าตัดภายในโพรงอากาศ maxillary ได้แก่ การผูก internal maxillary artery เพื่อรักษา epistaxis ให้รหัส 21.05 Control of epistaxis by (transantral) ligation of the maxillary artery
- ถ้าขยายรูเปิดของโพรงอากาศ maxillary ให้รหัส 22.9 Other operation on nasal sinus

2.กลุ่มหัตถการ Tympanoplasty

Tympanoplasty หมายถึง การทำผ่าตัดซ่อมแซมเยื่อแก้วหูโดยทำร่วมกับเอาเชื้อโรคออกจากหูชั้นกลางเพื่อให้การได้ยินดีขึ้น โดยวิธีการทำให้การนำเสียงที่ผ่านเข้ามาในหูเกิดการสั่นสะเทือน ส่งต่อไปยังระบบประสาทหูเพื่อแปลงคลื่นเสียง ให้สามารถรับทราบความเข้มของเสียง ความหมาย ใช้ติดต่อดสื่อสารได้ ทั้งนี้ ขึ้นกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยนั้นๆ

3.กลุ่มหัตถการ Myringoplasty

Myringoplasty (การทำผ่าตัดปะแก้วหู) หมายถึง การทำผ่าตัดซ่อมแซมเยื่อแก้วหูอย่างเดียว

แนวทางการบันทึกของแพทย์(Auditor)

- 1.ควรมีข้อมูลว่าเคยผ่าตัดมาก่อนหรือไม่
- 2.ควรบันทึกใน operativenote ระบุตำแหน่งที่วาง graft ด้วย

แนวทางการให้รหัส

1.ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจาก แพทย์บันทึกไม่ละเอียด อาจเขียนสั้นๆ เพียง myringoplasty หรือ เขียน T- plasty ซึ่งควรติดตามหาหลักฐานการบันทึกใน operative note ให้พบว่าวาง graft บนอะไรถ้าพบว่ามีการใช้ graft วางปะบนแก้วหูที่ทะลุนั้น ให้รหัส 19.4 Myringoplasty

2.ในกรณีมีประวัติว่าเคยผ่าตัดปะแก้วหู แล้วปะไม่ติด จึงทำการผ่าตัดปะแก้วหูใหม่อีกครั้งในเวลาหลายเดือนต่อมา แพทย์บันทึก myringoplasty หรือเขียน T-plasty ใน operative note เท่านั้น รหัสหัตถการในการทำผ่าตัดปะแก้วหูใหม่นี้ ให้ได้เป็นรหัส 19.6 Revision of tympanoplasty ไม่ว่าจะวาง graft ที่ตำแหน่งใด

3.ใน operative note ที่แพทย์บรรยายการทำผ่าตัด T-plasty มักไม่ระบุ type ให้หาหลักฐานการบันทึกว่าแพทย์วาง graft บนอวัยวะใด จะทำให้สามารถเลือกรหัสหัตถการได้เหมาะสม ซึ่งมีรหัสของการทำหัตถการดังนี้

- การทำผ่าตัดในกรณีที่แก้วหูทะลุขนาดใหญ่จนไม่เหลือขอบให้วาง graft ได้ จึงต้องไปวางบนกระดูกหู malleus or incus ให้รหัส 19.52 Type II tympanoplasty
 - ในกรณีที่ผู้ป่วยมีแก้วหูทะลุอีกเสบเรื้อรังมานาน จนกระดูกหู malleus และ incus ถูกกัดกร่อนเสื่อมสภาพไป จึงต้อง remove ออกไป เหลือแต่กระดูกหูชั้นที่ 3 คือ stapes ไว้ให้วาง graft ให้รหัส 19.53 Type III tympanoplasty
 - หากพบว่ามีกรวาง graft บน foot plate ของกระดูกหู stapes ซึ่งอาจจะเสื่อมสภาพหรือถูกหักออกไปแล้ว จะให้รหัส 19.54 Type IV tympanoplasty
 - หากพบว่ามีกรผ่าตัดเจาะกระดูกหูชั้นใน semi circular canal ก่อนแล้ววาง graft จะให้รหัส 19.55 Type V tympanoplasty

4. กลุ่มหัตถการ Mastoidectomy

Mastoidectomy หมายถึง การกรอโพรงกระดูกหลังใบหู (mastoid) เนื่องจากมีพยาธิสภาพของการอักเสบเรื้อรัง จากโรคหูน้ำหนวกลุกลามเข้าไปในโพรงกระดูก mastoid จนกลายเป็นชนิดอันตรายรุนแรง หรือเป็นหนองซ้ำอาจทะลุเข้าไปในสมอง อันตรายต่อชีวิตได้ การผ่าตัดจะทำมาน้อยเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคหูน้ำหนวกซึ่งอาจมีการทำหัตถการอื่นพร้อมกัน เช่น tympanoplasty หรือการผ่าตัดตกแต่งหูชั้นนอก การทำ skin graft ร่วมด้วย

- Simple mastoidectomy หมายถึง การกรอโพรงกระดูก mastoid อย่างเดียว
- Radical mastoidectomy หมายถึง การกรอโพรงกระดูก mastoid ทะลุเป็นโพรงเดียวกับช่องหูโดยไม่มีผนังกัน รวมทั้งการเอากระดูกหูออกด้วย
- Modified radical mastoidectomy หมายถึง การกรอโพรงกระดูก mastoid ทะลุเป็นโพรงเดียวกับช่องหูโดยไม่มีผนังกัน โดยอาจจะไม่ได้เอากระดูกหูออกหรือเอาออกบางส่วน หรือการทำ tympanoplasty type II-V ร่วมด้วย
- Atticotomy หรือ atticoantrostomy หมายถึง การผ่าตัดบริเวณ attic ของ middle ear เปิดเป็นโพรงระบายออกมาติดต่อกับหูชั้นนอกเพื่อรักษาโรคหูน้ำหนวกเรื้อรังชนิดอันตราย cholesteatoma บริเวณ attic ไม่ให้ลุกลาม โดยที่แก้วหูส่วน pars tensa ยังคงอยู่
- Revision mastoidectomy หมายถึง การผ่าตัดโพรงกระดูก mastoid ซ้ำ
- Bondi's mastoidectomy หมายถึง การกรอโพรงกระดูก mastoid เพื่อเปิดระบายส่วนของ cholestatoma sac ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการผ่าตัด modified radical mastoidectomy

แนวทางการบันทึกของแพทย์(Auditor)

แพทย์ควรลงรายละเอียดของการผ่าตัดใน operative note ไว้ให้ชัดเจน

แนวทางการให้รหัส

1.Simple mastoidectomy ให้รหัส 20.41 Simple mastoidectomy

2.Radical mastoidectomy ให้รหัส 20.42 Radical mastoidectomy

3.Bondi's mastoidectomy ให้รหัส 20.49 Other mastoidectomy

4.กรณีที่มีการทำ skin graft ร่วมด้วยต้องให้รหัส 18.79 Skin graft ร่วมด้วย

กรณีที่มีการทำ tympanoplasty ร่วมด้วย ต้องให้รหัส ในกลุ่ม 19.4-19.55ร่วมด้วย และต้องดูรายละเอียดการบันทึกของแพทย์ว่ามีการวาง graft ที่ใด จะได้ให้รหัสได้เฉพาะถูกต้อง

5.การผ่าตัด mastoid อื่นๆ ที่ไม่ใช่การทำผ่าตัด simple mastoidectomy, radical mastoidectomy เช่น modified radical mastoidectomy, atticoantrostomy กรณีที่ไม่ระบุรายละเอียดบันทึกเพียง mastoidectomy จะให้รหัส 20.49 Other mastoidectomy

6.การทำ Decompression facial nerve ให้รหัส 04.42 ถ้า approach โดยทาง mastoid ก็ควรจะให้รหัส 20.49 Other mastoidectomy ร่วมด้วยเพราะในการทำ Decompression facial nerve ในส่วนนี้ต้องเข้าทาง mastoid bone

7.ยกเว้น ถ้าเป็นการทำ Mastoidectomy เพื่อฝังเครื่องช่วยฟัง จะไม่รวมรหัส 20.4- ให้ใช้รหัสในกลุ่ม 20.96 – 20.98 Cochlear prosthesis device แล้วแต่ชนิดของเครื่องช่วยฟังนั้นๆ

- ถ้าเป็น single channel ให้รหัส 20.97 Implantation or replacement of cochlear prosthetic device,single channel
- ถ้าเป็น multiple channel ให้รหัส 20.98 Implantation or replacement of cochlear prosthetic device,multiple channel
- ถ้าไม่ระบุรายละเอียดให้รหัส 20.96 Implantation or replacement of cochlear prosthetic device, not otherwise specified

5.กลุ่มหัตถการ Hearing aids

กรณีคนไข้สูญเสียการได้ยินสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน โดยใช้เครื่องช่วยฟัง ซึ่งปัจจุบันมีหลายชนิด

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรบันทึกให้ละเอียดว่าใช้เครื่องช่วยฟังชนิดใด

แนวทางการให้รหัส

- 1.เครื่องช่วยฟังชนิดธรรมดา เช่น body type , In the ear (ITE) , behind the ear(BTE) จะให้รหัส 95.48 Fitting of hearing aid
- 2.ชนิด Bone conduction hearing aids ให้รหัส 20.95 Implantation of electromagnetic hearing device
- 3.ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยฟัง 2 ข้าง ควรให้รหัส extension code เพิ่มมาด้วย
- 4.ชนิดที่ใส่ใน middle ear จะให้รหัส 20.99 Other operations on middle and inner ear

6. กลุ่มหัตถการ Direct laryngoscopy and bronchoscopy

Direct laryngoscopy and Bronchoscopy หมายถึง หัตถการที่ใช้ในการส่องตรวจเพื่อการวินิจฉัย ยังเป็นช่องทางในการรักษาผ่าตัดแก้ไขการตีบแคบของกล่องเสียงและหลอดลม ถ้ามีการทำผ่าตัดเพื่อการรักษา (therapeutic procedure) ผ่านทางเครื่องมือนี้ ให้ใช้รหัสการผ่าตัดนั้นๆ โดยไม่ต้องให้รหัสของ direct laryngoscopy และ bronchoscopy เช่น

- 31.43 Closed (endoscopic) biopsy of larynx
- 31.92 Lysis of adhesions of larynx
- 98.14 Removal of foreign body in the larynx
- 98.15 Removal of foreign body in the trachea and bronchus
- 31.98 Dilation of larynx
- 31.92 Lysis of adhesions of trachea
- 31.92 Lysis of adhesions of trachea using laser

ยกเว้นการส่องตรวจเพื่อการวินิจฉัย (diagnosis procedure) เท่านั้นจะให้รหัสตามตำแหน่งที่ตรวจ เช่น 31.42 Laryngoscopy

1. แพทย์สรุป close biopsy of larynx ให้รหัส 31.43 Closed [endoscopic] biopsy of larynx
2. แพทย์สรุป lysis adhesion of larynx ให้รหัส 31.92 Lysis of adhesions of trachea or larynx

7. กลุ่มหัตถการ Tracheostomy

Temporary tracheostomy หมายถึง การผ่าตัดเปิดทางเดินหายใจจากภายนอกเข้าสู่หลอดลมคอ โดยผ่านผนังคอด้านหน้าเพื่อช่วยในการหายใจหรือดูดเสมหะเมื่อเจาะคอแล้วจะใส่ท่อหลอดลมคอ (tracheostomy tube) ซึ่งเมื่อถอดท่อหลอดลมค่อออกแล้วรูที่คอจะปิดได้เอง

Permanent tracheostomy หมายถึง การผ่าตัดเปิดทางเดินหายใจจากภายนอกเข้าสู่หลอดลมคอ โดยมีการเย็บผนังหลอดลมกับชั้นผิวหนัง ร่วมกับ มีการเย็บปิดกั้นทางเดินหายใจจากส่วนบน ทำให้เกิดรูเปิดถาวรที่ผิวหนัง โดยจะใส่ท่อหลอดลมคอร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ มักทำในกรณีที่คนไข้มี obstructive sleep apnea (OSA) และ ไม่สามารถแก้ไขโดยวิธีอื่นๆได้ เป็นหัตถการที่ทำน้อยมากในปัจจุบัน

Revision tracheostomy หมายถึง การผ่าตัดแก้ไขรูเปิดทางเดินหายใจจากภายนอกเข้าสู่หลอดลมคอผิดปกติทุกกรณี โดยการผ่าตัดแก้ไขแผลเป็นหรือเนื้อเยื่อส่วนเกิน รวมทั้งการใช้ flap

แนวทางการให้รหัส

การให้รหัสหัตถการ การเจาะคอ ให้ดูจากรายละเอียดการผ่าตัด เพื่อแยกว่าเป็นแบบชั่วคราว หรือถาวร ไม่ใช่ดูจากระยะเวลาในการใช้ท่อเจาะคอ

- กรณีเจาะคอทั่วไปครั้งแรกหรือรูที่คอปิดไปนานแล้ว หัตถการระบุ tracheostomy ให้รหัส 31.1 temporary tracheostomy รวมทั้งการเจาะคอโดยวิธีเจาะและขยายรูเจาะคอด้วยอุปกรณ์ percutaneous dilatational tracheostomy (PDT) ให้รหัส 31.1 Temporary tracheostomy
- กรณีเจาะคอผ่านทาง cricothyroid membrane หรือ cricothyrotomy เพื่อช่วยในการหายใจ ให้รหัส 31.1 Temporary tracheostomy
- การให้รหัส 31.29 ต้องระบุหัตถการเป็น permanent tracheostomy ร่วมกับ ตรวจสอบบันทึก รายงานการผ่าตัดดังกล่าวข้างต้น
- กรณีเป็นการผ่าตัดเย็บปิดรูที่ trachea ที่ไม่สามารถปิดได้เอง หลังจาก off tracheostomy tube ให้รหัส 31.72 Closure of external fistula of trachea (Closure of tracheotomy)
- กรณีเป็นการเปลี่ยน tracheostomy tube ให้รหัส 97.23 Replacement of tracheostomy tube
- กรณีเป็นการถอด tracheostomy tube ออก ให้รหัส 97.37 Removal of tracheostomy tube
- กรณี Revision tracheostomy ให้รหัส 31.74 Revision tracheostomy

8. กลุ่มหัตถการ Sialoadenectomy

Sialoadenectomy หมายถึง การผ่าตัดต่อมน้ำลายขนาดใหญ่ได้แก่ ต่อม้ำลายหน้าหู (parotid gland), ต่อม้ำลายใต้คาง (submandibular/submaxillary gland) ต่อม้ำลายใต้ลิ้น (sublingual gland)

Partial sialoadenectomy หมายถึง การตัดต่อมน้ำลายออกเพียงบางส่วน เช่น superficial parotidectomy

Complete sialoadenectomy หมายถึง การตัดต่อมน้ำลายออกทั้งหมด เช่น total parotidectomy, submandibular extirpation

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ต้องสรุปรายละเอียดการผ่าตัดว่ามี การตัดต่อมน้ำลายออกทั้งหมดหรือบางส่วน การตัดเนื้อเยื่ออื่นข้างเคียง เช่น ต่อม้ำเหลือง การ identified nerve

แนวทางการให้รหัส

1. แพทย์สรุป complete sialoadenectomy หรือ total sialoadenectomy ให้รหัส 26.32 Complete Sialoadenectomy

2. แพทย์สรุป partial sialoadenectomy ให้รหัส 26.31 Partial Sialoadenectomy

3. กรณีที่ไม่ระบุรายละเอียดของการผ่าตัดให้รหัส 26.30 Sialoadenectomy, not otherwise specified

4. กรณีแพทย์สรุปเพียง excision mass ที่ต่อมน้ำลาย ให้รหัส 26.29 Other excision of salivary gland lesion

5. กรณีที่มีการใช้ nerve monitor ระหว่างการผ่าตัด ให้รหัส 00.94 Intra-operative neurophysiologic

9. แนวทางให้รหัสหัตถการกลุ่ม Laryngeal injury

เป็นการเพื่อรักษากรณีกล่องเสียงได้รับการบาดเจ็บ มักเกิดในกรณีอุบัติเหตุบริเวณลำคอ เช่น fracture thyroid cartilage , fracture cricoid cartilage ผู้ป่วยมาด้วยการหายใจลำบากอาจตรวจพบว่ามีภาวะ upper airway obstruction ร่วมด้วยต้องทำการผ่าตัดรักษาถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินของ ENT

แนวทางการให้รหัส

ในการผ่าตัดรักษาแพทย์มักกระทำการรักษาที่ตำแหน่งของกระดูกหรือกระดูกอ่อนที่ได้รับบาดเจ็บเย็บ suture cricoid cartilage หรือ thyroid cartilage with plate รหัสที่เหมาะสมคือ 31.64 Repair of laryngeal fracture

ตัวอย่างที่ แพทย์วินิจฉัยว่า closed fracture of thyroid cartilage และทำการผ่าตัด repair of thyroid cartilage

การวินิจฉัยหลัก : S12.80 Fracture of other parts of neck, closed

หัตถการ : 31.64 Repair of laryngeal fracture

10. แนวทางให้รหัสทางการแพทย์กลุ่ม Obstructive Sleep apnea

เป็นการผ่าตัดเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องทางกายวิภาคที่เป็นสาเหตุ ทำให้เกิดอาการ sleep apnea ซึ่งมีหลายวิธี
แนวทางการให้รหัส

1. แพทย์สรุป nasal turbinoplasty ให้รหัส 21.61 Nasal turbinoplasty
2. แพทย์สรุป septoplasty ให้รหัส 21.5 Septoplasty
3. แพทย์สรุป tonsillectomy with adenoidectomy ให้รหัส 28.3 Tonsillectomy with adenoidectomy
4. แพทย์สรุป radiofrequency surgery of tongue base ให้รหัส 25.99 Radiofrequency surgery of tongue base
5. แพทย์สรุป radiofrequency surgery of soft palate ให้รหัส 27.69 Radiofrequency surgery of soft palate
6. แพทย์สรุป open osteotomy of mandibular ramus ให้รหัส 76.62 Open osteotomy of mandibular ramus
7. แพทย์สรุป total osteotomy of maxilla ให้รหัส 76.66 Total osteotomy of maxilla
8. แพทย์สรุป median glossoplasty ให้รหัส 25.2 Median glossoplasty
9. แพทย์สรุป uvulopalatopharyngoplasty (UPPP) หมายถึง การผ่าตัดตกแต่ง uvula, soft palate และ pharynx เพื่อรักษาการนอนกรน (snoring) และ sleep apnea รหัสที่เหมาะสมคือ 27.79 Other operations on uvula ร่วมกับ 27.69 Other plastic repair of palate และ 29.4 Plastic operation on pharynx
10. Laser-assisted uvulopalatopharyngoplasty (LAUP) แต่ถ้ามีการใช้ laser ช่วยในการผ่าตัดตกแต่ง uvula, soft palate เพื่อรักษาการนอนกรน (snoring) และ sleep apnea เรียกว่า laser-assisted uvulopalatopharyngoplasty (LAUP) รหัสที่เหมาะสมคือ 27.79 Other operations on uvula ร่วมกับ 27.69 Other plastic repair of palate

11. แนวทางให้รหัสทางการแพทย์ Hyperparathyroidism

ถ้าแพทย์สรุปว่า parathyroidectomy ให้รหัส 06.89 Other parathyroidectomy : parathyroidectomy NOS, partial parathyroidectomy

ตัวอย่าง ผู้ป่วย ESRD มีปัญหา hyperparathyroidism นัดมาทำ parathyroidectomy

การวินิจฉัยหลัก : N258 Other disorders resulting from impaired renal tubular function

การวินิจฉัยโรคร่วม : N185 Chronic kidney disease, stage 5

หัตถการ : 06.89 Other parathyroidectomy : Parathyroidectomy NOS, Partial parathyroidectomy

12. กลุ่มหัตถการ Thyroidectomy

Endoscopic thyroidectomy เป็นวิธีการใหม่ การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ด้วยกล้อง ไม่มีแผลเป็นที่คอ แต่มีแผลผ่าตัดเล็กซ่อนอยู่บริเวณรักแร้ บริเวณหน้าอก ในช่องปาก กรณีที่แพทย์ใช้การผ่าตัดวิธีนี้ ให้รหัสตามหัตถการที่ทำ (เนื่องจากยังไม่มีรหัสเฉพาะสำหรับ endoscopic thyroidectomy) เช่น thyroid lobectomy ให้รหัส 06.2 Unilateral thyroid lobectomy

รหัส 06.2 Unilateral thyroid lobectomy หมายถึง complete removal of one lobe of thyroid with removal of isthmus or portion of other lobe ไม่ต้องให้รหัส 0639 Isthmectomy เพิ่มอีก

ส่วนคำว่า completion thyroidectomy เป็นการผ่าตัดเนื้อไทรอยด์ที่เหลือทั้งหมดหลังจากเคยผ่าตัดไทรอยด์มาแล้ว ให้รหัสตามที่แท้จริง หากไม่เคยผ่าตัดไทรอยด์มาก่อนให้รหัส 06.4 Complete thyroidectomy

แนวทางการให้รหัส

1. ถ้าแพทย์สรุป biopsy lymph node บริเวณคอโดยไม่ระบุรายละเอียดว่าเป็นต่อมน้ำเหลืองประเภทใด ให้รหัส 40.11 Biopsy of lymphatic structure

2. ถ้าแพทย์สรุป biopsy lymph node การผ่าตัดมน้ำเหลืองที่คอในชั้นลึก เช่น upper jugular cervical lymph node ให้รหัส 40.21 Excision of deep cervical lymph node

3. ถ้าแพทย์สรุป radical neck dissection(RND), modified neck dissection(MRND), selective neck dissection(SND) , supraomohyoid neck dissection(SOMND) ไม่มีรหัสแยกตาม level ของ neck ให้รหัสได้เพียงข้างเดียวหรือ 2 ข้าง ดังนี้

กรณีที่ทำข้างเดียว ให้รหัส 40.41 Radical excision of cervical lymph nodes

กรณีที่ทำทั้ง 2 ข้าง ให้รหัส 40.42 Radical neck dissection, bilateral

กรณีที่ระบุรายละเอียด ให้รหัส 40.40 Radical neck dissection, not otherwise specified

แต่ถ้าทำ neck node dissection ร่วมกับ laryngectomy ไม่ต้องให้รหัสการทำ neck node dissection ร่วมด้วย ให้รหัส 30.4 Laryngectomy

13. Endoscopic thyroidectomy

เป็นวิธีการใหม่ การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ด้วยกล้อง ไม่มีแผลเป็นที่คอ แต่มีแผลผ่าตัดเล็กซ่อนอยู่บริเวณรักแร้ บริเวณหน้าอก ในช่องปาก กรณีที่แพทย์ใช้การผ่าตัดวิธีนี้ ให้รหัสตามหัตถการที่ทำ (เนื่องจากยังไม่มีรหัสเฉพาะสำหรับ Endoscopic thyroidectomy) เช่น Thyroid lobectomy ให้รหัส 06.2 Unilateral thyroid lobectomy

14. แนวทางให้รหัสหัตถการการตรวจการคัดกรองการได้ยินในเด็ก

1. แพทย์สรุป Auditory Brainstem Response (ABR) ให้รหัส 95.46 Other auditory and vestibular function tests

2. แพทย์สรุป Otoacoustic Emissions (OAE) ให้รหัส 95.46 Other auditory and vestibular function tests เป็นต้น

Principal Diagnosis ผู้ป่วยในขึ้นกันผลการตรวจ ถ้าผลปกติ Z01.1 Examination of ears and hearing

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(การสรุปและให้รหัสหัตถการทางรังสี)

1. กลุ่มหัตถการ Radiotherapy

1. แบ่งชนิดตามแหล่งกำเนิดของรังสี แบ่งออกเป็น

- จากกัมมันตภาพรังสี ได้แก่ Co-60, Ra-226, Ir-192, Cs-137 เป็นต้นโดยรังสีที่ได้จากกัมมันตภาพรังสีเหล่านี้ ได้แก่ รังสีแกมมา และรังสีเบต้า
- จากเครื่องกำเนิดรังสี ได้แก่ เครื่อง X-ray และเครื่องเร่งอนุภาคต่างๆ เช่น linear accelerator (Linac), cyclotron โดยรังสีได้จากเครื่องกำเนิดรังสีเหล่านี้ได้แก่ รังสีเอกซ์ และอิเล็กตรอน รวมทั้ง particle beam ต่างๆ

2. แบ่งตามวิธีการใช้รังสี

- Teletherapy: เป็นการรักษาที่ต้นกำเนิดรังสีอยู่ห่างจากพื้นที่ที่รักษา เช่น เครื่องฉายรังสีด้วย Co-60, เครื่อง linac เป็นต้น
- Brachytherapy: เป็นการรักษาที่ต้นกำเนิดรังสีอยู่ชิดติดหรืออยู่ในบริเวณที่จะรักษา ซึ่งมักใช้คำย่อ คือ BCT (ทั้งนี้ไม่ควรเขียนคำย่อ BCT เนื่องจากเป็นคำย่อที่ไม่เป็นสากล) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ
 - Intracavitary implantation หมายถึง การสอดใส่แร่กัมมันตรังสีเข้าไปในอวัยวะที่เป็นโพรง เช่น การใส่แร่ใน CA cervix
 - Interstitial implantation หมายถึง การฝังแร่กัมมันตรังสีเข้าไปในอวัยวะหรือตัวโรค เช่น การฝังแร่ใน CA prostate
 - Mould หมายถึง การวางแร่กัมมันตรังสีบนตัวโรค เช่น การใช้ใน keloid
- Systemic therapy: เป็นการรักษาโดยการฉีด หรือการกิน รังสีเข้าไปเพื่อทำการรักษา เช่น ไอโอดีน -131, ฟอสฟอรัส-32

การฉายรังสีอาจมีเทคนิคการฉายรังสีหลายๆเทคนิค เช่น conventional RT, 3DCRT (3-dimension conformal RT) , IORT (Intra operative RT) , IMRT (Intensity modulated RT) , IGRT (Image guided RT) แต่ให้ถือเครื่องมือที่ใช้การรักษาเป็นหลักในการให้รหัสต่างๆ เพราะไม่มีรหัสเฉพาะของเทคนิคของการฉายรังสี

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ควรบันทึกวิธีการรักษา ชนิดของเครื่องและชนิดของรังสีที่ใช้

1. ในเวชระเบียนควรมีบันทึกจำนวนครั้ง ระยะเวลา และปริมาณรวมรังสีที่ได้รับทั้งหมด
2. ควรระบุให้ชัดเจนกรณีผู้ป่วยหยุดพักฉายแสงในการรักษา

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีสรุปหัตถการว่า RT หรือ XRT โดยไม่ระบุชนิดของเครื่อง ให้รหัส 92.29 Other radiotherapeutic procedure
2. กรณีสรุปหัตถการว่า cobalt-60 หรือเขียนเป็น co-60 ให้รหัส 92.23 Radioisotopic teleradiotherapy

3.กรณีสรุปหัตถการว่า ใช้เครื่องมือชนิด linac (linear accelerator) หรือ เขียนในรูปพลังงานรังสีเป็น MV หรือ X เช่น 6 MV, 10 X ให้รหัส 92.24 Teleradiotherapy using photons

4.กรณีสรุปหัตถการว่า ใช้เครื่องมือชนิด electron หรือ เขียนสั้นๆ “e” หรือ เขียนในรูปพลังงานรังสีเป็น MeV เช่น 10 MeV ให้รหัส 92.25 Teleradiotherapy using electrons

ข้อควรระวัง รหัส 92.26 Tele RT of other particulate RT → Neutron, Proton ในปัจจุบันยังไม่มีที่ใช้

- 1.กรณีสรุปหัตถการว่า มีการใส่แร่หรือฝังแร่ไม่ว่าจะใช้เครื่องมือชนิดใดก็ตาม ให้รหัส 92.27 Implantation or insertion of radioactive elements
- 2.กรณีสรุปหัตถการว่า มีการใช้เทคนิคการฉายรังสีแบบ SRS (stereotactic radio surgery) และ SRT (stereotactic radio therapy) หากไม่มีการสรุปเครื่องมือที่ใช้ ให้รหัส 92.39 Stereotactic radiosurgery, not elsewhere classified (ผู้ป่วยอาจมีการใส่ head frame ร่วมด้วย ให้รหัส 93.59 Other immobilization, pressure, and attention to wound)

รังสีรักษา	ICD-9-CM
Conventional RT 3DCRT(3-dimension conformal RT) IMRT (Intensity Modulated RT) IGRT(Image guided RT) 4D + IGRT	92.21: Superficial RT 92.22: Orthovoltage RT 92.23: Radioisotopic tele RT → Co-60, I-125, Radioactive Cs 92.24: Tele RT using Photon → Linac 92.25: Tele RT using electron 92.26: Tele RT of other particulate RT → Neutron, Proton
Brachytherapy	92.27: Implantation or insertion of radioactive elements
IOERT (Intra Operative RT)	92.41: Intra-operative electron radiation therapy
SRS → 1 Fx (Stereotactic Radio Surgery) SRT → >1Fx (Stereotactic RadioTherapy)	92.31: Single source photon → Linac, High energy x-ray 92.32: Multi-source photon → Co-60,Gamma 92.33: Particulate → Particle beam, Proton 93.59: Stereotactic head frame

2. กลุ่มหัตถการ Nuclear medicine

เวชศาสตร์นิวเคลียร์ หมายถึง การนำสารกัมมันตรังสี (radionuclides) มาใช้ในการทางการแพทย์ แบ่งคร่าวๆออกเป็น 2 อย่าง คือ

1. การตรวจวินิจฉัยโรค แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ
 - 1.1 การตรวจวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยโดยตรง (in vivo techniques)
 - 1.2 การตรวจวินิจฉัยโรคนอกร่างกายผู้ป่วย (in vitro techniques)

2. การรักษาโรค

การใช้ตรวจวินิจฉัยโรค หรือ การรักษาโรคนั้นจะมีการฉีดสารเภสัชรังสี (radiopharmaceuticals) คือ สารประกอบ หรือ ยาที่เกิดจากการติดฉลากสารกัมมันตรังสีกับสารเคมีต่างๆ เช่น technitium-99m-methylenediphosphonate ($^{99m}\text{TC-MDP}$) ซึ่งจะแตกต่างกันตามแต่อวัยวะหรือวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรบันทึกอวัยวะที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคให้ชัดเจน ส่วนในการรักษาแพทย์มักเขียนชื่อสารเภสัชรังสี และปริมาณที่ใช้ ซึ่งบ่งบอกเป็นนัยว่าแพทย์ให้การรักษาโรค เช่น I-131 150 mCi ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีเป็นการตรวจวินิจฉัยโรค ให้รหัสหัตถการตามอวัยวะต่างๆที่ทำการตรวจวินิจฉัย
2. กรณีเป็นการรักษาด้วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ให้รหัส 92.28 Injection or instillation of radioisotope

เวชศาสตร์นิวเคลียร์	ICD-9-CM
Thyroid scan (pertechnetate) Thyroid uptake	92.01: Thyroid scan and radioisotope function studies
Liver scan (Phytate) Liver scan (RBC) SPECT Hepatobiliary (DISIDA)	92.02: Liver scan and radioisotope functional study
Renal scan (DMSA) Captopril renogram Flucemide renogram	92.03: Renal scan and radioisotope functional study
Gastric emptying GI scan (Albumin) Meckel's scan GI bleeding (RBC)	92.04: GI scan and radioisotope functional study
Heart SPECT MIBI TL 201 (myocardial perfusion scan) MUGA scan Venogram scan (circular time scan or functional study)	92.05: Cardiovascular and hematopoietic scan and radioisotope function study
Parathyroid (MIBI + pertechnetate) Parathyroid (MIBI) Parathyroid scan	92.13: Parathyroid scan

เวชศาสตร์นิวเคลียร์	ICD-9-CM
Bone scan	92.14: Bone scan
Lung scan	92.15: Pulmonary scan
Lymphatic scan (Dextrans)	92.16: Scan of lymphatic system
Total body scan I-131 Total body scan MIBI	92.18: Total body scan
Tc – 99m – WBC In – 111 Octreoscan (neuroendocrine origin) Gallium scan (Ga - 67 –citrate)	92.18: Total body scan
Testicular scan	92.19: Scan of other site
Rx CA Thyroid with I – 131 Rx Sm – 153 50 mCi Rx Hyperthyroid with I – 131 Rx Sr-89	92.28: Injection or instillation of Radioisotope

3.กลุ่มหัตถการรังสีวินิจฉัย

Magnetic resonance imaging (MRI) หมายถึง เครื่องมือที่ใช้สำหรับสร้างภาพอวัยวะภายในร่างกาย โดยอาศัยหลักการของคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและคลื่นวิทยุ แล้วนำสัญญาณที่ได้มาประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์

Magnetic Resonance Angiography (MRA) คือเครื่องมือที่ใช้สำหรับสร้างภาพหลอดเลือดแดงภายในร่างกาย โดยอาศัยหลักการของคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและคลื่นวิทยุ แล้วนำสัญญาณที่ได้มาประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์

Magnetic Resonance Venography (MRV) หมายถึง เครื่องมือที่ใช้สำหรับสร้างภาพหลอดเลือดดำภายในร่างกาย โดยอาศัยหลักการของคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและคลื่นวิทยุ แล้วนำสัญญาณที่ได้มาประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์

MR Spectroscopy เป็นเทคนิคการวัดและวิเคราะห์สารเคมีในจุดต่างๆ ของสมอง หรือ ต่อมลูกหมาก เช่น MR spectroscopy of brain จะทำร่วมกับ MRI brain ในรายที่ผู้ป่วยพบความผิดปกติในสมอง และไม่สามารถบอกได้ว่า ความผิดปกติดังกล่าวเกิดจากสาเหตุใด เพื่อตอบคำถามว่า เกิดจากเนื้องอก สมองขาดเลือด หรือ จากการอักเสบของเนื้อสมอง และยังช่วยบอกความรุนแรงของมะเร็งได้ (tumor aggressiveness)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- 1.แพทย์ควรบันทึกอวัยวะที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย
- 2.สำหรับการทำ MRV หรือ MRA ควรระบุให้ชัดเจนว่าดูตรงส่วนไหน บริเวณใดของร่างกาย

แนวทางการให้รหัส

- 1.ให้รหัสตามอวัยวะที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย
- 2.สำหรับการทำ MRV หรือ MRA นั้นให้รหัสตามอวัยวะที่ทำการตรวจ เช่น MRV Femoral v. ให้รหัส 88.94

3.MRI of musculoskeletal, MRA abdominal aorta ให้รหัส 88.97 MRI of other and unspecified sites

4.การตรวจ MRI heart screening ASD (Atrium septum defect) ให้รหัส 88.92 MRI of chest and myocardium

5.การตรวจ MR Urography (full tracts) ให้รหัส 88.97 MRI of other and unspecified sites

รังสีวินิจฉัย	ICD-9-CM
MRI Brain / MRA Brain MRI Brain + CSF flow MRI Pituitary gland MRI Cranial nerve Functional MR MR Cisternography	88.91: MRI of brain and brain stem
MRI Chest MRI Heart screening ASD MRI Heart + perfusion MRA Pulmonary MRI Heart CgHD / cine	88.92: MRI of chest and myocardium
MRI spine MR Myelography + spine	88.93: MRI of spinal canal
MRI Bone MRI Brachial plexus MRI Sacral plexus MRA Femoral artery / Peripheral run off	88.94: MRI of musculoskeletal
MRI Prostate MRI Prostate with special coil	88.95: MRI of pelvic, prostate, and bladder
MR Urography (full tracts)	88.97: MRI of other and unspecified sites ➔ abdomen, eye, orbit, face, neck

รังสีวินิจฉัย	ICD-9-CM
MRI Orbits MRI PNS MRI Nasopharynx / Oropharynx MRI Neck / Larynx / Thyroid glands MRI IAC MRI Breasts MRI abdomen MRA Renal artery MRCP + upper abdomen MRA Carotid	88.97: MRI of other and unspecified sites ➔ abdomen, eye, orbit, face, neck
MRV Chest / Portal v./ Femoral v. MRA Thoracic / abdominal aorta	88.92: MRI of chest and myocardium ➔ chest and thoracic 88.97: MRI of other and unspecified sites ➔ abdomen, eye, orbit, face, neck 88.94: MRI of musculoskeletal
MR spectroscopy มักจะดูใน brain, prostate	88.91: MRI of brain and brain stem 88.95: MRI of pelvic, prostate, and bladder
CT Brain artery (CTA brain) CT Brain vein (CTV brain)	87.03: Computerized axial tomography of head
CT Pulmonary artery (CTA pulmonary) CT Pulmonary vein (CTV pulmonary) CT Thoracic vein (CTV thoracic) CT Thoracic aorta (CTA thoracic)	87.41: Computerized axial tomography of thorax
CT Abdominal aorta (CTA abdominal)	88.01 : Computerized axial tomography of abdomen
CT Renal artery (CTA renal)	87.71 : Computerized axial tomography of kidney
CT Femoral artery / Peripheral run off CT Femoral vein CT Upper Extremity artery CT Upper Extremity vein	88.38 : Other computerized axial tomography

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางสูติกรรม)

1. กลุ่มหัตถการ Episiotomy (Episiotomy with subsequent episiorrhaphy)

Episiotomy หมายถึง การตัดฝีเย็บ (ตัดได้ตั้งแต่ 1- 4 degree) และเย็บซ่อมแซมแผลที่เกิดจากการตัดฝีเย็บต่อเนื่องกันในการทำหัตถการครั้งนั้น (อ้างอิงจาก ICD 10 WHO)

หมายเหตุ

กรณีเป็นการตั้งใจตัดด้วยการทำหัตถการ episiotomy จะไม่ถือว่าเป็น 1- 4 perineum degree laceration tear การ tear ระดับใดก็ตามที่เกิดจากการตัด episiotomy จะไม่ถือเป็น perineum tear ยกเว้นมีการระบุที่ชัดเจนในเวชระเบียนว่า เป็นการฉีกขาดที่นอกเหนือจากการทำหัตถการเพิ่มเติม

2. Repair of other current obstetric laceration (Episioperineorrhaphy)

Repair of other current obstetric laceration หมายถึง การเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บเนื่องจากการฉีกขาดของฝีเย็บ ในกรณีที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บ (episiotomy) หรือฉีกขาดเพิ่มเติมนอกเหนือจากการตัดฝีเย็บในระหว่างคลอด และรวมถึงกรณีที่มีการตัดฝีเย็บ มาจากโรงพยาบาลอื่นแล้วมารับการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บที่อีกโรงพยาบาลหนึ่งด้วย

3. กลุ่มหัตถการ Repair of laceration of rectum and sphincter ani

Repair of laceration of rectum and sphincter ani หมายถึง การเย็บซ่อมแซมฝีเย็บเนื่องจากการฉีกขาดของฝีเย็บลึกถึงเยื่อ rectum และหรือ sphincter ani ในกรณีที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บ (episiotomy) หรือฉีกขาดเพิ่มเติมนอกเหนือจากการตัดฝีเย็บ (episiotomy) ในระหว่างคลอด

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- บันทึกหัตถการที่ทำไว้ใน summary of labor หรือในเวชระเบียนส่วนอื่นให้ชัดเจนว่ามีการทำ episiotomy ถึงระดับไหน และในกรณีที่มีการฉีกขาดเพิ่มขึ้นจากระดับที่ตัด ให้บันทึกด้วยว่ามีการฉีกขาดเพิ่มขึ้นจากการตัดฝีเย็บถึงระดับไหน
- กรณีไม่มีการบันทึกว่ามีการฉีกขาดระดับที่ 3 หรือ 4 ให้ถือว่าเป็นการฉีกขาดที่เกิดจากการ episiotomy

แนวทางการให้รหัส

- กรณีบันทึกหัตถการว่า episiotomy และไม่มีระบุว่ามีฉีกขาดเพิ่มขึ้น ให้รหัส 73.6 Episiotomy
- กรณีมีการตัด episiotomy แล้วไม่ได้มีการเย็บซ่อมทันที เช่น ต้องมีการล้างรก หรือมีการผ่าตัดคลอด เนื่องจากไม่สามารถคลอดได้ แล้วไปเย็บแผล episiotomy ภายหลัง ก็ให้รหัส 73.6 เช่นกัน
- กรณีบันทึกหัตถการว่า episiotomy และ มีการฉีกขาดเพิ่มขึ้นในระดับ 2 degree ให้รหัส 73.6 Episiotomy ร่วมกับ 75.69 Repair of other current obstetric laceration

- กรณีบันทึกหัตถการว่า episiotomy และ มีการฉีกขาดเพิ่มขึ้นในระดับ 3 - 4 degree ให้รหัส 73.6 Episiotomy ร่วมกับ 75.62 Repair of current obstetric laceration of rectum and sphincter ani
- กรณีรับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแรกแล้วมีการตัดฝีเย็บมาแล้ว และมารับการเย็บฝีเย็บซ่อมแซมในโรงพยาบาล ให้รหัส 75.69 Repair of other current obstetric laceration

4. กลุ่มหัตถการ Suture of laceration of vulva or perineum

Suture of laceration of vulva or perineum หมายถึง การเย็บซ่อมแซมฝีเย็บหรือช่องคลอด ที่มีสาเหตุจากการได้รับบาดเจ็บ ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ การได้รับอุบัติเหตุหรือถูกข่มขืน

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- บันทึกหัตถการที่ทำในเวชระเบียนหรือ operative note
- บันทึกสาเหตุของการบาดเจ็บในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียน

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 71.71 Suture of laceration of vulva or perineum

5. กลุ่มหัตถการ Evacuation hematoma of episiotomy

Evacuation hematoma of episiotomy หมายถึงการผ่าระบายเลือด (hematoma) ที่ซังออกจากแผลฝีเย็บ ในกรณีที่เกิด hematoma ภายหลังจากเย็บแผลฝีเย็บไปแล้ว

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกหัตถการที่ทำในเวชระเบียนหรือ operative note

แนวทางการให้รหัส

- ให้รหัส 75.91 Evacuation of obstetrical incisional hematoma of perineum ในกรณีที่ทำ evacuation hematoma แล้วเย็บปิดแผลทันที ซึ่งถ้าหลังจากทำ evacuation hematoma ได้เปิดแผลไว้แล้วเย็บปิดภายหลัง เมื่อเย็บแผลภายหลังจะให้รหัส 75.69 Repair of other current obstetric laceration (secondary repair of episiotomy) เพิ่มเติม

6. กลุ่มหัตถการ Evacuation hematoma of vagina

การผ่าระบายเลือด (hematoma) ที่ vulva หรือ perineum ซึ่ง hematoma นั้นไม่ได้สัมพันธ์กับการทำ episiotomy

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีบันทึกไว้ในเวชระเบียน ถ้าทำใน OR ต้องบันทึกใน operative note

แนวทางการให้รหัส

- กรณี hematoma เกิดจากการคลอดบุตร ให้รหัส 75.92 Evacuation of other hematoma of vulva or vagina
- กรณีไม่สัมพันธ์กับการคลอดบุตร ควรใช้รหัส 71.09 Other incision of vulva and perineum

7. การผ่าตัดในกลุ่มสูติกรรมอื่นๆที่ยังไม่มีรหัส

การผ่าตัดในกลุ่มสูติศาสตร์อื่นๆ ที่ยังไม่มีรหัสหัตถการที่เฉพาะเจาะจง

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 75.99 Other obstetric operations

8. กลุ่มหัตถการ Manually assisted delivery

การช่วยคลอดในกรณีที่การคลอดดำเนินไปตามกลไกการคลอดปกติ และหริอ มีการทำคลอดรก (Crede' maneuver) หรือไม่ได้ รวมถึงกรณีที่ทำคลอดรกเพียงอย่างเดียว เช่น รับ refer มาจาก รพ.อื่น เนื่องจากรกค้าง แต่รับมาแค่ทำคลอดรกเท่านั้น

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีการบันทึกการทำหัตถการไว้ในเวชระเบียน

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 73.59 Other manually assisted delivery (เป็นขั้นตอนปกติของการทำคลอด และเป็น non-OR procedures จะให้รหัสหรือไม่ให้รหัสนี้ก็ได้)

9. กลุ่มหัตถการ Manual rotation of fetal head

ใช้มือหมุนศีรษะทารกเพื่อเปลี่ยน position ของศีรษะทารกในช่องคลอด เช่น กรณีเปลี่ยนท่า OP เป็น OA

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีการอธิบายรายละเอียดการทำหัตถการในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนโดยแพทย์

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 73.51 Manual rotation of fetal head

10. กลุ่มหัตถการ Operation on fetus to facilitate delivery

Operation on fetus to facilitate delivery เป็นการช่วยคลอดในกรณีการคลอดติดขัด โดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น การหักกระดูกไหปลาร้ากรณีที่คลอดไหล่ยากทั้งในกรณีที่เด็กมีชีวิตและเสียชีวิต (clavicotomy) การเจาะระบายน้ำในสมองทารกหัวบาตร (hydrocephalus) เพื่อลดขนาดศีรษะทารก (needling of hydrocephalic head)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- ต้องมีการบันทึกหัตถการในเวชระเบียนว่ามีการทำจริง
- ถ้าเป็นการทำหัตถการใน OR ต้องบันทึกใน operative note

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 73.8 Operation on fetus to facilitate delivery

11. กลุ่มหัตถการ External Cephalic Version : ECV

การเปลี่ยนท่าของทารกที่อยู่ในครรภ์ด้วยวิธีการหมุนจากภายนอกทางหน้าท้อง โดยการหมุนเปลี่ยนจากท่าก้นเป็นส่วนนำ ให้มีศีรษะเป็นส่วนนำแทน เพื่อเตรียมให้ทารกคลอด (normal delivery)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีการบันทึกในเวชระเบียนว่ามีการทำหัตถการ external version

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 73.91 External version

12. กลุ่มหัตถการ Termination of pregnancy by intrauterine injection

การฉีดน้ำเกลือเข้มข้น หรือ prostaglandin เข้าไปในถุงน้ำคร่ำ เพื่อทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงก่อนอายุครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ (อ้างอิงจาก WHO)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ Auditor

มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนว่ามีการทำจริง โดยมักจะบันทึกไว้ว่าฉีดสารอะไรปริมาณเท่าใดเข้าไปใน amniotic sac

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 75.0 Intra - amniotic injection for abortion

13. กลุ่มหัตถการ Amniocentesis

การเจาะถุงน้ำคร่ำเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติต่างๆ เช่น ความผิดปกติในระดับโครโมโซมของทารกในครรภ์ ตรวจวินิจฉัยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย การตรวจหาสารเคมีบางอย่าง เช่น alpha-fetoprotein (AFP) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคไขสันหลังเปิด (opened spina bifida)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนส่วนใดส่วนหนึ่ง ส่วนใหญ่จะอยู่ใน OPD card เนื่องจากการทำแบบ OPD เป็นส่วนใหญ่

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 75.1 Diagnostic amniocentesis ถ้าเป็น amniocentesis for therapeutic purpose สามารถใช้รหัส 75.1 Diagnostic amniocentesis ได้เช่นเดียวกัน (ตาม index ของหนังสือ ICD-9 CM)

14. กลุ่มหัตถการ Intrauterine transfusion

การเจาะผ่านหน้าท้องเข้าไปในมดลูกของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อทำ exchange transfusion ผ่านทาง umbilical cord หรือผ่านทาง intraperitoneal cavity ของทารก โดยมักจะทำในครรภ์มีภาวะ fetal anemia และหรือ heart failure โดยหัตถการนี้มักทำในโรงพยาบาลในคณะแพทย์ฯ เป็นส่วนใหญ่

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ต้องมีบันทึกในเวชระเบียน มักเป็นการทำใน OR จึงควรมี operative note

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 75.2 Intrauterine transfusion

15. กลุ่มหัตถการ Fetal blood sampling

Fetal blood sampling มีความหมายดังนี้

1.เจาะเลือดจากหนังศีรษะเด็ก ตรวจดู pH ของเลือดว่ามี fetus distress หรือไม่ทำตอน membrane rupture แล้ว

2.Cordocentesis เป็นการเจาะผ่านหน้าท้องเพื่อเก็บเลือดจากสายสะดือเด็กเพื่อตรวจ เช่น ตรวจ chromosome study หรือ thalassemia study

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- ในกรณีแรก จะต้องมีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนส่วนใดส่วนหนึ่ง
- ในกรณี cordocentesis มักจะมีบันทึกใน OPD card เนื่องจาก มักจะทำเป็น OPD case

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 75.33 Fetal blood sampling and biopsy

16. กลุ่มหัตถการ Amnioinfusion

การเจาะถุงน้ำคร่ำ เพื่อให้สารน้ำ (0.9% NSS) เพิ่มปริมาณน้ำคร่ำ ในภาวะที่การตั้งครรภ์มีน้ำคร่ำน้อยกว่าปกติ จนอาจมีผลกระทบต่อทารกได้ (ทำหัตถการนี้กรณีที่แพทย์ผู้ทำคลอดประเมินแล้วว่าเด็กยังไม่มีภาวะผิดปกติ) หรือ เป็นการเจาะเข้าไปในถุงน้ำคร่ำเพื่อฉีดยาปฏิชีวนะ หรือ เป็นการฉีด hypertonic saline เพื่อ termination of pregnancy ในกรณีการตั้งครรภ์นั้นอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ (ในกรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ให้ใช้ รหัส 75.0 Intra-amniotic injection for abortion)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ต้องมีการบันทึกไว้ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียน

แนวทางการให้รหัส

- ให้รหัส 75.37 Amnioinfusion

Code also injection of antibiotic (99.21)

17. กลุ่มหัตถการ การล้วงรกกรณีที่ไม่วอร์คคลอด

กรณีทารกคลอดออกมาแล้วตัดสายสะดือ หลังจากนั้นระบุว่า มีการดึงรกออกเป็นการช่วยคลอดในระยะที่ 3 (active Management in the third Stage of Labour : AMTSL) แต่พบว่า รกติด หรือ umbilical cord ขาด จึงมีการล้วงรกเลยโดยไม่รอให้ครบ 30 นาที

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ต้องมีการบันทึกรายละเอียดในเวชระเบียนว่า ดึงแล้วรกติด หรือ umbilical cord ขาด โดยการคลอดในระยะที่ 3 ยังไม่ถึง 30 นาที

แนวทางการให้รหัส

- ให้รหัสลักรก 75.4 Manual removal of retained placenta แต่ไม่ต้องให้รหัสการวินิจฉัย “รกค้าง” (O72.0 Retained placenta NOS)
- ถ้า auditor ไม่พบหลักฐานว่ามีการลักรกด้วยสาเหตุใด แต่มีหลักฐานว่ามีการลักรกจริง ก็ให้รหัส 75.4 Manual removal of retained placenta ได้

18. กลุ่มหัตถการ Lysis of adhesions in pelvic cavity

การแก้ไขพังพืดของเยื่อช่องท้องในอุ้งเชิงกรานบริเวณมดลูก

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีบันทึกการผ่าตัดว่า มีการทำ lysis of adhesions in pelvic cavity และ มีการวินิจฉัยว่า มีการยึดติด หรือพังพืดของเยื่อช่องท้อง เพื่อให้สอดคล้องกับการทำผ่าตัด

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 54.59 Other lysis of peritoneal adhesions

19. กลุ่มหัตถการ Laparoscopic salpingectomy for ectopic pregnancy

การผ่าตัดผ่านกล้อง เพื่อรักษาครรภ์นอกมดลูกที่ท่อนำไข่

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์บันทึกใน operative note ว่าทำ laparoscope Salpingectomy

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 54.21 Laparoscopy และ 66.62 Salpingectomy with removal of tubal pregnancy

20. กลุ่มหัตถการ Manual vacuum aspiration (MVA)

การใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (manual vacuum aspirator) ดูดขึ้นเนื้อออกจากโพรงมดลูก

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์มีการบันทึกว่ามีการทำ MVA ในเวชระเบียน

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัสกลุ่ม 69.5 Aspiration curettage of uterus โดยแยกเป็น

- 69.51 Aspiration curettage of uterus for termination of pregnancy
- 69.52 Aspiration curettage following delivery of abortion
- 69.59 Other aspiration curettage of uterus (เช่น การทำ MVA เพื่อเก็บ endometrium หรือ uterine content เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา)

21. กลุ่มหัตถการ Menstrual regulation (MR)

เป็นการรักษาภาวะขาดประจำเดือน โดยไม่ได้มีการตรวจว่ามีการตั้งครรภ์หรือไม่ โดยใช้ manual vacuum aspirator ดูดในโพรงมดลูก

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ต้องมีการบันทึกไว้ในเวชระเบียน

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 69.6 Menstrual extraction or regulation

22. กลุ่มหัตถการ Conization of cervix

เป็นการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย เพื่อตัดเอา squamocolumnar junction และบริเวณที่ผิดปกติทั้งหมด มาตรวจทางพยาธิวิทยาซึ่งอาจเป็นการใช้วิธี cold-knife conization หรือ laser conization

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีบันทึกรายละเอียดการทำ conization ในเวชระเบียน โดยบันทึกใน operative note

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 67.2 Conization of cervix

23. กลุ่มหัตถการ Loop electrosurgical excision procedure (LEEP)/Large loop excision of the transformation zone (LLETZ)

การผ่าตัดปากมดลูก โดยใช้ขดลวดที่มีกระแสไฟฟ้า เพื่อนำชิ้นเนื้อของปากมดลูกที่ผิดปกติออกมา ตรวจวินิจฉัยรอยโรคของปากมดลูกเพื่อตรวจหาระยะก่อนมะเร็ง ในคนไข้ที่มีผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หรือ เพื่อการรักษาในกรณีที่การวินิจฉัยสมบูรณ์แล้ว

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- มีบันทึกรายละเอียดการทำ LEEP ในเวชระเบียน โดยบันทึกรายละเอียดการทำใน operative note หรือ OPD card

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 67.32 Destruction of lesion of cervix by cauterization

Electroconization of cervix

LEEP (loop electrosurgical excision procedure)

LLETZ (large loop excision of the transformation zone)

24. กลุ่มหัตถการ Tubal ligation (TL) หรือ Tubal sterilization (TS)

การผูกท่อนำไข่ ไม่ได้มีการตัดส่วนหนึ่งส่วนใดของท่อนำไข่ หรือไม่ได้ระบุวิธีการทำหมันไว้

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกใน operative note ว่า tubal ligation (TL) หรือ tubal sterilization (TS)

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes

Pomeroy operation

25. กลุ่มหัตถการ Tubal resection (TR)

วิธีทำหมันหญิง โดยการผูกและตัดแยกท่อนำไข่ออกจากกัน

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกใน operative note ว่า tubal resection หรือ TR

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes

26. กลุ่มหัตถการ Pomeroy operation

ใช้วิธีการคล้องท่อนำไข่จากนั้นผูกแล้วตัดออกจากกัน

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกใน operative note ว่า pomeroy operation

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes

27. กลุ่มหัตถการ Modified pomeroy operation

วิธีการหนีบท่อนำไข่ แล้วผูกและตัดท่อนำไข่

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกใน operative note ว่า pomeroy หรือ modified Pomeroy operation

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes

28. กลุ่มหัตถการ Total abdominal hysterectomy (TAH / Bilateral salpingo-oophorectomy (BSO)

เป็นการผ่าตัดมดลูก ปากมดลูก และ ตัดปีกมดลูกรวมทั้งรังไข่ทั้ง 2 ข้างออกผ่านทางหน้าท้อง

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีการบันทึกใน operative note ว่ามีการผ่าตัด TAH with BSO

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัสหัตถการ 2 รหัส ดังนี้

- 68.49 Other and unspecified total abdominal hysterectomy
- 65.61 Other removal of both ovaries and tubes at same operative episode

29. กลุ่มหัตถการ Hysteroscope for remove IUD

การส่องกล้องผ่านทางปากมดลูก เพื่อนำห่วงอนามัยออกจากโพรงมดลูก

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกในรายงานการผ่าตัด

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัสหัตถการ 2 รหัส ดังนี้

68.12 Hysteroscopy และ 97.71 Removal of intrauterine contraceptive device

30. กลุ่มหัตถการ Salpingoplasty or tuboplasty

เป็นการผ่าตัดท่อนำไข่ ที่ได้รับการทำหมันไปแล้ว เพื่อ restore potency of fallopian tubes

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ต้องมีบันทึกไว้ใน operative note และมีบันทึกไว้ในเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดแก้หมัน

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 66.79 Other repair of fallopian tube

31. กลุ่มหัตถการ Salpingo-salpingostomy

Salpingo-salpingostomy เป็นการผ่าตัดท่อนำไข่ที่ตันแล้วต่อส่วนที่ดีเข้าด้วยกัน

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ต้องมีบันทึกไว้ใน operative note และมีบันทึกไว้ในเวชระเบียนว่าไม่ได้เป็นการตันของท่อนำไข่จากการทำหมัน

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 66.73 Salpingo-salpingostomy

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(การสรุปและให้รหัสหัตถการทางกุมารเวชกรรม)

1. กลุ่มหัตถการ Umbilical arterial catheterization (UAC)

Umbilical arterial catheterization หมายถึง การใส่สายสวนทาง umbilical artery เพื่อนำเลือดไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือให้สารน้ำ

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ระบุการทำหัตถการใน progress note หรือ doctor's order

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 38.91 Arterial catheterization

2. กลุ่มหัตถการ Umbilical vein catheterization (UVC)

Umbilical vein catheterization หมายถึง การใส่สายสวนทาง umbilical vein เพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในเด็ก หรือนำเลือดไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ระบุการทำหัตถการใน progress note หรือ doctor's order

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 38.92 Umbilical vein catheterization

3. กลุ่มหัตถการ Venous catheterization

Venous catheterization หมายถึง การใส่สาย catheter เข้าไปถึงเส้นเลือดดำส่วนกลาง

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ระบุการทำหัตถการใน progress note หรือ doctor's order

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 38.93 Venous catheterization , not elsewhere classified

ข้อควรระวัง : กรณีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้รหัส 99.18 Injection or infusion of electrolytes

4. กลุ่มหัตถการ Non invasive positive airway pressure

(NCPAP, NIMV, BiPAP, NPCPAP, NIPPV, HFNC (high flow nasal cannula))

Non invasive positive airway pressure หมายถึง การให้แรงดันบวกเพื่อช่วยหายใจแก่ผู้ป่วยชนิดต่างๆ โดยผ่านทาง face mask, nasal prong, nasal cannula, nasal mask etc.

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกหัตถการ ใน progress note หรือ doctor's order

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 93.90 Non invasive mechanical ventilation

5. กลุ่มหัตถการ Invasive positive airway pressure

(Mode of ventilation ต่างๆ: CPAP, CMV, IMV, AC, SIMV, PTV, HFOV, Flow cycle SIMV/AC)

Invasive positive airway pressure หมายถึง การให้แรงดันบวกเพื่อช่วยหายใจแก่ผู้ป่วย ชนิดต่างๆ โดยผ่านทาง endotracheal tube (96.04 Insertion of endotracheal tube) หรือ tracheostomy (31.1-31.29)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกหัตถการใน progress note หรือ doctor's order

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 96.7- Other continuous invasive mechanical ventilation โดยแบ่งตามระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

1. กรณีไม่ระบุเวลา ให้รหัส 96.70 Continuous mechanical ventilation of unspecified duration
2. กรณีระยะเวลาน้อยกว่า 96 ชั่วโมง ให้รหัส 96.71 Continuous mechanical ventilation for less than 96 consecutive hours
3. กรณีระยะเวลาเท่ากับหรือมากกว่า 96 ชั่วโมง ให้รหัส 96.72 Continuous mechanical ventilation for 96 consecutive hours or More

หมายเหตุ Mode of ventilation ต่างๆ มีดังนี้

Continuous Mandatory Ventilation (CMV)/Intermittent Mandatory Ventilation (IMV)

Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation (SIMV)

Assisted controlled ventilation (AC)/Patient trigger ventilation (PTV)

Flow cycle SIMV/ Flow cycle AC/High Frequency Oscillatory Ventilation (HFOV)

6. กลุ่มหัตถการ Nitric oxide inhalation (iNO)

Nitric oxide inhalation หมายถึง การให้แก๊สไนตริกผ่านเครื่องช่วยหายใจ เพื่อช่วยลด pulmonary pressure

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกหัตถการใน progress note และ doctor's order

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 00.12 Administration of inhaled nitric oxide

7. กลุ่มหัตถการ Transfusion of coagulation factors

Transfusion of coagulation factors หมายถึง การให้ส่วนประกอบของเลือดในผู้ป่วยที่ต้องการปัจจัยการแข็งตัวของเลือด เช่น ในผู้ป่วยโรค hemophilia ผู้ป่วยที่มีภาวะ DIC (disseminated Intravascular coagulation)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีคำสั่งแพทย์ระบุว่าให้ coagulation factors เพื่อช่วยในการแข็งตัวของเลือด

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 99.06 Transfusion of coagulation factors ในกรณี factor concentrate เช่น factor VIII concentrate, factor IX concentrate, recombinant factor VII, prothrombin complex concentrate เป็นต้น

8. กลุ่มหัตถการ Transfusion of plasma

Transfusion of plasma หมายถึง การให้พลาสมาในผู้ป่วย

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีคำสั่งของแพทย์ที่ระบุว่าให้ aged plasma FFP, cryoprecipitate, cryo-removed plasma

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 99.07 Transfusion of other serum

9. กลุ่มหัตถการ Injection of gamma globulin

Injection of gamma globulin หมายถึง การให้ intravenous immunoglobulin (IVIG) หรือการฉีด hepatitis B immunoglobulin (HBIG)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีคำสั่งของแพทย์ที่ระบุว่าให้ intravenous immunoglobulin หรือการฉีด hepatitis B immunoglobulin

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 99.14 Injection of gamma globulin

10. กลุ่มหัตถการ Transfusion of granulocyte

Transfusion of granulocyte หมายถึง การให้เม็ดเลือดขาวสกัด

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีคำสั่งของแพทย์ที่ระบุว่าให้ granulocyte

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 99.09 Transfusion of other substance

11. กลุ่มหัตถการ Total parenteral nutrition (TPN)/Peripheral parenteral nutrition (PPN)

Total Parenteral Nutrition (TPN)/Peripheral Parenteral Nutrition (PPN) หมายถึง การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ เช่น การให้ dextrose ที่มีความเข้มข้นมากกว่าหรือเท่ากับ 10% dextrose ร่วมกับ amino acid, fat, K_2HPO_4/KCl , calcium อาจให้วิตามินร่วมด้วย

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีคำสั่งแพทย์ว่าให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ เช่น 10 % Dextrose, amino acid, fat, KCl/K_2HPO_4 , calcium อาจให้วิตามินร่วมด้วย

แนวทางการให้รหัส

ให้รหัส 99.15 Parenteral infusion of concentrated nutritional substances

ข้อควรระวัง : การให้ albumin เพียงชนิดเดียวไม่ถือว่าเป็นการให้ TPN (99.15 Parenteral infusion of concentrated nutritional substances) ต้องให้รหัส 99.18 Injection or infusion of electrolytes

ชนิดของสารอาหารทางหลอดเลือดดำ

- ผลิตภัณฑ์ amino acid : aminoleban, aminoplasmal, aminosol-10, Vaminolact aminovent infant
- ผลิตภัณฑ์ fat : Intralipid, Lipovenos, SMOF, Omegaven, Lipofundin, Clinoleic acid
- ผลิตภัณฑ์วิตามิน : OMVI

หมายเหตุ

การให้รหัสหัตถการในผู้ป่วยเด็ก ให้ดูข้อมูลประกอบในการให้รหัสจาก 2 ส่วน เพื่อยืนยันว่ามีการให้การรักษา หรือ ทำหัตถการนั้น ได้แก่

1. Doctor 's order และ progress note
2. Nurses's note และ medication sheet

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสเหตุการณ์ทางศัลยกรรมทั่วไป)

1. กลุ่มหัตถการ Cholecystectomy

Cholecystectomy หมายถึง การตัดเอาถุงน้ำดีซึ่งอยู่มี 2 เทคนิค ได้แก่ ผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (open cholecystectomy : OC) และ ผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้องทางหน้าท้อง (laparoscopic cholecystectomy : LC)

Cholecystectomy แบ่งตามลักษณะของการตัดถุงน้ำดีได้เป็น 2 แบบ ได้แก่ total cholecystectomy เป็นการตัดถุงน้ำดีออกทั้งหมด และ partial cholecystectomy เป็นการตัดถุงน้ำดีออกบางส่วน ซึ่งมักทำในรายที่ถุงน้ำดีฝ่แน่นกับเนื้อตับหรือผู้ป่วยที่เป็นตับแข็ง (cirrhosis) ที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อเนื้อตับ แพทย์จะเหลื่อมผนังถุงน้ำดีบางส่วนที่ติดกับเนื้อตับไว้เพื่อลดการเสียเลือดจากการผ่าตัด

บางครั้งเริ่มต้นการผ่าตัดด้วยเทคนิค laparoscope และจำเป็นต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้องภายหลังจะเรียกว่า laparoscopic converted to open cholecystectomy มีได้ 2 กรณี ได้แก่

1. กรณีที่ตัดถุงน้ำดีสำเร็จแล้ว แต่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นที่จำเป็นต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อแก้ไข เช่น บาดเจ็บต่อหลอดเลือด หรือ ท่อน้ำดี

2. กรณีที่ยังไม่สามารถตัดถุงน้ำดีและจำเป็นต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อตัดถุงน้ำดี

แนวทางการบันทึกของแพทย์(Auditor)

- กรณีผ่าตัดด้วยเทคนิค laparoscope สำเร็จ ให้บันทึกว่า laparoscopic cholecystectomy
- กรณีผ่าตัดด้วยเทคนิค laparoscope แต่ไม่สำเร็จ และจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีผ่าตัดเป็น open cholecystectomy ให้บันทึกว่า laparoscopic converted to open cholecystectomy
- กรณีผ่าตัดแบบ partial cholecystectomy ให้บันทึกว่า partial cholecystectomy ทุกครั้ง

แนวทางการให้รหัส

- กรณีบันทึกหัตถการว่า cholecystectomy หรือ total cholecystectomy ให้รหัส 51.22 Cholecystectomy
- กรณีบันทึกหัตถการว่า laparoscopic (total) cholecystectomy ให้รหัส 51.23 Laparoscopic cholecystectomy
- กรณีบันทึกหัตถการว่า partial cholecystectomy ให้รหัส 51.21 Other partial cholecystectomy
- กรณีบันทึกหัตถการว่า laparoscopic partial cholecystectomy ให้รหัส 51.24 Laparoscopic partial cholecystectomy
- กรณีบันทึกหัตถการว่า laparoscopic converted to open cholecystectomy ให้แยกเป็น 2 กรณี คือ

1. กรณีตัดถุงน้ำดี (total/partial) สำเร็จแล้ว แต่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ทำให้ต้องเปิดหน้าท้องเพื่อแก้ไขภาวะนั้นๆ ให้รหัส 51.23 Laparoscopic cholecystectomy หรือ 51.24 Laparoscopic partial cholecystectomy ร่วมกับหัตถการอื่นที่เพิ่มเติมเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ
2. กรณีที่ตัดถุงน้ำดี (total/partial) ไม่สำเร็จและจำเป็นต้องเปิดหน้าท้องเพื่อตัดถุงน้ำดี ให้รหัส 51.22 Cholecystectomy หรือ 51.21 Other partial cholecystectomy

2. กลุ่มหัตถการ Exploration of common bile duct : CBD

การเปิดสำรวจทางเดินน้ำดีมีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ เพื่อค้นหาและแก้ไขสาเหตุของทางเดินน้ำดีอุดตัน และ เพื่อลดความดันทางเดินน้ำดีในกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขสาเหตุ

การเอาน้ำออกจากทางเดินน้ำดีสามารถทำได้ทั้งแบบการผ่าตัดเปิดท่อน้ำดีร่วมและนำนิ่วออก (open common bile duct exploration) หรือ การใช้ endoscope เพื่อนำนิ่วออก (endoscopic sphincterotomy and stone extraction) รวมถึงการทำ stone extraction ด้วย choledochoscope (เป็นหัตถการร่วมที่ทำได้ทั้งวิธี open หรือ laparoscopic cholecystectomy)

Open common bile duct exploration คือ การผ่าตัดเปิดหน้าท้องและเปิดบริเวณท่อน้ำดีเพื่อนำนิ่วออกโดยการใช้เครื่องมือพิเศษลากเอานิ่วออกมาหรืออาจจะดันให้นิ่วหลุดเข้าไปใน duodenum หลังจากนั้นอาจฉีดสี (T-tube cholangiogram) หรือ ใช้ choledochoscope ตรวจสอบว่าไม่มีนิ่วค้างอยู่แล้วจึงใช้สายยาง T-tube ใส่ไว้ประมาณ 2 สัปดาห์ก่อนที่จะฉีดสีซ้ำและเอา T-tube ออก

Endoscopic sphincterotomy and stone extraction คือการใช้กล้อง endoscope ที่ใช้ในการทำ ERCP ร่วมกับเครื่องมือที่ใช้ในการทำ sphincterotomy ทำการตัดเพื่อเปิดให้บริเวณ sphincter of oddi นั้นกว้างขึ้นเพื่อให้ก้อนนิ่วสามารถผ่านได้แล้วใช้เครื่องมือคล้องหรือลากเอานิ่วออกมา

Hepatocholedochostomy คือ การผ่าเปิดท่อน้ำดีและใส่ท่อระบายน้ำดีด้วยท่อที่เรียกว่า stent (ไม่ใช่ T-tube)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ก. Exploration of CBD ต้องระบุว่าทำเพื่อวัตถุประสงค์อะไรมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เพื่อนำก้อนนิ่วในทางเดินน้ำดีออก (stone removal)
2. เพื่อระบายทางเดินน้ำดีที่อุดตัน (relieve obstruction) มีการใส่ท่อ T-tube ร่วมด้วยหรือไม่

ข. หัตถการเกี่ยวกับก้อนนิ่วในทางเดินน้ำดี มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. มีการผ่าเปิดท่อน้ำดีร่วม (ทั้งวิธี open และ laparoscopic surgery)
2. มีการใช้กล้องส่องท่อน้ำดี (choledochoscope)
3. มีการคล้องนิ่วออกทางกล้องส่องลำไส้ (ERC)

ค. T-tube insertion ต้องระบุให้ทราบว่าทำเพื่อวัตถุประสงค์อะไรมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. หลังเปิดท่อน้ำดีเพื่อนำก้อนนิ่วในทางเดินน้ำดีออก (stone removal)
2. หลังเปิดท่อน้ำดีเพื่อระบายทางเดินน้ำดีที่อุดตัน (CBD decompression)
3. หลังเปิดท่อน้ำดีเพื่อสำรวจท่อน้ำดี แต่ไม่พบความผิดปกติร่วมอื่น
4. ใส่ท่อน้ำดีเพื่อวัตถุประสงค์อื่นเช่น complex pancreaticoduodenal injury

แนวทางการให้รหัส

ก.บันทึกรายงานการผ่าตัดระยะ exploration of common bile duct (CBD) ให้พิจารณาดังต่อไปนี้

1. ทางเดินน้ำดีอุดตันจากก้อนนิ่ว และ รายงานการผ่าตัดระยะ exploration of CBD to remove stone
 - กรณีทำหัตถการด้วยวิธี open surgery ให้รหัส 51.41 Common duct exploration for removal of calculus
 - กรณีทำหัตถการด้วยวิธี open surgery และ มีการทำ stone extraction โดยใช้ choledochoscope ร่วมด้วย ให้รหัสหัตถการ 2 รหัสคู่กัน คือ 51.41 Common duct exploration for removal of calculus และ 51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract
 - กรณีทำหัตถการด้วยวิธีกล้องส่อง (endoscopic surgery และ laparoscopic surgery) ให้รหัส 51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract
2. ทางเดินน้ำดีอุดตันจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่นิ่วและ รายงานการผ่าตัดระยะ exploration of CBD to decompression or relief obstruction
 - กรณีทำหัตถการด้วยวิธี open surgery ให้รหัส 51.42 Common duct exploration for relief of other obstruction
 - กรณีทำหัตถการด้วยวิธี endoscopic surgery และ laparoscopic surgery ให้รหัส 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
3. ไม่ระบุว่าทางเดินน้ำดีอุดตัน
 - กรณีเปิดท่อน้ำดีร่วมแล้วไม่ได้ทำหัตถการอื่นๆ ให้รหัส 51.51 Exploration of common duct (open surgery) หรือ 51.11 Laparoscopic surgery หรือ Endoscopic surgery , Endoscopic retrograde cholangiography [ERC]
 - กรณีรายงานการผ่าตัดระยะ intraoperative choledochoscopy ให้รหัส 51.19 Other diagnostic procedures on biliary tract
 - กรณีรายงานการผ่าตัดระยะ intraoperative cholangiogram ให้รหัส 87.53 Intraoperative cholangiogram

ข.บันทึกรายงานการผ่าตัดระยะ T-tube insertion ให้ดูรายละเอียดดังต่อไปนี้

- กรณีทำหัตถการร่วมกับการเอานิ่วออก (51.41 Common duct exploration for removal of calculus) ไม่ต้องให้รหัสหัตถการเพิ่ม
- กรณีทำหัตถการเพื่อระบายความดันทางเดินน้ำดี (51.42 Common duct exploration for relief of other obstruction) ไม่ต้องให้รหัสหัตถการเพิ่ม
- กรณีทำหัตถการร่วมกับ CBD exploration ที่ไม่ใช่การเอานิ่วออก หรือ เพื่อระบายความดันทางเดินน้ำดีให้รหัส 51.51 Exploration of common duct
- กรณีที่ไม่สามารถระบุวัตถุประสงค์ ให้รหัส 51.59 Other diagnostic procedures on biliary tract

3. กลุ่มหัตถการ Suture of abdominal wall and peritoneum

1. Re-closure of postoperative disruption of abdominal wall หมายถึง การเย็บปิดแผลหน้าท้องกรณีที่แผลผ่าตัด (surgical wound) ที่เย็บปิดไว้มีการแยกออกถึงชั้น fascia (wound disruption หรือ wound dehiscence)

2. Delayed closure of granulating abdominal wound หมายถึง การเย็บปิดแผลหน้าท้องกรณีที่ยังไม่สามารถเย็บปิดแผลได้ในการผ่าตัดครั้งแรก เนื่องจากมีสาเหตุมาจากแผลติดเชื้อหรือ มีภาวะความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น (abdominal compartment syndrome) ซึ่งต้องรักษาให้แผลดีขึ้นก่อนด้วยการทำแผลจนเกิดมี granulation tissue โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ขึ้นไป

กรณีที่เป็นการปิดแผลหน้าท้องชั่วคราว (temporary closure) โดยใช้วัสดุอื่นๆ เช่น ผ้า หรือ พลาสติก หรือ ซิป เนื่องจากไม่สามารถแก้ไขพยาธิสภาพในช่องท้องได้ในการผ่าตัดเพียงครั้งเดียว หรือ มีภาวะ abdominal compartment syndrome หลังจากควบคุมพยาธิสภาพได้แล้วจะทำการเย็บปิดผนังช่องท้องในภายหลัง โดยที่แผลอาจไม่มี granulation tissue

3. Other suture of abdominal wall หมายถึง การเย็บปิดแผลหน้าท้องที่ลึกกว่าชั้นผิวหนัง และไม่ใช้แผลที่เกิดจากการผ่าตัด

4. Suture of peritoneum หมายถึง การเย็บในส่วนช่อง peritoneum เท่านั้น ใช้ในกรณีเย็บซ่อมเยื่อช่องท้องที่ฉีกขาด มักไม่ใช้ในการเย็บปิดแผลช่องท้องทั่วไป

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- กรณีที่แพทย์เย็บปิดช่องท้องด้วยวิธี retention suture ที่นอกเหนือจากการเย็บปิดแผลผ่าตัดในครั้งแรก (primary closure) จะต้องบันทึกรายละเอียดของการเย็บปิดผนังช่องท้องด้วยวิธีนี้ว่าเพื่อ re-closure abdomen หรือ เพื่อ temporary closure

- กรณีที่แพทย์เย็บปิดชั้นผิวหนังเนื่องจากการบวมของแผลผ่าตัดที่เปิดทิ้งไว้ 3-5 วัน หลังการผ่าตัดครั้งแรก ให้บันทึกว่า delayed primary skin closure

- กรณีที่แพทย์เย็บปิดผนังหน้าท้อง ที่แผลผ่าตัดมี granulation tissue โดยทั่วไปใช้เวลาเกินกว่า 1-2 สัปดาห์ไปแล้ว ให้บันทึกว่า delayed closure of granulating abdominal wound

แนวทางการให้รหัส

1. ให้รหัส 54.61 Reclosure of postoperative disruption of abdominal wall กรณีที่รายงานการผ่าตัดระบุว่า re-closure abdomen เพื่อรักษาภาวะแผลผ่าตัดหน้าท้องแยก (wound disruption หรือ wound dehiscence)

2. ให้รหัส 54.62 Delayed closure of granulating abdominal wound กรณีที่รายงานการผ่าตัดระบุว่า closure abdomen with plastic drape หรือ wrap หรือ vacuum หรือ ซิป แล้วทำการเย็บปิดผนังช่องท้องในภายหลัง

3. ให้รหัส 54.62 Delayed closure of granulating abdominal wound กรณีที่รายงานการผ่าตัดระบุว่า เย็บปิดแผลหน้าท้องที่มี granulation tissue ซึ่งโดยทั่วไปใช้เวลาเกินกว่า 1-2 สัปดาห์ไปแล้ว

4. กรณีเป็นการเย็บปิดชั้นผิวหนังเนื่องจากการบวมของแผลผ่าตัดที่เปิดทิ้งไว้ 3-5 วัน หลังการผ่าตัดครั้งแรกที่เรียกว่า delayed primary skin closure ให้รหัส 86.59 Closure of skin and subcutaneous tissue of other sites ไม่ใช่รหัส 54.62 Delayed closure of granulating abdominal wound

5.กรณีบันทึกรายงานการผ่าตัดหรือสรุปหัตถการว่า retention suture ผู้ให้รหัสต้องแยกให้ได้ว่าเป็น การเย็บปิดแผลผ่าตัดช่องท้องทันที (primary closure) ซึ่งไม่ต้องให้รหัสหัตถการเย็บปิดแผล หรือ เป็นการเย็บปิดช่องท้องเพื่อแก้ไขภาวะแผลผ่าตัดแยก ให้รหัส 54.61 Reclosure of postoperative disruption of abdominal wallหรือ เป็นการปิดช่องท้องชั่วคราวด้วยวัสดุอื่นๆ ให้รหัส 54.62 Delayed closure of granulating abdominal wound

6.กรณีบันทึกรายงานสรุปหัตถการ ระบุเย็บปิดแผลที่เกิดจากผนังหน้าท้องฉีกขาดที่ลึกกว่าชั้น skin (suture of lacerated wound of abdomen) ให้รหัส 54.63 Other suture of abdominal wall

4. กลุ่มหัตถการ Colostomy

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

1. แพทย์ควรบันทึกรายงานการผ่าตัดให้ชัดเจนว่าเป็น loop colostomy หรือ end colostomy สำหรับกรณี end colostomy ควรพิจารณาว่าโรค หรือภาวะของผู้ป่วยมีโอกาสที่จะต่อลำไส้หรือแก้ไขกลับให้มีการขับถ่ายเหมือนเดิมอีกหรือไม่ เพื่อจำแนกว่าเป็น temporary colostomy หรือ permanent colostomy

2. กรณี Hartmann procedure หรือ Hartmann resection ไม่ต้องบันทึกและสรุปหัตถการเกี่ยวกับ colostomy เพิ่มเติม

3. กรณี abdominoperineal resection (AP-resection หรือ APR) ไม่ต้องบันทึกและสรุปหัตถการเกี่ยวกับ colostomy เพิ่มเติม

4. กรณี anterior resection (AR) หรือ low anterior resection (LAR) ต้องบันทึกและสรุปหัตถการเพิ่มเติมว่ามีการผ่าตัด colostomy ร่วมด้วยหรือไม่

แนวทางการให้รหัส

1.การผ่าตัดเปิดทวารเทียม (colostomy) ที่ไม่มีรหัสหัตถการเฉพาะ พิจารณาดังต่อไปนี้

- กรณี loop colostomy ให้รหัส 46.03 Exteriorization of large intestine
- กรณี end colostomy ให้รหัส 46.11 Temporary colostomy หรือ 46.13 Permanent colostomy หรือ 46.10 Colostomy, not otherwise specified

2. กรณี Hartmann procedure หรือ Hartmann resection หมายถึง การตัดลำไส้ใหญ่ส่วน descending และหรือ ส่วน sigmoid และหรือ ส่วน upper rectum แล้วเปิดลำไส้ใหญ่เป็นทวารเทียมชนิด end colostomy และเย็บปิดลำไส้ใหญ่ส่วนปลายทิ้งไว้ในช่องท้องซึ่งแพทย์พิจารณาเย็บต่อลำไส้อีกครั้งในภายหลัง ให้รหัส 45.75 Left hemicolectomy และ 46.11 Temporary colostomy

3. กรณี Abdominoperineal resection (AP-resection หรือ APR) หมายถึง การตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรง (rectum) ผ่านทางแผลหน้าท้องร่วมกับการตัดทวารหนัก (proctectomy) ผ่านทาง perineum ซึ่งผู้ป่วยต้องมีทวารเทียมทุกราย โดยไม่ต้องให้รหัสหัตถการ colostomy มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- กรณีสรุปหัตถการเป็น open surgery ให้รหัส 48.52 Open abdominoperineal resection of the rectum
- กรณีสรุปหัตถการเป็น laparoscopic surgery ให้รหัส 48.51 Laparoscopic abdominoperineal resection of the rectum
- กรณีสรุปหัตถการโดยไม่ระบุว่าเป็น open surgery หรือ laparoscopic surgery ให้รหัส 48.50 Abdominoperineal resection of the rectum, not otherwise specified

- กรณีสรุปหัตถการเป็น combined surgery (ทำทั้งแบบ open และ แบบ laparoscopic) ให้รหัส 48.59 Other abdominoperineal resection of the rectum

4. กรณี anterior resection (AR) หรือ low anterior resection (LAR) หมายถึง การตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านทางแผลหน้าท้อง ถ้าเย็บต่อลำไส้ใหญ่ในการผ่าตัดเดียวกันให้รหัส 48.63 Other anterior resection of rectum ในกรณีที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมร่วมด้วย ให้รหัส 48.62 Anterior resection of rectum with synchronous colostomy ไม่ต้องให้รหัสหัตถการ colostomy อีก

5. กลุ่มหัตถการ Excisional debridement

Excisional debridement หมายถึง การตัดเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว (devitalized tissue) หรือเนื้อตาย (necrosis) หรือเนื้อผังผิมีสีเหลือง (slough) ออกจากบาดแผลเปิด หรือแผลติดเชื้อ หรือแผลไฟไหม้

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

1. แพทย์ต้องบันทึกรายงานการผ่าตัดที่มีรายละเอียดของพยาธิสภาพว่า เนื้อตายที่จำเป็นต้องรักษาด้วยการตัดเลาะ (ไม่ใช่บันทึกการวินิจฉัยโรคว่าเป็นสิ่งตรวจพบ) และ มีรายละเอียดที่เชื่อได้ว่าการตัดเลาะเนื้อเยื่อจริง ดังนี้

1.1 บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับบาดแผล โดยต้องประกอบด้วย

- รายละเอียดของพยาธิสภาพ เนื้อเยื่อที่ตัด เช่น devitalization tissue, necrosis, slough
- ลักษณะและขนาดของบาดแผล เช่น fresh bleeding tissue, viable tissue
- ความลึกและชนิดของเนื้อเยื่อที่ตัด เช่น skin, subcutaneous tissue, fascia, muscle, bone

1.2 บันทึกรายละเอียดเทคนิคที่ใช้ในการทำหัตถการ เช่น excisional, trimming, brushing, scaring

หมายเหตุ

1.กรณีรายงานการผ่าตัด มีการวาดรูปประกอบ โดยไม่มีรายละเอียดอื่นๆประกอบที่เชื่อได้ว่าเป็น excisional debridement ให้สรุปเพียง nonexcisional debridement

2.กรณีที่ทำที่ห้องผ่าตัดเล็ก (OR minor) หรือ ที่หอผู้ป่วย (bed side) ต้องมีบันทึกรายละเอียดของหัตถการให้เขียนเป็น short operative note หรือ progress note โดยมีรายละเอียด ตามข้อ 1

แนวทางการให้รหัส

- แพทย์ต้องสรุปหัตถการให้เฉพาะเจาะจงว่าเป็นการทำ debridement หรือ excisional debridement ถ้าระบุเพียง debridement จะได้รหัส 86.28 Nonexcisional debridement of wound, infection or burn
- กรณีรายงานการผ่าตัด มีแต่การวาดรูปประกอบและระบุหัตถการว่า debridement โดยไม่มีรายละเอียดอื่นๆประกอบที่เชื่อได้ว่าเป็น excisional debridement ให้รหัส 86.28 Nonexcisional debridement of wound, infection or burn
- กรณีเป็นการทำหัตถการ revision stump, closed stump, amputation ไม่ต้องให้ 86.22 Excisional debridement of wound, infection, or burn

- กรณีอุบัติเหตุมี open wound ทำหัตถการ debridement & suture ไม่ต้องให้รหัส 86.22 Excisional debridement of wound, infection, or burn
- กรณีที่เป็นการทำหัตถการ debridement (nonexcisional & excisional) ในตำแหน่งที่มีรหัสหัตถการเฉพาะของตำแหน่งนั้นๆอยู่แล้ว ให้ใช้รหัสตามตำแหน่งที่ทำ ตาม ICD-9-CM ดังนี้

86.22 Excisional debridement of wound, infection, or burn

Removal by excision of: devitalized tissue
necrosis
slough

Excludes: debridement of:

abdominal wall (wound) (54.3)

bone (77.60-77.69)

muscle (83.45)

of hand (82.36)

nail (bed) (fold) (86.27)

nonexcisional debridement of wound, infection, or burn (86.28)

open fracture site (79.60-79.69)

pedicle or flap graft (86.75)

6. กลุ่มหัตถการ Esophagoscopy with foreign body removal

Esophagoscopy with foreign body removal หมายถึง การส่องกล้องดูหลอดอาหาร โดยสอดกล้องผ่านทางปากและลำคอเข้าสู่หลอดอาหาร และใช้คีบเอาสิ่งแปลกปลอมที่ติดอยู่ในหลอดอาหารออก

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- กรณีที่เป็นการส่องกล้องดูหลอดอาหาร และใช้คีบเอาสิ่งแปลกปลอมที่ติดอยู่ในหลอดอาหารออก ให้สรุปการทำหัตถการว่า esophagoscopy with foreign body removal

- กรณีที่เป็นการส่องกล้องดูหลอดอาหาร โดยไม่ได้เอาสิ่งแปลกปลอมที่ติดอยู่ในหลอดอาหารออก ให้สรุปการทำหัตถการว่า esophagoscopy

แนวทางการให้รหัส

- กรณีที่แพทย์ระบุ esophagoscopy โดยไม่ได้เอาสิ่งแปลกปลอมที่ติดอยู่ในหลอดอาหารออก ให้รหัส 42.23 Other esophagoscopy เพียงรหัสเดียว

- กรณีที่แพทย์ระบุ esophagoscopy with foreign body removal ให้รหัส 98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision โดยไม่ต้องให้รหัส 42.23 Other esophagoscopy

7. กลุ่มหัตถการ Omental graft

Simple closure of gastric ulcer or duodenal ulcer with omental graft หมายถึงหัตถการที่ทำเพื่อซ่อมรูรั่วทะลุของแผลกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม โดยเย็บปิดแผลรวมกับนำบางส่วนของ omentum มาเสริมความแข็งแรงของรอยเย็บ

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

รายงานบันทึกการผ่าตัดต้องมีรายละเอียดของหัตถการสำคัญ

แนวทางการให้รหัส

ไม่ต้องให้รหัสหัตถการ omental graft เนื่องจากรหัสหัตถการ 54.74 Other repair of omentum หมายถึง การเย็บซ่อมแซม omentum ไม่ใช่หัตถการที่นำ omentum ไปเสริมความแข็งแรงของแผลเย็บที่อวัยวะอื่น

8. กลุ่มหัตถการ Peritoneal toilet

Peritoneal toilet หรือ บางครั้งแพทย์ระบุว่า abdominal toilet หมายถึง หัตถการที่ทำเพื่อลดการปนเปื้อนภายในช่องท้อง โดยสำรวจทั่วช่องท้องเพื่อเอาสิ่งปนเปื้อน เช่น fibrin, peritoneal fluid หรือ เศษอาหารออกแล้วล้างช่องท้องด้วยน้ำเกลืออุ่นแล้วดูดออกให้หมดก่อนเย็บช่องท้อง

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

รายงานบันทึกการผ่าตัดต้องมีรายละเอียดของหัตถการสำคัญ ที่สามารถให้รหัสหัตถการที่มีความจำเพาะกว่า exploratory laparotomy

แนวทางการให้รหัส

กรณีที่ทำหัตถการ peritoneal toilet ร่วมกับ การผ่าตัดอื่นๆภายในช่องท้องไม่ต้องให้รหัสหัตถการนี้ร่วมด้วย

ตัวอย่างการให้รหัส

หลังการทำหัตถการ simple closure of GU perforation with omental graft เพื่อเย็บปิดรูรั่วของแผลกระเพาะอาหารแล้วแพทย์จะสำรวจช่องท้องทุกส่วนเพื่อนำสิ่งปนเปื้อนเช่น fibrin, peritoneal fluid หรือเศษอาหารออกแล้วล้างช่องท้องด้วยน้ำเกลืออุ่นแล้วดูดออกให้หมด

กรณีผ่าตัดเปิดช่องท้องที่ทำหัตถการ peritoneal toilet เพียงอย่างเดียว

ตัวอย่างการให้รหัส

ผ่าตัดเปิดช่องท้องเนื่องจากให้วินิจฉัยก่อนผ่าตัดว่า peritonitis ผลตรวจพบตับอ่อนมีลักษณะบวมไม่มีเนื่อตาย ร่วมกับน้ำสีแดงใสในช่องท้อง ให้วินิจฉัยหลังผ่าตัดเป็น acute edematous pancreatitis ได้ทำการดูดน้ำในออกจนหมดและล้างด้วยน้ำเกลือก่อนเย็บปิดช่องท้อง แพทย์สรุปหัตถการว่า exploratory laparotomy to peritoneal toilet ให้รหัส 54.11 Exploratory laparotomy หรือ 54.12 Re-opening of recent laparotomy site แล้วแต่กรณี แต่ถ้ามีการวาง drain ด้วย ให้รหัส 54.19 Other laparotomy

9. กลุ่มหัตถการ Lysis adhesion

เป็นหัตถการที่ใช้รักษาภาวะลำไส้อุดตันที่เกิดจากเยื่อพังผืด (adhesive bands) กรณีที่ทำร่วมกับหัตถการอื่นๆไม่ต้องให้รหัสเพิ่ม เช่น กระบวนการเลาะพังผืดในการผ่าตัดไส้ติ่ง

แนวทางการบันทึกของแพทย์(Auditor)

- กรณีผ่าตัดด้วยเทคนิค laparoscopy ให้บันทึกว่า laparoscopic lysis adhesion
- กรณีผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ให้บันทึกว่า lysis adhesion

แนวทางการให้รหัส

- กรณีบันทึกหัตถการว่า laparoscopic lysis adhesion ให้รหัส 54.51 Laparoscopic lysis of peritoneal adhesions
- กรณีบันทึกหัตถการว่า lysis adhesion ให้รหัส 54.59 Other lysis of peritoneal adhesions

10. กลุ่มหัตถการ Paraffinoma of Penis

ภาวะที่เกิดจากการฉีดสารเข้าอวัยวะเพศชายเพื่อเพิ่มขนาดอวัยวะเพศ สารที่ใช้ฉีดถือว่าเป็น สารแปลกปลอม สารแปลกปลอมที่พบได้บ่อย ได้แก่ น้ำมัน (น้ำมันมะกอก เบบี้ออย น้ำมันพืช) ยารักษาโรค (ยาฉีดฆ่าเชื้อยาฉีดต่างๆ) พาราฟิน เป็นต้น ผลของการฉีดก็คือ อวัยวะเพศชายส่วนที่ไม่ได้ทำงาน (ส่วนของผิวหนัง) ขยายใหญ่ขึ้น แต่อวัยวะเพศชาย ส่วนที่ทำงาน (ส่วนของลำแกนกลาง) เท่าเดิม เมื่อเวลาผ่านไปสารแปลกปลอมจะกระตุ้นทำให้ร่างกายเกิดการสร้างเนื้อเยื่อพังผืด จนเกิดการแข็งตัวและหนาขึ้นเรื่อยๆจนเกิดการใช้งานอวัยวะเพศชายไม่ได้ เกิดการหมดสภาพเพราะส่วนที่ใช้งานไม่ได้หนาตัวมากกว่าแกนกลางส่วนที่ใช้งานได้ รักษาโดยการผ่าตัด

ผ่าตัดครั้งที่ 1 removal of paraffinoma (stage I) เป็นหัตถการผ่าตัดเพื่อลอกเอาเนื้อเยื่อที่เกิดพังผืดของอวัยวะเพศชายออกทำให้ไม่มีผิวหนังคลุม

ผ่าตัดครั้งที่ 2 scrotal flap (stage II) เป็นหัตถการตัดเลาะผิวหนังของถุงอัณฑะเพื่อนำมาปิดคลุมผิวอวัยวะเพศชายหลังจากที่ได้ตัดเลาะผิวหนังของอวัยวะเพศชายที่เป็นพังผืดออกไปแล้ว

แนวทางการให้รหัส

Construction of penis คือ การสร้างอวัยวะเพศชายสำหรับผู้ชายที่ไม่มีอวัยวะเพศ หรือ ผู้ที่ถูกตัดอวัยวะเพศทิ้งไป ให้รหัส 64.43 Construction of penis

Reconstruction of penis คือ การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะเพศชาย ซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพของอวัยวะเพศชายเอง หรือจากการผ่าตัดครั้งก่อน รวมถึงการทำให้ขนาดอวัยวะเพศใหญ่ขึ้นในผู้ชาย ให้รหัส 64.44 Reconstruction of penis

Sex transformation คือ การทำอวัยวะเพศชายเทียมในผู้หญิงแปลงเพศ ให้รหัส 64.5 Operations for sex transformation, not elsewhere classified

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- แพทย์บันทึกและสรุปหัตถการให้ชัดเจนว่าเป็นการผ่าตัดครั้งที่ 1 (stage 1) หรือการผ่าตัดครั้งที่ 2 (stage 2)
- การผ่าตัดครั้งที่ 1 ให้สรุปหัตถการเป็น excision/remove paraffinoma
- การผ่าตัดครั้งที่ 2 ให้สรุปหัตถการเป็น repair penis with scrotal flap ไม่ควรสรุป scrotal flap ที่อาจทำให้สับสน กับ 61.49 Other repair of scrotum and tunica vaginalis

แนวทางการให้รหัส

- บันทึกการผ่าตัดระบุ remove paraffinoma ให้รหัสหัตถการเป็น 64.2 Local excision or destruction of lesion of penis
- บันทึกการผ่าตัดระบุ การผ่าตัด scrotal flap ให้รหัสหัตถการเป็น 64.49 Other repair of penis

11. กลุ่มหัตถการ Percutaneous nephrostomy: PCN มีหัตถการหลายหัตถการที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1.Percutaneous nephrostomy (PCN) คือ การใส่สายสวนผ่านทางผิวหนังเข้าไปในกรวยไตที่โตเนื่องจากมีท่อปัสสาวะอุดตันเป็นการช่วยระบายน้ำปัสสาวะออกจากผิวหนังชั่วคราว

2.Percutaneous nephrostomy without fragmentation คือ การเจาะเข้าไปยังกรวยไตและนำนิ่วออกมา โดยไม่ได้ทำให้นิ่วแตก ก่อนเอานิ่วออก แพทย์นิยมบันทึกหัตถการนี้ว่า percutaneous nephrolithotomy (PCNL) หรือ percutaneous pyelolithotomy (PCPL)

3.Percutaneous nephrostomy with fragmentation คือ การเจาะเข้าไปยังกรวยไตและนำนิ่วออกมา โดยทำให้นิ่วแตกก่อนเอานิ่วออก แพทย์บันทึกหัตถการนี้ว่า lithotripsy หรือ lithocast ร่วมด้วย

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- แพทย์ควรบันทึกรายงานการผ่าตัดและสรุปหัตถการ โดยให้ระบุรายละเอียดที่ชัดเจนว่าเป็นหัตถการที่ทำขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ดังนี้
 - ก. ใส่ท่อระบายน้ำปัสสาวะ สรุปหัตถการเป็น percutaneous nephrostomy
 - ข. ร่วมกับคล้องก้อนนิ่วออกสรุปหัตถการเป็น percutaneous nephrolithotomy หรือ percutaneous pyelolithotomy
 - ค. ร่วมกับคล้องก้อนนิ่วออกหลังทำให้นิ่วแตก สรุปหัตถการเป็น percutaneous nephrostomy with fragmentation หรือ percutaneous nephrostomy with lithotripsy (lithocast)

แนวทางการให้รหัส

- กรณีที่แพทย์บันทึกว่า percutaneous nephrostomy ให้รหัสหัตถการเป็น 55.03 Percutaneous nephrostomy without fragmentation
- กรณีที่แพทย์บันทึกว่า percutaneous nephrolithotomy หรือ percutaneous pyelolithotomy ให้รหัสหัตถการเป็น 55.03 Percutaneous nephrostomy without fragmentation เช่นเดียวกัน
- กรณีที่แพทย์บันทึกว่า percutaneous nephrostomy with fragmentation หรือ percutaneous nephrostomy with lithotripsy (lithocast) ให้รหัสหัตถการ 55.04 Percutaneous nephrostomy with fragmentation ต้องมีรายงานการผ่าตัดว่ามีหัตถการที่ทำให้ก้อนนิ่วแตกร่วมด้วย

12. กลุ่มหัตถการ Peritoneal dialysis

Peritoneal dialysis คือ การล้างไตทางช่องท้อง มี 3 ชนิด

1. การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องชนิด CAPD (continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD) เป็นการล้างไตทางช่องท้องที่นิยมมากที่สุดโดยผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้ทำการปล่อยน้ำยาล้างไตเข้าในช่องท้องประมาณ 4-6 ชั่วโมงแล้วจึงปล่อยน้ำยาออก ทำซ้ำอย่างน้อย 4 ครั้งต่อวันและน้ำยาถูกล้างไตก่อนนอนมักแช่ไว้ตลอดคืนจึงไม่รบกวนต่อการนอนหลับของผู้ป่วย

2. การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องชนิด CCPD (continuous cycler-assisted peritoneal dialysis, CCPD) เป็นการล้างไตทางช่องท้องโดยใช้เครื่องอัตโนมัติในการปล่อยน้ำยาเข้าออกช่องท้องขณะผู้ป่วยนอนหลับทำประมาณ 3-6 ครั้งต่อคืน และจะทำในช่วงเวลากลางวันอีก 1 ครั้ง คือ จะแช่น้ำยาล้างไตไว้ตลอดกลางวัน หรืออาจจะทำเพิ่มเป็น 2 ครั้งต่อช่วงเวลากลางวัน ถ้าต้องการเพิ่มการขจัดของเสียและลดภาวะน้ำเกินจากร่างกาย

3. การล้างไตทางช่องท้องแบบผสม CAPD และ CCPD คือ การล้างไตทางช่องท้องทั้งช่วงกลางวัน และกลางคืนมักทำในกรณีผู้ป่วยน้ำหนักตัวมากหรือผู้ป่วยที่มีผนังหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพการกรองของเสียต่ำ หัตถการที่เกี่ยวข้องกับ peritoneal dialysis มีดังต่อไปนี้

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

1. การผ่าตัดเพื่อวางสายสำหรับล้างไตข้างหนึ่งเข้าไปในช่องท้องโดยฝังสายไว้ในผนังหน้าท้องและหัตถการคือ creation of cutaneoperitoneal fistula สายที่ใช้นิยมเรียกว่า tenckhoff catheter แพทย์มักเขียนว่า “tenckhoff insertion” หรือ “TK insertion”

2. การผ่าตัดเพื่อถอดสายออกซึ่งเกิดได้ 2 กรณี คือ สายตันหรือการติดเชื้อ หัตถการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

2.1 การผ่าตัดเพื่อถอดสายออกโดยไม่มีหัตถการอื่นๆ ร่วมด้วย ควรสรุปหัตถการเป็น removal of peritoneal drainage device แพทย์มักเขียนว่า “Off TK catheter”

2.2 การผ่าตัดเพื่อถอดสายออกและมีการเปลี่ยนสายใหม่ในคราวเดียวกัน ควรสรุปหัตถการเป็น creation of cutaneoperitoneal fistula

2.3 กรณีที่แพทย์บันทึกว่า “revision of TK catheter” ต้องตรวจสอบว่าเป็นการปรับแต่งสายเดิม หรือวางสายใหม่

- หากเป็นการปรับแต่งสายเดิมโดยการเปิดผ่านทางหน้าท้อง ควรสรุปหัตถการเป็น incision of peritoneum with revision of TK catheter

- หากเป็นการวางสายใหม่ ควรสรุปหัตถการเป็น creation of cutaneoperitoneal fistula

3. กรณีที่นัดมาผ่าตัดมาใส่สายใหม่ในคราวหลัง ควรสรุปหัตถการเป็น creation of cutaneoperitoneal fistula

4. การล้างไตทางหน้าท้องในโรงพยาบาล แบ่งเป็น

4.1 กรณีล้างไตทางช่องท้องโดยการแทงสายผ่านทางหน้าท้อง แล้วล้างไตเพื่อรักษาภาวะ acute renal failure สรุปหัตถการเป็น peritoneal dialysis (54.98 Peritoneal dialysis)

4.2 กรณีเป็นการล้างไตทางช่องท้องหลังจากการทำ creation of cutaneoperitoneal fistula แล้ว ไม่ต้องสรุปหัตถการเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง สำหรับผู้ป่วยที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ CAPD ของ สปสช แต่ให้บันทึกเป็นการวินิจฉัยโรคร่วม ดังนี้

- กรณีที่หน่วยบริการเป็นผู้ดูแลทำการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต (dialysate fluid) ให้กับผู้ป่วย สรุปการวินิจฉัยโรคร่วมเป็น care of other dialysis (Z49.2 Care involving dialysis : Peritoneal dialysis)

- กรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้เปลี่ยนน้ำยาล้างไต (dialysate fluid) ด้วยตนเองสรุปการวินิจฉัยโรคร่วมเป็น dependence renal dialysis (Z99.2 Dependence on renal dialysis)

แนวทางการให้รหัส

1. กรณีที่แพทย์ระบุว่า removal of peritoneal drainage device หรือ off TK catheter โดยดึงสายออกด้วยการเปิดผนังหน้าท้องถึงชั้น peritoneum ให้รหัสหัตถการ 54.95 Incision of peritoneum

2. กรณีที่แพทย์ระบุว่า insertion of tenckhoff catheter ให้รหัสหัตถการ 54.93 Creation of cutaneoperitoneal fistula

3. กรณีที่แพทย์ระบุว่า incision of peritoneum with revision of TK catheter (รวมทั้งในกรณี revision ด้วยวิธี laparoscope) ให้รหัสหัตถการ 54.95 Incision of peritoneum

4. กรณีที่แพทย์ระบุว่า peritoneal dialysis ให้รหัสหัตถการ 54.98 Peritoneal dialysis

5. กรณีที่แพทย์ระบุว่า care of other dialysis ให้รหัส Z49.2 Other dialysis

6. กรณีที่แพทย์ระบุว่า dependence renal dialysis ให้รหัส Z99.2 Dependence renal dialysis

หมายเหตุ

หัตถการ ceation of peritoneovascular shunt รหัส 54.94 Creation of peritoneovascular shunt คือ การใส่สายเพื่อระบายน้ำในช่องท้องเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง ในปัจจุบันมีการใช้น้อยมาก

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางศัลยกรรมประสาท)

1. กลุ่มหัตถการ Craniotomy, Craniectomy, Burr hole

Craniotomy หมายถึง ตามความหมายดั้งเดิม craniotomy เป็นหัตถการการเปิดกระโหลกศีรษะออกเป็นแผ่นเพื่อการรักษารอยโรคที่อยู่ภายใน เช่น เนื้องอกในสมอง ซึ่งต่างจาก craniectomy ที่เป็นการเปิดกระโหลกศีรษะโดยใช้คีมตัดกระโหลกออกทีละชิ้นเล็ก ๆ ดังเช่นกรณีของการผ่าตัดบริเวณท้ายทอย (suboccipital craniectomy) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันประสาทศัลยแพทย์ส่วนใหญ่จะใช้คำว่า craniotomy ในกรณีที่เปิดกระโหลกศีรษะออกเป็นแผ่น แล้วใส่กระโหลกกลับคืนที่เมื่อผ่าตัดเสร็จ แต่เมื่อใดที่ไม่ได้ใส่แผ่นกระโหลกศีรษะกลับคืนเนื่องจากสมองบวม จะใช้คำว่า craniectomy

ในตารางรายการของ ICD-9-CM procedure มี cranial decompression อยู่ภายใต้รหัส 01.24 Other craniotomy ซึ่งหมายถึง การใช้ขี้นามของ craniotomy ตามความหมายดั้งเดิม อย่างไรก็ตามในบางกรณีอาจใช้คำว่า craniotomy ในความหมายกว้างๆ ถึงการทำผ่าตัดที่มีการกระทำใดๆ ต่อกระโหลกศีรษะ (Dorland's Medical dictionary 28th edition)

Burr hole หมายถึง การใช้เครื่องมือเจาะกระโหลกให้เป็นรู (ขนาดปกติประมาณ 1 ซม.) คำว่า burr มาจากชื่อเครื่องมือเจาะที่ใช้มีหมุนขึ้นหนึ่งที่ใช้ขยายและเกลารอบให้เรียบ (burr drill) หลังจากการเจาะด้วยสว่าน (perforator drill) burr hole อาจเป็นขั้นตอนแรกของการผ่าตัด craniotomy หรือ craniectomy

Bepination หมายถึง การเจาะให้เป็นช่องกลมมีที่ใช้กับหลายส่วนของร่างกาย เช่น sclera, sinus cranial trephination หรือ trepanning เป็นวิธีผ่าตัดเปิดกระโหลกศีรษะในสมัยโบราณ โดยใช้เครื่องมือที่หัวตัดมีลักษณะคล้ายมงกุฎ ตัดกระโหลกออกเป็นแผ่นกลมขนาดเล็ก

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดให้ชัดเจนว่า

1. ผ่าตัดเปิดกระโหลกศีรษะด้วยวิธีไหน burr hole, craniotomy หรือ craniectomy
2. เปิดเยื่อหุ้มสมอง (dura) หรือไม่
3. เปิดผ่านเข้าไปในสมองหรือไม่
4. เข้าไปเพื่อทำอะไร เช่น biopsy (closed/open), removal หรือ drainage (hematoma, abscess hygroma, effusion) ในชั้นไหน, excision รอยโรคชนิดไหน ในตำแหน่งใด มีการตัดบางส่วนของสมอง (lobectomy) หรือไม่ มีการผ่าตัดเพื่อแก้ไขรอยโรคของส่วนอื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียง เช่น เส้นประสาท หรือ หลอดเลือด หรือไม่ ฯลฯ

แนวทางการให้รหัส

การให้รหัสการผ่าตัดทางประสาทศัลยศาสตร์ ให้พิจารณาจากรายละเอียดการสรุปเวชระเบียนของแพทย์ว่า การผ่าตัดนั้นทำในชั้นใด (ชั้นลึกที่สุด) และ ทำอะไร มีการผ่าเข้าไปในสมอง หรือไม่ ถ้าไม่ได้ผ่าเข้าไปในสมองมีการเปิด dura หรือไม่ ข้อควรระวัง คือต้องสังเกต exclusion list ด้วย เพราะอาจต้องไปใช้รหัสเฉพาะ ตัวอย่าง เช่น

หัตถการ	รหัสหัตถการ
Explore burr holes	01.24 Other craniotomy
Craniotomy and removal of extradural hematoma	01.24 Other craniotomy
Suboccipital craniectomy and evacuation of extradural hematoma	01.25 Other craniectomy
Craniectomy for compound fracture of skull	02.02 Elevation of skull fracture fragments
Craniectomy for compound fracture of skull with suture dura	02.02 Elevation of skull fracture fragments 02.11 Simple suture of dura mater of brain
Craniectomy for compound fracture of skull with repair dura กรณีที่แพทย์บันทึกเพียง Repair dura โดยไม่อธิบายรายละเอียดอื่นๆ ให้ถือว่า คือ การทำ Simple suture	02.02 Elevation of skull fracture fragments 02.12 Other repair of cerebral meninges
Craniectomy for compound fracture of skull with dural graft	02.02 Elevation of skull fracture fragments 02.12 Other repair of cerebral meninges
Craniotomy for removal of acute subdural hematoma	01.31 Incision of cerebral meninges
Burr hole with irrigation (of chronic subdural hematoma) (with drainage)	01.31 Incision of cerebral meninges
(Burr hole with) ventricular drainage	01.26 Insertion of catheter(s) into cranial cavity or tissue
Craniotomy for removal of intracerebral hematoma	01.39 Other incision of brain
Craniotomy with removal of meningioma, temporal region	01.51 Excision of lesion or tissue of cerebral meninges
Craniotomy with removal of brain tumor (Amygdalohippocampectomy)	01.59 Other excision or destruction of lesion or tissue of brain
Craniotomy with removal of pituitary tumor	07.61 Partial excision of pituitary gland, transfrontal approach

หัตถการ	รหัสหัตถการ
Craniotomy with clipping aneurysm	39.51 Clipping of aneurysm
Craniotomy with external decompression หมายถึง การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อลดความดันในโพรงสมอง มักมีการทำ Dural graft ร่วมด้วย - กรณีที่แพทย์บันทึกว่า Craniotomy with external decompression - กรณีที่แพทย์บันทึกว่า Craniotomy with external decompression and dural graft	01.24 Other craniotomy 02.12 Other repair of cerebral meninges
Decompressive (hemi)craniectomy - กรณีที่แพทย์บันทึกว่า Decompressive (hemi)craniectomy - กรณีที่แพทย์บันทึกว่า Decompressive (hemi) craniectomy with dural graft	01.25 Other craniectomy 02.12 Other repair of cerebral meninges
Craniotomy with internal decompression หมายถึง การตัดเนื้อสมองออกบางส่วน เพื่อลด ความดันในโพรงสมอง	01.59 Other excision or destruction of lesion or tissue of brain
Craniotomy / Craniectomy ถ้าเป็นการผ่าตัดนำทาง (Operative approach) ไม่ต้องให้รหัส	

2. กลุ่มหัตถการ Reopening of craniotomy site

Reopening of craniotomy site หมายถึง การผ่าตัด craniotomy รวมทั้ง craniectomy ซ้ำในตำแหน่งที่เคยผ่าตัดมาก่อน เพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่ สมองบวม การติดเชื้อ หรือมีเลือดคั่ง รวมถึงการผ่าตัดซ้ำในกรณีของเนื้องอกที่เกิดขึ้นใหม่ และการผ่าตัดแบบหลายขั้นตอน (staged procedure)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ต้องบันทึกให้ชัดเจนว่าเป็นการผ่าตัดซ้ำในตำแหน่งที่เคยผ่าตัดมาก่อน (re-open craniotomy หรือ re-craniotomy) และหัตถการอื่นที่ทำต่อเนื่อง เช่น evacuation of subdural hematoma, drainage of brain abscess, removal of brain tumor

แนวทางการให้รหัส

เนื่องจากรหัส 01.23 Reopening of craniotomy site เป็นรหัสที่ยกเว้นไม่ต้องให้ในกรณีที่เป็นการนำทางไปสู่การผ่าตัดอื่น (Omit code) จึงต้องให้รหัสการทำผ่าตัดอื่นที่มีรายละเอียดมากกว่า โดยไม่ต้องให้รหัส 01.23 Re-opening of craniotomy site ยกเว้น กรณีที่เมื่อให้รหัสแล้วได้รหัสในกลุ่ม 01.24 Other craniotomy หรือ 01.25 Other craniectomy เช่น removal of extradural hematoma จึงให้รหัส 01.23 Re-opening of craniotomy site

Summary	ICD 9 CM
Operation setting 1 Craniotomy with removal of Subdural hematoma, Right temporal	01.31 + 11
Operation setting 2 (Reopening) Craniotomy with removal of Extradural hematoma, Right temporal	01.23
Operation setting 3 Craniotomy with removal of Subdural hematoma, Left temporal	01.31 + 12

Summary	ICD 9 CM
Operation setting 1 1. Craniotomy with removal of Extradural hematoma, Right temporal 2. Craniotomy with removal of Extradural hematoma, Left occipital	} 01.24 + 21
Operation setting 2 (Reopening) Craniotomy with removal of Extradural hematoma, Left occipital	01.23 + 11
Operation setting 3 (Reopening) Craniotomy with removal of Extradural hematoma, Right temporal	01.23 + 12

3. กลุ่มหัตถการ Repair dura/Duraplasty

Repair dura/Duraplasty หมายถึง การซ่อมแซมเยื่อหุ้มสมองหรือไขสันหลังชั้นดورا โดยทั่วไปจะใช้ในการผ่าตัดที่มากกว่าการเย็บซ่อมแบบทั่วไป (simple suture) แต่ก็ยังพบว่ามีการใช้คำนี้ผิดไปจากความหมายที่แท้จริง เหตุผลของการซ่อมแซมเยื่อหุ้มสมอง ได้แก่ การปิดแผลฉีกที่เกิดจากการบาดเจ็บ การซ่อมรอยรั่วของน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง (CSF fistula) การเย็บปิดกรณีที่สมองบวม รวมทั้งการเย็บซ่อมในผู้ป่วย encephalocele

กรณีที่ไม่สามารถเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองแบบธรรมดา อาจต้องใช้เนื้อเยื่อหรือวัสดุอื่นมาเสริม ได้แก่ temporalis fascia, fascia lata จากต้นขา ดุราที่แช่แข็งจากผู้บริจาค หรือวัสดุทดแทนดุราหรือดุราเทียม (dural substitute/ artificial dura) โดยปกติจะต้องเย็บให้แน่นจนไม่มีการรั่วของน้ำไขสันหลัง แต่ในบางกรณีก็อาจวางไว้ใต้ดุราโดยไม่เย็บ (subdural patch) หรือ ปิดด้วยกาว (fibrin glue)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรสรุปการผ่าตัดให้ชัดเจนว่าทำการซ่อมเยื่อหุ้มสมองด้วยวิธีใด เป็นการเย็บปิดธรรมดา หรือ ทำ dural graft และใช้วัสดุอะไรในการทำ graft

กรณีที่เป็นการปิดแผลฉีกที่เกิดจากการบาดเจ็บ

1. กรณีที่การซ่อมเยื่อหุ้มสมองด้วยวิธีเย็บปิดธรรมดา ให้บันทึกว่า simple suture of dura mater of brain
2. กรณีที่การซ่อมเยื่อหุ้มสมองด้วยวิธีใช้เนื้อเยื่อหรือวัสดุอื่นมาเสริม และระบุวัสดุที่ใช้ในการทำ graft ให้บันทึกว่า dural graft

หมายเหตุ

หากแพทย์ระบุว่า dural graft โดยไม่พบบันทึกการวินิจฉัยของ tear dura ไม่ต้องสรุปการทำหัตถการ

แนวทางการให้รหัส

ใน ICD-9-CM แบ่งเป็น

02.11 Simple suture of dura mater of brain หมายถึง การเย็บปิดธรรมดา ซึ่งอาจเย็บแบบ interrupted หรือ continuous ก็ได้ ใช้ในกรณีการเย็บดูราที่ฉีกขาดจากการบาดเจ็บ หรือ เป็นผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

02.12 Other repair of cerebral meninges ใช้กับการซ่อมแซมดูราในกรณีอื่นๆ ที่ไม่ได้เย็บปิดดูราแบบธรรมดา คำที่ปรากฏในดัชนีสำหรับรหัสนี้ ได้แก่

Closure, encephalocele

Closure, fistula cerebrospinal fluid

Closure, meningocele, cerebral

Cranioplasty with synchronous repair of encephalocele

Duraplasty

Graft, grafting dura

Graft, grafting meninges (cerebral)

Meningorrhaphy (cerebral)

Obliteration , cerebrospinal fistula

Patch subdural, brain

Repair cerebral meninges

Repair encephalocele (cerebral)

Repair meninges (cerebral) NEC

Repair meningocele, cranial

Transplant, transplantation , dura

1. การเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองที่เกิดจากการเปิดเยื่อหุ้มสมองเพื่อการผ่าตัดในชั้นที่ลึกลงไป ไม่ต้องให้รหัส repair dura แต่ถ้าไม่สามารถเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองได้ และต้องปิดด้วยวิธี dural graft ให้รหัส 02.12 Other repair of cerebral meninges ร่วมด้วย

2. การซ่อมแซมเยื่อหุ้มไขสันหลัง (spinal dura) ใช้รหัสในกลุ่ม 03.5- Plastic operation on spinal cord structures.

4. กลุ่มหัตถการ Cranioplasty

Cranioplasty หมายถึง การผ่าตัดซ่อมแซมกะโหลกศีรษะส่วนที่ขาดหายไป (skull หรือ cranial defect) เพื่อป้องกันอันตรายต่อสมองที่อยู่ข้างใต้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากการผ่าตัด ที่เกิดเนื่องจากการบาดเจ็บ แต่ก็อาจเกิดจากการผ่าตัดกรณีอื่นที่มีภาวะสมองบวมจนไม่สามารถปิดกะโหลกศีรษะกลับคืนได้

การซ่อมแซมกะโหลกศีรษะ อาจทำได้หลายวิธี ได้แก่ การใส่แผ่นกะโหลกเดิมของผู้ป่วยเอง (เก็บด้วยวิธีแช่แข็งหรือฝังไว้ในผนังหน้าท้อง) กระดูกส่วนอื่นของผู้ป่วย เช่น ซีโครง กระดูกที่เก็บไว้ในธนาคารกระดูก, titanium plate หรือ mesh, acrylic (PMMA) การผ่าตัดโดยส่วนใหญ่มักทำในช่วงหลังจากที่ผู้ป่วยหายจากโรคเดิม (เป็นการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งใหม่) แต่ในบางโอกาสอาจทำหลังจากที่สมองยุบวม ในช่วงเวลาที่ห่างจากการผ่าตัดครั้งแรกไม่นานนัก ซึ่งมักจะเป็นการใส่คืนกะโหลกเดิมของผู้ป่วยเอง

รหัส ICD-9-CM ในกลุ่ม 02.0 Cranioplasty ไม่รวม การผ่าตัดซ่อมแซมส่วนที่ขาดหายไปของกะโหลกศีรษะที่เป็นความผิดปกติแต่กำเนิด ได้แก่ encephalomeningocele เนื่องจากต้องมีการซ่อมเยื่อหุ้มสมองด้วย (ใช้รหัส 02.12 Other repair of cerebral meninges) แต่ รวม การผ่าตัดเพื่อแยกรอยเชื่อมกะโหลกศีรษะที่ติดกันแต่กำเนิด (linear/ strip craniectomy for craniosynostosis)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรบันทึกรายละเอียดการทำผ่าตัด cranioplasty ให้ชัดเจนว่าทำเพื่อแก้ไขอะไร ด้วยเทคนิคใด ใช้วัสดุหรือกระดูกจากส่วนใดในการซ่อมแซม และสรุปหัตถการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน

แนวทางการให้รหัส

Opening of cranial suture หมายถึง การเปิดแยกรอยประสานของกะโหลกศีรษะที่ติดกันก่อนกำหนดในผู้ป่วย craniosynostosis เพื่อให้ศีรษะมีรูปร่างสมส่วนและสมองเจริญเติบโตได้ตามปกติ ชื่อวิธีการผ่าตัดดั้งเดิมที่แพทย์นิยมใช้ คือ linear craniectomy, strip craniectomy ให้รหัส 02.01 Opening of cranial suture

Elevation of skull fracture fragments หมายถึง การผ่าตัดยกชิ้นกะโหลกศีรษะที่แตกยุบเพื่อให้กลับคืนสู่สภาพเดิม มีวัตถุประสงค์เพื่อไม่ให้ชิ้นกะโหลกกดทับสมอง อาจทำได้หลายวิธี เช่น เจาะรูที่กะโหลกศีรษะ(burr hole) แล้วสอดเครื่องมือเข้าไปในชั้นเนื้อเยื่อหุ้มสมอง แล้วงัดกะโหลกที่ยุบขึ้น ผ่าเปิดกะโหลกศีรษะรอบบริเวณที่ยุบเป็นแผ่นแล้วมาตกแต่งให้เหมือนเดิม (craniotomy) หรือใช้คีมจับกะโหลกที่แตกออกทีละน้อย (craniectomy) ให้รหัสเฉพาะ 02.02 Elevation of skull fracture fragments โดยไม่ต้องให้รหัสในกลุ่ม 01.2 Craniotomy and craniectomy เนื่องจากเป็น Omit code

หากแพทย์สรุปการทำหัตถการเพียง craniotomy โดยไม่ให้รายละเอียดการทำหัตถการอื่นๆ ให้ได้เพียงรหัส 01.24 Other craniotomy

ถ้ามีอันตรายต่อเยื่อหุ้มสมองและหรือสมองที่อยู่ข้างใต้ และมีการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะที่กล่าวมาสามารถเพิ่มรหัสหัตถการเหล่านั้นได้ เช่น dural suture (02.11 Simple suture of dura mater of brain), dural graft (02.12 Other repair of cerebral meninges), debridement of brain (01.59 Other excision or destruction of lesion or tissue of brain)

ตัวอย่างคำที่แพทย์ใช้เขียนในรายงานการผ่าตัดที่รวมอยู่ในรหัสนี้ ได้แก่

- Debridement of compound skull fracture (ไม่รวม debridement of skull NOS (01.25 Other craniectomy)
- Decompression of skull fracture
- Reduction of skull fracture

Formation of cranial bone flap หมายถึง การซ่อมแซมกะโหลกศีรษะที่หายไปด้วยแผ่นกระดูกซึ่งอาจตัดมาจากตำแหน่งอื่นของกะโหลกผู้ป่วยเอง ให้รหัส 02.03 Formation of cranial bone flap

Bone graft to skull หมายถึง การซ่อมแซมกะโหลกศีรษะที่หายไป ด้วยชิ้นหรือเศษกระดูกในลักษณะของ bone graft ซึ่งอาจได้จากกะโหลกของผู้ป่วยเอง เช่น ตัดจากบริเวณอื่น เศษกระดูกที่ได้จากการทำ craniectomy ด้วย bone rongeur หรือผงกระดูกที่ได้จากเครื่องเจาะหรือตัดกระดูก รวมทั้งกระดูกในส่วนอื่นของร่างกาย เช่น กระดูกซี่โครง กระดูกเชิงกราน และ กระดูกที่ได้จากธนาคารกระดูก (bone bank) ให้รหัส 02.04 Bone graft to skull

ทั้งสองวิธีข้างต้น (02.03 Formation of cranial bone flap และ 02.04 Bone graft to skull) ไม่เป็นที่นิยมในปัจจุบัน

Insertion of skull plate หมายถึง การใส่กะโหลกเทียม โดยวัสดุที่ใช้ทำกะโหลกศีรษะเทียม ได้แก่ Polymethylmethacrylate (PMMA), Titanium plate, Titanium mesh, Bone cement เป็นต้น ซึ่งรวมทั้งการใส่ทดแทนอันเดิม (Revision) ด้วย ให้รหัส 02.05 Insertion of skull plate

Other cranial osteoplasty หมายถึง การซ่อมแซมกะโหลกศีรษะแบบอื่นๆ รหัสนี้ใช้กับการทำ cranioplasty อื่น ๆ ให้รหัส 02.06 Other cranial osteoplasty เนื่องจากไม่มีรหัสเฉพาะเจาะจงในรายการย่อยอื่นของ 02.0- Cranioplasty รวมถึง :

- Repair of skull, NOS
- Cranioplasty NOS
- Revision or replacement of bone flap of skull การใส่คืนกะโหลกศีรษะจากแผ่นกระดูกเดิมที่แช่แข็งไว้ หรือจากธนาคารกระดูก
- Correction of synostosis
- Revision of cranial wounds

02.07 Removal of skull plate ถ้าเอากะโหลกศีรษะเทียมออกโดยไม่ได้เปลี่ยนอันใหม่

5. กลุ่มหัตถการ Lumbar puncture (Spinal tap)

Lumbar puncture (spinal tap) หมายถึง การเจาะผ่านผิวหนังบริเวณกลางหลังส่วนบนเอวเข้าไปถึงชั้นใต้เยื่อหุ้มไขสันหลัง ซึ่งเป็นที่อยู่ของน้ำไขสันหลัง อาจเป็นได้ทั้งหัตถการเพื่อการวินิจฉัย หรือ เพื่อการรักษา

การเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อการวินิจฉัย (diagnostic lumbar puncture) ได้แก่ การเก็บตัวอย่างของน้ำไขสันหลัง (CSF) แล้วนำไปวิเคราะห์ทางชีวเคมี จุลชีววิทยาและเซลล์วิทยา หรือ อาจเป็นส่วนหนึ่งของการวินิจฉัยทางรังสีคือ การฉีดสารทึบแสงเข้าไปเพื่อตรวจช่องไขสันหลัง (myelography)

การเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อการรักษา (therapeutic lumbar puncture) มีวัตถุประสงค์ เพื่อลดความดันภายในช่องกระโหลกศีรษะในบางกรณี เช่น subarachnoid hemorrhage, hydrocephalus, benign intracranial hypertension

ในบางครั้งแพทย์อาจเจาะหลังเพื่อฉีดยาบางชนิดเข้าไป เช่น การทำ spinal anesthesia การให้ยาต้านจุลชีพยาเคมีบำบัด แอลกอฮอล์ หรือ phenol (เพื่อหยุดการทำงานของไขสันหลังใช้ในการรักษาอาการเกร็งหรืออาการปวดเรื้อรัง)

การทำ myelography ในกรณีที่ใช้สารทึบแสงที่เป็น oil เช่น Myodil® อาจต้องเจาะหลังเพื่อดูดเอาสารทึบแสงออกภายหลัง ในปัจจุบันไม่นิยมใช้สารทึบแสงในกลุ่มนี้แล้ว

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรบันทึกและสรุปการทำหัตถการให้ชัดเจนว่า lumbar puncture นั้น ทำเพื่อเหตุใด

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

รหัส ICD-9-CM ที่เกี่ยวข้องกับการเจาะน้ำไขสันหลัง ประกอบด้วย

87.21 Contrast myelogram ใช้ในการตรวจทางรังสีโดยการฉีดสารทึบแสงเข้าไปในช่องกระดูกสันหลัง การเจาะหลังเป็นเพียงขั้นตอนเพื่อฉีดสารทึบแสงจึงไม่ต้องให้รหัสเพิ่มเติม

03.8 Injection of destructive agent into spinal canal ใช้ในกรณีการฉีดสารบางชนิด (neurolytic agent) เช่น แอลกอฮอล์ phenol เพื่อหยุดการทำงานของไขสันหลังอย่างถาวร

03.91 Injection of anesthetic into spinal canal for analgesia ใช้กับการฉีดยาแก้ปวด เช่น มอร์ฟีน เข้าไปในช่องกระดูกสันหลังชั้นเหนือดูรา(epidural injection) หรือ ชั้นใต้เยื่ออะแร็กนอยด์ (intrathecal injection) แต่ถ้าทำเพื่อระงับความรู้สึกเจ็บปวดรวมกับการผ่าตัด เช่น spinal anesthesia ไม่ต้องให้รหัส 03.91 Injection of anesthetic into spinal canal for analgesia (Omit code)

03.92 Injection of other agent into spinal canal การฉีดสารอื่นๆเข้าไปในช่องกระดูกสันหลัง เช่น steroid, น้ำเกลือแช่เย็น (hypothermic/refrigerated saline) ยาต้านจุลชีพ ยาเคมีบำบัด เป็นต้น อาจเพิ่มรหัสของสารที่ฉีด เช่น 99.21 Injection of antibiotic, 99.23 Injection of steroid, 99.25 Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance

กรณีที่มีการสอดสาย catheter เข้าไปในช่องกระดูกสันหลังเพื่อฉีดยาอย่างต่อเนื่อง หรือเป็นระยะเพื่อการรักษา หรือ บรรเทาอาการ ให้ใช้รหัส 03.90 Insertion of catheter into spinal canal for infusion of therapeutic or palliative substances ถ้ามีการฝังเครื่องมือในการปล่อยสารแบบเป็นครั้งๆ ให้รหัส 86.06 Implantation of infusion pump รวมด้วย

03.31 Spinal tap ใช้ในกรณีดังต่อไปนี้

1. การเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อการวินิจฉัย ได้แก่ การเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อส่งตรวจทางเคมี การตรวจดูเซลล์ด้วยกล้องจุลทรรศน์ การตรวจและเพาะเชื้อ เป็นต้น
2. การเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อลดความดันในช่องกระโหลกศีรษะ
3. การเจาะเพื่อนำสารทึบแสงออกภายหลังการทำ myelography (lumbar puncture for removal of dye)
4. การเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อ กรณีอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสเหตุการณ์ทางออร์โธปิดิกส์)

1.กลุ่มเหตุการณ์ Knee replacement

Partial knee replacement หมายถึง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าบางส่วนในผู้ป่วยที่มี osteoarthritis บริเวณข้อเข่าและลูกสะบ้าที่ยังเป็นเพียงบางส่วนหรือยังไม่รุนแรงจนต้องผ่าตัด total knee replacement แบ่งการผ่าตัด knee replacement เป็น 3 ประเภท คือ

1. Unicompartmental knee arthroplasty เป็นการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะ medial หรือ lateral compartment arthritis

2. Bicompartamental knee Arthroplasty ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ผ่าตัดรักษา ผู้ป่วยที่มี medial หรือ lateral compartment arthritis ร่วมกับ patellofemoral arthritis

3. Arthroplasty for patellofemoral arthritis เป็นการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา patellofemoral arthritis

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

1. กรณีผ่าตัดเฉพาะ medial หรือ lateral compartment arthritis บันทึกว่า unicompartmental knee arthroplasty

2. กรณีผ่าตัดเฉพาะ medial หรือ lateral compartment arthritis ร่วมกับ patellofemoral arthritis บันทึกว่า bicompartamental knee arthroplasty

3. กรณีเป็นการผ่าตัดเปลี่ยนผิวลูกสะบ้าไปพร้อมกับการทำ total knee arthroplasty บันทึกว่า total knee arthroplasty

4. กรณีเป็นการผ่าตัดเฉพาะ patellofemoral บันทึกว่า patellofemoral arthroplasty

5. กรณีเป็นการผ่าตัดเฉพาะกระดูกงอกที่เสื่อมออกตกแต่งให้กระดูกลูกสะบ้าเข้ารูป โดยไม่มีการเปลี่ยน หรือใส่อุปกรณ์ใดๆ บันทึกว่า patelloplasty

แนวทางการให้รหัส

การผ่าตัดทั้ง 2 กรณี patellofemoral arthroplasty & patelloplasty ให้ใช้รหัส 78.46 Other repair or plastic operations on bone : patella

การผ่าตัดทั้ง 3 ประเภท ให้รหัส 81.54 Total knee replacement

2.กลุ่มเหตุการณ์ Revision of knee replacement

Revision of knee replacement หมายถึง การผ่าตัดในกรณีที่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งเมื่อใช้งานไประยะหนึ่ง จะเกิดการหลุดหลวม หรือ เกิดการติดขัดจึงต้องผ่าตัดซ่อมแซมที่ส่วนใดส่วนหนึ่ง (เอาข้อเทียมส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดออก)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดให้ชัดเจนว่ามีการผ่าตัด เปลี่ยน component ส่วนใดแต่ต้องเป็น component ที่เคยทำผ่าตัดมาแล้ว

แนวทางการให้รหัส

1. ให้รหัส 00.80 Revision of knee replacement, total (all components) สำหรับการผ่าตัดซ่อมแซมเปลี่ยนอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมทั้งหมด 3 ส่วน ทั้งวัสดุเทียมครอบต้นขาส่วนปลาย หน้าแข้งส่วนบน และลูกสะบ้า
2. ให้รหัส 00.81 Revision of knee replacement, tibial component สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะส่วนวัสดุที่รองรับบนกระดูกหน้าแข้งส่วนบนซึ่งอาจจะเป็นการผ่าตัดโลหะ tibial baseplate ร่วมกับ tibial insert (liner) ซึ่งเป็น polyethylene
3. ให้รหัส 00.82 Revision of knee replacement, femoral component สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนโลหะส่วนครอบกระดูกต้นขาส่วนปลาย ซึ่งอาจจะเป็นการผ่าตัดร่วมกับการเปลี่ยน tibial insert ก็ได้
4. ให้รหัส 00.83 Revision of knee replacement, patellar component สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนวัสดุเทียมส่วนลูกสะบ้า
5. ให้รหัส 00.84 Revision of knee replacement, tibial insert (liner) สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนวัสดุเทียมรองรับข้อส่วนที่อยู่เหนือโลหะครอบบนกระดูก tibia ซึ่งนิยมใช้วิธีนี้ร่วมกับการรักษาการติดเชื้อของข้อเข่าเทียม
6. กรณีที่แพทย์เปลี่ยนอุปกรณ์ทั้ง 2 ด้าน แต่ไม่ได้เปลี่ยนอุปกรณ์ผิวลูกสะบ้า (เนื่องจากยังไม่มีรหัสที่เหมาะสมใน ICD-9 CM) ให้ใช้รหัส 00.81 Revision of knee replacement, tibial component ร่วมกับ 00.82 revision of knee replacement, femoral component เนื่องจากเป็นรหัสที่ได้ข้อมูลครบถ้วนมากกว่า
7. ให้รหัส 80.06 Arthrotomy for removal of (knee) prosthesis without replacement ในกรณีที่เป็นการผ่าตัดเพราะการติดเชื้อ และต้องมีการถอดอุปกรณ์ออกทั้งหมด แล้วมีการใส่ cement spacer เมื่ออาการติดเชื้อดีขึ้น จึงนัดมาใส่อุปกรณ์ชุดใหม่ภายหลัง ให้รหัส 84.56 Insert of cement spacer ร่วมด้วย
8. ให้รหัส 84.57 Removal of cement spacer ร่วมด้วย ในกรณีที่เป็นการผ่าตัดเพราะการติดเชื้อ และต้องมีการถอดอุปกรณ์ออกทั้งหมด และ ใส่ cement spacer ไว้ เมื่ออาการติดเชื้อดีขึ้น จึงนัดมาถอด cement spacer ออก และใส่อุปกรณ์ชุดใหม่

3.กลุ่มหัตถการ Revision of hip replacement

Revision of hip replacement หมายถึง การผ่าตัดในผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (total hip replacement) เมื่อใช้งานหลายปี อาจเกิดการหลุดหลวมจนต้องผ่าตัดซ่อมแซมที่ส่วนใดส่วนหนึ่ง (เอาข้อเทียมส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดออก)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรบันทึกว่ารายละเอียดการผ่าตัดให้ชัดเจนว่า มีการผ่าตัดซ่อมแซม component ส่วนใด

แนวทางการให้รหัส

1. ให้รหัส 00.70 Revision of hip replacement, both acetabular and femoral component สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทั้งหมด 2 ส่วน ทั้งส่วนเบ้าสะโพก และ ส่วนแกนต้นขา

2. ให้รหัส 00.71 Revision of hip replacement, acetabular component สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะส่วน acetabular shell ซึ่งอาจจะเป็นการผ่าตัด ร่วมกับ การเปลี่ยน cup หรือ liner หรือ ร่วมกับการเปลี่ยนส่วน femoral head ก็ได้

3. ให้รหัส 00.72 Revision of hip replacement, femoral component สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะส่วน femoral stem ซึ่งอาจจะเป็นการผ่าตัดร่วมกับการเปลี่ยน femoral head หรือร่วมกับการเปลี่ยน acetabular liner

4. ให้รหัส 00.73 Revision of hip replacement, acetabular liner and/or femoral head only สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะ acetabular liner และหรือ femoral head

5. ให้รหัส 80.05 Arthrotomy for removal of (hip) prosthesis without replacement ในกรณี ที่เป็นการผ่าตัดเพราะการติดเชื้อ และ ต้องมีการถอดอุปกรณ์ออกทั้งหมด เมื่ออาการติดเชื้อดีขึ้น จึงนัดมาใส่ อุปกรณ์ ชุดใหม่ภายหลัง ถ้ามีการใส่ cement spacer ให้รหัส 84.56 Insert of cement spacer ร่วมด้วย

6. รหัส 81.53 Revision of hip replacement, not otherwise specified เป็นรหัสที่ไม่ควรใช้ เนื่องจาก มีรหัสที่สมบูรณ์กว่า คือ 00.70 – 00.73 Other hip procedures

ICD-9-CM ยังกำหนดให้มีการให้รหัสเสริมเพื่อบอกชนิดของวัสดุของ liner และ femoral head ว่า เป็น polyethylene, ceramic หรือ metal ให้ลงรหัสเสริมดังนี้

1. ให้รหัสเสริม 00.74 Hip bearing surface, metal on polyethylene เมื่อใช้เข้าชนิดที่ทั่วไป คือ หัว femoral head เป็นโลหะ (metal) และ ส่วน liner เข้าสะโพกเป็นสารสังเคราะห์ทำด้วยพลาสติก polyethylene ความหนาแน่นสูงพิเศษสีขาว หรือ เขียวอ่อน (polyethylene, UHMWPE)

3. ให้รหัสเสริม 00.75 Hip bearing surface, metal on metal เมื่อใช้เข้าชนิดพิเศษเพื่อลดแรงเสียดทานโดยออกแบบให้หัวโลหะสกับกับเบ้า liner ที่เป็นโลหะ

4. ให้รหัสเสริม 00.76 Hip bearing surface, ceramic on ceramic เมื่อใช้เข้าชนิดพิเศษเพื่อลดแรงเสียดทานโดยออกแบบให้หัว femoral head เป็นสารเครื่องเคลือบสกับกับเบ้า liner ที่เป็นสารเครื่องเคลือบด้วยกัน

5. ให้รหัสเสริม 00.77 Hip bearing surface, ceramic on polyethylene เมื่อใช้เข้าที่ออกแบบให้ หัว femoral head เป็นสารเครื่องเคลือบสกับกับเบ้า liner ชนิดธรรมดาที่ทำด้วย polyethylene

6. ในกรณีที่ ทำ total hip arthroplasty (THA) แล้วมี malfunction จนต้องทำ revision ใน admission เดียวกัน ให้รหัส การวินิจฉัยโรคหลัก คือ M16.- Coxarthrosis [arthrosis of hip] รหัสการ วินิจฉัยโรครอง คือ T84.0 Mechanical complication of internal joint prosthesis , Y79.2 Orthopaedic devices associated with adverse incidents : Prosthetic and other implants, materials and accessory devices และรหัสหัตถการ 81.51 Total hip replacement ร่วมกับ 00.7- Other hip procedures

4.กลุ่มหัตถการ Other exploration and decompression of spinal canal

Other exploration and decompression of spinal canal หมายถึง การทำ laminectomy อย่างเดียว

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ต้องบันทึกในใบบันทึกการผ่าตัด ว่า มีการทำ laminectomy

แนวทางการให้รหัส

1. ถ้าแพทย์บันทึกการผ่าตัด decompressive laminectomy, laminoplasty, laminotomy ให้รหัส

03.09 Other exploration and decompression of spinal canal

2. ในกรณีการทำผ่าตัด replacement and revision of posterior spinal motion preservation device (s) ต้องมีการให้รหัส 84.80 – 84.85 Insertion, replacement and revision of posterior spinal motion preservation device(s) ร่วมด้วย ในกรณีการผ่าตัดหมอนรองกระดูก เช่น หมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาทระดับเอว แพทย์มักจะเขียนว่า laminectomy + disectomy L4-5 ให้ใช้รหัส 80.51 Excision of intervertebral disc (03.09 Other exploration and decompression of spinal canal : Omit code) และ ถ้าหากมีการทำ spinal fusion ให้ใส่รหัส 81.00 - 81.08 Spinal fusion ร่วมด้วย

5.กลุ่มหัตถการ Spinal fusion

Spinal fusion หมายถึง การเชื่อมต่อกระดูกสันหลังให้กระดูกสันหลังคงรูปอยู่กับที่ที่เราต้องการ เช่น จากโค้งให้ตรง นอกจากนี้ยังเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดกระดูกสันหลังเกิดการขยับเลื่อน หรือ ผิดรูปร่างมากไปกว่าเดิมหลังการผ่าตัด

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ต้องระบุการผ่าตัดที่สามารถสื่อได้ว่ามีการทำ fusion โดยมีรายละเอียดการผ่าตัดที่ชัดเจนตั้งแต่เทคนิคทางเข้าการผ่าตัด ว่าเป็นทาง anterior, posterior หรือ lateral transverse process ทำที่ spinal ส่วนใด และ ต้องระบุจำนวน vertebra ที่ fusion ด้วย

แนวทางการให้รหัส

1. กรณี fusion บริเวณ cervical spine ถ้าไม่ระบุรายละเอียด แต่ทราบว่าทำ fusion มักหมายถึง anterior approach (index ชี้) ให้รหัส 81.02 Other cervical fusion, anterior technique

2. กรณี fusion บริเวณ lumbar spine ถ้าไม่ระบุรายละเอียด แต่ทราบว่าทำ fusion มักหมายถึง posterior approach (index ชี้) ให้รหัส 81.08 Lumbar and lumbosacral fusion, posterior technique

3. กรณี spinal fusion ในส่วน lumbar ที่ทำส่วนใหญ่จะมีคำว่า PLF (posterolateral fusion) , PLIF (posterior lumbar interbody fusion) , TLIF (Transforamen interbody fusion) ให้รหัส 81.0-Lumbar and lumbosacral fusion, posterior technique

4. กรณีบันทึกการผ่าตัดว่า anterior (cervical) decompression (disectomy) + interbody fusion (IBF) +/- cervical plate ให้รหัส 80.51 + 81.02 และ ต้องระบุจำนวน vertebra ที่ fusion (81.62 - 81.64) และ ถ้ามีการใส่ cervical cage ให้รหัส 84.51 Insertion of interbody spinal fusion device ร่วมด้วย

5. กรณีบันทึกการผ่าตัดว่า decompressive (lumbar) laminectomy + PLF +/- pedicular screw (อาจจะระบุเป็นยี่ห้อ) ให้รหัส 03.09 + 81.07+ 84.51 และ ต้องระบุจำนวน vertebra ที่ fusion (81.62 - 81.64)

6. กรณีบันทึกการผ่าตัดว่า decompressive (lumbar) laminectomy + PLIF +/- pedicular screw (อาจจะระบุเป็นยี่ห้อ) ให้รหัส 80.51 + 81.08 + 84.51 และ ต้องระบุจำนวน vertebra ที่ fusion

7. กรณี fusion ถ้ามีการใส่กระดูกเทียม (hydroxyapatite) ให้รหัส 84.52 Insertion of recombinant bone morphogenetic protein เนื่องจากไม่มีรหัสที่เฉพาะเจาะจง

8. กรณี fusion ถ้ามีการนำกระดูกจากบริเวณ iliac crest มาทำเป็น bone graft ให้รหัส 77.79 รวมด้วย (ดูการบันทึกรายละเอียดใน operative note)

9. กรณี บันทึกการผ่าตัดมีข้อมูลระบุแค่ใส่ pedicular screw แต่ไม่ระบุว่า fusion (ซึ่งโดยส่วนใหญ่การใส่ pedicular screw มักจะมีการทำ fusion ด้วยแต่ไม่ใช่ทุกกรณี) ให้รหัส 84.51 อย่างเดียวซึ่งรหัส 84.51 Insertion of interbody spinal fusion device หมายถึง หัตถการที่มีการใส่อุปกรณ์ เพื่อทำหน้าที่เชื่อมยึดกระดูกสันหลัง ได้แก่ wire, screws, cables, plated และ rods

10. กรณี บันทึกการผ่าตัด มีข้อมูลระบุว่าใส่ pedicular screw ที่ lumbar spine แต่ไม่ระบุว่า fusion ให้ผู้ให้รหัสสอบถามแพทย์ และหรือตรวจสอบเวชระเบียน ว่ามีการทำ fusion หรือไม่ ถ้าไม่มีการทำ fusion ให้รหัส 84.51 อย่างเดียว แต่ถ้าระบุว่า fusion แต่ไม่ระบุวิธีการ ให้รหัส 84.51 + 81.0- ได้

6.กลุ่มหัตถการ Repair tendon of hand

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ต้องระบุรายละเอียดการทำผ่าตัดให้ชัดเจน ว่าเป็นการทำทันที หรือ ภายหลัง

แนวทางการให้รหัส

1. ถ้าเป็น primary, immediate repair
 - ให้รหัส 82.44 Other suture of flexor tendon of hand กรณีทำผ่าตัด flexor tendon
 - ให้รหัส 82.45 Other suture of other tendon of hand กรณีทำผ่าตัด extensor tendon
2. ถ้าเป็นการ repair ภายหลัง ไม่ได้ทำทันที หมายรวมทั้ง การทำ secondary repair ธรรมดา และการทำ second stage reconstruction
 - ให้รหัส 82.42 Delayed suture flexor tendon of hand กรณีทำผ่าตัด flexor tendon
 - ให้รหัส 82.43 Delayed suture of other tendon of hand กรณีทำผ่าตัด extensor tendon
3. ถ้าเป็นการ reconstruction flexor tendon of hand
 - กรณี first stage ให้รหัส 82.79 Plastic operation on hand with other graft or implant
 - กรณี second stage ให้รหัส 82.42 Delayed suture flexor tendon of hand กรณีทำผ่าตัด flexor tendon
4. กรณีมี contaminated wound ร่วมกับ tendon injury of hand เช่น Blast injury of hand สามารถให้รหัสหัตถการ 86.22 Excisional debridement of wound, infection or burn หรือ 86.28 Nonexcisional debridement of wound, infection or burn รวมด้วยได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรายละเอียดข้อมูลใน operation note

7. กลุ่มหัตถการ Reattachment of hand tendon

ในเรื่องของการ repair tendon หรือ reattachment ถ้าใน ICD-9-CM มีรหัสเฉพาะให้ใช้รหัสนั้น เช่น mallet finger ที่ส่วนใหญ่การขาดมักขาดใกล้ที่เกาะ หรือเป็นการกระชากขาดของที่เกาะ ควรใช้รหัส 82.84 Repair of mallet finger (ไม่ใช้รหัส 82.53 Reattachment of tendon of hand)

แนวทางการให้รหัส

การให้รหัสการจัดกระดูกและข้อเคลื่อน (reduction of fracture and dislocation) เป็นการให้รหัสการจัดกระดูกที่รวมไปถึงการใส่ cast และ splint, การทำ traction ด้วย kirschner wire, steinmann pin ให้รหัสเป็น 79.- Reduction of fracture and dislocation ตามด้วยตำแหน่งของอวัยวะที่ทำการรักษาในตำแหน่งที่ 4 ดังนี้

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 0 Unspecified site | 6 Tibia and fibula Leg NOS |
| 1 Humerus | 7 Tarsal and metatarsals Foot NOS |
| 2 Radius and ulna Arm NOS | 8 Phalanges of foot |
| 3 Carpals and metacarpals Hand NOS | 9 Other specified bone |
| 4 Phalanges of hand | |
| 5 Femur | |

รหัสกลุ่ม 79.- Reduction of fracture and dislocation มีรหัสร่วมด้วย คือ ในกรณีที่มีการใส่ external fixation device ให้รหัส 78.10 – 78.19 ร่วมด้วย และ ชนิดของ fixator device ให้รหัส 84.71 – 84.73 ร่วมด้วย ถ้าทราบว่าเป็นชนิดไหน

1. กรณีทำหัตถการ Close reduction

- Close reduction with internal fixation ให้รหัส 79.1(0 – 9) Closed reduction of fracture with internal fixation
- Close reduction without internal fixation ให้รหัส 79.0(0 – 9) Closed reduction of fracture without internal fixation ในกรณีนี้ไม่ต้องให้รหัสการใส่ cast และ splint เพิ่มอีก

2. กรณีทำหัตถการ Open reduction

- Open reduction with internal fixation ให้รหัส 79.3(0 - 9) Open reduction of fracture with internal fixation
- Open reduction without internal fixation ให้รหัส 79.2(0 - 9) Open reduction of fracture without internal fixation

3. กรณีทำหัตถการ Reduction of Separation epiphysis with or without internal fixation

- กรณีทำแบบ close reduction ให้รหัส 79.4(0 - 2, 5, 6, 9) Closed reduction of separated epiphysis
- กรณีทำแบบ open reduction ให้รหัส 79.5(0 - 2, 5, 6, 9) Open reduction of separated epiphysis

4. กรณีทำหัตถการ Debridement open fracture ให้รหัสเป็น 79.6(0 - 9)

5. กรณีทำหัตถการ Reduction dislocation

- กรณีทำแบบ close reduction (รวม skeletal traction) ให้รหัส 79.7 (79.70 – 79.79)
Closed reduction of dislocation
- กรณีทำแบบ open reduction (รวม Internal & External Fixation devices) ให้รหัส 79.8 (79.80 – 79.89) Open reduction of dislocation

6. กรณีเป็นการทำ Internal fixation ที่ไม่ได้มีการ reduction fracture ให้รหัสเป็น 78.5 Internal fixation of bone without fracture reduction ตามด้วยตำแหน่งของอวัยวะที่ทำการรักษาในตำแหน่งที่ 4 (รวมการใส่อุปกรณ์ในกรณีที่มีการ prophylactic, reinsert, revision of displacement and broken fixation device)

- | | |
|---|---------------------------|
| 0 Unspecified site | 5 Femur |
| 1 Scapula, clavicle, and thorax [ribs and sternum] | 6 Patella |
| 2 Humerus | 7 Tibia and fibula |
| 3 Radius and ulna | 8 Tarsals and metatarsals |
| 4 Carpals and metacarpals | |
| 9 Other Pelvic bones Phalanges (of foot) (of hand) Vertebra | |

8.กลุ่มหัตถการ Remove fixation device

Remove fixation device หมายถึง การเอาเหล็กออก

แนวทางการให้รหัส

1.กรณีเป็นการ remove internal fixation และ external fixation (รวมกรณี remove minifixation) ให้รหัส 78.6 Removal of implanted devices from bone โดยตามด้วยตำแหน่งของอวัยวะที่ทำการเอาออก ดังนี้

- | | |
|---|---------------------------|
| 0 Unspecified site | 5 Femur |
| 1 Scapula, clavicle, and thorax [ribs and sternum] | 6 Patella |
| 2 Humerus | 7 Tibia and fibula |
| 3 Radius and ulna | 8 Tarsals and metatarsals |
| 4 Carpals and metacarpals | |
| 9 Other Pelvic bones Phalanges (of foot) (of hand) Vertebra | |

2.กรณีเป็นการ remove external device ให้รหัส 97.88 Removal of external immobilization device

คู่มือ ICD-9-CM Procedure 2010 ได้อธิบายการให้รหัสไว้ดังนี้

84.51 Insertion of interbody spinal fusion device

Description

This code describes the procedures used to surgically implant devices used in spinal fixation such as wires, screws, cables, plates, or rods. The patient is placed in the position dictated by the failure. The physician makes a midline incision overlying the damaged section. The fascia paravertebral muscles and ligaments are retracted. A number of reparative techniques may be used depending on the device and site. The physician closes the muscles, fascia and skin with layered sutures.

82.79 Plastic operation on hand with other graft or implant

Description

The physician excises a flexor tendon in a finger or hand and implants a synthetic rod for delayed tendon graft. The physician excises the overlying skin and dissects to the tendon. The tendon is freed. The proximal and distal ends are severed and the tendon is removed. The physician implants a synthetic rod so the surrounding tissue will form a natural tube for a tendon graft. The operative incision is closed. This code is reported once for each rod that is implanted.

82.42 Delayed suture flexor tendon of hand

Description

The physician repairs or advances a single flexor tendon, a fibrous band, between flexor muscle and bone following initial repair. The physician incises the skin overlying the medial incise phalanx and dissects to the tendon. The tendon is repaired with sutures or advanced and sutured to improve joint function. If a graft is needed for secondary repair, it is obtained from the palmaris longus tendon or from the foot. The incision is sutured in layers.

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(การสรุปและให้รหัสหัตถการทางเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัด)

กลุ่มหัตถการทางเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัด (Physical therapy, Respiratory therapy, Rehabilitation, and Related procedures)(93.-)

บันทึกเมื่อมีการให้บริการทั้งในระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน และในระยะเรื้อรัง ในกลุ่มโรค cerebrovascular accident (CVA), traumatic brain injury (TBI), spinal cord injury (SCI), limb amputation และ nerve injury

1. กลุ่มการตรวจวินิจฉัยทางเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัด (Diagnostic physical therapy)

แนวทางการบันทึกและแนวทางการให้รหัส

มีการบันทึกโดยแพทย์ใน history, physical examination, progress note หรือ consultation record หรือมีการบันทึกโดยนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด หรือนักกายอุปกรณ์หรือช่างกายอุปกรณ์ ใน rehabilitation record

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
การตรวจประเมินความสามารถ	มีบันทึกการตรวจประเมินความสามารถ	93.01	Functional PT evaluation
การตรวจประเมินเพื่อใช้กายอุปกรณ์เสริม		93.02	Orthotic evaluation
การตรวจประเมินเพื่อใช้กายอุปกรณ์เทียม		93.03	Prosthetic evaluation
การตรวจวัดกำลังกล้ามเนื้อด้วยวิธีตรวจร่างกาย	Manual muscle testing	93.04	Manual testing of muscle function

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
การวัดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ มีสองแบบคือ active และ passive range of motion (ROM) testing	Range of motion (ROM) testing (active/ passive)	93.05	Range of motion testing
การวัดความยาวของรยางค์	Limb length measurement	93.06	Measurement of limb length
การวัดขนาดร่างกาย เช่น การวัดเส้นรอบเอว การวัดเส้นรอบศีรษะ	-Girth measurement -Measurement of skull circumference	93.07	Body measurement
การตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ	Electromyography (EMG)	93.08	Electromyography <i>Excludes: eye EMG (95.25) that with polysomnogram (89.17) that for intraoperative monitoring (00.94) urethral sphincter EMG (89.23)</i>
การตรวจวินิจฉัยอื่นๆทางเวชกรรม ฟันฟูและกายภาพบำบัด		93.09	Other dx PT procedure

2. การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษา (Therapeutic exercise/ physical therapy exercise)

แนวทางการบันทึกและแนวทางการให้รหัส

มีการบันทึกโดยแพทย์ในคำสั่งการรักษาหรือใน progress note และมีบันทึกการให้การรักษาโดยนักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัดใน rehabilitation record

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
การออกกำลังกายแบบใช้แรงจากภายนอกช่วยให้เคลื่อนไหว	Assistive exercise	93.11	Assisting exercise <i>Excludes: assisted exercise in pool (93.31)</i>
การออกกำลังกายแบบให้ผู้ป่วยทำเองทั้งหมด	Active exercise	93.12	Other active musculoskeletal exercise
การออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน	Resistive exercise	93.13	Resistive exercise

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
การฝึกเคลื่อนไหวจนสุดพิสัยข้อ	-Range of motion (ROM) exercise, -Continuous passive motion (CPM)	93.14	Training in joint movements
การดัดกระดูกสันหลัง	-Mobilization of spine, -Manipulation of spine	93.15	Mobilization of spine
การดัดข้ออื่นๆ	Other joint mobilization, manipulation	93.16	Mobilization of other joints <i>Excludes: manipulation of temporomandibular joint (76.95)</i>
การออกกำลังกายแบบใช้แรงจากภายนอกทั้งหมดในการเคลื่อนไหว	Passive exercise	93.17	Other passive musculoskeletal exercise
ฝึกการหายใจ	Breathing exercise	93.18	Breathing exercise
การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษาอื่นๆ	บันทึกการออกกำลังกายเพื่อการรักษาอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมา	93.19	Exercise, not elsewhere classified

รหัสหัตถการในกลุ่ม respiratory therapy อื่นๆ

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
การให้การรักษารักษาอื่นๆสำหรับระบบหายใจ เช่น การจัดท่าเพื่อระบายเสมหะ การเคาะปอด การสั่นปอด	-Postural drainage, -Chest percussion, -Chest vibration, -Continuous negative pressure ventilation [CNP]	93.99	Other respiratory procedures

3. กลุ่มการรักษาโดยการดัดดึงหรือยืดสำหรับกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ

(Other physical therapy musculoskeletal manipulation)

การรักษาโดยการดัดดึงหรือยืดสำหรับกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ รวมทั้งการฝึกเดิน การฝึกใช้กายอุปกรณ์เสริม/กายอุปกรณ์เทียม

แนวทางการบันทึกและแนวทางการให้รหัส

มีการบันทึกโดยแพทย์ในคำสั่งการรักษาหรือใน progress note และมีบันทึกการให้การรักษานักกายภาพบำบัด หรือนักกายอุปกรณ์ หรือช่างกายอุปกรณ์ใน rehabilitation record

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
การใช้แรงดึงโดยมือหรือเครื่องมือกระทำต่อส่วนของร่างกาย โดยมีวัตถุประสงค์ในการบำบัดรักษา เพื่อลดปวดหรือเพิ่มความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อ	-Manual traction, -Mechanical traction: cervical traction, lumbar traction, pelvic traction	93.21	Manual & mechanical traction <i>Excludes: skeletal traction (93.43-93.44) skin traction (93.45-93.46) spinal traction (93.41-93.42)</i>
การฝึกการเคลื่อนย้าย การฝึกเดินโดยใช้หรือไม่ใช้เครื่องช่วยเดินหรือการใช้รถเข็นนั่ง	-Ambulation training, -Gait training with or without assistive device: gait aids (i.e., crutch, cane, walker) or wheelchair	93.22	Ambulation & gait training
การวัดและใส่กายอุปกรณ์เสริม	-Orthotic fitting, -Orthotic checkout เช่น spinal orthosis, knee orthosis เป็นต้น	93.23	Fitting of orthotic device
การฝึกใช้กายอุปกรณ์เทียม/กายอุปกรณ์เสริม รวมทั้งการฝึกเดินและฝึกใช้แขนเทียม	มีบันทึกการฝึกใช้และให้คำแนะนำ	93.24	Training in use of prosthetic or orthotic device
การใช้แรงเหยียดร่างกาย		93.25	Forced extension of limb
การแยกข้อติดยึดโดยใช้มือ		93.26	Manual rupture of joint adhesions
การยืดเหยียดกล้ามเนื้อหรือเส้นเอ็น	Muscle stretching Tendon stretching Stretching exercise	93.27	Stretching of muscle or tendon
การยืดเหยียดเนื้อเยื่อ		93.28	Stretching of fascia
การใช้แรงเพื่อแก้ไขการผิดรูปอื่นๆ		93.29	Other forcible correction of deformity

4. กลุ่มการรักษาทางกายภาพบำบัด หรืออุปกรณ์ทางกายภาพบำบัดอื่นๆ

(Other physical therapy therapeutic procedures)

แนวทางการบันทึกและแนวทางการให้รหัส

มีการบันทึกโดยแพทย์ในคำสั่งการรักษาหรือใน progress note และมีบันทึกการให้การรักษาโดยนักกายภาพบำบัดใน rehabilitation record

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
การออกกำลังกายแบบใช้แรงจากภายนอกช่วยให้เคลื่อนไหวในสระน้ำ โดยใช้คุณสมบัติทางกายภาพของน้ำ (เช่น buoyancy, warmth, viscosity, hydrostatic pressure) ช่วยในการรักษา	Pool exercise	93.31	Assisted exercise in pool
การรักษาด้วยอ่างน้ำวน เพื่อให้ความร้อนขึ้น ในสภาพแวดล้อมที่ช่วยในการชะล้างแผล หรือเพื่อการออกกำลังกาย	-Whirlpool treatment, -Whirlpool bath	93.32	Whirlpool treatment
ธาราบำบัดประเภทอื่นๆ		93.33	Other hydrotherapy
การใช้เครื่องมือเปลี่ยนพลังงานไฟฟ้าเพื่อให้เกิดความร้อนในร่างกายเพื่อรักษา	-การรักษาด้วยคลื่นอัลตราซาวด์ (ultrasound diathermy) -การรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดคลื่นสั้น (short wave diathermy) -การรักษาด้วยคลื่นไมโครเวฟ (microwave diathermy)	93.34	Diathermy
การรักษาด้วยความร้อนประเภทอื่นๆ	-Acupuncture with smouldering moxa -Hot packs -Hyperthermia NEC -Infrared irradiation -Moxibustion -Paraffin bath	93.35	Other heat therapy <i>Excludes: hyperthermia for treatment of cancer (99.85)</i>

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ	cardiac rehabilitation	93.36	Cardiac retraining
การฝึกเบ่งคลอด	Training for natural childbirth	93.37	Prenatal training
การให้การรักษาทายภาพบำบัดหลายวิธีโดยไม่ระบุรายละเอียดที่ชัดเจน		93.38	Combined physical therapy without mention of the components
การรักษาทายภาพบำบัดประเภทอื่นๆ หรือการทำกายภาพบำบัดโดยไม่ระบุรายละเอียด	-Electrical stimulation (ES) -Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) -Interferential current laser therapy -Magnetic stimulation, shockwave therapy	93.39	Other physical therapy

หมายเหตุ: ถ้าบันทึกว่า PT (physical therapy) เพียงอย่างเดียวโดยไม่ระบุรายละเอียด ให้รหัส 93.39 Other physical therapy

5. กลุ่มการดึงถ่วงผ่านกระดูกหรือการดึงถ่วงอื่นๆ (Skeletal traction and other traction)

การรักษาโดยการดึงถ่วงกระดูกเพื่อบรรเทาอาการเคลื่อนไหว รักษากระดูกหัก หรือเพื่อการบำบัดรักษาความผิดปกติของ musculoskeletal system อื่นๆ

แนวทางการบันทึกและแนวทางการให้รหัส

มีการบันทึกโดยแพทย์ในคำสั่งการรักษาหรือใน progress note และมีการบันทึกการให้การรักษาหรือมีบันทึกทางการพยาบาล

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
การใช้อุปกรณ์ยึดกับกะโหลกศีรษะเพื่อดึงถ่วงกระดูกสันหลัง	Traction using: -Caliper tongs -Crutchfield tongs -Halo device -Vinke tongs	93.41	Spinal traction using skull device <i>Excludes: insertion of tongs or halo traction device (02.94)</i>
การใช้อุปกรณ์ยึดอื่นๆเพื่อดึงถ่วงผ่านกระดูกสันหลัง	เช่น Cotrel's traction	93.42	Other spinal traction <i>Excludes: cervical collar (93.52)</i>
การดึงถ่วงผ่านกระดูกแบบเป็นพักๆด้วยช่วงเวลาจำเพาะ		93.43	Intermittent skeletal traction
การดึงถ่วงผ่านกระดูกประเภทอื่นๆ	เช่น Bryant's traction Dunlop's traction Lyman Smith traction Russell's traction	93.44	Other skeletal traction
การดึงถ่วงกระดูกโดยใช้ Thomas' splint	Thomas' splint	93.45	Thomas' splint traction
การดึงถ่วงกระดูกผ่านผิวหนัง	Adhesive tape traction Boot traction Buck's traction Gallows traction	93.46	Other skin traction of limbs

6. กลุ่มการรักษาอื่นๆเพื่อจำกัดการเคลื่อนไหว การรักษาโดยใช้แรงกด และการรักษาแผล
(Other immobilization, pressure, and attention to wound)

Excludes: external fixator device (84.71-84.73), wound cleansing (96.58-96.59)

แนวทางการบันทึกและแนวทางการให้รหัส

มีการบันทึกโดยแพทย์ในคำสั่งการรักษาหรือใน progress note และมีบันทึกการให้บริการหรือมีบันทึกทางการพยาบาล

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
การใส่ plaster jacket	Body jacket Plaster jacket	93.51	Application of plaster jacket <i>Excludes: Minerva jacket (93.52)</i>
การใส่อุปกรณ์พยุงคอ	Application of: cervical collar Minerva jacket molded neck support	93.52	Application of neck support
การใส่เฝือกประเภทอื่นๆ	เช่น short leg cast, long leg cast, short arm cast, long arm cast	93.53	Application of other cast
การใส่อุปกรณ์ตามชนิดแข็งเพื่อ stabilize หรือป้องกันการเคลื่อนไหวของข้อหรือกระดูก	Plaster splint Tray splint	93.54	Application of splint <i>Excludes: periodontal splint (24.7)</i>
การมัดฟัน ไม่รวมถึงทันตกรรมจัดฟัน		93.55	Dental wiring <i>Excludes: that for orthodontia (24.7)</i>
การใช้ pressure dressing	Application of: Gibney bandage Robert Jones' bandage Shanz dressing	93.56	Application of pressure dressing
การรักษาแผลโดยวิธีการอื่นๆ	-Porcine wound dressing, -OASIS wound dressing, -Vacuum dressing	93.57	Application of other wound dressing
การใส่ pressure trousers	Application of: anti-shock trousers MAST trousers vasopneumatic device	93.58	Application of pressure trousers
การรักษาประเภทอื่นๆเพื่อจำกัดการเคลื่อนไหว การรักษาโดยใช้แรงกด และการรักษาแผล	Elastic stockings Electronic gaiter Intermittent pressure device Oxygenation of wound (hyperbaric) Stereotactic head frame application Velpeau dressing	93.59	Other immobilization, pressure, and attention to wound

7. กลุ่มหัตถการบำบัด (Osteopathic manipulative treatment)

วิธีการบำบัดรักษาโดยใช้หัตถการต่างๆ เช่น การนวด การดัด การจัดกระดูก

แนวทางการบันทึกและแนวทางการให้รหัส

มีการบันทึกโดยแพทย์ในคำสั่งการรักษาหรือใน progress note และมีบันทึกการให้การรักษาโดยผู้ทำหัตถการบำบัด

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
หัตถการบำบัดเพื่อ general mobilization	General articulatory treatment	93.61	OMT for general mobilization
หัตถการบำบัดที่ใช้ความเร็วสูง ความแรงต่ำ	Thrusting forces	93.62	OMT with hi-velocity , low-amplitude
หัตถการบำบัดที่ใช้ความเร็วต่ำ ความแรงสูง	Springing forces	93.63	OMT with lo-velocity, hi-amplitude
หัตถการบำบัดที่ใช้ความเร็วคงที่ ความแรงคงที่		93.64	OMT with isotonic, isometric
หัตถการบำบัดที่ใช้ indirect forces		93.65	OMT with indirect forces
หัตถการบำบัดเพื่อเคลื่อนย้ายของเหลวในเนื้อเยื่อ	Lymphatic pump	93.66	OMT to move tissue fluid
หัตถการบำบัดอื่นๆ นอกเหนือจากที่ได้รับไว้		93.67	Other specified OMT

8. กลุ่มการฝึกพูดและฝึกอ่าน และการฟื้นฟูคนตาบอด

(Speech and reading rehabilitation and rehabilitation of the blind)

แนวทางการบันทึกและแนวทางการให้รหัส

มีการบันทึกโดยแพทย์ในคำสั่งการรักษาหรือใน progress note และมีบันทึกการให้การรักษาโดยนักแก้ไขการพูด หรือโดยผู้ที่ได้รับการอบรมสำหรับฝึกคนตาบอด

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
การฝึกผู้มีความบกพร่องในการอ่าน		93.71	Dyslexia training
การฝึกผู้มีความผิดปกติทางภาษา	-Dysphasia training, -Aphasia training	93.72	Dysphasia training
การฝึกพูดโดยใช้อุปกรณ์ช่วยหลังการตัดกล่องเสียงออก		93.73	Esophageal speech training
การฝึกสำหรับผู้มีความบกพร่องทางการพูด	-Dysarthria training, -Apraxia of speech training	93.74	Speech defect training

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
การฝึกพูดประเภทอื่นๆ	Speech training for central auditory processing disorder (CAPD)	93.75	Other speech training and therapy
การฝึกใช้สุนัขนำทางสำหรับคนตาบอด		93.76	Training in use of lead dog for the blind
การฝึกอักษรเบรลล์		93.77	Training in Braille or Moon
การบำบัดฟื้นฟูประเภทอื่นๆ สำหรับคนตาบอด	Activity of daily living (ADL) training for the blind	93.78	Other rehabilitation for the blind

9. กลุ่มการรักษาอื่นๆทางเวชกรรมฟื้นฟู (Other rehabilitation therapy)

แนวทางการบันทึกและแนวทางการให้รหัส

มีการบันทึกโดยแพทย์ในคำสั่งการรักษาหรือใน progress note และมีการบันทึกการให้การรักษาใน rehabilitation record

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
นันทนาการบำบัด	Diversional therapy Play therapy	93.81	Recreational therapy <i>Excludes: play psychotherapy (94.36)</i>
การศึกษาพิเศษสำหรับคนพิการ	Education of bed-bound children Special schooling for the handicapped	93.82	Educational therapy
กิจกรรมบำบัด เช่นการฝึกกิจวัตรประจำวัน	Daily living activities therapy Occupational therapy Hand function training	93.83	Occupational therapy <i>Excludes: training in activities of daily living for the blind (93.78)</i>
ดนตรีบำบัด		93.84	Music therapy
การฝึกงานอาชีพ	Sheltered employment Vocational: assessment retraining training	93.85	Vocational rehabilitation
การรักษาทางเวชกรรมฟื้นฟูประเภทอื่นๆ ที่ไม่ได้ระบุรายละเอียดชัดเจน	Swallowing training	93.89	Rehabilitation NEC

10. กลุ่มการใส่กายอุปกรณ์เทียมของรยางค์บนและล่าง (Fitting of prosthetic limb device)

แนวทางการบันทึกและแนวทางการให้รหัส

มีการบันทึกโดยแพทย์ในคำสั่งการรักษา และมีการบันทึกการประเมินและให้บริการของนักกายอุปกรณ์หรือช่างกายอุปกรณ์

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
กายอุปกรณ์เทียมระดับไหล่และแขนส่วนบน	Shoulder disarticulation prosthesis Above elbow (AE) prosthesis	84.41	Fitting of prosthesis of upper arm and shoulder
กายอุปกรณ์เทียมระดับมือและแขนส่วนล่าง	Below elbow (BE) prosthesis Hand prosthesis	84.42	Fitting of prosthesis of lower arm and hand
กายอุปกรณ์เทียมอื่นๆสำหรับรยางค์บน		84.43	Fitting of prosthesis of arm, NEC
กายอุปกรณ์เทียมระดับเหนือเข่า	Hip disarticulation prosthesis Above knee (AK) prosthesis	84.45	Fitting of prosthesis above knee
กายอุปกรณ์เทียมระดับใต้เข่า	Below knee (BK) prosthesis Syme's prosthesis	84.46	Fitting of prosthesis below knee
กายอุปกรณ์เทียมอื่นๆสำหรับรยางค์ล่าง	Foot prosthesis	84.47	Fitting of prosthesis of leg, NEC

11. กลุ่มการตรวจทางกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา และการตรวจร่างกาย

(Anatomic and physiologic measurements and manual examinations)

แนวทางการบันทึกและแนวทางการให้รหัส

มีบันทึกการส่งตรวจหรือการตรวจของแพทย์ และมีการบันทึกผลการตรวจลงใน progress note หรือมีผลการตรวจในใบรายงานผลตรวจ

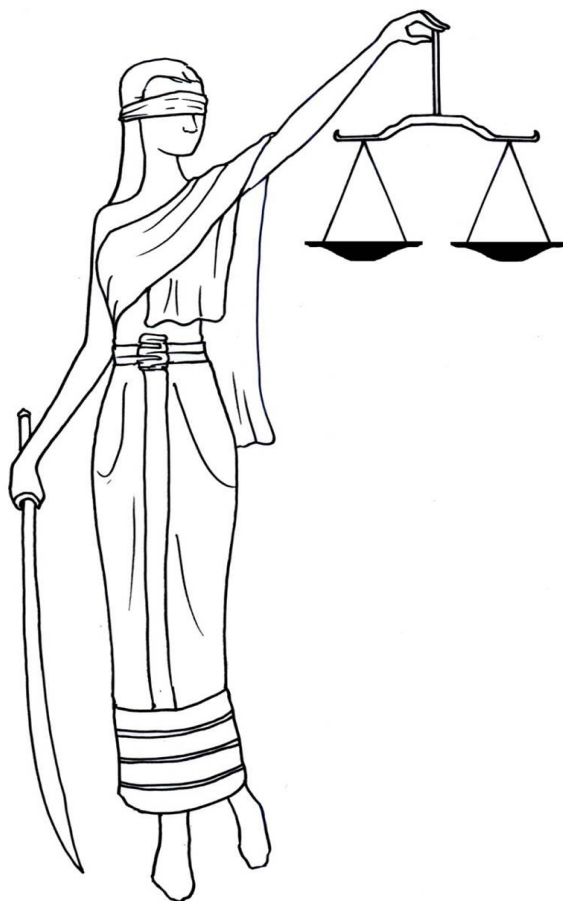
หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
การตรวจการทำงานของระบบประสาท	Nerve conduction study (NCS)	89.15	Other nonoperative neurologic function tests
การวัดแรงดันในระบบทางเดินปัสสาวะ	Manometry through: indwelling ureteral catheter nephrostomy pyelostomy ureterostomy	89.21	Urinary manometry
การตรวจการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ	Cystometry	89.22	Cystometrogram

หัตถการ	แนวทางการบันทึก	รหัส	ความหมายรหัสหัตถการ
การตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อของ urethral sphincter	Urethral sphincter EMG	89.23	Urethral sphincter electromyogram
การวัดอัตราการไหลของปัสสาวะ		89.24	Uroflowmetry [UFR]
การวัดความจุของปอด		89.37	Vital capacity determination <i>Excludes: endoscopic pulmonary airway flow measurement (33.72)</i>

- Urodynamic study เป็นการตรวจการทำงานของกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะในการเก็บและขับถ่ายปัสสาวะ ประกอบด้วยการตรวจหลายประเภทร่วมกัน ให้ใช้รหัส 89.22 , 89.23 , 89.24 ร่วมกัน ขึ้นอยู่กับประเภทของการตรวจ

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การตรวจสอบการจ่ายชดเชยตามรายการ



แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด

แนวคิด/หลักการ

การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้อย่างสะดวก รวดเร็วและมีคุณภาพ โดยกำหนดให้ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการลงทะเบียนสิทธิกับหน่วยบริการในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในขณะที่หน่วยบริการสามารถวางแผน การจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอกในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวให้แก่หน่วยบริการตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนสิทธิกับหน่วยบริการ และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 7 “กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกที่จำเป็นและไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ สปสช. จึงได้กำหนดแนวทางการจ่ายค่าชดเชยบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการที่มีการให้บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ซึ่งหน่วยบริการที่มีการให้บริการดังกล่าวสามารถขอรับค่าชดเชยบริการได้จาก สปสช. โดยกำหนดให้หน่วยบริการดำเนินการตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข “กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยนอก ต่างจังหวัด”

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานจ่ายค่าชดเชยบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มงานตรวจสอบการจ่ายชดเชยตามรายการ (billing audit) สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) จึงได้พัฒนาระบบตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE) ขณะเดียวกันก็จะได้รวบรวมประเด็นปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานของ หน่วยบริการและการบริหารจัดการจ่ายชดเชยของ สปสช. เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการจ่ายชดเชยและ การตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด
2. เพื่อให้หน่วยบริการนำผลการตรวจสอบที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาระบบการเบิกชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดให้ถูกต้อง ครบถ้วน
3. เพื่อนำผลที่ได้จากการตรวจสอบใช้ในการพัฒนาระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการจะพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียนและหลักฐานต่างๆที่ปรากฏในการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานจะถือว่าไม่มีการให้บริการในเรื่องนั้นๆ โดยหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารหลักฐานเพื่อการตรวจสอบ ดังนี้

1. เอกสารหลักฐานการตรวจรักษาและให้บริการ (จัดเรียงตามวันที่เข้ารับบริการ) ฉบับจริง หรือสำเนาที่ผ่านการรับรองทั้งฉบับ (ทุกหน้าหรือสำเนาใบแรกและระบุจำนวนหน้า) ดังนี้

1.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) เป็นข้อมูลการให้บริการที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น

1.2 ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในครั้งนั้น เช่น CBC, PT, PTT, bleeding time, cardiac enzyme เป็นต้น หรือบันทึกผลการตรวจในเวชระเบียน

1.3 ใบรายงานผลการตรวจทางรังสีวิทยา หรือบันทึกผลการตรวจในเวชระเบียน (ในกรณีการตรวจวินิจฉัย CT, MRI, radionuclide ต้องพบผล official report)

1.4 ใบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ หรือ หรือบันทึกผลการตรวจในเวชระเบียน

1.5 ใบแสดงรายการยาที่เบิกจ่าย หรือใบสั่งยา และต้องจัดเตรียมเอกสารเพิ่มเติมในบางกรณี เช่น กรณีที่มีการใช้ยา จ. 2 ควรมีหนังสืออนุมัติการใช้ยา จ.2

1.6 หลักฐานการทำการหัตถการต่างๆ (ถ้ามี)

1.7 หลักฐานเพิ่มเติม เช่น การบริการแพทย์ทางเลือก (นวดแผนไทยหรือฝังเข็ม) ต้องมีใบรับรองแพทย์ประกอบการให้บริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู การให้บริการทางทันตกรรม การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD sheet) การให้บริการทางจิตเวช และการบริการพิเศษอื่นๆ เป็นต้น

1.8 เอกสารบันทึกการให้บริการทางการแพทย์พยาบาล เช่น บันทึกสังเกตอาการ nurse's note, medication record บันทึกการให้เลือดและใบคล้องเลือด เป็นต้น

1.9 กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ที่มีการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกให้ติด sticker ไว้ใน OPD card ตามวันที่ทำการหัตถการ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

1.10 รายการส่งตรวจเฉพาะโรคตามแนวทางปฏิบัติ CPG / protocol / standing order กำกับของแต่ละหน่วยบริการ

ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค/การสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ โดยพบคำนำหน้าเป็น นายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) หรือมีเลข ว. วิชาชีพกำกับ (ในกรณีที่ป็นหน่วยบริการในสังกัดอื่นๆ เช่น กรมแพทย์ทหารบก กรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่คำนำหน้าเป็นยศ ไม่มีคำนำหน้าเป็น นายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) ต้องมีเลข ว. วิชาชีพกำกับ หรือต้องมีหลักฐานแสดงว่าบุคคลนั้นเป็นแพทย์จริง)

2. เอกสารหลักฐานการเงิน

2.1 อ้างอิงตามประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามที่สสช.กำหนด และหรือของกระทรวงสาธารณสุข และหรือของหน่วยบริการ และหรือของกรมบัญชีกลาง โดยพิจารณาตามลำดับ

2.2 ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ส่งเบิกชดเชย

3. เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ อันเนื่องมาจากบริการรักษา
นอกโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น ดังนี้

3.1 หลักฐานส่งต่อ (กรณีรับและส่ง refer) เช่น ใบส่งต่อ (refer) เป็นต้น

3.2 หลักฐานอื่นๆ เช่น การให้บริการรังสีรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทาง
รังสีวินิจฉัย และผลการตรวจวินิจฉัยพิเศษอื่นๆ เป็นต้น

4. เอกสารเพื่อประกอบการเบิกชดเชยค่าพาหนะส่งต่อ (ถ้ามี)

4.1 ใบส่งต่อ (refer)

4.2 บันทึกการใช้พาหนะ เช่น ใบอนุมัติการใช้พาหนะส่งต่อ หรือหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อ
หรือแบบขอเบิกค่ารถส่งต่อผู้ป่วย หรือบันทึกหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อของหน่วยบริการในการส่งต่อในเวช
ระเบียน และต้องระบุสถานพยาบาลรับส่งตัว เป็นต้น

5. เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

วิธีการดำเนินการ

แนวทางการตรวจสอบข้อมูลและหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วย
ฉุกเฉินข้ามจังหวัด ของหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ โดยกำหนดกรอบแนวทางการตรวจสอบ ดังนี้

1. การตรวจสอบกรณีเป็นไปตามเงื่อนไขการเบิกจ่ายกรณี OPAE ให้เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติใน
การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ดังนี้

1.1 ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ UC) มีหลักเกณฑ์/เงื่อนไขเพิ่มเติมสำหรับ
การตรวจสอบ ดังนี้

1.1.1 การเข้ารับการรักษาที่มาตามนัดของแพทย์ ไม่สามารถเบิกค่าชดเชยบริการกรณี OPAE

ยกเว้น 1.) การรักษาเพื่อป้องกันพิษสุนัขบ้า และบาดทะยัก หน่วยบริการสามารถรับ
ค่าใช้จ่าย ได้ตามจริง และต้องมีหลักฐานแสดงว่าผู้มีสิทธิได้รับวัคซีน กรณีที่ไม่พบหลักฐานการรับวัคซีนตาม
จำนวนที่มีการเบิกชดเชยดังกล่าว จะพิจารณาจ่ายให้เฉพาะครั้งที่มีการฉีดวัคซีนแก่ผู้มีสิทธิเฉพาะใน
หน่วยบริการเท่านั้น

2.) การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินในครั้งนั้น กรณีที่ยังไม่
สามารถกลับไปรับการรักษาที่หน่วยบริการประจำได้ สามารถเบิกค่าชดเชยบริการสำหรับการให้การรักษา
ต่อเนื่องได้ไม่เกิน 15 วัน (นับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ (กรณีผู้ป่วยใน) หรือ
นับจากการเข้ารับบริการในครั้งนั้น)

1.1.2 กรณีผู้มีสิทธิที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนทำให้มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
หรือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หน่วยบริการสามารถเบิกค่าชดเชยบริการสำหรับการรักษาที่เป็นภาวะ
ฉุกเฉินเร่งด่วนเท่านั้น และหากจำเป็นต้องให้การรักษาโดยรับยาสำหรับโรคเรื้อรังหรือดูแลอาการเจ็บป่วย
ต่อเนื่อง ให้หน่วยบริการดูแลให้ผู้มีสิทธิได้รับยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วยต่อเนื่องตาม
ความจำเป็นได้ไม่เกิน 15 วัน

1.1.3 กรณีผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษากรณี OPAE ณ หน่วยบริการ และถูกส่งต่อมารับการตรวจ
วินิจฉัย(Investigation) และกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องกับหน่วยบริการเดิม หน่วยบริการที่ให้การตรวจ
วินิจฉัยไม่สามารถนำค่าใช้จ่ายกรณีการตรวจวินิจฉัยมาเบิกกรณี OPAE (ต้องเรียกเก็บค่าตรวจวินิจฉัยจาก
หน่วยบริการที่ส่งตรวจ)

1.1.4 กรณีผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษากรณี OPAE ณ หน่วยบริการ (1) แต่เนื่องจากอาการเจ็บป่วยดังกล่าวเกินศักยภาพของหน่วยบริการ (1) จึงส่งต่อมารับการรักษาที่หน่วยบริการ (2) กรณีนี้หน่วยบริการทั้ง 2 แห่งสามารถเบิกค่าชดเชยบริการได้หากการเจ็บป่วยครั้งนั้นเป็นไปตามหลักเกณฑ์/เงื่อนไขการจ่ายชดเชย กรณี OPAE

1.1.5 กรณีอุบัติเหตุจราจรให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 (พรบ.) ภายในวงเงินที่ พรบ.กำหนดก่อน

1.2 สิทธิว่าง

กรณีสิทธิว่างจะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลทุกกรณี จากหน่วยบริการในสังกัดของรัฐ ตามความจำเป็นทางการแพทย์จนกว่าจะเกิดสิทธิ

1.3 ผู้มีสิทธิทหารผ่านศึก/คนพิการ

ทหารผ่านศึก/คนพิการ ที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพ จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลทุกกรณีจากหน่วยบริการในสังกัดของรัฐ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามความจำเป็นทางการแพทย์ ทั้งนี้ ต้องมิใช่การส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ (ถ้าเป็นการส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ ให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำ)

1.4 ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ

ผู้มีสิทธิทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ สามารถเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการนอกสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ ถือเป็นการให้บริการต่างสังกัดที่สามารถเบิกกรณี OPAE ได้ (ถึงแม้หน่วยบริการนั้นจะอยู่ในพื้นที่จังหวัดเดียวกันก็ตาม) ทั้งนี้ ต้องมิใช่การส่งต่อจากหน่วยบริการต้นสังกัด (ถ้าเป็นการส่งต่อจากหน่วยบริการต้นสังกัด ให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการต้นสังกัด)

2. อัตราการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

สปสข.กำหนดจ่ายชดเชยค่าบริการแก่หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ

3. แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน

การตรวจสอบรายการค่าชดเชยบริการของหน่วยบริการในทุกรายการค่าใช้จ่าย ต้องประกอบด้วย

1. บันทึกการวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

1.1 บันทึกการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค หรือบันทึกอาการ ทั้งนี้ไม่รวมถึงกรณีการให้ป็นรหัสโรคเพียงอย่างเดียว พร้อมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนั้น ได้แก่ หลักฐานการซักประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจต่างๆ เป็นต้น

1.2 กรณีที่มีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังของผู้ป่วย ต้องมีบันทึกการวินิจฉัยโรค (หากมีการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้อง)

1.3 กรณีที่มีการวินิจฉัยโรคผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการส่งการรักษาต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ โดยต้องพบคำนำหน้าเป็นนายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) หรือมีเลข ว. วิชาชีพกำกับ หรือลงชื่อในนามแพทย์

ผู้รักษา (ในกรณีที่เป็นหน่วยบริการในสังกัดอื่นๆ เช่น กรมแพทย์ทหารบก กรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่คำแนะนำเป็นยศ ไม่มีคำแนะนำเป็น นายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) ต้องมีเลข ว.วิชาชีพกำกับ หรือต้องมีหลักฐานแสดงว่าบุคคลนั้นเป็นแพทย์จริง)

2. บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค และการเจ็บป่วย

ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

2.1 บันทึกการให้การรักษารวมถึงกรณี รับคำสั่ง (รคส.) เช่น การสั่งยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หัตถการ รังสี หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ เป็นต้น ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค อาการ **และ** **แพทย์ลงนามกำกับ**

2.2 กรณีมีการวินิจฉัยและการสั่งการรักษาล่วงหน้า โดยไม่มีคำสั่งแพทย์ ต้องแสดงหลักฐาน CPG / protocol / standing order ของหน่วยบริการนั้น

2.3 กรณีการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย (investigation) สามารถใช้คำสั่งแพทย์จากใบส่งต่อการรักษา (refer) ได้ ทั้งนี้ต้องเป็นการตรวจวินิจฉัยที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยในใบส่งต่อการรักษาด้วย

2.4 กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ โดยต้องพบคำแนะนำเป็น นายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) หรือมีเลข ว.วิชาชีพกำกับ หรือ**ลงชื่อในนามแพทย์ผู้รักษา** (ในกรณีที่เป็นหน่วยบริการในสังกัดอื่นๆ เช่น กรมแพทย์ทหารบก กรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่คำแนะนำเป็นยศ ไม่มีคำแนะนำเป็น นายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) ต้องมีเลข ว.วิชาชีพกำกับ หรือต้องมีหลักฐานแสดงว่าบุคคลนั้นเป็นแพทย์จริง)

3. หลักฐานการได้รับการรักษา

ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

3.1 ผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ

3.2 หลักฐานการให้บริการทางการแพทย์ เช่น การฉีดยา การทำแผล การให้เลือด การให้สารน้ำ เป็นต้น โดยพบผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพลงนามกำกับ

3.3 หลักฐานการให้บริการตามวิชาชีพ เช่น การให้บริการทางทันตกรรม การให้บริการทางกายภาพ การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) การให้บริการทางจิตเวช เป็นต้น

3.4 หลักฐานการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ เช่น infusion pump, O2 sat monitor, EKG monitor เป็นต้น โดยพบหลักฐานติดตามการใช้เครื่องมือทางการแพทย์มากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป

3.5 หลักฐานการใช้ หรือการรับ-จ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม ได้แก่ ใบสั่งยา **และบันทึกการรับอุปกรณ์รายบุคคล** หรือกรณีที่อุปกรณ์อวัยวะเทียมภายในร่างการที่มี serial number หรือ sticker เป็นต้น

4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ต้องปรากฏ ได้แก่

4.1 ชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ วันที่ให้บริการ

4.2 ข้อมูลชื่อ-สกุลผู้มีสิทธิ และ เลขประจำตัวประชาชน HN หรือ visit number (VN) และ จำนวนเงินที่ขอเบิก

4.3 รายละเอียดค่าใช้จ่ายที่ระบุรหัสรายการ และหมวดรายการค่าใช้จ่าย ตามประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามที่สสข.กำหนด และหรือ ของกระทรวงสาธารณสุข และหรือของหน่วยบริการ

4.4 ชื่อรายการยา (และหรือ ขนาด) จำนวน ราคา

4.5 ข้อมูลส่งเบิกจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลเฉพาะที่เบิกได้ ประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามที่สสข.กำหนด และหรือ ของกระทรวงสาธารณสุข และหรือของหน่วยบริการ กำหนดให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เฉพาะในส่วนที่มีในประกาศและเบิกได้เท่านั้น ดังนั้นจำนวนเงินที่ส่งเบิกให้รวมยอดเฉพาะส่วนที่เบิกได้เท่านั้น

หมายเหตุ ไม่ให้เบิกล่วงหน้าก่อนการให้บริการจริง

ทั้งนี้ สสข.กำหนดหลักเกณฑ์แนวทางพิจารณาตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณี OPAE ของแต่ละหมวดรายการ ดังนี้

หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร

สำหรับผู้มีสิทธิที่มารับบริการผู้ป่วยนอกและจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต้องนอนสังเกตอาการ ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป ให้สามารถจ่ายชดเชยบริการเป็นค่าห้องสังเกตอาการได้ ทั้งนี้ไม่สามารถเบิกค่าบริการผู้ป่วยนอกกรณีในและนอกเวลาราชการได้อีก

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) มีคำสั่งแพทย์ให้สังเกตอาการและหลักฐานการให้บริการ
- 2) มีระยะเวลาเริ่มต้น - สิ้นสุด จนถึงแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน บันทึกรายละเอียดการดูแลรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยในเวชระเบียนหรือในแบบบันทึกสังเกตอาการ
- 3) กรณีที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน แต่ไม่สามารถหาเตียง admit จึงจำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการมากกว่า 24 ชั่วโมงต้องพบบันทึกหลักฐานหรือเหตุผลที่ไม่สามารถ admit ได้
- 4) กรณีสังเกตอาการและรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้หน่วยบริการนำรายการค่าใช้จ่ายทั้งหมดรวมเป็นค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยในและเรียกเก็บค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นกรณีผู้ป่วยในไม่สามารถเบิกเป็นกรณีผู้ป่วยนอก OPAE

หมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

ค่าใช้จ่ายตามรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เป็นไปตามคำสั่งการรักษาและการวินิจฉัยที่มีลักษณะและข้อบ่งชี้ที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วย หรือข้อบ่งชี้ที่กำกับในรายการ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ เงื่อนไข อัตรา ให้เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. เบิกได้ตามหน่วยนับของอุปกรณ์ที่กำหนด เช่น ชิ้น คู่ ข้าง ชุด เป็นต้น และเป็นไปตามข้อบ่งชี้ตามประกาศที่ สสข.กำหนด

2. หลักฐานการใช้ หรือการรับ-จ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม ได้แก่ ใบสั่งยาและบันทึกการรับอุปกรณ์รายบุคคล หรือกรณีที่เป็นอุปกรณ์อวัยวะเทียมภายในร่างกายต้องมี serial number หรือ sticker เป็นต้น

หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด หมวดที่ 4 ค่ายากลับบ้าน

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. กรณีจ่ายยาให้จ่ายชัดเจนได้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ รายละเอียดตาม
 - ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 กำหนดให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับความคุ้มครองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ข้อ 19(6) ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
 - หนังสือ สปสช. 03/ ว1146 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2547 เรื่องซักซ้อมความเข้าใจกรณีการจ่ายยานอกบัญชียาหลัก (สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ <http://\audit.nhso.go.th\auditonline\>)
2. กรณีค่าวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า และบาดทะยัก จ่ายค่าบริการวัคซีนได้ตามหลักฐานที่ปรากฏว่าผู้มีสิทธิได้รับวัคซีนเท่านั้น
3. กรณีการเบิกค่าใช้จ่ายที่มีโปรแกรมเฉพาะในการเบิกจ่าย เช่น DMIS-HD, HIV,TB, ยา จ 2 เป็นต้น ไม่สามารถเบิกจาก OPAE ได้
4. จ่ายค่ายาให้ตามหลักฐานที่ปรากฏในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และหรือใบสั่งยา และหรือระบบคอมพิวเตอร์ โดยการส่งจ่ายยาทุกรายการต้องมีคำสั่งการรักษาของแพทย์ต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัย การเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ วันที่ในใบสั่งยา ใบรับยาและวันที่สั่งการรักษาต้องสอดคล้องตรงกัน ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนตามที่แพทย์สั่งตามความจำเป็นได้ไม่เกิน 15 วัน ยกเว้นสิทธิทหารผ่านศึก สิทธิคนพิการ และสิทธิกำลังพลสำรอง ให้เบิกจ่ายได้สอดคล้องกับวันนัดครั้งต่อไป
5. กรณีผู้มีสิทธิที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนทำให้มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้พิจารณาจ่ายค่าชดเชยบริการสำหรับการรักษาที่เป็นภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนเท่านั้น และหากจำเป็นต้องให้การรักษาโดยรับยาสำหรับโรคเรื้อรังหรือดูแลอาการเจ็บป่วยต่อเนื่อง ให้พิจารณาจ่ายยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วยต่อเนื่องตามความจำเป็นได้ไม่เกิน 15 วัน ยกเว้นสิทธิทหารผ่านศึก สิทธิคนพิการ และสิทธิกำลังพลสำรอง ให้เบิกจ่ายได้สอดคล้องกับวันนัดครั้งต่อไป
6. บันทึกการสั่งยาในเวชระเบียน ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคหรือแยกโรคหรืออาการ ในวันที่รับบริการ (visit) ครั้งนั้น
7. กรณีไม่มีบันทึกการสั่งยาในเวชระเบียน ให้ใช้ใบสั่งยา ใบแทนหรือหลักฐานว่ามีผู้ป่วยมาตรวจวันที่รับบริการ (visit) นั้นได้
8. กรณีรายการยาในใบรายการค่าใช้จ่ายไม่สอดคล้องกับคำสั่งแพทย์หรือใบสั่งยา (ทั้งชนิดและจำนวน) ให้พิจารณาจ่ายยาในรายการและจำนวนตามคำสั่งแพทย์หรือใบสั่งยา ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนตามที่แพทย์สั่ง
9. ไม่จ่ายค่ายา กรณีไม่พบบันทึกแพทย์และลายเซ็นแพทย์ผู้รักษาในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ณ วันที่รับบริการ แม้จะมี visit date มีบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย มีหลักฐานใบสั่งยา/ใบรับยา

10. บันทึกการสั่งยา รวมถึงกรณี รับคำสั่ง (รคส.) และแพทย์ลงนามกำกับ พบกรณีมีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษา ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ โดยต้องพบคำนำหน้าเป็น นายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) หรือมีเลข ว. วิชาชีพกำกับ หรือลงชื่อในนามแพทย์ผู้รักษา (ในกรณีที่ เป็นหน่วยบริการในสังกัดอื่นๆ เช่น กรมแพทย์ทหารบก กรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่คำนำหน้าเป็นยศ ไม่มีคำนำหน้าเป็น นายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) ต้องมีเลข ว. วิชาชีพกำกับ หรือต้องมีหลักฐานแสดงว่าบุคคลนั้นเป็นแพทย์จริง)

11. การเบิกจ่ายค่ายาให้เป็นไปตามราคายาต่อหน่วยของหน่วยบริการที่ให้บริการจริงไม่เกินราคา drug catalog ณ วันที่รับบริการ

หมายเหตุ กรณีที่มีต้องใช้สารละลายเพื่อผสมยาสามารถให้เบิกสารละลายได้ตามมาตรฐานการรักษาพยาบาล

หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์มีค่าใช้จ่าย

ค่าเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย หมายถึง ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย แต่ไม่รวมถึงวัสดุทางการแพทย์ที่จัดอยู่ในรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคในหมวดที่ 2

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ค่าวัสดุทางการแพทย์ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายหมวดอื่นแล้ว ห้ามนำมาเบิกอีก อาทิ เช่น หัตถการผ่าตัดได้รวมค่าวัสดุสิ้นเปลืองที่เป็นอุปกรณ์พื้นฐานที่ใช้ในการทำหัตถการผ่าตัดแล้ว เช่น ไบโอมิด เอ็มซีดียา สายให้ออกซิเจน สำลี ถุงมือ เป็นต้น
2. พบหลักฐานบันทึกการสั่งจ่ายเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค การเจ็บป่วย หรืออาการ โดยสั่งจ่ายเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายตามความจำเป็นไปได้ไม่เกิน 15 วัน ยกเว้นสิทธิทหารผ่านศึก สิทธิคนพิการ และสิทธิกำลังพลสำรอง ให้เบิกจ่ายได้สอดคล้องกับวันนัดครั้งต่อไป

หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

ค่าจัดการบริการการให้โลหิตหรือส่วนประกอบของโลหิต เช่น โลหิต (whole blood) เม็ดโลหิตแดง (packed red cell) พลาสมาสด (fresh plasma หรือ fresh frozen plasma) เกล็ดโลหิต (platelet concentrate) พลาสมา (plasma) โดยให้รวมค่าอุปกรณ์บรรจุ น้ำยาที่ใช้ในการเตรียมการตรวจทางเทคนิค ตลอดจนค่าบริการในการให้ด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์
- 2) ต้องพบหลักฐานบันทึกการให้โลหิตหรือส่วนประกอบของโลหิต และใบคล้องเลือด
- 3) จ่ายชดเชยให้ตามจำนวนที่จองและใช้จริงเท่านั้น
- 4) การสั่งจองเลือดแต่ไม่พบหลักฐานการให้เลือดแก่ผู้มีสิทธิ ไม่สามารถเบิกค่าชดเชยได้ ยกเว้นผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีบันทึกเหตุผลทางการแพทย์ และได้เบิกจากธนาคารเลือดแล้ว
- 5) ส่วนประกอบเลือดที่สถานพยาบาลรับบริจาคเองกรณีไม่ระบุเทคนิคของการตรวจคัดกรองเชื้อไวรัส (NAT) ให้ถือว่าเป็นการตรวจไม่ใช้ NAT ราคาที่กำหนดต้องเป็นราคาที่รวมรายการค่าอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อ อุปกรณ์โลหิตและการเตรียมส่วนประกอบโลหิตและการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อแล้ว

หมายเหตุ

- ❖ ส่วนที่รับบริการต่อจากสภาอากาศไทย เป็นรายการตรวจ NAT (nucleic acid amplification) ทุก unit แล้ว ให้ใช้ราคาแบบที่ใช้ NAT
- ❖ ราคาส่วนประกอบโลหิตชนิด leukocyte deplete ได้รวมค่า filtration set แล้ว

หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคทางการแพทย์และพยาธิวิทยา

ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าตรวจน้ำตาลในเลือด ค่าตรวจปัสสาวะ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าน้ำยาและวัสดุสิ้นเปลือง ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ และค่าบริการในการจัดเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจ
2. ต้องพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือพบบันทึกผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน
3. ไม่ให้เบิกกรณีที่มีคำสั่ง routine lab, blood chemistry, lab pre-operation หรือเป็นคำสั่ง LAB ชุดที่สั่งเฉพาะในหน่วยบริการ โดยไม่ระบุรายการตรวจแต่ละรายการ ยกเว้นกรณีรายการส่งตรวจเฉพาะโรคแนวทางปฏิบัติ CPG/protocol/standing order กำกับของแต่ละหน่วยบริการ
4. กรณีส่งตรวจนอกหน่วยบริการเนื่องจากไม่มีบริการตรวจในหน่วยบริการ ให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกหน่วยบริการเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยตรวจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

ค่าบริการทางรังสีวิทยาทั้งในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เช่น การทำ X-ray, CT scan, ultrasonography, MRI, radionuclide scan และรังสีรักษาต่างๆ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าอุปกรณ์ ค่ายา (ถ้ามี) และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นโดยตรง เช่น ฟิล์ม เข็มและกระบอกฉีดยา สายน้ำเกลือ ออกซิเจน การใช้เครื่อง monitor เป็นต้น (ต้องไม่นำไปคิดรวมกับเวชภัณฑ์ที่มีขาย หรือค่าอุปกรณ์ของใช้เครื่องมือทางการแพทย์อีก) และค่าบริการจัดการ

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจ
2. ต้องพบผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา หรือพบบันทึกผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน (ต้องพบผล official report ในกรณีการตรวจวินิจฉัย CT, MRI, radionuclide)
3. กรณีส่งตรวจนอกหน่วยบริการเนื่องจากไม่มีบริการตรวจในหน่วยบริการ ให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกหน่วยบริการเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยตรวจ และผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

หมายเหตุ

❖ รายการรังสีร่วมรักษา ต้องเบิกในหมวดหัตถการนอกห้องผ่าตัด (หมวดที่ 11)

❖ การตรวจ computerized tomography (CT) ตามมาตรฐานเป็นการใช้สารทึบชนิด ionic contrast media

- ถ้าใช้ nonionic contrast media ให้คิดราคาเพิ่มเติมตามรายการที่กำหนด
- กรณีเบิกค่าใช้จ่ายรายการที่ไม่มีระบุแยกเป็น non contrast (NC) หรือ with contrast media (CM) ให้ใช้เป็นราคา non contrast (NC) แต่หากมี official report ของรังสีแพทย์ที่ระบุ with contrast media (CM) ให้ใช้เป็น with contrast media (CM)

❖ การตรวจพิเศษด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)

- ราคาที่กำหนดไว้นี้ไม่รวม Gd – contrast ถ้าจำเป็นต้องใช้ ให้คิดราคาเพิ่มเติมตามที่กำหนดในรายการ
- กรณีเบิกค่าใช้จ่ายรายการที่ไม่มีระบุแยกเป็น non Gd – contrast หรือ with Gd – contrast (CM) ให้ใช้เป็นราคา non Gd – contrast แต่หากมี official report ของรังสีแพทย์ที่ระบุ with Gd – contrast ให้ใช้เป็น with Gd – contrast

❖ การตรวจ ultrasound (U/S) หากพบคำสั่งแพทย์ไม่ระบุตำแหน่ง ให้พิจารณาเบิกจ่ายตามรายงานผลการตรวจ official report จากแพทย์ผู้ทำหรือรังสีแพทย์

❖ ในกรณีที่มีการทำ intervention ต้องมีการบันทึกวิธีหรือขั้นตอนการทำหัตถการและรายงานผลของการทำหัตถการนั้น

หมวดที่ 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ

ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากการตรวจทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา และรังสีวิทยา เช่น EKG, EMG, EEG, exercise stress test, echocardiography, audiometry เป็นต้น โดยให้รวมค่าการใช้อุปกรณ์ ค่ายา วัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นโดยตรง และค่าบริหารจัดการด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจ
- 2) ต้องพบผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ หรือพบบันทึกผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน
- 3) กรณีส่งตรวจนอกหน่วยบริการเนื่องจากไม่มีบริการตรวจในหน่วยบริการ ให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกหน่วยบริการเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยตรวจ และผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ

หมวดที่ 10 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์

ค่าใช้จ่ายในการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือของหน่วยบริการเพื่อประกอบการบำบัดรักษา โดยให้รวมค่ายาและวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นต่อการใช้ และมีปริมาณการใช้ที่แน่นอน ร่วมกับอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์นั้น ทั้งนี้ การคิดค่าบริการจะต้องไม่ซ้ำซ้อนกับค่าบริการประเภทอื่น และสถานพยาบาลต้องมีหลักเกณฑ์ในการกำหนดอัตราที่ชัดเจน เช่น เครื่องช่วยหายใจ (ให้รวมค่าออกซิเจน) เครื่อง monitor ต่างๆ และค่า set ที่ใช้ในการตรวจรักษาต่างๆ เป็นต้น

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. เบิกได้ตามหน่วยนับของการใช้อุปกรณ์ที่กำหนด
2. ต้องพบหลักฐานบันทึกการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์
3. กรณีหน่วยเบิกของอุปกรณ์เป็น **วัน** ให้สามารถใช้ได้ในกรณีผู้ป่วยนอกที่มีการ observe

สังเกตอาการมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไปต่อเนื่องเป็นระยะๆ และพบบันทึกการใช้อุปกรณ์ต่อเนื่องเป็นระยะๆ ที่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย

หมายเหตุ

- ❖ กรณีมีการวัด O₂ sat ที่เป็น routine จะรวมอยู่ในคำวัดสัญญาณชีพ หมวด 12 ไม่สามารถเบิกเพิ่มเติมได้
- ❖ การวัด O₂ sat ที่เป็นการติดตามอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง (monitor) เป็นเวลามากกว่า 2 ชั่วโมง สามารถเบิกเพิ่มเติมได้
- ❖ กรณีการใช้เครื่องควบคุมสารน้ำ ให้เบิกได้ในผู้ป่วยที่มีการ observe สังเกตอาการมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไปและมีความจำเป็น เช่น การให้ยา high alert drug หรือการให้ยาในเด็กทารก หรือในผู้ป่วยที่ให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น

หมวดที่ 11 ค่าหัตถการและวัสดุ

ค่าใช้จ่ายการทำหัตถการให้เหมาตามรายการหัตถการต่าง ๆ ประกอบด้วย

1. ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในการทำหัตถการนั้น ๆ เช่น ค่าบริการฟื้นคืนชีพ (CPR) รวมการใช้เครื่อง defibrillation (ไม่รวมค่ายา และ ET tube)
2. ค่ายาพื้นฐานที่ใช้ เช่น antiseptic ยาชา ที่ใช้ในการทำหัตถการ
3. ค่าวัสดุสิ้นเปลืองพื้นฐานที่ใช้ในการทำหัตถการ เช่น ไข่มด ไหมเย็บแผล ผ้ากอส สำลี วัสดุที่ใช้ในการปิดบาดแผล ถูมือ เป็นต้น

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ และหลักฐานการทำหัตถการให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพกำหนด ในเวชระเบียนหรือใบบันทึกการทำหัตถการ
2. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายตามแต่ละรายการที่ได้ระบุหมายเหตุบอกไว้แล้วหำนำมาเบิกอีก อาทิเช่น การใช้ไตเทียม (hemodialysis) : acute hemodialysis รวมอุปกรณ์พื้นฐาน วัสดุสิ้นเปลืองตัวกรอง blood line เข็มแทง ยาพื้นฐาน ออกซิเจน และ monitor เป็นต้น

หมวดที่ 12 ค่าบริการทางการแพทย์

ค่าบริการทางการแพทย์ แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. ค่าบริการพยาบาลทั่วไป คือการพยาบาลพื้นฐานที่คิดเหมาจ่ายเป็นรายวัน ซึ่งครอบคลุมการพยาบาลมาตรฐานในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การวัดสัญญาณชีพ การวัดระดับสายตา (VA) การตรวจตาด้วย slit lamp การจัดยา การให้ยา การเจาะเลือด การให้เลือด การดูแลท่อและสารระบาย การส่งตรวจ การดูแลและปรับตั้งอุปกรณ์ การแพทย์ การเช็ดตัว การอาบน้ำเด็กแรกเกิด การพลิกตัวผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นต้น ในการนี้ราคาที่กำหนดได้คิดรวมอุปกรณ์/วัสดุพื้นฐานทุกอย่าง เช่น เข็ม และ syringe แล้ว และการคิดค่าบริการให้คิดสอดคล้องกับการคิดจำนวนวัน

2. ค่าบริการกิจกรรมพิเศษที่นอกเหนือจากค่าบริการพื้นฐาน เช่น การทำแผล การสวนปัสสาวะ เป็นต้น ในการคิดค่าบริการให้รวมถึงค่าชุดเครื่องมือ ค่ายาพื้นฐาน และวัสดุสิ้นเปลืองด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) ต้องพบคำสั่งแพทย์ ยกเว้นกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล เช่น การช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะ การทำแผล เป็นต้น
- 2) บันทึกทางการแพทย์ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย และพบการลงนามของพยาบาลกำกับ
- 3) ไม่ให้เบิกกรณีเป็นชุดหรือคอร์ส เช่น ค่าทำแผล ค่าฉีดยา เป็นต้น ให้คิดราคาต่อครั้งที่มารับบริการจริง

ยกเว้น กรณีตรวจสอบหลักฐานพบการให้บริการครบถ้วนอนุมัติให้เบิกเป็นชุดหรือเป็นคอร์สจ่ายได้

หมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม

ค่าบริการทางทันตกรรมที่เบิกได้ต้องเป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ เช่น ประสบอุบัติเหตุและจำเป็นต้องได้รับการถอนฟันเร่งด่วนเพื่อการรักษา โดยการคิดค่าบริการให้คิดครอบคลุม ค่าเครื่องมือ ค่ายาพื้นฐานที่ใช้ และวัสดุสิ้นเปลืองด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) ต้องพบบันทึกรายละเอียดระบุตำแหน่งโรคหรืออาการที่ผู้ป่วยเป็น และการรักษาที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยในเวชระเบียน โดยทันตแพทย์ หรือ ทันตภิบาล
- 2) กรณีมีการบันทึกรายละเอียดที่ให้บริการทางทันตกรรม
- 3) ค่าบริการทางทันตกรรมที่เบิกไม่ได้
 1. ค่าจัดฟันเพื่อความสวยงาม
 2. ทันตกรรมที่ไม่สามารถเบิกในกรณี OPAE เช่น การจัดฟัน การอุดฟัน ขูดหินน้ำลาย การผ่าฟันคุด เป็นต้น
- 4) การเบิกแต่ละรหัสรายการ ให้คิดจากหน่วยที่กำหนด เช่น ซี ตำแหน่ง ครั้ง เป็นต้น

หมายเหตุ ทั้งนี้ค่าบริการทางทันตกรรมที่เบิกได้ต้องเป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ

- ทันตภิบาล สามารถทำหัตถการ ขูดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟันได้เท่านั้น
- กรณีการอุดฟันหากไม่ระบุด้านให้คิดเป็นด้านเดียว

หมวดที่ 14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู และหมวดที่ 15 ค่าบริการฝังเข็ม และค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น

ค่ากายภาพบำบัด อาชีวบำบัด กิจกรรมบำบัดต่างๆ และบริการฝังเข็ม เป็นรายการบริการที่มักไม่ปรากฏในการเบิกขุดเชยค่าบริการกรณี OPAE แต่หากพบการเบิกจากหน่วยบริการให้ตรวจสอบจากบันทึกคำสั่งแพทย์ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกร่วมกับการวินิจฉัยโรค การเจ็บป่วย และบันทึกการบริการ

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องบันทึกคำสั่งแพทย์ในการสั่งทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ
2. ต้องพบบันทึกรายละเอียดการบริการในเวชระเบียน โดยผู้ประกอบวิชาชีพตรงตามสาขาการให้บริการ

หมวดที่ 16 ค่าบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

ค่าบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง แบ่งเป็น

1. ค่าบริการที่เบิกได้ เช่น ค่าพาหนะ เป็นต้น
2. ค่าบริการที่เบิกไม่ได้ เช่น ค่าสระผม ทำผม ค่าอาบน้ำ เป็นต้น

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) ต้องพบคำสั่งแพทย์ส่งต่อผู้ป่วย
- 2) ต้องพบหลักฐานใบอนุมัติการใช้พาหนะส่งต่อ หรือหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อ หรือแบบขอเบิกค่ารถส่งต่อผู้ป่วย หรือบันทึกหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อของหน่วยบริการในการส่งต่อในเวชระเบียน และต้องระบุสถานพยาบาลรับส่งตัว
- 3) การคำนวณระยะทางค่าพาหนะส่งต่อของสถานพยาบาลต้นทางและสถานพยาบาลปลายทางให้อ้างอิงตามระยะทางของกรมทางหลวง
- 4) อัตราการเบิกค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วยให้เบิกตามจริงได้ในอัตรา 500 บาท กรณีระยะทางเกิน 50 กิโลเมตรให้บวกเพิ่มด้วยอัตราตามระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง (กิโลเมตร) คูณ 2 (ไป – กลับ) คูณอัตรา 4 บาทต่อกิโลเมตร
- 5) สถานพยาบาลปลายทางต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือสังเกตอาการ (ยกเว้นกรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ) หรือสถานพยาบาลปลายทางรับไว้เป็นผู้ป่วยใน แล้วทำการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติ เห็นควรส่งกลับเพื่อไปพักฟื้นหรือไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทางที่ทำการส่งต่อ
- 6) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากไม่สามารถทำการรักษาได้ ทั้งนี้ไม่รวมถึงกรณีการรับผู้ป่วยจากบ้านหรือจากที่เกิดเหตุ หรือการส่งไปตรวจทางห้องทดลองหรือเอ็กซเรย์
- 7) ในกรณีที่พาหนะส่งต่อผู้ป่วยเป็นของสถานพยาบาลอื่นนอกจากสถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทาง หรือเป็นพาหนะส่งต่อของสถานพยาบาลเอกชน ให้สถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทางที่เป็น “ผู้ขอใช้พาหนะ” เป็นผู้เบิกจ่ายให้กับสถานพยาบาลเจ้าของพาหนะ

หมายเหตุ

- ❖ ค่าบริการพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ไม่ถือเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นก่อนรับผู้มีสิทธิเป็นผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง ที่จะต้องนำมาคำนวณตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ตามหนังสือกรมบัญชีกลางด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 112 ลงวันที่ 24 มีนาคม 2554
- ❖ พาหนะส่งต่อ ต้องเป็นพาหนะที่โรงพยาบาลจัดเตรียมใช้เพื่อส่งต่อผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ซึ่งควรมีอุปกรณ์ basic life support และบุคลากรของโรงพยาบาลร่วมเดินทางไปด้วยเพื่อการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ คู่มือ ที่เกี่ยวข้อง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2555
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหลักเกณฑ์ วิธี เงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การให้บริการพนักงานส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว (อปท.) กรณีผู้ป่วยนอก

แนวคิด/หลักการ

ตามนโยบายสำคัญของรัฐบาลให้เพิ่มประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรับบริการอย่างมีคุณภาพ สะดวก รวดเร็ว ทั้งการ บูรณาการสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้รับจากระบบประกันสุขภาพต่างๆ อย่างเสมอภาค เท่าเทียมและมีมาตรฐานเดียวกัน โดยได้มอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาให้เกิดความคุ้มครองความมั่นคงของสิทธิด้านการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว ภายใต้หลักการให้พนักงานส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวได้รับสิทธิเช่นเดียวกับผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่องการสำรองจ่ายค่ารักษา ตามมาตรา 9 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยการออกพระราชกฤษฎีกากำหนดให้ พนักงานส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว (ผู้มีสิทธิ) ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 9 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อรองรับการใช้สิทธิดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อให้พนักงานส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว สามารถเข้าถึงสิทธิรับบริการสาธารณสุขได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ ที่กำหนดเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพะ และมีความมั่นใจในระบบการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพนั้น

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ กลุ่มงานตรวจสอบการจ่ายชดเชยตามรายการ (billing audit) สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) จึงได้พัฒนาระบบตรวจสอบการจ่ายชดเชยการให้บริการพนักงานส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวให้ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในด้านธรรมาภิบาล แก่องค์กร หน่วยงาน และประชาชน และเพื่อให้ สปสช.เขต รับทราบถึงผลการดำเนินงาน รวมถึงปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานของหน่วยบริการและการบริหารจัดการจ่ายชดเชยการให้บริการพนักงานส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวของสปสช. รวมทั้งสามารถให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยบริการ และสปสช.ได้อย่างทันที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยกรณีการให้บริการผู้ป่วยนอก สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว
2. เพื่อให้หน่วยบริการนำผลการตรวจสอบที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาระบบการเบิกชดเชยกรณีการให้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว ให้ถูกต้องครบถ้วน
3. เพื่อนำผลที่ได้จากการตรวจสอบใช้ในการพัฒนาระบบการจ่ายชดเชยกรณีการให้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการจะพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียนและหลักฐานต่างๆที่ปรากฏในการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานจะถือว่าไม่มีการให้บริการในเรื่องนั้นๆ โดยหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารหลักฐานเพื่อการตรวจสอบ ดังนี้

1. เอกสารหลักฐานการตรวจรักษาและให้บริการ (จัดเรียงตามวันที่เข้ารับบริการ) ฉบับจริง หรือสำเนาที่ผ่านการรับรองทั้งฉบับ (ทุกหน้าหรือสำเนาใบแรกและระบุจำนวนหน้า) ดังนี้

1.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) เป็นข้อมูลการให้บริการอยู่ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบย้อนหลังอย่างน้อย 1 ปี และช่วงเวลาที่ขอตรวจสอบจนถึงปัจจุบัน รวมถึง visit ที่มีการใช้ยานอกบัญชีต่อเนื่องก่อน ตุลาคม พ.ศ. 2555

1.2 ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในครั้งนั้น เช่น CBC, PT, PTT, bleeding time, cardiac enzyme เป็นต้น หรือบันทึกผลการตรวจในเวชระเบียน

1.3 ใบรายงานผลการตรวจทางรังสีวิทยา หรือบันทึกผลการตรวจในเวชระเบียน (ในกรณีการตรวจวินิจฉัย CT, MRI, radionuclide ต้องพบผล official report)

1.4 ใบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ หรือบันทึกผลการตรวจในเวชระเบียน

1.5 ใบแสดงรายการยาที่เบิกจ่าย หรือ ใบสั่งยา และต้องจัดเตรียมเอกสารเพิ่มเติมในบางกรณี เช่น

1.5.1 กรณีที่มีการใช้ยานอกบัญชีต้องมีหนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชี (ยกเว้นหน่วยบริการ 168 แห่งที่ได้รับการรับรอง แต่ต้องระบุเหตุผลการใช้ยาบันทึกในเวชระเบียน)

1.5.2 กรณีการใช้ยาราคาแพงที่กรมบัญชีกลางกำหนดต้องมีหนังสือหรือเลขออนุมัติการสั่งจ่าย (authorized system)

1.5.3 กรณีที่มีการใช้ยา จ. 2 ควรมีหนังสืออนุมัติการใช้ยา จ.2

1.6 หลักฐานการทำหัตถการต่างๆ (ถ้ามี)

1.7 หลักฐานเพิ่มเติม เช่น การบริการแพทย์ทางเลือก (นวดแผนไทยหรือฝังเข็ม) ต้องมีใบรับรองแพทย์ประกอบ การให้บริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู การให้บริการทางทันตกรรม การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD sheet) การให้บริการทางจิตเวช และการบริการพิเศษอื่นๆ เป็นต้น

1.8 เอกสารบันทึกการให้บริการทางการแพทย์ เช่น บันทึกสังเกตอาการ nurse's note medication record บันทึกการให้เลือดและใบคลังเลือด เป็นต้น

1.9 กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ที่มีการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกให้ติด sticker ไว้ใน OPD card ตามวันที่มาทำหัตถการ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

1.10 รายการส่งตรวจเฉพาะโรคตามแนวทางปฏิบัติ CPG / protocol / standing order กำกับของแต่ละหน่วยบริการ

ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรค/การสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ โดยพบค่านำหน้าเป็น นายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) หรือมีเลข ว. วิชาชีพกำกับ (ในกรณีที่หน่วยบริการในสังกัดอื่นๆ เช่น กรมแพทย์ทหารบก กรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่ค่านำหน้าเป็นยศ ไม่มีค่านำหน้าเป็น นายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) ต้องมีเลข ว. วิชาชีพกำกับ หรือต้องมีหลักฐานแสดงว่าบุคคลนั้นเป็นแพทย์จริง)

2. เอกสารหลักฐานการเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาลหรือใบสั่งยาที่แยกตามหมวดและรหัสรายการ เป็นต้น

3. เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ อันเนื่องมาจากบริการรักษานอกโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น ดังนี้

3.1 หลักฐานส่งต่อ (กรณีรับและส่ง refer) เช่น ใบส่งต่อ (refer) เป็นต้น

3.2 หลักฐานอื่นๆ เช่น การให้บริการรังสีรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย และผลการตรวจวินิจฉัยพิเศษอื่นๆ เป็นต้น

4. เอกสารเพื่อประกอบการเบิกชดเชยค่าพาหนะส่งต่อ (ถ้ามี)

4.1 ใบส่งต่อ (refer)

4.2 บันทึกการใช้พาหนะ เช่น ใบอนุมัติการใช้พาหนะส่งต่อ หรือหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อหรือแบบขอเบิกค่ารถส่งต่อผู้ป่วย หรือบันทึกหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อของหน่วยบริการในการส่งต่อในเวชระเบียน และต้องระบุสถานพยาบาลรับส่งตัว เป็นต้น

5. หนังสือส่งรายการที่ต้องการเทียบเคียงไปยังสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) (ถ้ามี)

6. เอกสารอื่นๆที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน

แนวทางการตรวจสอบข้อมูลและหลักฐานการใช้สิทธิรักษาพยาบาลของพนักงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวผู้มีสิทธิ (อปท.) ตามระเบียบ หลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไขที่กระทรวงการคลังกำหนดและตามกฎหมายว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและตามที่ สปสช. กำหนดเพิ่มเติม ซึ่งการตรวจสอบรายการค่าชดเชยบริการของหน่วยบริการในทุกรายการค่าใช้จ่าย ต้องประกอบด้วย

1. บันทึกการวินิจฉัยโรค (diagnosis)

ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

1.1 บันทึกการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรคหรือบันทึกอาการ ทั้งนี้ไม่รวมถึงกรณีการให้เป็นรหัสโรคเพียงอย่างเดียว พร้อมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนั้น ได้แก่ หลักฐานการซักประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจต่างๆ เป็นต้น

1.2 กรณีที่มีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังของผู้ป่วย ต้องมีบันทึกการวินิจฉัยโรค (หากมีการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้อง)

1.3 กรณีที่มีการวินิจฉัยโรคผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการส่งการรักษาขึ้นนั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ โดยต้องพบคำนำหน้าเป็นนายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) หรือมีเลข ว. วิชาชีพกำกับ หรือลงชื่อในนามแพทย์ผู้รักษา (ในกรณีที่หน่วยบริการในสังกัดอื่นๆ เช่น กรมแพทย์ทหารบก กรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่คำนำหน้าเป็นยศ ไม่มีคำนำหน้าเป็น นายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) ต้องมีเลข ว.วิชาชีพกำกับ หรือต้องมีหลักฐานแสดงว่าบุคคลนั้นเป็นแพทย์จริง)

2. บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย การเจ็บป่วย

ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

2.1 บันทึกการให้การรักษารวมถึงกรณี รับคำสั่ง (รคส.) เช่น การสั่งยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หัตถการ รังสี หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ เป็นต้น ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค อาการ และแพทย์ลงนามกำกับ

2.2 กรณีมีการวินิจฉัยและการสั่งการรักษาล่วงหน้า โดยไม่มีคำสั่งแพทย์ ต้องแสดงหลักฐาน CPG/protocol/standing order ของหน่วยบริการนั้น

2.3 กรณีการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย (investigation) สามารถใช้คำสั่งแพทย์จากใบส่งต่อการรักษา (refer) ได้ ทั้งนี้ ต้องเป็นการตรวจวินิจฉัยที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยในใบส่งต่อการรักษาด้วย

2.4 กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ โดยต้องพบคำนำหน้าเป็นนายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) หรือมีเลข ว. วิชาชีวกำกับ หรือลงชื่อในนามแพทย์ผู้รักษา (ในกรณีที่เป็นหน่วยบริการในสังกัดอื่นๆ เช่น กรมแพทย์ทหารบก กรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่คำนำหน้าเป็นยศ ไม่มีคำนำหน้าเป็น นายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) ต้องมีเลข ว. วิชาชีวกำกับ หรือต้องมีหลักฐานแสดงว่าบุคคลนั้นเป็นแพทย์จริง)

3. หลักฐานการได้รับการตรวจรักษา

ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

3.1 ผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ

3.2 หลักฐานการให้บริการทางการแพทย์ เช่น การฉีดยา การทำแผล การให้เลือด การให้สารน้ำ เป็นต้น โดยพบผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพลงนามกำกับ

3.3 หลักฐานการให้บริการตามวิชาชีพ เช่น การให้บริการทางทันตกรรม การให้บริการฝังเข็มและนวดแผนไทย การให้บริการทางกายภาพ การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) การให้บริการทางจิตเวช เป็นต้น

3.4 หลักฐานบันทึกการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ เช่น infusion pump, O2 sat monitor, EKG monitor เป็นต้น โดยพบหลักฐานติดตามการใช้เครื่องมือทางการแพทย์มากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป

3.5 หลักฐานการใช้ หรือการรับ-จ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม ได้แก่ ใบสั่งยา **และบันทึกการรับอุปกรณ์** รายบุคคล หรือกรณีที่เป็นอุปกรณ์อวัยวะเทียมภายในร่างกายที่มี serial number หรือ sticker เป็นต้น

4. ใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ต้องปรากฏ ได้แก่

4.1 ชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ วันที่ให้บริการ

4.2 ข้อมูลชื่อ-สกุลผู้มีสิทธิ และ เลขประจำตัวประชาชน HN หรือ visit number (VN) และจำนวนเงินที่ขอเบิก

4.3 รายละเอียดค่าใช้จ่ายที่ระบุรหัสรายการ และหมวดรายการค่าใช้จ่ายตามประกาศกระทรวงการคลัง

4.4 ชื่อรายการยา (และหรือ ขนาด) จำนวน ราคา

4.5 ข้อมูลส่งเบิกจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลเฉพาะที่เบิกได้ ตามกระทรวงการคลังกำหนดให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เฉพาะในส่วนที่มีในประกาศและเบิกได้เท่านั้น ดังนั้นจำนวนเงินที่ส่งเบิกให้รวมยอดเฉพาะส่วนที่เบิกได้เท่านั้น

หมายเหตุ

- ❖ อนุโลมกรณีวันที่รับบริการในเวชระเบียนสอดคล้องกับวันที่เบิกค่าใช้จ่ายย้อนหลัง ภายใน 30 วัน
- ❖ ไม่ให้เบิกล่วงหน้าก่อนการให้บริการจริง

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การพิจารณาให้เป็นไปตามรายการอัตราค่าบริการและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด และตามพรบ.สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล โดยมีแนวทางการพิจารณารายละเอียดค่าใช้จ่ายตามหมวดรายการ ดังนี้

หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร

ค่าเตียงสังเกตอาการ/ambulatory/one day treatment สำหรับผู้ป่วยนอก ที่มาให้ยาเคมีบำบัด หรือหัตถการที่ไม่จำเป็นต้องนอน รพ. แต่ต้องสังเกตอาการตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป รหัสรายการ 21301 ราคา 100 บาทต่อครั้งต่อวัน

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีคำสั่งแพทย์ให้สังเกตอาการและหลักฐานการให้บริการ

1. มีระยะเวลาเริ่มต้น - สิ้นสุด จนถึงแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน บันทึกรายละเอียดการดูแลรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยในเวชระเบียนหรือในแบบบันทึกสังเกตอาการ
2. กรณีที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน แต่ไม่สามารถหาเตียง admit จึงจำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการมากกว่า 24 ชั่วโมงต้องพบบันทึกหลักฐานหรือเหตุผลที่ไม่สามารถ admit ได้
3. ไม่ให้เบิกกรณีการฟอกเลือดด้วยวิธีไตเทียม
4. ไม่สามารถเบิกค่าการพยาบาล ค่าบริการผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ (รหัสรายการ 55020) และค่าบริการผู้ป่วยนอกนอกเวลาราชการ (รหัสรายการ 55021) ได้อีก
5. กรณีสังเกตอาการและรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้หน่วยบริการนำรายการค่าใช้จ่ายทั้งหมดรวมเป็นค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยใน และเรียกเก็บค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นกรณีผู้ป่วยใน ไม่สามารถเบิกเป็นกรณีผู้ป่วยนอก

หมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

ค่าใช้จ่ายตามรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ให้เป็นไปตามคำสั่งการรักษาและการวินิจฉัยโรคที่มีลักษณะและข้อบ่งชี้ที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วย และเป็นไปตามข้อบ่งชี้ตามประกาศที่กรมบัญชีกลางกำหนด

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. เบิกได้ตามหน่วยนับของอุปกรณ์ที่กำหนด เช่น ชิ้น คู่ ข้าง ซี่ ชุด เป็นต้น และเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่กระทรวงการคลังกำหนด
2. หลักฐานการใช้ หรือการรับ-จ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม ได้แก่ ใบสั่งยา และบันทึกการรับอุปกรณ์รายบุคคล หรือกรณีที่ เป็นอุปกรณ์อวัยวะเทียมภายในร่างกายต้องมี serial number หรือ sticker เป็นต้น
3. กรณีเบิกจ่ายตรง ห้ามเบิกกรณีผู้ป่วยซื้ออวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคเอง โดยแพทย์ออกหนังสือรับรองเป็นหลักฐานในเวชระเบียน (แบบ 7135) ซึ่งสามารถเบิกได้กรณีใบเสร็จเท่านั้น
4. ระบุรหัสรายการอุปกรณ์ในใบเบิกอุปกรณ์ / ใบสั่งซื้อตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด

หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด และหมวดที่ 4 ค่ายากลับบ้าน

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. บันทึกการสั่งยาในเวชระเบียน ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค หรือแยกโรค หรืออาการ รวมถึงโรคประจำตัวและโรคเรื้อรัง ในวันที่รับบริการ (visit) ครั้นนั้น
2. บันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา (และหรือขนาด) วิธีใช้ และจำนวนยาที่สั่งสอดคล้องกับวันนัดในทุกครั้งที่รับบริการ (Visit)

3. กรณีไม่มีบันทึกการสั่งยาในเวชระเบียน ให้ใช้ใบสั่งยา ใบแทนหรือหลักฐานว่ามีผู้ป่วยมาตรวจวันที่รับบริการ (visit) นั้นได้

4. กรณีรายการยาในใบรายการค่าใช้จ่ายไม่สอดคล้องกับคำสั่งแพทย์หรือใบสั่งยา (ทั้งชนิดและจำนวน) ให้พิจารณาจ่ายยาในรายการและจำนวนตามคำสั่งแพทย์หรือใบสั่งยา ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนตามที่แพทย์สั่ง และควรระบุเหตุผลกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์

5. ไม่จ่ายค่ายา กรณีไม่พบบันทึกแพทย์และลายเซ็นแพทย์ผู้รักษาในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ณ วันที่รับบริการ แม้จะมี visit date มีบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย มีหลักฐานใบสั่งยา/ใบรับยา

6. ยาต้องมีคุณสมบัติในการรักษาโรคเท่านั้น ไม่รวมเสริมสวย อาหารเสริม ป้องกันโรค

7. กรณีแพทย์เขียน RM (repeat medication) ให้ระบุวันเดือนปีที่ RM นั้น และต้องมีการทบทวน คำสั่งการจ่ายยาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง กรณีมีการปรับแก้ไขขนาดหรือรายการยาให้มีการทบทวน คำสั่งการรักษาใหม่ทั้งหมด ไม่ให้ใช้ RM แล้วแก้ไขหรือเพิ่มเติม

8. กรณีมารับบริการก่อนวันนัด ซึ่งมีจำนวนยาสะสมเกินจริงที่จะใช้ได้หมดตามรอบวันนัด สะสมได้ไม่เกิน 2 สัปดาห์ หากต้องจ่ายยาสะสมเกิน 2 สัปดาห์ ให้ระบุเหตุผลอันสมควร

9. บันทึกการสั่งยา รวมถึงกรณี รับคำสั่ง (รคส.) และแพทย์ลงนามกำกับ พบกรณีมีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ โดยต้องพบคำนำหน้าเป็น นายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) หรือมีเลข ว. วิชาชีพกำกับ หรือลงชื่อในนามแพทย์ผู้รักษา (ในกรณีที่ เป็นหน่วยบริการในสังกัดอื่นๆ เช่น กรมแพทย์ทหารบก กรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่คำนำหน้าเป็นยศ ไม่มีคำนำหน้าเป็น นายแพทย์ (นพ.) แพทย์หญิง (พญ.) ต้องมีเลข ว. วิชาชีพ กำกับ หรือต้องมีหลักฐานแสดงว่าบุคคลนั้นเป็นแพทย์จริง)

การเบิกจ่ายค่ายาให้เป็นไปตามราคายาต่อหน่วยของหน่วยบริการที่ให้บริการจริงไม่เกินราคา drug catalog ณ วันที่รับบริการ

หมายเหตุ กรณีที่มีต้องใช้สารละลายเพื่อผสมยาสามารถให้เบิกสารละลายได้ตามมาตรฐานการรักษาพยาบาล

กรณีการสั่งจ่ายยา มีรายละเอียดการตรวจสอบ ดังนี้

1. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) ซึ่งการใช้ยาต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติในขณะนั้นๆ และต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กำหนด

- กรณีที่แพทย์สั่งซื้อยาที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล ให้ใช้แบบ 7135 และใบสั่งยา

2. ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) ให้เบิกในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ เนื่องจากร่างกายของแต่ละบุคคลมีความจำเพาะ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่เป็นเหตุผลทางการแพทย์โดยตรง มิใช่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ตามเงื่อนไขดังนี้

2.1 ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัยและออกใบรับรองในการสั่งใช้ยา NED ตามเหตุผล A B C D E F

2.2 เป็นยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับ อย. เพื่อจำหน่ายในประเทศไทย

2.3 การใช้ยาต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่ อย. กำหนด

2.4 กรณีที่มีการใช้ยา NED ต่อเนื่องก่อนวันที่ 1 ต.ค. 2555 ไม่ต้องสืบหาเหตุผลว่ามีความถูกต้องหรือไม่ ให้พิจารณาตามเหตุผลที่หน่วยบริการระบุ

2.5 กรณีที่มีการใช้ยา NED ต่อเนื่องจากหน่วยบริการอื่น ให้แพทย์ระบุตามเหตุผล A B C D E F

2.6 กรณีเบิกจ่ายตรงกรณีที่แพทย์สั่งซื้อยาที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล ให้ใช้แบบ 7135 และใบสั่งยา ซึ่งสามารถเบิกได้กรณีใบเสร็จเท่านั้น และใบรับรองแพทย์ที่แสดงเหตุผลการใช้ยา A B C D E F

2.7 ไม่ให้เบิกกรณีที่มีการใช้ยา NED ระบุเหตุผล F

3. ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (prior authorization)

หน่วยบริการต้องมีการลงทะเบียนเบิกจ่ายตรงให้แก่ผู้มีสิทธิ ในโปรแกรม NHSO client และมีการขออนุมัติใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ประกอบด้วย ยารักษาโรคมะเร็ง ผู้ป่วยกลุ่มโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบยึดติด และโรคสะกดเจ็บชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก ต้องดำเนินการส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่ระบุ ในโปรแกรม prior authorization โดยมีหลักฐานการได้รับอนุมัติ และวันที่เบิกจ่ายยาต้องอยู่ในช่วงระหว่างวันที่ได้รับการอนุมัติเท่านั้น

ยาที่ต้องขออนุมัติ	การวินิจฉัย
Imatinib (Glivec)	Chronic myeloid leukemia (CML)
Imatinib (Glivec)	Gastro-intestinal stromal tumor (GIST)
Rituximab (Mabthera)	Non Hodgkin's Lymphoma
Gefitinib (Iressa)	Nonsmall Cell Lung Cancer
Erlotinib (Tarceva)	Nonsmall Cell Lung Cancer
Trastuzumab (Herceptin)	Metastatic Breast Cancer
Bevacizumab (Avastin)	Metastatic Colorectal Carcinoma
Etanercept (AS-ETA)	Ankylosing Spondylitis (AS)
Infliximab (AS-INF))	Ankylosing Spondylitis (AS)
Etanercept (RA-ETA)	Rheumatoid Arthritis (RA)
Infliximab (RA-INF))	Rheumatoid Arthritis (RA)
Rituximab (RA-RTX)	Rheumatoid Arthritis (RA)
Etanercept (JIA-ETA)	Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA)
Infliximab (JIA-INF))	Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA)
Etanercept (PsA-ETA)	Psoriasis Arthritis (PsA)
Infliximab (PsA-INF))	Psoriasis Arthritis (PsA)
Etanercept (PS-ETA)	Moderate to severe Psoriasis (Ps)
Infliximab (PS-INF))	Moderate to severe Psoriasis (Ps)

4. กรณียาสมุนไพร ยาแผนไทย 4 ประเภท

4.1 ยาแผนไทยประเภทที่ 1 รายการยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้เป็นไปตามเงื่อนไขการใช้ยาที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติ

4.2 ยาแผนไทยประเภทที่ 2 รายการยาที่เป็นยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนที่ไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ) ให้เป็นการส่งใช้ยาของแพทย์แผนปัจจุบันที่มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมแผนไทย) หรือผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

4.3 ยาแผนไทยประเภทที่ 3 รายการยาที่อยู่ในเภสัชตำรับโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ (ยาสมุนไพรที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งผลิตเอง ในส่วนที่ไม่ได้เบิกอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้เป็นการส่งใช้ยาของแพทย์แผนปัจจุบันที่มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมแผนไทย) หรือ ผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

4.4 ยาแผนไทยประเภทที่ 4 รายการยาที่ปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ให้เป็นการส่งใช้ยาของประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมแผนไทย) หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

4.5 การเบิกจ่ายค่ายานวดให้เบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

- เจลพริก รูปแบบเจลและความแรง สารสกัดจากผลพริกโดยมีปริมาณ capsaicin 0.025% ซึ่งเบิกจ่ายได้ไม่เกินคนละ 1 หลอดต่อเดือน
- โพลีรูปแบบครีม และความแรงน้ำมันโพล 14% หรือรูปแบบยาน้ำมันจากสารสกัดน้ำมันโพลที่ได้จากการทอดไม่น้อยกว่า 90% ในตำรับเบิกจ่ายได้ไม่เกินคนละ 1 หลอดหรือขวดต่อเดือน

4.6 ค่ายานวดที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติให้เบิกจ่ายตามเงื่อนไข ข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยปริมาณการเบิกจ่ายไม่เกินคนละ 1 หลอดต่อเดือน

5. กรณียิตาามินและแร่ธาตุ

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) ต้องเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และขึ้นทะเบียนเป็นยากับ อย.
- 2) มีคุณสมบัติสอดคล้องในการรักษาโรคตามเงื่อนไขที่ อย. กำหนด

6. กรณียากลูโคซามีน ซัลเฟต (glucosamine)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ ตามแนวทางกำกับการใช้ยาของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ดังนี้

6.1 เฉพาะข้อเข่าเสื่อมจากความชราเท่านั้น ไม่รวมภาวะหรือโรคข้อเข่าเสื่อมจากการบาดเจ็บ โรคอื่น ๆ รวมทั้งโรคติดเชื้อและความพิการแต่กำเนิด โดยมีความมุ่งหมายบรรเทาอาการปวดและการลดการใช้ยาต้านการอักเสบทุกชนิดลงให้ได้ระหว่างการใช้อย่างกลุ่มนี้

6.2 ผู้ป่วยต้องมีพยาธิสภาพข้อเข่าเสื่อมระยะปานกลาง กระดูกอ่อนของข้อถูกทำลายบางส่วน แต่ยังไม่หมด

6.3 ผู้ป่วยต้องผ่านการรักษาอย่างอนุรักษนิยมอย่างเต็มที่ที่เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน แต่อาการปวดไม่ทุเลา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านการอักเสบ หรือมีข้อห้ามการใช้ยาต้านการอักเสบ โดยเฉพาะผู้ป่วยมีการทำงานของไตหรือตับบกพร่อง

6.4 การรักษาอย่างอนุรักษนิยมที่กล่าวถึงในข้อ 6.3 ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคข้อเข่าเสื่อมจากความชรา การลดความเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหรือพยาธิสภาพมากขึ้น การบริหารร่างกาย การควบคุมน้ำหนัก และการเครื่องรัดดัดพยุงรวมทั้งอาจใช้เครื่องช่วยเดิน

6.5 ผู้ป่วยต้องมีอายุตั้งแต่ 56 ปีขึ้นไป

6.6 การใช้ยากลุ่มนี้ต้องไม่ใช้ร่วมกับยาในกลุ่มยาบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า (symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis : SYSADOA) ชนิดอื่น

6.7 ระหว่างการใช้ยากลุ่มนี้ผู้ป่วยต้องไม่ใช้ยาต้านการอักเสบขนาดโตอย่างต่อเนื่อง อาจใช้ยาต้านการอักเสบหรือยาควบคุมอาการปวดได้เป็นครั้งคราว และให้ยาต้านการอักเสบช่วงละไม่เกิน 2 สัปดาห์ หากต้องใช้ยาต้านการอักเสบต่อเนื่อง ให้ถือว่ายากลุ่มนี้ไม่ได้ผลในผู้ป่วยนั้นและต้องระงับการใช้ยานั้น

6.8 ให้ใช้ยากลุ่มนี้ติดต่อกันได้โดยมีข้อจำกัดคือเมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้วต้องมีการประเมินอาการภายใน 3 เดือน หากอาการของผู้ป่วยไม่ทุเลาหรือกลับต้องการยาต้านการอักเสบและหรือยาควบคุมอาการปวดดังเดิมโดยตลอด ให้ถือว่ายานั้นไม่ได้ผลต้องระงับการใช้ยา หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอาจให้ยานั้นต่อได้และหยุดการใช้ยานั้นในเดือนที่ 6 และเฝ้าดูอาการของผู้ป่วยต่อการประเมินสิทธิผลต่อเนื่องของยาเป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน หากผู้ป่วยกลับมีอาการมากขึ้นเหมือนก่อนการใช้ยากลุ่มนี้ จึงอาจพิจารณากลับใช้ยากลุ่มนี้อีกหลังระยะเวลา 3 เดือนที่หยุดการใช้ยาไปแล้ว และต้องประเมินการใช้ใหม่เหมือนเริ่มต้นใช้ยากลุ่มนี้

6.9 แพทย์ผู้สามารถสั่งการรักษาให้ยากลุ่มนี้ได้ต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรแพทย์โรคข้อสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือสาขาออร์โธปิดิกส์เท่านั้น ไม่รวมแพทย์ผู้ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน หรือแพทย์ฝึกหัดที่ทำงานอยู่ในภาควิชากลุ่มงานหรือกองของสาขาวิชาทั้งสามนี้

6.10 แพทย์ผู้รักษาต้องบันทึกอาการ อาการแสดง การดำเนินโรคและภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ของผู้ป่วยอย่างชัดเจนทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับการรักษา

6.11 การสั่งการใช้ยาแต่ละครั้งต้องไม่เกินช่วงละ 6 สัปดาห์

6.12 ต้องพบใบรับรองการใช้ยากลุ่มนี้

6.13 ต้องพบใบรับรองการใช้นานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

7. กรณียาควบคุม 9 กลุ่ม ได้แก่

7.1 กลุ่มยาลดไขมันในเลือด (antilipidemia)

7.2 ยาป้องกันโรคกระดูกพรุน (drug affecting bone metabolism)

7.3 กลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร (anti – ulcerant/vericeal bleeding)

7.4 กลุ่มยาต้านการอักเสบที่มีไซโคลออกซีเจนเอส (NSAIDs/anti – osteoarthritis)

7.5 กลุ่มยาเบื้องต้นในการรักษาความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเลือดคั่ง (angiotensin converting enzyme [ACB] inhibitors)

7.6 กลุ่มยาลดความดันโลหิต (angiotensin – II receptor blockers : ARBs)

7.7 กลุ่มยาป้องกันการเกาะตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)

7.8 กลุ่มยารักษามะเร็ง (anticancers)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติที่ประกาศใช้ในช่วงเวลาที่ให้บริการ

หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย

ค่าเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย หมายถึง ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้เพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย แต่ไม่รวมถึงวัสดุทางการแพทย์ที่จัดอยู่ในรายการค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคในหมวดที่ 2

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลส่งจ่ายให้ผู้ป่วยนอกนำกลับไปใช้ที่บ้านให้เบิกได้เฉพาะรายการที่กรมบัญชีกลางกำหนดตามบัญชี ได้แก่

- สายให้อาหารผ่านรูจมูกสู่กระเพาะอาหาร (nasogastric tube)
- ถุงเก็บสิ่งขับถ่ายจากลำไส้ (colostomy bag)
- สายสวนปัสสาวะสำหรับเด็ก
- สายสวนปัสสาวะ ชนิดใช้ระยะยาว ชนิด 2 ทาง
- ถุงเก็บน้ำปัสสาวะแบบติดกาวสำหรับเด็ก
- ถุงเก็บน้ำปัสสาวะซึ่งต่อจากสายสวนระยะยาว ชนิดใบใหญ่
- ถุงเก็บน้ำปัสสาวะจากรูเปิดหน้าท้อง (urotomy bag) ชนิดใช้ระยะยาว
- ถุงเก็บน้ำปัสสาวะจากรูเปิดหน้าท้อง (urotomy bag) ชนิดใช้ครั้งเดียว

2. ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายหมวดอื่นแล้ว ห้ามนำมาเบิกอีก อาทิเช่น หัตถการผ่าตัดได้รวมค่าวัสดุสิ้นเปลืองที่เป็นอุปกรณ์พื้นฐานที่ใช้ในการทำหัตถการผ่าตัดแล้ว เช่น ใบมีด เข็มฉีดยา สายให้ออกซิเจน สำลี ถุงมือ เป็นต้น

3. ค่าวัสดุทางการแพทย์ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายตามแต่ละรายการได้ระบุหมายเหตุบอกไว้แล้ว ห้ามนำมาเบิกอีก อาทิเช่น การทำแผล รวม set น้ำยา พลาสเตอร์ กอส และสำลี หรือการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวม IV set, T-way extension, IV catheter เป็นต้น

4. พบหลักฐานบันทึกการส่งจ่ายเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย ต้องสอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค หรืออาการในวันที่ได้รับบริการ (visit) ครั้งนั้น และส่งจ่ายในจำนวนที่สอดคล้องกับวันนัดครั้งต่อไป

หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

ค่าจัดการบริการการให้โลหิตหรือส่วนประกอบของโลหิต เช่น โลหิต (whole blood) เม็ดโลหิตแดง (packed red cell) พลาสมาสด (fresh plasma หรือ fresh frozen plasma) เกล็ดโลหิต (platelet concentrate) พลาสมา (plasma) โดยให้รวมค่าอุปกรณ์บรรจุ น้ำยาที่ใช้ในการเตรียมการตรวจทางเทคนิค ตลอดจนค่าบริการในการให้ด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์
2. ต้องพบหลักฐานบันทึกการให้โลหิตหรือส่วนประกอบของโลหิต และใบคล้องเลือด
3. จ่ายชดเชยให้ตามจำนวนที่จองและใช้จริงเท่านั้น
4. การสั่งจองเลือดแต่ไม่พบหลักฐานการให้เลือดแก่ผู้มีสิทธิ ไม่สามารถเบิกค่าชดเชยได้ ยกเว้นผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีบันทึกเหตุผลการแพทย์ และได้เบิกจากธนาคารเลือดแล้ว
5. ในส่วนประกอบเลือดที่สถานพยาบาลรับบริจาคเองกรณีไม่ระบุเทคนิคของการตรวจคัดกรองเชื้อไวรัส (NAT) ให้ถือว่าเป็นการตรวจไม่ใช้ NAT ราคาที่กำหนดต้องเป็นราคาที่รวมรายการค่าอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อ ถุงบรรจุโลหิตและการเตรียมส่วนประกอบโลหิตและการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อแล้ว

หมายเหตุ

- ❖ ส่วนที่รับบริการต่อจากสภาการไทย เป็นรายการตรวจ NAT (Nucleic acid amplification) ทุก Unit แล้ว ให้ใช้ราคาแบบที่ใช้ NAT
- ❖ ราคาส่วนประกอบโลหิตชนิด leukocyte deplete ได้รวมค่า filtration set แล้ว

หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคทางการแพทย์และพยาธิวิทยา

ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าตรวจน้ำตาลในเลือด ค่าตรวจปัสสาวะ ค่าตรวจชิ้นเนื้อ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าน้ำยาและวัสดุสิ้นเปลือง ค่าเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ และค่าบริการในการจัดเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจ
2. ต้องพบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือพบบันทึกผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน
3. กรณีการตรวจ electrolyte (32001), lipid profile (32004), liver function test (32003) ต้องเบิกเป็นราคาชุดเท่านั้น และต้องได้ผลครบถ้วนทุกรายการในชุดนั้น ไม่สามารถเบิกแยกเป็นรายตัวได้ ยกเว้นแพทย์สั่งตรวจแยกรายตัวไม่ครบชุด

Electrolyte = Na, K, Cl, CO₂

Lipid profile = cholesterol, HDL-chol, LDL-chol, triglyceride

Liver function test = total protein, albumin, globulin, total bilirubin, direct bilirubin, AST (SGOT), APT (SGPT), ALP (Alkaline phosphase)

4. ไม่ให้เบิกกรณีที่มีคำสั่ง routine LAB, blood chemistry, LAB pre-operation, check up หรือเป็นคำสั่ง LAB ชุดที่สั่งเฉพาะในหน่วยบริการ โดยไม่ระบุรายการตรวจแต่ละรายการ ยกเว้นกรณีรายการส่งตรวจเฉพาะโรคตามแนวทางปฏิบัติ CPG/protocol/standing order กำกับของแต่ละหน่วยบริการ

5. กรณีส่งตรวจนอกหน่วยบริการเนื่องจากไม่มีบริการตรวจในหน่วยบริการ ให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกหน่วยบริการเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยตรวจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสี หมายถึง ค่าบริการทางรังสีวิทยาทั้งในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เช่น การทำ X-ray, CT scan, ultrasonography, MRI, radionuclide scan และรังสีรักษาต่างๆ เป็นต้น โดยให้คิดค่าบริการรวมค่าอุปกรณ์ ค่ายา (ถ้ามี) และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นโดยตรง เช่น ฟิล์ม เช็มและกระบอกฉีดยา สายน้ำเกลือ ออกซิเจน การใช้เครื่อง monitor เป็นต้น (ต้องไม่นำไปคิดรวมกับเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา หรือค่าอุปกรณ์ของใช้เครื่องมือทางการแพทย์อีก) และค่าบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจ
2. ต้องพบผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา หรือพบบันทึกผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน (ต้องพบผล official report ในกรณีการตรวจวินิจฉัย CT, MRI, radionuclide)
3. กรณีส่งตรวจนอกหน่วยบริการเนื่องจากไม่มีบริการตรวจในหน่วยบริการ ให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกหน่วยบริการเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยตรวจ และผลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา

หมายเหตุ

❖ รายการรังสีร่วมรักษา ต้องเบิกในหมวดหัตถการนอกห้องผ่าตัด (หมวดที่ 11)

❖ การตรวจ computerized tomography (CT) ตามมาตรฐานเป็นการใช้สารทึบ ชนิด ionic contrast media

- ถ้าใช้ nonionic contrast media ให้คิดราคาเพิ่มเติมตามรายการที่กำหนด
- กรณีเบิกค่าใช้จ่ายรายการที่ไม่มีระบุแยกเป็น non contrast (NC) หรือ with contrast media (CM) ให้ใช้เป็นราคา non contrast (NC) แต่หากมี official report ของรังสีแพทย์ที่ระบุ with contrast media (CM) ให้ใช้เป็น with contrast media (CM)

❖ การตรวจพิเศษด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)

- ราคาที่กำหนดไว้นี้ไม่รวม Gd – contrast ถ้าจำเป็นต้องใช้ ให้คิดราคาเพิ่มเติมตามที่กำหนดในรายการ

- กรณีเบิกค่าใช้จ่ายรายการที่ไม่มีระบุแยกเป็น non Gd – contrast หรือ with Gd – contrast (CM) ให้ใช้เป็นราคา non Gd – contrast แต่หากมี official report ของรังสีแพทย์ที่ระบุ with Gd – contrast ให้ใช้เป็น with Gd – contrast

❖ การตรวจ ultrasound (U/S) หากพบคำสั่งแพทย์ไม่ระบุตำแหน่ง ให้พิจารณาเบิกจ่ายตามรายงานผลการตรวจ official report จากแพทย์ผู้ทำหรือรังสีแพทย์

❖ ไม่ให้เบิกค่า mamogram, bone densitometry ในกรณีการตรวจสุขภาพประจำปี

❖ ในกรณีที่มีการทำ intervention ต้องมีการบันทึกวิธีหรือขั้นตอนการทำหัตถการและรายงานผลของการทำหัตถการนั้น

หมวดที่ 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ

ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากการตรวจทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา และรังสีวิทยา เช่น EKG, EMG, EEG, exercise stress test, echocardiography, audiometry เป็นต้น โดยให้รวมค่าการใช้อุปกรณ์ ค่ายาและวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นโดยตรงค่าบริหารจัดการด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจ
2. ต้องพบผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ หรือพบบันทึกผลการตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน
3. กรณีส่งตรวจนอกหน่วยบริการเนื่องจากไม่มีบริการตรวจในหน่วยบริการ ให้มีสำเนาใบส่งตรวจนอกหน่วยบริการเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียน และหรือมีหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากหน่วยตรวจ และผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ

หมายเหตุ ไม่ให้เบิกค่า EKG ในกรณีการตรวจสุขภาพประจำปี

หมวดที่ 10 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์

ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือของสถานพยาบาลเพื่อประกอบการบำบัดรักษา โดยให้รวมค่ายาและวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็นต่อการใช้ และมีปริมาณการใช้ที่แน่นอน ร่วมกับอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์นั้น ทั้งนี้การคิดค่าบริการจะต้องไม่ซ้ำซ้อนกับค่าบริการประเภทอื่น และสถานพยาบาลต้องมีหลักเกณฑ์ในการกำหนดอัตราที่ชัดเจน เช่น เครื่องช่วยหายใจ (ให้รวมค่าออกซิเจน) เครื่อง monitor ต่างๆ และค่า set ที่ใช้ในการตรวจรักษาต่างๆ เป็นต้น

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) เบิกได้ตามหน่วยนับของการใช้อุปกรณ์ที่กำหนด
- 2) ต้องพบหลักฐานบันทึกการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์
- 3) กรณีหน่วยเบิกของอุปกรณ์เป็นวัน ให้สามารถใช้ได้ในกรณีผู้ป่วยนอกที่มีการ observe สังเกตอาการมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไปต่อเนื่องเป็นระยะๆ และพบบันทึกการใช้อุปกรณ์ต่อเนื่องเป็นระยะๆ ที่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย
- 4) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายตามแต่ละรายการที่ได้รับระบุหมายเหตุบอกไว้แล้ว ห้ามนำมาเบิกอีก อาทิเช่น ค่าออกซิเจน ได้รวมสายให้ออกซิเจน canular หรือ mask หรือ ET-tube และอุปกรณ์ EKG monitor รวม red dot เป็นต้น

หมายเหตุ

- ❖ กรณีมีการวัด O₂ sat ที่เป็น routine จะรวมอยู่ในค่าวัดสัญญาณชีพ หมวด 12 ไม่สามารถเบิกเพิ่มเติมได้
- ❖ การวัด O₂ sat ที่เป็นการติดตามอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง (monitor) เป็นเวลามากกว่า 2 ชั่วโมง สามารถเบิกเพิ่มเติมได้
- ❖ กรณีการใช้เครื่องควบคุมสารน้ำ ให้เบิกได้ในผู้ป่วยที่มีการ observe สังเกตอาการมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไปและมีความจำเป็นที่จะต้องให้สารน้ำหรือยาที่ถูกต้องแม่นยำ เช่น การให้ยา high alert drugs หรือในเด็กทารก หรือในผู้ป่วยที่ให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น
- ❖ กรณีการตรวจ ultrasound เพื่อการคัดกรองทารกในครรภ์ให้ใช้รหัสรายการ 52612 เท่านั้น

หมวดที่ 11 ค่าหัตถการและวัสดุ

ค่าหัตถการ หมายถึง ค่าบริการเหมาตามรายการหัตถการต่างๆ รวมถึงการผ่าตัด และการทำคลอด ด้วยค่าวัสดุ ได้แก่ ค่าบริการวางยาสลบแบบทั่วไป ค่าบริการวางยาสลบที่ซับซ้อน ค่าบริการวางยาสลบ เฉพาะแห่ง ค่าบริการวางยาสลบทางเส้นเลือด

การคิดค่าบริการประกอบด้วย

1. ค่าอุปกรณ์ ของใช้ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในการทำหัตถการนั้นๆ เช่น ในการผ่าตัด ให้รวมค่าเครื่องมือการผ่าตัด ค่าผ้าคลุม ผ้าปูต่างๆ ด้วย
2. ค่ายาพื้นฐานที่ใช้ เช่น antiseptic ยาชา ที่ใช้ในการทำหัตถการ
3. ค่าวัสดุสิ้นเปลืองพื้นฐานที่ใช้ในการทำหัตถการ เช่น ใบมีด ไหมเย็บแผล ผ้ากอส สำลี วัสดุที่ใช้ในการปิดบาดแผล ถุงมือ เป็นต้น

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ และหลักฐานการทำหัตถการให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนด ในเวชระเบียนหรือใบบันทึกการทำหัตถการ

2. การเบิกจ่ายชดเชยใช้ราคาตามระเบียบที่กระทรวงการคลังกำหนด ในกรณีที่ไม่มีในรายการที่กระทรวงการคลังกำหนด ให้ใช้ราคาตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บปี พ.ศ. 2548 หรือหนังสือส่งรายการที่ต้องการเทียบเคียงไปยังสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)

3. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายตามแต่ละรายการได้ระบุหมายเหตุบอกไว้แล้ว ห้ามนำมาเบิกอีก อาทิเช่น การใช้ไตเทียม (hemodialysis) : acute hemodialysis รวมอุปกรณ์พื้นฐานวัสดุสิ้นเปลือง ตัวกรอง blood line เช็มแทง ยาพื้นฐาน ออกซิเจน และ monitor เป็นต้น

หมายเหตุ การเย็บแผล (71830) ซึ่งคิดรวมการเปิด set ทำแผล คิดได้ไม่เกิน 2 ครั้ง ตามตำแหน่งแผลโดยแยกเป็นแผลที่หน้า (facial part) และแผลตามร่างกาย (body part) ทั้งนี้ได้รวมการทำแผลแล้วไม่ให้เบิกเพิ่มเติมอีก

หมวดที่ 12 ค่าบริการทางการแพทย์

ค่าบริการทางการแพทย์ แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. ค่าบริการพยาบาลทั่วไป และ ค่าบริการพยาบาลทั่วไป คือ การพยาบาลพื้นฐานที่คิดเหมาจ่ายเป็นรายวัน ซึ่งครอบคลุมการพยาบาลมาตรฐานในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การวัดสัญญาณชีพ การจัดยา การให้ยา การเริ่มสายน้ำเกลือ การเจาะเลือด การให้เลือด การให้สารละลายทางเส้นเลือด การดูแลท่อและสารระบาย การส่งตรวจ การดูแลและปรับตั้งอุปกรณ์การแพทย์ การเช็ดตัว การอาบน้ำเด็กแรกเกิด การให้อาหารผ่านทางสายยาง การพลิกตัวผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นต้น ในการนี้ราคาที่กำหนดได้คิดรวมอุปกรณ์/วัสดุพื้นฐานทุกอย่าง เช่น เช็ม และ กระบอกฉีดยา แล้ว และการคิดค่าบริการให้คิดสอดคล้องกับการคิดจำนวนวันนอน

2. ค่าบริการกิจกรรมพิเศษที่นอกเหนือจากค่าบริการพื้นฐาน เช่น การทำแผล การสวนปัสสาวะ เป็นต้น ในการคิดค่าบริการให้รวมถึงค่าชุดเครื่องมือ ค่ายาพื้นฐาน และวัสดุสิ้นเปลืองด้วย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องพบคำสั่งแพทย์ ยกเว้นกิจกรรมทางการแพทย์ เช่น การช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะ การทำแผล เป็นต้น โดยไม่ต้องพบคำสั่งแพทย์
2. ต้องพบบันทึกทางการแพทย์ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย และพบการลงนามของพยาบาลกำกับ
3. การเบิกแต่ละรหัสรายการ ให้คิดจากหน่วยนับที่กำหนด
 - การพ่นยาขยายหลอดลม (เฉพาะผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน) หน่วยคือ ครั้ง (visit) หากมีการพ่นยา 3 ช่วงเวลาสามารถเบิกการจ่ายชดเชยรหัส 55320 ได้เพียง 1 ครั้งต่อ visit เท่านั้น
 - การทำแผล หน่วยคือ แผล หากทำแผลมากกว่า 1 ตำแหน่ง สามารถเบิกจ่ายชดเชย รหัส 55810 ได้ตามจำนวนตำแหน่งที่ระบุ หากไม่ระบุขนาดแผลให้จ่ายชดเชยเป็นแผลขนาดเล็ก (แผลแห้ง/แผลเย็บ)
4. ไม่ให้เบิกกรณีเป็นชุดหรือคอร์สล่วงหน้า เช่น ค่าทำแผล ค่าฉีดยา เป็นต้น ให้คิดราคาครั้งนั้นที่มาให้บริการจริง ยกเว้นกรณีตรวจสอบหลักฐานพบการให้บริการครบถ้วนอนุโลมให้เบิกเป็นชุดหรือเป็นคอร์สจ่ายได้
5. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ได้มีการคิดราคารวมอยู่ในค่าใช้จ่ายตามแต่ละรายการได้ระบุหมายเหตุบอกไว้แล้ว ห้ามนำมาเบิกอีก อาทิเช่น การดูดเสมหะจากท่อหลอดลม (clear air way) รวมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น O₂ , ถุงมือ หรือการพ่นยาขยายหลอดลมรวมทุกอย่าง เช่น syring, needle, O₂, NSS เป็นต้น

หมายเหตุ

- ❖ ค่าบริการผู้ป่วยนอก รหัสรายการ 55020, 55021 ในและนอกเวลาราชการ
 - รวมบริการพื้นฐานทั้งหมด ตั้งแต่ทำบัตร พบแพทย์ และรับยา
 - ไม่ให้เบิกกรณีที่มีการนัดมาทำหัตถการต่างๆ โดยไม่ได้พบแพทย์ เช่น การล้างแผล การฉีดยา การทำกายภาพ การนวดแผนไทย การฟอกเลือด การตรวจเลือด เป็นต้น
 - ไม่ให้เบิกในกรณีที่มีการเบิกค่าเตียงสังเกตอาการไปแล้ว (กรณีนอนเกินกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป)
 - ไม่ให้เบิกกรณีตรวจสุขภาพประจำปี
- ❖ กรณีที่ให้บริการ on heparin lock ต้องพบคำสั่งแพทย์และให้เทียบได้กับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน) รหัส 55820

หมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม

ค่าบริการทางทันตกรรม หมายถึง ค่าบริการในการรักษาทางทันตกรรมตามรายหัตถการหรือรายโรค โดยการคิดค่าบริการให้คิดครอบคลุม ค่าเครื่องมือ ค่ายาพื้นฐานที่ใช้ วัสดุสิ้นเปลืองด้วย ค่าแรง ค่าเสื่อมราคาด้วย แต่ไม่รวมค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคในหมวดที่ 2

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องพบบันทึกการรายละเอียดระบุตำแหน่ง โรคหรืออาการที่ผู้ป่วยเป็น และการรักษาที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยในเวชระเบียน โดยทันตแพทย์ หรือ ทันตภิบาล
2. กรณีมีการบันทึกรายละเอียดที่ให้บริการทางทันตกรรม

3. ค่าบริการทางพันธุกรรมที่เบิกไม่ได้
 - 3.1 ค่าจัดฟันเพื่อความสวยงาม
 - 3.2 การทำหัตถการเพื่อเป็นการป้องกัน เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นต้น
 - 3.3 ค่ารากฟันเทียม
 - 3.4 ค่าบริการทางพันธุกรรมที่ไม่ได้กำหนดไว้ในอัตราตามระเบียบที่กระทรวงการคลังกำหนด
4. การเบิกแต่ละรหัสรายการ ให้คิดจากหน่วยที่กำหนด เช่น ซี ตำแหน่ง ครั้ง เป็นต้น

หมายเหตุ

- ❖ ทั้งนี้ที่เบิกได้ต้องเป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ เช่น การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย การจัดฟันกรณีปากแหว่งเพดานโหว่หรือประสบอุบัติเหตุ (โดยให้มีหนังสือรับรอง แสดงเป็นหลักฐานหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย)
- ❖ ทันตภิบาล สามารถทำหัตถการ ขูดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟันได้เท่านั้น
- ❖ กรณีการอุดฟันหากไม่ระบุด้านให้คิดเป็นด้านเดียว

หมวดที่ 14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู

ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู หมายถึงค่ากายภาพบำบัด อาชีวบำบัด และกิจกรรมบำบัดต่างๆ

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ในการส่งทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ
2. ต้องพบบันทึกรายละเอียดการบริการในเวชระเบียน โดยผู้ประกอบวิชาชีพตรงตามสาขาการให้บริการ
3. การเบิกจ่ายชดเชยใช้ราคาการเบิกจ่ายชดเชยตามที่กระทรวงการคลังกำหนด ในกรณีที่ไม่มีในรายการที่กระทรวงการคลังกำหนด ให้ใช้ราคาตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บปี พ.ศ. 2548

หมวดที่ 15 ค่าบริการฝังเข็ม และค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น

ค่าฝังเข็ม และค่าฝังเข็มพร้อมการกระตุ้นจุดฝังเข็มด้วยเครื่องกระตุ้น

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1) ค่าบริการฝังเข็ม ให้เบิกได้เฉพาะกรณีการฝังเข็มเพื่อการบำบัดรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 2) ค่าฝังเข็มพร้อมการกระตุ้นจุดฝังเข็มด้วยเครื่องกระตุ้น ให้เบิกได้เฉพาะกรณีการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต
- 3) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์ในการฝังเข็ม
- 4) ต้องพบบันทึกการให้บริการฝังเข็มเพื่อการรักษา โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็มที่ได้รับการรับรองมาตรฐานหลักสูตรจากหน่วยงานภาครัฐของไทย หรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์
- 5) มีใบรับรองแพทย์ประกอบการเบิกจ่าย โดยใบรับรองแพทย์ต้องระบุโรคหรืออาการ และระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการรักษาในแต่ละครั้ง หรือรอบของการรักษาอย่างชัดเจน ทั้งนี้ในแต่ละรอบต้องไม่เกิน 1 เดือน

ค่าบริการบำบัดรักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องพบบันทึกคำสั่งโดยผู้ประกอบวิชาชีพกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย หรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์
2. ต้องพบบันทึกหลักฐานการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ
3. การเบิกค่าบริการพยาบาลช่างต้น ต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
4. มีใบรับรองแพทย์ประกอบการเบิกจ่าย โดยใบรับรองแพทย์ต้องระบุโรคหรืออาการ และระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการรักษาในแต่ละครั้ง หรือรอบของการรักษาอย่างชัดเจน ทั้งนี้ในแต่ละรอบต้องไม่เกิน 1 เดือน

หลักเกณฑ์รายการ เงื่อนไข และอัตราค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการบำบัดรักษาโรคด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ให้เบิกเป็นไปตามประกาศตามที่กระทรวงการคลังกำหนดดังนี้

- คำนวณเพื่อการบำบัดรักษาโรค
- คำนวณเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาตโรคสันนิบาต และการฟื้นฟูมารดาหลังคลอด
- ค่าอบไอน้ำสมุนไพร สำหรับการบำบัดรักษาโรคหอบ หืด โรคภูมิแพ้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาต โรคสันนิบาต และการฟื้นฟูมารดาหลังคลอด
- ค่าประคบสมุนไพร สำหรับการบำบัดรักษาโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต โรคสันนิบาต และเพื่อการฟื้นฟูมารดาหลังคลอด
- ค่าทบทมือเกลือ สำหรับการฟื้นฟูมารดาหลังคลอด

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
1	58001	ค่าฝังเข็ม	ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง	150	ราคาเหมาจ่ายรวมค่าเข็มและค่าบริการทางการแพทย์
2	58020	ค่าฝังเข็มพร้อมการกระตุ้นจุดฝังเข็มด้วยเครื่องกระตุ้นเฉพาะกรณีการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง	200	ราคาเหมาจ่ายรวมค่าเข็ม และ ค่าบริการทางการแพทย์
3	58101	คำนวณเพื่อการบำบัดรักษาโรค	ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง และต้องไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์	200	รวมเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
4	58102	คำนวณเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคสันนิบาต และการฟื้นฟูมารดาหลังคลอด	ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง และต้องไม่เกิน 5 ครั้ง/สัปดาห์ กรณีการฟื้นฟูมารดาหลังคลอดไม่เกินวันละ 1 ครั้ง รวมไม่เกิน 5 ครั้งภายใน 3 เดือนหลังคลอด	200	รวมเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

ลำดับ	รหัส	รายการ	หน่วย	ราคา	หมายเหตุ
5	58130	คำนวณและประคบสมุนไพรเพื่อ การบำบัดรักษาโรค	ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง และ ต้องไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์	250	รวมเหมาจ่ายรวมค่า อุปกรณ์และค่า บริการทางการแพทย์
6	58131	คำนวณและประคบสมุนไพร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคสันนิบาต และการ ฟื้นฟูมารดาหลังคลอด	ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง และ ต้องไม่เกิน 5 ครั้ง/สัปดาห์ กรณีการฟื้นฟูมารดาหลัง คลอดไม่เกินวันละ 1 ครั้ง รวมไม่เกิน 5 ครั้งภายใน 3 เดือนหลังคลอด	250	รวมเหมาจ่ายรวมค่า อุปกรณ์และ ค่าบริการทางการแพทย์
7	58201	ค่าประคบสมุนไพรสำหรับการ บำบัดรักษาโรค การฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วย โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคสันนิบาต และการ ฟื้นฟูมารดาหลังคลอด	ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง และ ต้องไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์ กรณีการฟื้นฟูมารดาหลัง คลอดไม่เกินวันละ 1 ครั้ง รวมไม่เกิน 5 ครั้งภายใน 3 เดือนหลังคลอด	150	รวมเหมาจ่ายรวมค่า อุปกรณ์และ ค่าบริการทางการแพทย์
8	58220	ค่าหัตถ์หม้อเกลือเพื่อการฟื้นฟู มารดาหลังคลอด	ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง รวมไม่ เกิน 5 ครั้งภายใน 3 เดือน หลังคลอด	300	ราคาเหมาจ่ายรวมค่า หม้อเกลือและ ค่าบริการทางการแพทย์
9	58301	ค่าอบสมุนไพร สำหรับการ บำบัดรักษาโรคหอบ หืด ภูมิแพ้ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรค อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคสันนิบาต และการฟื้นฟูมารดาหลังคลอด	ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง และ ต้องไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์ กรณีการฟื้นฟูมารดาหลัง คลอดไม่เกินวันละ 1 ครั้ง รวมไม่เกิน 5 ครั้งภายใน 3 เดือนหลังคลอด	120	รวมเหมาจ่ายรวมค่า สมุนไพรและค่าบริการ ทางการแพทย์

หมายเหตุ ค่าบริการทางการแพทย์หรือค่าบริการผู้ป่วยนอก รหัสรายการ 55020 , 55021 ไม่
สามารถเบิกเพิ่มเติมได้อีก

หมวดที่ 16 ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

ค่าบริการอื่นๆที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง แบ่งเป็น

1. ค่าบริการที่เบิกได้ เช่น ค่าพาหนะ เป็นต้น
2. ค่าบริการที่เบิกไม่ได้ เช่น ค่าสระผม ทำผม ค่าอาบน้ำ เป็นต้น

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องพบคำสั่งแพทย์ส่งต่อผู้ป่วย
2. ต้องพบหลักฐานใบอนุมัติการใช้พาหนะส่งต่อ หรือหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อ หรือแบบขอเบิกค่ารถส่งต่อผู้ป่วย หรือบันทึกหลักฐานการใช้พาหนะส่งต่อของหน่วยบริการในการส่งต่อในเวชระเบียน และต้องระบุสถานพยาบาลรับส่งตัว
3. การคิดระยะทางในการส่งต่อผู้ป่วย ให้คิดจากสถานพยาบาลต้นทางไปยังสถานพยาบาลปลายทางตามพิกัด GPS ด้วยโปรแกรมที่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ได้จัดทำไว้ (<http://cs๑.chi.or.th/ambtrcs>)
4. อัตราการเบิกค่าพาหนะส่งต่อผู้ป่วยให้เบิกได้ในอัตรา 500 บาท บวกด้วยอัตราตามระยะทางจากสถานพยาบาลต้นทางถึงสถานพยาบาลปลายทาง (กิโลเมตร) คูณ 2 (ไป – กลับ) คูณอัตรา 4 บาทต่อกิโลเมตร
5. ผู้ป่วยต้องอยู่ระหว่างรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลต้นทาง ประเภทผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกเฉพาะกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน ซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤติหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต
6. สถานพยาบาลปลายทางต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือสังเกตอาการ (ยกเว้นกรณีเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ) หรือสถานพยาบาลปลายทางรับไว้เป็นผู้ป่วยในแล้วทำการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติเห็นควรส่งกลับเพื่อไปพักฟื้นหรือไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทางที่ทำการส่งต่อ
7. เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังสถานพยาบาลอื่น เนื่องจากไม่สามารถทำการรักษาได้ ทั้งนี้ไม่รวมถึงกรณีการรับผู้ป่วยจากบ้านหรือจากที่เกิดเหตุ การส่งไปตรวจทางห้องทดลองหรือเอ็กซเรย์
8. ในกรณีที่พาหนะส่งต่อผู้ป่วยเป็นของสถานพยาบาลอื่นนอกจากสถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทาง หรือเป็นพาหนะส่งต่อของสถานพยาบาลเอกชน ให้สถานพยาบาลต้นทางหรือปลายทางที่เป็น “ผู้ขอใช้พาหนะ” เป็นผู้เบิกจ่ายให้กับสถานพยาบาลเจ้าของพาหนะ

หมายเหตุ

❖ ค่าบริการพาหนะส่งต่อผู้ป่วย ไม่ถือเป็นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นก่อนรับผู้มีสิทธิเป็นผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง ที่จะต้องนำมาคำนวณตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 112 ลงวันที่ 24 มีนาคม 2554

❖ พาหนะส่งต่อ ต้องเป็นพาหนะที่โรงพยาบาลจัดเตรียมใช้เพื่อส่งต่อผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ซึ่งควรมีอุปกรณ์ basic life support และบุคลากรของโรงพยาบาล ร่วมเดินทางไปด้วยเพื่อการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มรหัสรายการพิเศษ (รหัส __999)

กรณีหน่วยบริการมีรายการค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากรายการค่าบริการทางการแพทย์ตามหมวดรายการที่กระทรวงการคลังกำหนด

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ ดังนี้

- 1) ต้องพบหนังสือส่งรายการที่ต้องการเทียบเคียงไปยังสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)
- 2) ต้องพบบันทึกคำสั่งแพทย์การให้บริการพิเศษนั้นๆ
- 3) พบผลการบันทึกรายการพิเศษนั้นๆ
- 4) ไม่ให้เบิกการให้บริการกรณีที่ไม่มีการใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์พิเศษ เช่น การวัด VA โดย Snellen's chart เป็นต้น

กรณีการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ มีดังนี้

1. ต้องพบหลักฐานการให้บริการในเวชระเบียน
 - 1.1 Hemodialysis flow chart
 - 1.2 กรณีการทำหัตถการ ต้องพบบันทึกรายละเอียดของการทำหัตถการในเวชระเบียน
 - 1.3 กรณีการให้เลือด ต้องพบรายละเอียดในใบบันทึกทางการแพทย์
2. การเบิกจ่ายยา erythropoietin
 - 2.1 กรณีผู้ป่วยนำไปใช้ในสถานพยาบาลเอกชน ต้องพบหลักฐานการจ่ายยา erythropoietin และหลักฐานการส่งต่อการรักษา
 - 2.2 กรณีรักษาใน รพ.ของรัฐ ต้องพบหลักฐานการฉีดยา erythropoietin
3. กรณีการฟอกเลือด
 - 3.1 กรณีการฟอกเลือด น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ต้องพบหลักฐานการระบุเหตุผลในการฟอกเลือด ครั้งนั้น ในเวชระเบียน
 - 3.2 รายการค่ารักษาพยาบาลในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2,000 บาท ประกอบด้วย
 - 3.2.1. รายการค่ารักษาพยาบาลในการฟอกเลือดรวมเบิกในอัตราเหมาจ่าย
 - ตัวกรองทั้งแบบธรรมดาและแบบประสิทธิภาพสูง
 - ค่าสายส่งเลือด
 - ยาและอุปกรณ์การใช้ระหว่างการทำ hemodialysis เช่น glucose, hypertonic, NaCl solution
 - อุปกรณ์สิ้นเปลืองใน set hemodialysis ได้แก่ ผ้าก๊อช สำลี เช็มฉีดยา กระบอกฉีดยา
 - Antiseptic เช่น betadine
 - Fistula needle
 - Xylocaine, heparin, low molecular weight heparin
 - Surgical glove, surgical mask
 - Set IV fluid
 - Elastic adhesive bandage
 - 0.9% NaCl

- Hemodialysis solution A+B
- ค่า water treatment for hemodialysis
- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับตรวจสอบคุณภาพระบบ water treatment
- ค่าแพทย์ ค่าพยาบาล และค่าแรงบุคคลากรอื่น
- ค่าสถานที่ระหว่างฟอกเลือด
- ค่าใช้บริการและค่าซ่อมบำรุงเครื่องไตเทียม
- ค่าบริหารจัดการหน่วยไตเทียม

3.2.2. รายการเบิกตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

- ค่าเลือดและอุปกรณ์การให้เลือด
- ค่าสายและการสวนสาย double lumen catheter
- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย *
- ค่าตรวจ X-ray *

*เฉพาะรายการที่ใช้เป็นประจำสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือด เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยไม่ต้องไปใช้บริการผู้ป่วยนอก

3.2.3 รายการเบิกตามสถานพยาบาลเรียกเก็บ

- Erythropoietin
- Parenteral nutrition
- Human albumin
- IV iron

การรักษาตามรายการนี้ ให้สถานพยาบาลแจ้งราคาที่ใช้เรียกเก็บแก่หน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมาย เมื่อเริ่มระบบและให้แจ้งทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงราคาในรายการ

3.2.4 รายการค่ารักษาอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการฟอกเลือด เช่น ค่ารักษาผู้ป่วย นอกจากโรคประจำตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ ค่าผ่าตัดเส้นเลือดหรือเส้นเลือดเทียม ให้เบิกจ่ายจากระบบการเบิกจ่ายผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกที่ต้องรักษาต่อเนื่องตามแต่กรณี

การเบิกจ่ายชดเชยกรณีการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1. รายการเบิกตามข้อ 3.2.2 จะต้องมีการบันทึกการใช้ตามจริงเพื่อประกอบการเบิกจ่ายทุกครั้ง
2. การใช้ยาตามข้อ 3.2.3 จะต้องมีการกำหนดอัตราการจัดเก็บล่วงหน้า โดยแจ้งกับหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมาย
3. ค่าเวชภัณฑ์และค่าบริการที่ไม่ได้ระบุไว้ ให้ถือว่าเป็นรายการที่เบิกตามอัตราเหมาจ่ายตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
4. กรณีการส่งเบิกให้เป็นไปตามรายการดังนี้

กรณี	การบริการ	อัตราจ่าย	โปรแกรมส่งเบิก
ผู้ป่วยนอก	1. ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. Erythropoietin 3. Parenteral nutrition 4. Human albumin 5. IV iron 6. ค่าเลือดและอุปกรณ์การให้เลือด 7. ค่าสายและการสวนสาย double lumen catheter 8. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉพาะรายการที่ใช้ประจำกับผู้ป่วยฟอกเลือด 9. ค่าตรวจ X-ray เฉพาะรายการที่ใช้ประจำกับผู้ป่วยฟอกเลือด	- ครั้งละ 2,000 บาท - จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ - จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ - จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ - จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ - จ่ายตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด - จ่ายตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด - จ่ายตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด - จ่ายตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด	โปรแกรม DMIS-HD
ผู้ป่วยนอก	กรณีผู้มีสิทธิฟอกเลือดในสถานพยาบาลอื่นและจำเป็นต้องได้รับยา erythropoietin	- จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ	โปรแกรม e-claim
ผู้ป่วยใน	1. ค่าบริการผู้ป่วยใน และรายการอุปกรณ์ 2. ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3. Erythropoietin	- จ่ายตามระบบ DRGs - ครั้งละ 2,000 บาท - จ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ	โปรแกรม e-claim โปรแกรม DMIS-HD โปรแกรม DMIS-HD

หมายเหตุ

รายการค่ารักษาอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการฟอกเลือด เช่น ค่ารักษาผู้ป่วย นอกจากโรคประจำตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ ค่าผ่าตัดเส้นเลือดหรือเส้นเลือดเทียม ให้เบิกจ่ายจากระบบการเบิกจ่ายผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกที่ต้องรักษาต่อเนื่องตามแต่กรณี

การตรวจสอบสุขภาพประจำปี

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ ดังนี้

- 1) ต้องพบหลักฐานเป็นผู้มีสิทธิหลักเท่านั้น
- 2) ต้องพบบันทึกและผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
- 3) ไม่ให้เบิกรายการที่นอกเหนือตามระเบียบที่กำหนด
- 4) ให้พบแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาทุกครั้ง และให้เบิกจ่ายค่าตรวจสุขภาพประจำปี ตามอัตราราคาที่

กรมบัญชีกลางกำหนด ดังนี้

4.1 การตรวจสำหรับผู้ที่มีอายุไม่เกิน 35 ปี บริบูรณ์

รายการ	ราคา
1. Chest X-ray	
- Film chest (รหัส 41001)	170
-Mass Chest (รหัส 41301)	50
2. Urine Examination – Urine Analysis (รหัส 31001)	50
3. Stool Examination – Routine direct smear (รหัส 31201) ร่วมกับ Occult blood (รหัส 31203)	70
4. Complete blood count : CBC แบบ Automation (รหัส 30101)	90
5. ตรวจมะเร็งปากมดลูก	
-ตรวจภายใน (รหัส 55620)	100
-Pap smear (รหัส 38302)	100

4.2 การตรวจสำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป

รายการ	ราคา
1. Chest X-ray	
- Film chest (รหัส 41001)	170
-Mass Chest (รหัส 41301)	50
2. Urine Examination – Urine Analysis (รหัส 31001)	50
3. Stool Examination – Routine direct smear (รหัส 31201) ร่วมกับ Occult blood (รหัส 31203)	70
4. Complete blood count : CBC แบบ Automation (รหัส 30101)	90
5. ตรวจมะเร็งปากมดลูก	
-ตรวจภายใน (รหัส 55620)	100
-Pap smear (รหัส 38302)	100
6. Blood Chemistry	
-Glucose (รหัส 32203)	40
-Cholesterol (รหัส 32501)	50
-Triglyceride (รหัส 32502)	60
-Blood urea Nitrogen: BUN (รหัส 32201)	50
-Creatinine (รหัส 32202)	50
-SGOT (AST) (รหัส 32301)	50
-SGPT (ALT) (รหัส 32311)	50
-Alkaline Phosphatase (รหัส 32309)	50
-Uric acid (รหัส 32205)	60

กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ คู่มือที่เกี่ยวข้อง

1. กระทรวงมหาดไทย ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2541
2. กระทรวงมหาดไทย ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2557
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2554
4. ราชกิจจานุเบกษา พระราชกฤษฎีกากำหนดให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2556
5. กระทรวงการคลัง หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
7. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาหลักแห่งชาติ บัญชียาหลักแห่งชาติ
8. หนังสือเวียนกรมบัญชีกลาง ประกาศ หลักเกณฑ์ ระเบียบกระทรวงการคลังที่เกี่ยวข้อง

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีอุปกรณ์อวัยวะเทียม

แนวคิด/หลักการ

การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างสะดวก รวดเร็วและมีคุณภาพ เพื่อให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิตามรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมที่กำหนด สามารถขอรับค่าใช้จ่ายจากกองทุนกลาง (Central Reimbursement) เกิดแรงจูงใจในการให้บริการรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมเหมาะสมแก่ผู้ให้บริการ ในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นค่าใช้จ่ายสูง บางรายการที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงดังกล่าว สปสช. จึงกำหนดให้หน่วยบริการที่บริการด้านการรักษาพยาบาลผู้มีสิทธิเหล่านี้สามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดให้หน่วยบริการดำเนินการตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานจ่ายค่าชดเชยการให้บริการกรณีอุปกรณ์อวัยวะเทียมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มงานตรวจสอบการจ่ายชดเชยตามรายการ (billing audit) สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) จึงได้พัฒนาระบบตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขกรณีอุปกรณ์อวัยวะเทียม พร้อมทั้งได้รวบรวมประเด็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของหน่วยบริการและการบริหารจัดการจ่ายชดเชยกรณีอุปกรณ์อวัยวะเทียมของ สปสช. เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการจ่ายชดเชยและการตรวจสอบการจ่ายชดเชยกรณีอุปกรณ์อวัยวะเทียมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการจ่ายชดเชยการให้บริการกรณีอุปกรณ์อวัยวะเทียม
2. เพื่อตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการกรณีอุปกรณ์อวัยวะเทียม
3. เพื่อสะท้อนผลการตรวจสอบให้หน่วยบริการไปใช้ในการพัฒนาระบบการให้บริการกรณีอุปกรณ์อวัยวะเทียม การดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพและพัฒนาระบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้มีความถูกต้องครบถ้วน
4. เพื่อนำผลที่ได้จากการตรวจสอบไปใช้ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการ ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ เกิดความเชื่อมั่นต่อหน่วยบริการและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้เพิ่มขึ้น

โดยมีแนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยกรณีอุปกรณ์อวัยวะเทียม ดังนี้

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับผู้สูญเสียการได้ยิน

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน มีดังนี้

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ฉบับจริงหรือสำเนาตั้งแต่เริ่มการตรวจเพื่อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีการสูญเสียการได้ยินจนถึงปัจจุบัน
2. เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ประกอบด้วย
 - 2.1 ผลการตรวจ otoscopy ภายใน 6 เดือนนับถึงวันประเมินเครื่องช่วยฟัง
 - 2.2 ผลการตรวจการได้ยิน (pure tone and speech audiogram) ภายใน 6 เดือนนับถึงวันประเมินเครื่องช่วยฟัง
 - 2.3 หลักฐานการเลือกเครื่องช่วยฟัง
 - 2.4 เอกสารหลักฐานการประเมินและผลการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง
 - 2.5 เอกสารผลการติดตามการใช้เครื่องช่วยฟัง
 - 2.6 ใบรับส่งต่อ ประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นที่เกี่ยวข้องกับการใส่เครื่องช่วยฟัง (ถ้ามี)
 - 2.7 เอกสารรับรองคนพิการทางการได้ยิน
3. หลักฐานการส่งจ่ายอุปกรณ์พร้อมระบุเหตุผลความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วยฟังโดยแพทย์
4. หลักฐานการจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังให้แก่ผู้รับบริการ ได้แก่ ใบสั่งยาหรือเอกสารอื่นๆที่ หน่วยบริการใช้แสดงเพื่อยืนยันการจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง
5. หลักฐานการรับอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังโดยระบุประเภท ยี่ห้อ รุ่น และจำนวนชิ้น ลงนามโดยผู้ป่วยพร้อมวันเดือนปีที่รับอุปกรณ์
6. หลักฐานหรือ sticker ที่แสดงถึงยี่ห้อ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง โดยติดไว้ในเวชระเบียน เพื่อให้ผู้ตรวจสอบสามารถตรวจสอบได้
7. สำเนาเอกสารการจัดซื้อเครื่องช่วยฟัง หรือบิลเรียกเก็บจากบริษัทที่จำหน่ายเครื่องช่วยฟัง
8. เอกสารแสดงคุณลักษณะเครื่องช่วยฟัง
9. ตารางรายการบุคลากรของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับการใส่เครื่องช่วยฟัง (เป็นเอกสารที่ สปสช. ส่งให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลบุคลากร เพื่อให้คณะกรรมการตรวจสอบทราบว่าหน่วยบริการมีบุคลากรที่ให้บริการในการใส่เครื่องช่วยฟัง)
10. เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

แนวทางการตรวจสอบ

เป็นการตรวจสอบด้านความถูกต้องการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการกรณีการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง โดยพิจารณาจากข้อมูลจากการบันทึกและเอกสารต่างๆ ที่ปรากฏในหลักฐานที่มีการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานถือว่าไม่มีการให้บริการเรื่องนั้นๆ โดยใช้หลักเกณฑ์การตรวจสอบตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามปีงบประมาณที่ให้บริการ โดยมีประเด็นการตรวจสอบดังนี้

1. คุณสมบัติหน่วยบริการ ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามประกาศ สปสช.และมีความพร้อมในการจัดอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือและสถานที่ รวมทั้งด้านการบริหารจัดการ

2. คุณสมบัติผู้มีสิทธิได้รับเครื่องช่วยฟัง ซึ่งต้องเป็นผู้มีสิทธิและได้รับการจดทะเบียนเป็นคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. เกณฑ์ในการใส่เครื่องช่วยฟัง

4. บุคลากรผู้ให้บริการในการตรวจ การรับรองเอกสาร รวมถึงผู้พิจารณาในการใส่เครื่องช่วยฟัง

5. วิธีการตรวจการได้ยิน

6. การเลือกและการประเมินเครื่องช่วยฟัง ขั้นตอนการเลือก ขั้นตอนการประเมิน การแนะนำวิธีใช้เครื่องช่วยฟัง รวมทั้งการติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง

7. หลักฐานการสั่ง การจ่ายและการรับอุปกรณ์ที่ต้องถูกต้องตรงกันทั้ง ประเภท ยี่ห้อรุ่นและจำนวน รวมทั้งหลักฐาน sticker ของอุปกรณ์ที่ต้องติดไว้ในเวชระเบียนที่ส่งให้ตรวจสอบ

กรณีที่ตรวจพบไม่เป็นไปตามเกณฑ์และเงื่อนไขตามประกาศดังกล่าวจะมีผลกับการจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ผลการตรวจสอบ ได้ 3 ครั้ง โดยผ่านระบบการยื่นอุทธรณ์ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด ทั้งนี้จะไม่รับการพิจารณาเอกสารหลักฐานที่ส่งเพิ่มเติมจากการตรวจสอบ

กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ คู่มือที่เกี่ยวข้อง

1. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศในแต่ละปี

2. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมและข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค ตามประกาศในแต่ละปี

3. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศในแต่ละปี

4. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ตามประกาศในแต่ละปี

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีสายสวนหลอดเลือดหัวใจ

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน มีดังนี้

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ตั้งแต่เริ่มรับบริการจนถึงปัจจุบัน และ บันทึกที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกประวัติ/ผลการตรวจ coronary angiogram (ถ้ามีประวัติการทำ) /ผลการตรวจ non-invasive ทุกอย่างที่มีเช่น EKG, stress echocardiography, exercise treadmill ของหน่วยงานเอง หรือ จากหน่วยงานอื่นๆ ที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา, ประวัติการนัดตรวจเพื่อติดตามอาการหลังการรักษา เป็นต้น

2. เวชระเบียนผู้ป่วยในฉบับจริง หรือ สำเนา (ผ่านการรับรองสำเนา) ทั้งฉบับใน admission ที่ขอตรวจสอบ ประกอบด้วย

2.1 แบบฟอร์มการสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (discharge summary)

2.2 แบบฟอร์มการซักประวัติ การตรวจร่างกาย (history, physical examination, admission note) และ/หรือ เอกสารการประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

2.3 แบบบันทึกความก้าวหน้าของแพทย์ (progress Note)

2.4 แบบบันทึกการสั่งการรักษา (doctor's order)

2.5 แบบบันทึกการทำหัตถการ การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (catheterization report)

2.6 ฟอร์มปรอท (graphic sheet)

2.7 แบบบันทึกทางการพยาบาล nurse's note รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

2.8 แบบบันทึกการให้ยา (medication sheet)

2.9 ใบรายงานผลการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัย ใบรายงานผลการตรวจการทำงานของหัวใจ/คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้แก่ ใบรายงานผลการตรวจ EKG, echocardiography, angiography, ฟิล์มภาพเคลื่อนไหว (cineangiography) ฯลฯ (ขอให้จัดเตรียมข้อมูลที่มีทั้งหมด)

2.10 ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางชีวเคมี/ทางพยาธิวิทยา ที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือมีความสำคัญต่อการรักษา (ทุกครั้งที่มีการส่งตรวจ) ได้แก่ electrolyte, CBC, CK-MB troponin T, troponin I, PT, PTT เป็นต้น (ขอให้จัดเตรียมข้อมูลที่มีทั้งหมด)

2.11 เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น หลักฐานแสดงการมีสิทธิ UC, ใบรับส่งต่อ (refer) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานอื่นที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา เป็นต้น

3. เอกสารการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม หน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบดังนี้

3.1 สำเนาใบจัดซื้ออุปกรณ์ หรือใบสั่งซื้อเป็นหลักฐานรายบุคคล

3.2 กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมและมี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์อวัยวะเทียม หน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง ดังนี้

1) sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์อวัยวะเทียม ที่ใช้กับผู้ป่วยรายที่ตรวจสอบและได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

2) หลักฐานทางการแพทย์ในเวชระเบียนที่ระบุว่ามีการใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียม เช่น operative note ใบรายงานการผ่าตัด (catheterization report) ใบราคาสั่งซื้อที่เป็นหลักฐานเฉพาะรายบุคคล

3.3 กรณีรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมที่ไม่มี sticker หน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง ดังนี้

- 1) หลักฐานทางการแพทย์ในเวชระเบียนที่ระบุว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียม
- 2) หลักฐานการจ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียมทุกชิ้นที่มีการใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคลในครั้งที่มาใช้บริการ เช่น ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ที่หน่วยบริการจ่ายให้ผู้ป่วย โดยในหลักฐานต้องระบุจำนวนรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมพร้อมราคา

4. เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

แนวทางการตรวจสอบ

เป็นการตรวจสอบด้านความถูกต้องการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการกรณีการใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรคกรณีการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน โดยพิจารณาข้อมูลจากการบันทึกและเอกสารต่างๆ ที่ปรากฏในหลักฐานที่มีการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานถือว่าไม่มีการให้บริการเรื่องนั้นๆ โดยตรวจสอบความถูกต้องการจ่ายชดเชยตามเงื่อนไข โดยใช้หลักเกณฑ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ตามประกาศในแต่ละปี โดยมีแนวทางการพิจารณาดังนี้

1. อุปกรณ์ต้องมีลักษณะถูกต้องตรงกันกับอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยและถูกต้องตามประกาศ สปสช.
2. อุปกรณ์ต้องใช้ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดในประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ ตามประกาศในแต่ละปี
3. ต้องพบหลักฐานการใช้อุปกรณ์ใน operative note และหรือบันทึกอื่นที่ลักษณะเดียวกันที่บันทึกโดยแพทย์ผู้ทำหัตถการ
4. ต้องพบ sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์อวัยวะเทียมเก็บไว้ในเวชระเบียน ซึ่งผู้ตรวจสอบสามารถหาได้จาก operative note หรือ OPD card หรือเอกสารอื่นๆ รพ.จัดเก็บและส่งให้ตรวจสอบที่สามารถระบุชื่อผู้ป่วยได้
5. จำนวนที่ใช้ต้องถูกต้องตรงกับที่ขอเบิกโดยจะพิจารณาจาก จำนวน sticker และข้อมูลที่บันทึกใน operative's note ซึ่งต้องสอดคล้องกัน กรณีที่ไม่สอดคล้องจะยึดหลักฐานที่ระบุจำนวนที่น้อยกว่าเป็นผลการตรวจสอบ

กรณีที่ตรวจพบไม่เป็นไปตามเกณฑ์และเงื่อนไขตามประกาศดังกล่าว จะมีผลกับการจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ผลการตรวจสอบ ได้ 3 ครั้ง โดยผ่านระบบการยื่นอุทธรณ์ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด ทั้งนี้จะไม่รับการพิจารณาเอกสารหลักฐานที่ส่งเพิ่มเติมจากการตรวจสอบ

กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ คู่มือที่เกี่ยวข้อง

1. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศในแต่ละปี
2. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรคและข้อบกพร่อง ตามประกาศในแต่ละปี
3. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามประกาศในแต่ละปี

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีอุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้าและรองเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง

หลักฐานเอกสารประกอบการตรวจสอบ

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ฉบับจริง หรือสำเนาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน ตั้งแต่เริ่มต้นการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน
2. เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าอุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า และรองเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง ได้แก่
 - 2.1 ผลการตรวจเท้า ประกอบด้วย การตรวจสภาพเท้า การตรวจพยาธิสภาพเท้า การตรวจประเมินชีพจร การตรวจ monofilament เป็นต้น
 - 2.2 บันทึกรายละเอียดกิจกรรมการให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลที่เท้ารวมทั้งการป้องกันและการดูแลเท้า
 - 2.3 บันทึกที่แสดงถึงความสามารถของผู้ป่วยในการเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง
 - 2.4 บันทึกผลการติดตามการใช้อุปกรณ์ หลังได้รับอุปกรณ์ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป
3. หลักฐานการจัดซื้อการส่งจ่ายและรับอุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า รองเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อให้ผู้ตรวจสอบสามารถตรวจสอบได้ ประกอบด้วย
 - 3.1 สำเนาเอกสารการจัดซื้ออุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า รองเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง
 - 3.2 คำสั่งจ่ายอุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้ารองเท้าผู้ป่วยเบาหวานโดยแพทย์ (doctor's order) โดยระบุรายละเอียด และชนิดอุปกรณ์
 - 3.3 ใบสั่งยาที่ระบุการจ่ายอุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้ารองเท้าผู้ป่วยเบาหวานให้ผู้ป่วย และหรือใบราคาอุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า รองเท้าเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงที่เป็นหลักฐานเฉพาะรายบุคคล
 - 3.4 บันทึกการรับอุปกรณ์รายบุคคล ที่ระบุชื่อ – นามสกุลผู้รับ วันที่ได้รับอุปกรณ์ และลายมือชื่อผู้รับ หรือเอกสารอื่นๆ ที่หน่วยบริการใช้แสดงเพื่อยืนยันว่าผู้รับบริการได้รับอุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า รองเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง โดยระบุชนิดและขนาดอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ
4. เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าอุปกรณ์ เช่น ใบรับส่งต่อ ประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลอื่นที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
5. ตัวอย่าง อุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า และรองเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงทุกแบบที่หน่วยบริการจ่ายให้แก่ผู้ป่วยโดยระบุประเภทอุปกรณ์ และชื่อรุ่น ให้ตรงกับที่บันทึกจ่ายผู้ป่วย
6. เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

แนวทางการตรวจสอบ

เป็นการตรวจสอบด้านความถูกต้องการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการกรณีการใช้อุปกรณ์พุงสันเท้า และฝ่าเท้า และรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง โดยพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกและเอกสารต่างๆ ที่ปรากฏในหลักฐานที่มีการให้บริการ โดยใช้หลักเกณฑ์การตรวจสอบตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อนและการ ตัดเท้า ที่ประกาศใช้ในช่วงเวลาที่ให้บริการและประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษา และข้อบ่งชี้ตามประกาศในแต่ละปี โดยมีประเด็นการตรวจสอบที่สำคัญ ดังนี้

1. ผู้ป่วยต้องได้รับวินิจฉัยและมีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน
2. ต้องมีหลักฐานบันทึกสถานการณ์เคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่ระบุได้ว่าผู้ป่วยสามารถเดินได้
3. อุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า และรองเท้าเบาหวานที่หน่วยบริการจ่ายให้ผู้ป่วยต้องมี**ลักษณะที่ถูกต้อง**ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษา และข้อบ่งชี้ ตามประกาศในแต่ละปีโดยผู้ตรวจสอบจะพิจารณาจากตัวอย่างอุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า และรองเท้าเบาหวานที่หน่วยบริการส่งให้ตรวจสอบ
4. อุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า และรองเท้าเบาหวานที่หน่วยบริการจ่ายให้ผู้ป่วยต้อง**เป็นไปตามข้อบ่งชี้**ที่กำหนดตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษา และข้อบ่งชี้ตามประกาศในแต่ละปีโดยผู้ตรวจสอบจะพิจารณาจากตัวอย่างอุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า และรองเท้าเบาหวานที่หน่วยบริการส่งให้ตรวจสอบ เปรียบเทียบกับข้อมูลของผู้ป่วยที่บันทึกในเวชระเบียนและอุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า และรองเท้าเบาหวานที่ผู้ป่วยได้รับจริง
5. ต้องมีหลักฐานการตรวจและผลประเมินเท้าที่สามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงหรือความเสี่ยงปานกลางร่วมกับมีเท้าผิดปกติ
6. ต้องมีหลักฐานบันทึกการให้ความรู้ คำแนะนำการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการดูแลเท้า
7. ต้องมีหลักฐานการส่งจ่ายอุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้าและรองเท้าเบาหวานโดยแพทย์ที่ระบุรายละเอียดประเภท ชนิดของอุปกรณ์ฯ
8. ต้องมีหลักฐานการจ่ายอุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า และรองเท้าเบาหวาน เช่น ใบสั่งยา หรือหลักฐานอื่นที่หน่วยบริการแสดงให้เห็นว่ามีการจ่ายอุปกรณ์ฯให้แก่ผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องระบุชนิด ประเภท ขนาดของอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งต้องถูกต้องตรงกันกับคำสั่งจ่ายของแพทย์และที่ผู้ป่วยได้รับ
9. ต้องมีหลักฐานการรับอุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า และรองเท้าเบาหวานของผู้ป่วย โดยระบุชื่อ – นามสกุลผู้รับ วันที่ได้รับอุปกรณ์ และ ลายมือชื่อผู้รับ ทั้งนี้ต้องระบุชนิด ประเภท ขนาด ของอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งต้องถูกต้องตรงกันกับคำสั่งจ่ายของแพทย์
10. ต้องมีหลักฐานการจัดซื้ออุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า และรองเท้าเบาหวาน ที่เกิดขึ้นก่อนการวันที่จ่ายอุปกรณ์ฯให้แก่ผู้ป่วย
11. ต้องมีหลักฐานการตรวจและผลการประเมินการใช้อุปกรณ์หลังได้รับอุปกรณ์ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

กรณีที่ตรวจพบไม่เป็นไปตามเกณฑ์และเงื่อนไขตามประกาศดังกล่าว จะมีผลกับการจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ผลการตรวจสอบ ได้ 3 ครั้ง โดยผ่านระบบการยื่นอุทธรณ์ตามแนวทางที่สปสข.กำหนดทั้งนี้จะไม่รับการพิจารณาเอกสารหลักฐานที่ส่งเพิ่มเติมจากการตรวจสอบ

กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ คู่มือที่เกี่ยวข้อง (ที่ประกาศใช้ในช่วงเวลาที่ให้บริการ)

1. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดรักษา และข้อบ่งชี้ ตามประกาศในแต่ละปี
2. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายชดเชย เพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อนและการตัดเท้า ตามประกาศในแต่ละปี
3. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศในแต่ละปี
4. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พ.ศ. 2556 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม ตามประกาศในแต่ละปี

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
การจ่ายชดเชยกรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม : กรณีการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเทียม

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน

1. สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม จนถึงปัจจุบัน และบันทึกที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกประวัติ/ผลการตรวจของหน่วยงานเอง หรือจากหน่วยงานอื่นๆ ที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือการรักษาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ประวัติการนัดตรวจเพื่อติดตามอาการหลังการรักษา เป็นต้น

2. สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งฉบับใน admission ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย

2.1 แบบฟอร์มการสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (discharge summary)

2.2 แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกาย (history, physical examination, admission note) และ/หรือ เอกสารการประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

2.3 แบบบันทึกความก้าวหน้าของแพทย์ (progress note)

2.4 แบบบันทึกการสั่งการรักษา (doctor's order) ที่มีการลงนามของแพทย์กำกับไว้

2.5 แบบบันทึกการทำหัตถการการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (operative note)

2.6 ฟอร์มปรอท (graphic sheet)

2.7 แบบบันทึกทางพยาบาล (nurse's note) รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

2.8 แบบบันทึกการให้ยา (medication sheet)

2.9 ภาพถ่ายหรือแผ่นซีดี (โดยต้องเป็นไฟล์ **pdf หรือ jpg** เท่านั้น) รูป X-ray ของข้อเข่าด้านหน้า-หลัง (anterior-posterior) และด้านข้าง (lateral) ทั้ง ๒ ข้าง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนักก่อนผ่าตัด และทำยืนหรือทำนอนหลังการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2.10 ใบรายงานผลการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัย ได้แก่ ใบรายงานผลการตรวจ EKG ผลการตรวจ chest X-ray เป็นต้น

2.11 ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรค หรือ มีความสำคัญต่อการรักษา (ทุกครั้งที่มีการส่งตรวจ) ได้แก่ CBC, blood sugar, urine analysis เป็นต้น

2.12 เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น หลักฐานแสดงการมีสิทธิ UC ใบรับส่งต่อ (refer) (ที่ระบุประวัติการรักษาตั้งแต่เริ่มต้นที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมรวมทั้งที่รักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยมแล้วไม่ได้ผล) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานอื่นที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา เป็นต้น

3. เอกสารการเบิกจ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม หน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารเพื่อรับการตรวจสอบ ดังนี้

3.1 สำเนาใบจัดซื้ออุปกรณ์ หรือใบสั่งซื้อเป็นหลักฐานรายบุคคล

3.2 กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมและมี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์อวัยวะเทียม หน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง ดังนี้

1) sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์อวัยวะเทียม ที่ใช้กับผู้ป่วยรายที่ตรวจสอบและได้รับการรักษาโรคข้อเข้าเสื่อม

2) หลักฐานทางการแพทย์ในเวชระเบียนที่ระบุว่ามีการใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียม เช่น operative note ใบรายงานการผ่าตัด ใบราคาสั่งซื้อที่เป็นหลักฐานเฉพาะรายบุคคล

3.3 กรณีรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมที่ไม่มี sticker หน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่า มีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง ดังนี้

1) หลักฐานทางการแพทย์ในเวชระเบียนที่ระบุว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียม

2) หลักฐานการจ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียมทุกชิ้นที่มีการใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคลในครั้งที่มาใช้บริการ เช่น ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ที่หน่วยบริการจ่ายให้ผู้ป่วย โดยในหลักฐานต้องระบุจำนวนรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมพร้อมราคา

4. ใบขออนุมัติก่อนผ่าตัด (pre authorized) กรณีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี

5. เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

แนวทางการตรวจสอบ

การตรวจสอบด้านความถูกต้องการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการกรณีการใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรคกรณีการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม โดยพิจารณาข้อมูลจากการบันทึกและเอกสารต่างๆ ที่ปรากฏในหลักฐานที่มีการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานถือว่าไม่มีการให้บริการเรื่องนั้น ๆ โดยตรวจสอบความถูกต้องการจ่ายชดเชยตามเงื่อนไข 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความถูกต้องการจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยในตามหลักการเหมาจ่ายรายโรค (DRGs)

เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการสรุปโรคและหัตถการ การลงรหัสโรคและหัตถการ การบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องในเวชระเบียน ได้แก่ date admit, date discharge, discharge type, discharge status รหัสโรค รหัสหัตถการ เป็นต้น โดยอ้างอิงตามแนวทางการตรวจสอบ coding audit

2. ด้านความถูกต้องการจ่ายชดเชยกรณีรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียม แบ่งเป็น

2.1 การตรวจสอบความถูกต้องการจ่ายชดเชยรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมที่หน่วยบริการเบิกชดเชย โดยใช้หลักเกณฑ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข้าเสื่อม ตามประกาศในแต่ละปี และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ ตามประกาศในแต่ละปี แบ่งเป็น

2.2. หลักเกณฑ์การตรวจสอบรายการอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมที่ใส่ภายในร่างกาย มีแนวทางการพิจารณาดังนี้

- 1) อุปกรณ์ต้องมีลักษณะถูกต้องตรงกันกับอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยและถูกต้องตามประกาศ สปสช.
- 2) อุปกรณ์ต้องใช้ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดในประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ ตามประกาศในแต่ละปี
- 3) ต้องพบหลักฐานการใช้อุปกรณ์ใน operative note และหรือบันทึกอื่นที่ลักษณะเดียวกันที่บันทึกโดยแพทย์ผู้ทำหัตถการ
- 4) ต้องพบ sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์อวัยวะเทียมเก็บไว้ในเวชระเบียน ซึ่งผู้ตรวจสอบสามารถหาได้จาก operative note หรือ OPD card หรือเอกสารอื่นที่ รพ.จัดเก็บ และส่งให้ตรวจสอบที่สามารถระบุชื่อผู้ป่วยได้
- 5) จำนวนที่ใช้ต้องถูกต้องตรงกับที่ขอเบิกโดยจะพิจารณาจาก จำนวน sticker และข้อมูลที่บันทึกใน operative's note ซึ่งต้องสอดคล้องกัน กรณีที่ไม่สอดคล้องจะยึดหลักฐานที่ระบุจำนวนที่น้อยกว่าเป็นผลการตรวจสอบ

2.3 หลักเกณฑ์การตรวจสอบรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมที่ใช้ภายนอกร่างกาย เช่น ไม้ค้ำยัน เครื่องช่วยเดิน (walking aids) เป็นต้น

หลักเกณฑ์การตรวจสอบ

- 1) ต้องพบบันทึกคำสั่งการจ่ายอุปกรณ์ของแพทย์
- 2) ต้องพบหลักฐานใบสั่งยาและบันทึกการรับอุปกรณ์รายบุคคล ที่ระบุชื่อ-นามสกุล ผู้รับพร้อมลงนามและวันที่ได้รับอุปกรณ์
- 3) รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมที่มี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ต้องมีหลักฐาน sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม เก็บไว้ในเวชระเบียน หรือเอกสารอื่นที่ รพ.จัดเก็บและส่งให้ตรวจสอบที่สามารถระบุชื่อผู้ป่วยได้

กรณีที่ตรวจพบไม่เป็นไปตามเกณฑ์และเงื่อนไขตามประกาศดังกล่าว จะมีผลกับการจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้หน่วยบริการสามารถอุทธรณ์ผลการตรวจสอบ ได้ 3 ครั้ง โดยผ่านระบบการยื่นอุทธรณ์ ตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด ทั้งนี้จะไม่รับการพิจารณาเอกสารหลักฐานที่ส่งเพิ่มเติมจากการตรวจสอบ

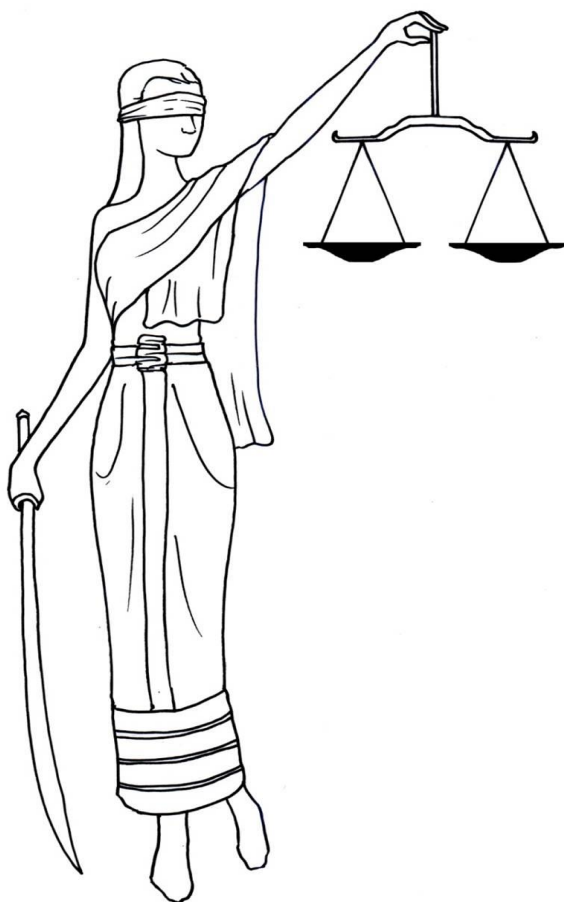
3.การตรวจสอบด้านคุณภาพบริการ โดยอ้างอิงจากแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าตาม ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม ตามประกาศในแต่ละปี และมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลรักษาโดยการผ่าตัดข้อเข่า ทั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการจ่ายชดเชย

กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ คู่มือที่เกี่ยวข้อง

1. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม ตามประกาศในแต่ละปี
3. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการบำบัดโรคและข้อบ่งชี้ พ.ศ.ตามประกาศในแต่ละปี
4. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามประกาศในแต่ละปี

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การตรวจสอบคุณภาพบริการ



แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แนวทางการตรวจสอบชดเชยและคุณภาพการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

แนวคิด/หลักการ

การให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นนโยบายหลักในการจัดบริการบำบัดทดแทนไต แต่พบว่ามีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้กำหนดแนวทางการจ่ายชดเชยให้แก่หน่วยบริการที่มีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง จึงได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีเป้าหมายสนับสนุนการพัฒนาและควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการ สปสช.จึงได้พัฒนาระบบตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการจ่ายชดเชยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการสนับสนุนยา erythropoietin
3. เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับให้กับหน่วยงาน และกองทุนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับให้แก่หน่วยบริการสำหรับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน

เอกสารที่หน่วยบริการต้องจัดเตรียมเพื่อการตรวจสอบกรณีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

1. เวชระเบียนผู้ป่วยที่สมบูรณ์ (ต้นฉบับหรือสำเนา) ตั้งแต่วันที่เข้ารับบริการจนถึงปัจจุบัน รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบคำสั่งการรักษาของแพทย์เมื่อแรกรับเข้าหน่วยบริการ
2. สำหรับวันที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามระยะเวลาที่ขอตรวจสอบโดยเอกสารต้องมีครบทุกราย และทุกครั้งที่มาใช้บริการ
 - 2.1 หนังสือส่งต่อผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องกรณีรักษาทดแทนไต (ถ้ามี) ผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจต่างๆ เมื่อแรกเข้ารับบริการฟอกเลือด ณ หน่วยบริการ
 - 2.2 แบบบันทึกคำยินยอมของผู้ป่วยสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis informed consent) เมื่อแรกเข้า และภายในระยะเวลาที่ขอตรวจสอบ (อ้างอิงตามแนวปฏิบัติที่ ตรต.กำหนด)
 - 2.3 เอกสารที่ระบุตัวผู้ป่วย ที่แสดง ชื่อ HN PID เช่น OPD card
 - 2.4 บันทึกรายงานการฟอกเลือดของหน่วยไตเทียม (hemodialysis record worksheet)
 - 2.5 ใบสั่งการรักษาของแพทย์ และข้อมูลการรักษาของแพทย์ (hemodialysis prescription)

2.6 ใบบันทึกการให้ยา (medication record) หลักฐานการให้ยาก่อน ระหว่าง และหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเฉพาะยา erythropoietin

2.7 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคเมื่อแรกเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และภายในระยะเวลาที่ขอตรวจสอบ (อ้างอิงตามแนวปฏิบัติที่ ตรต. กำหนด) ได้แก่

2.7.1 ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น hematocrit, hemoglobin, CBC, serum ferritin, % transferrin saturation, serum albumin, BUN, creatinine, Kt/V, URR, iPTH, serology, liver function test, lipid profile, serum calcium, serum phosphorus ฯลฯ

2.7.2 ผลการตรวจ CXR, EKG

2.7.3 ใบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.8 ตารางบันทึกชนิดของตัวกรองเลือด (dialyzer) ที่ใช้กับผู้ป่วยในหน่วยบริการ และตารางบันทึกค่า TCV ตามมาตรฐานที่ใช้ในหน่วยบริการสำหรับตัวกรองแต่ละยี่ห้อ

2.9 หลักฐานเอกสารอื่นๆ ที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย ก่อน ระหว่าง และหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2.10. ใบแสดงรายละเอียดค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามรายการเวชระเบียนที่ขอตรวจสอบ

2.11. เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบร้องขอ

3. เวชระเบียนผู้ป่วยใน กรณีที่มีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมขณะเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการ ได้แก่

4.1. สำเนาเอกสารการตรวจรับรองจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) ครั้งล่าสุด และใบสรุปแจ้งผลการตรวจรับรอง

4.2. จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการฟอกเลือดทั้งหมด แยกรายสิทธิ ของหน่วยบริการ

4.3. หลักฐานรับรองการเป็นสถานพยาบาลจากกองประกอบโรคศิลป์ และแพทยสภา (กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน)

5. เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบร้องขอ

ทั้งนี้ สปสช. ไม่รับพิจารณาเอกสารเพิ่มเติม หลังวันที่ดำเนินการตรวจสอบ กรณีไม่พบเอกสารหลักฐาน ณ วันที่ดำเนินการตรวจสอบ จะถือว่าไม่มีข้อมูลเพียงพอในการประเมินคุณภาพการให้บริการในครั้งนั้นๆ

วิธีการดำเนินการ

1. ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลในเวชระเบียนตามรายการที่ สปสช.กำหนด โดยการตรวจสอบจะดำเนินการใน 2 ส่วน ดังนี้

1.1 การตรวจสอบความถูกต้องในการจ่ายชดเชย ตามข้อกำหนดในคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งกำหนดการจ่ายชดเชย 2 รายการ คือ

1.1.1 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนครั้งในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยตรวจสอบจากใบ hemodialysis work sheet ที่มีข้อมูลครบถ้วนตามมาตรฐานวิชาชีพการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อ้างอิงตามเกณฑ์การตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมฉบับปรับปรุงปี 2557 แพทยสภา โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

ก. ระยะเวลาในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมงในแต่ละครั้ง ยกเว้น

1) กรณีล้างไตสัปดาห์แรก (โดยนับวันจันทร์เป็นวันแรกของสัปดาห์) น้อยกว่า 4 ชั่วโมง

2) กรณีผู้ป่วยอาการไม่ stable

โดยต้องมีบันทึกที่ระบุเหตุผลทางการแพทย์ที่เหมาะสมไว้ จึงจะถือว่ามีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และสามารถเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์กรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้

ข. จำนวนครั้งในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์ หากมีความจำเป็นต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์ (โดยนับวันจันทร์เป็นวันแรกของสัปดาห์) ให้หน่วยบริการขออุทธรณ์ ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ค. กรณีที่หน่วยบริการไม่มีหลักฐาน hemodialysis work sheet ให้ตรวจสอบ สปสข.จะถือว่าไม่มีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในวันนั้นๆ

1.1.2 ยา erythropoietin การตรวจสอบความถูกต้องในการสนับสนุนการให้ยา erythropoietin โดยตรวจสอบจากใบ hemodialysis work sheet หรือใบบันทึกการให้ยา ซึ่งต้องประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้

ก. ชื่อยา erythropoietin ที่เป็น trade name ขนาดยาที่ให้ วัน เวลาที่ให้ยา และวิธีการให้ยา โดยต้องมีการติดตามค่า hematocrit ของผู้ป่วยทุก 4 สัปดาห์ และต้องตรงกับค่าที่แจ้งข้อมูลเพื่อขอเบิกยากับสปสข. หากตรวจสอบพบว่าไม่ตรงกัน อาจพิจารณาเรียกคืนยาได้

ข. การลงลายมือชื่อของผู้ที่ให้ยากำกับการให้ยาทุกครั้ง พร้อมทั้งติดสติ๊กเกอร์ยาที่มีรายละเอียดระบุ ชื่อการค้าของยา erythropoietin ที่ให้กับผู้ป่วย โดยติดสติ๊กเกอร์ไว้ใน hemodialysis work sheet ทุกครั้งที่มีการให้ยา

ค. กรณีให้ยา erythropoietin ที่มีชื่อทางการค้าต่างกันภายใน 1 ปี ต้องมีหลักฐานเป็นหนังสือแจ้งแก่ สปสข. โดยต้องระบุข้อบ่งชี้/เหตุผลทางการแพทย์อันสมควร เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ pure red cell aplasia (PRCA)

1.2. การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยประเมินตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการดูแลผู้ป่วย และตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ อ้างอิงตามเกณฑ์การตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมฉบับปรับปรุงปี 2557 แพทยสภา

2. การตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ ในกรณีที่หน่วยบริการที่ผ่านการตรวจประเมินเพื่อรับรองเป็นหน่วยให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จาก ตรต. มากกว่า 2 ปี หรือหน่วยบริการที่ได้รับการร้องเรียน โดยใช้แบบตรวจประเมินหน่วยบริการที่ สปสข.กำหนด โดยอ้างอิงตามมาตรฐานของ ตรต. เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน

กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ คู่มือ ที่เกี่ยวข้อง

1. เกณฑ์และแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ.2557 แพทยสภา
2. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง)
3. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
4. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ.2526
5. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพการ การให้บริการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2)

แนวคิด/หลักการ

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ได้กำหนดรายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะตามบัญชี จ(2) ซึ่งหมายถึง ยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยยามีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการส่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือเป็นยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะโรค หรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และเป็นยาที่มีราคาแพงมาก หรือส่งผลอย่างมากต่อความสามารถในการจ่ายทั้งของสังคมและผู้ป่วย จึงต้องมีระบบกำกับและอนุมัติการส่งใช้ยา (authorized system) ที่เหมาะสม โดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการส่งใช้ยาจึงจะก่อประโยชน์สูงสุด สถานพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา และมีการเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้น เพื่อให้ตรวจสอบโดยกลไกกลางในอนาคตได้ (ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ, (2561, 19 มกราคม 2561) ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135 ตอนพิเศษ 14 ง หน้าที่ 4)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดให้มีการจ่ายชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 เป็นต้นมา เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาที่มีความจำเป็นเฉพาะ ตามบัญชี จ(2) ซึ่งปัจจุบัน สปสช. โดยสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ ได้ทำหน้าที่ตรวจสอบการใช้ยาในบัญชี จ(2) ของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบริหารจัดการยาราคาแพง และผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยเกณฑ์การตรวจสอบเป็นไปตามข้อบ่งใช้ และเงื่อนไขการส่งใช้ยาตามแนวทางการกำกับการใช้ยาในประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2561 (ภาคผนวก) ซึ่ง สปสช.ได้พัฒนาระบบการตรวจสอบยาบัญชี จ(2) ซึ่งได้ดำเนินการตรวจสอบตั้งแต่ ปี 2560 ได้แก่

1. ยา Trastuzumab ข้อบ่งใช้มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น
2. ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) ข้อบ่งใช้โรค idiopathic thrombocytopenia purpura (ITP) ชนิดรุนแรง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการ กรณีการส่งใช้ยาบัญชี จ(2) ตามแนวทางกำกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ
2. เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับให้กับหน่วยงานและกองทุนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายชดเชยยาบัญชี จ(2)
3. เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับให้กับหน่วยบริการสำหรับการพัฒนาคุณภาพบริการการรักษาผู้ป่วยที่มีการส่งใช้ยาบัญชี จ(2)

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณียา จ(2)

1.เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ต้นฉบับหรือสำเนา ตั้งแต่วันที่เริ่มการวินิจฉัยและทุกครั้งที่เข้ารับการรักษาของโรค idiopathic thrombocytopenia purpura (ITP) ชนิดรุนแรง หรือ โรคมะเร็งเต้านม

กรณีที่รับผู้ป่วยมาได้รับการรักษาต่อจากหน่วยบริการอื่น หรือกรณีเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น ต้องมีหลักฐานในการวินิจฉัยตามเกณฑ์และข้อบ่งชี้ที่กำหนด

2.เวชระเบียนผู้ป่วยใน (ต้นฉบับหรือสำเนา) ทุกครั้งที่มีการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในครั้งที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา จ(2) สำหรับการรักษาโรค idiopathic thrombocytopenia purpura (ITP) ชนิดรุนแรง หรือโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งประกอบด้วย

- 2.1 แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary)
- 2.2 แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ (informed consent) ของผู้ป่วย
- 2.3 แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกายของแพทย์ (history, physical examination, admission note) และหรือ เอกสารการประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการรักษาด้วยยา จ(2)
- 2.4 แบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note) ของแพทย์
- 2.5.แบบบันทึกการสั่งการรักษา (doctor's order)
- 2.6 แบบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (consultation record) (ถ้ามี)
- 2.7 แบบบันทึกวิสัญญี (anesthetic record) (ถ้ามี)
- 2.8 แบบบันทึกการผ่าตัด (operative note) กรณีผู้ป่วยที่มีการผ่าตัด (ถ้ามี)
- 2.9 แบบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (labour record) (ถ้ามี)
- 2.10 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้ในอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น
- 2.11 ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยพร้อมรายงานผลการตรวจ
- 2.12 แบบบันทึกทางพยาบาล nurse's note
- 2.13 แบบบันทึกสัญญาณชีพหรือฟอร์มปรอท (graphic sheet)
- 2.14 แบบบันทึกการให้ยา (medication sheet) การให้สารน้ำและการให้เลือด เป็นต้น
- 2.15 เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย (ถ้ามี) เช่น ใบส่งต่อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการอื่น สำเนาใบตรวจสอบสิทธิการรักษา เป็นต้น

3.แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2)

4.ใบสั่งและจ่ายยาบัญชี จ(2)

5.เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบร้องขอ

รายละเอียดหลักฐานเพิ่มเติมประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน

1. กรณีตรวจสอบการใช้ยา Trastuzumab ข้อบ่งใช้มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

1.1 รายชื่อแพทย์และคุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา ซึ่งต้องเป็นแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา หรือสาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หรืออนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการ

1.2 ใบรายงานผลหรือสำเนาใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่สำคัญต่อการวินิจฉัย ตั้งแต่วันที่เริ่มการวินิจฉัยและทุกครั้งที่เข้ารับการรักษาโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่

- 1) ผล official report ทางพยาธิวิทยาที่ระบุ breast cancer รวมทั้งผลพยาธิวิทยา lymph node และผลเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้อง
- 2) ใบ operative note ที่มีรายละเอียดการทำหัตถการ
- 3) Estrogen receptor (ER)
- 4) Progesterone receptor (PR)
- 5) Immunohistochemistry
- 6) ผลการตรวจ (official report) ด้วยวิธี in situ hybridization เช่น FISH หรือ DISH, HER 2 (Human epidermal growth factor receptor)

1.3 ผล echocardiogram อย่างน้อย 2-D ขึ้นไป หรือ MUGA

1.4 ผลการประเมิน Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status

1.5 เอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการแพร่กระจายของมะเร็ง เช่น ผล X-ray/ CT scan/ MRI และ bone scan เป็นต้น

2. กรณีตรวจสอบการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) ข้อบ่งใช้โรค idiopathic thrombocytopenia purpura (ITP) ชนิดรุนแรง

2.1 รายชื่อแพทย์และคุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา ซึ่งต้องเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด หรืออนุสาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการ

2.2 ใบรายงานผลหรือสำเนาใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่สำคัญต่อการวินิจฉัยตั้งแต่วันที่เริ่มการวินิจฉัยและทุกครั้งที่เข้ารับการรักษาโรค idiopathic thrombocytopenia purpura (ITP) ได้แก่

- 1) CBC
- 2) LFT
- 3) Peripheral blood smear
- 4) Bone marrow aspiration/biopsy
- 5) ANA (ถ้ามี)
- 6) Viral syudy (เช่น Anti HIV, Hepatitis B, Hepatitis C เป็นต้น)
- 7) CXR และหรือ imaging อื่นๆที่เกี่ยวข้อง

วิธีการดำเนินการ

การตรวจสอบเวชระเบียนกรณีการใช้ยาบัญชี จ(2) เป็นการตรวจประเมินทั้งด้านความถูกต้องการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกและเอกสารต่างๆ ที่ปรากฏหลักฐานการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานการตรวจสอบจะถือว่าไม่มีข้อมูลเพียงพอในการประเมินคุณภาพและข้อบ่งชี้ในการให้ยา จ(2) โดยการตรวจประเมินจะแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. **ด้านความถูกต้องในการจ่ายชดเชย** : เป็นการตรวจสอบเพื่อดูข้อมูลที่มีผลกระทบต่อการจ่ายชดเชย โดยพิจารณาการสั่งใช้ยา จ(2) ตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้การใช้ยาตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และตรวจสอบปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับเปรียบเทียบกับปริมาณยาที่หน่วยบริการเบิกจ่ายจาก สปสช.
2. **ด้านคุณภาพการให้บริการการใช้ยา จ(2)** : เป็นการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการ กรณีการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2) ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ ตามปีที่ได้รับบริการ ซึ่งการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการกรณีการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2) มุ่งเน้นให้เกิดการสั่งใช้ยาที่มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ และคู่มือที่เกี่ยวข้อง

1. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ ตามปีที่ได้รับบริการ คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) โดย คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ
2. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามประกาศของแต่ละปี

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการการรักษาผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (Ischemic stroke)

แนวคิด/หลักการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีการดำเนินงานบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะ (Disease management initiative and special service) กรณีการให้บริการรักษาเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track) ในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม หากจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด recombinant tissue-plasminogen activator (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ โดยสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากการจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยในระบบ DRGs สำหรับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่สามารถให้ยา rt-PA ได้ ซึ่งการบริหารจัดการดังกล่าวเป็นไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดบริการสาธารณสุขให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ถูกต้อง และทันเวลา ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพ ลดอัตราการเสียชีวิตและเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหน่วยบริการสามารถเบิกจ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ดังนั้น เพื่อเป็นการตรวจประเมินคุณภาพบริการและความถูกต้องในการจ่ายชดเชย รวมทั้งเป็นการประเมินผลลัพธ์ในการบริหารจัดการโครงการดังกล่าว สปสช.จึงได้มีระบบการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (ischemic stroke) ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน
2. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการจ่ายชดเชยค่าบริการตามอัตราเหมาจ่ายเพิ่มเติมกรณีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)
3. เพื่อนำผลการตรวจสอบใช้ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการให้เกิดความเป็นธรรมต่อหน่วยบริการและผู้ป่วย มีการเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
4. เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับให้แก่หน่วยบริการสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันให้มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และพัฒนาระบบการเบิกชดเชยให้มีประสิทธิภาพ

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน

เอกสารที่หน่วยบริการต้องจัดเตรียมสำหรับการตรวจสอบกรณีการให้บริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ดังนี้

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (ต้นฉบับหรือสำเนา) หน้าแรกและข้อมูลการเข้ารับบริการในครั้งที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจนถึงปัจจุบัน
2. ใบส่งตัวจากหน่วยบริการอื่นและใบส่งตัวไปยังหน่วยบริการอื่น (ถ้ามี)
3. เวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งฉบับ (ต้นฉบับหรือสำเนา) สำหรับครั้งที่มีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน

4. เอกสารประกอบการตรวจวินิจฉัยก่อน และหลังการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ CT scan และหรือ MRI EKG
5. ผลการประเมินทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ NIHSS, modified Rankin Scale, Barthel Index, การประเมินการกลืน การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale : EMV)
6. เอกสารการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ได้แก่ ผลการตรวจ PT, PTT, CBC, FBS เป็นต้น
7. เอกสารการบันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน บันทึก vital sign ก่อน และขณะการให้ยาบันทึกการให้ยา rt-PA และยาอื่นๆ
8. หลักฐาน เอกสารการบันทึกการประเมินและหรือการทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยในการรักษาในครั้งที่ระบุในรายการเวชระเบียน จนถึงปัจจุบัน
9. เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบร้องขอ

การตรวจสอบจะพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกและเอกสารต่างๆ ที่ปรากฏหลักฐานการให้บริการกรณีที่ไม่มีพบการบันทึกหรือขาดหลักฐาน การตรวจสอบจะถือว่าไม่มีข้อมูลเพียงพอในการประเมินคุณภาพและเงื่อนไขการจ่ายชดเชยตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด

วิธีการดำเนินการ

ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนและเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นการตรวจประเมินทั้งทางด้านความถูกต้องการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและกรณีที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1.ด้านความถูกต้องตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชย เป็นการตรวจสอบเพื่อดูข้อมูลที่มีผลกระทบต่อกรจ่ายชดเชย โดยพิจารณาตามเงื่อนไขการให้บริการฯ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด แบ่งเป็น

- 1.1 การจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีผู้ป่วยใน เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการสรุปโรคและหัตถการการลงรหัสโรคและหัตถการ การบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องในเวชระเบียน ได้แก่ date admit, date discharge, discharge type, discharge status, รหัสโรค รหัสหัตถการ เป็นต้น โดยการตรวจสอบอ้างอิงตามแนวทางการตรวจสอบ coding audit
- 1.2 การจ่ายชดเชยค่าบริการเพิ่มเติมกรณีให้บริการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA เป็นเงื่อนไขการจ่ายเพิ่มเติมกรณีหน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ดังนี้
 - 1.2.1 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ischemic stroke ที่ได้รับการดูแลรักษาแบบเร่งด่วน
 - 1.2.2 มีการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ.2555 ที่สำคัญได้แก่
 - ก. เป็นไปตามข้อบ่งชี้ การให้ยา rt-PA ในกรณีที่ไม่มีประเมิน NIHSS จะถือว่าไม่มีการประเมินข้อบ่งชี้ในการให้ยา
 - ข. ไม่มีข้อห้ามในการให้ยา rt-PA

- ค. การบริหารยาเป็นไปตามแนวทางที่กำหนด คือ (0.9 mg/Kg สูงสุดไม่เกิน 90 mg) กรณีที่เกิน 50 mg เล็กน้อยให้สามารถปรับลดขนาดลงได้ แต่ไม่เกิน 10% ของจำนวนยาที่ใช้จริง กรณีที่ไม่มีข้อมูลน้ำหนักตัวผู้ป่วยที่บันทึกในส่วนใดๆ ในเวชระเบียนหรือเอกสารที่เกี่ยวข้อง ถือว่ามีการบริหารยาไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษา
- ง. มีการทำ CT Brain อย่างน้อย 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนให้ยา rt-PA และหลังการให้ยา rt-PA ภายใน 24 ชั่วโมง

2. ด้านคุณภาพการให้บริการ เป็นการประเมินคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วย ischemic stroke ทั้งนี้กรณีที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและได้รับยาในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงระบบการให้บริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ระบบการรับและส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพ คุณภาพการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง รวมถึงการบริการฟื้นฟูสุขภาพในโรงพยาบาลและชุมชน โดยพิจารณาจากข้อมูลการบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการ

กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ คู่มือ ที่เกี่ยวข้อง

1. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2555

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
แนวทางการตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการรักษาเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วย
โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST
(Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track :STEMI)
ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

แนวคิด/หลักการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) มีการดำเนินงานการบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะ (Disease management initiative and special service) กรณีการให้บริการรักษาเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI fast track) ในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด streptokinase หรือ recombinant tissue-plasminogen activator (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำตามแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557 ในอัตราเหมาจ่ายเพิ่มเติมจากการจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยในระบบ DRGs. สำหรับหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดบริการสุขภาพให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ถูกต้อง และทันเวลา ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพ ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหน่วยบริการสามารถเบิกจ่ายตามแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ดังนั้น เพื่อเป็นการตรวจประเมินคุณภาพบริการและความถูกต้องในการจ่ายชดเชย รวมทั้งเป็นการประเมินผลลัพธ์ในการบริหารจัดการโรคเฉพาะและบริการเฉพาะดังกล่าว สปสช. จึงได้มีการพัฒนาระบบการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการรักษาเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI fast track) ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจประเมินคุณภาพการรักษานผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI fast track) ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ
2. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
3. เพื่อนำผลการตรวจสอบมาใช้ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการให้เกิดความเป็นธรรมต่อหน่วยบริการและผู้ป่วยมีการเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
4. เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับให้แก่หน่วยบริการสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน

หน่วยบริการต้องจัดเตรียมเวชระเบียนและเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI) ดังนี้

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอกทุกครั้งที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการ กรณีที่มีการเข้ารับการรักษาต่อเนื่องหลายปี อย่างน้อยต้องมีเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (patient profile) หน้าแรกและข้อมูลการเข้ารับบริการในปีที่เริ่มมีอาการของโรค STEMI ในครั้งที่มีการเบิกจ่ายค่าบริการ จนถึงปัจจุบัน
2. เวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งฉบับตามรายการที่ระบุ
3. เอกสารการตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ได้แก่ ใบรายงานผลการตรวจ EKG เอกสารที่บันทึกผลการตรวจ EKG เช่น progress note ใบส่งตัว เป็นต้น
4. เอกสารการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ได้แก่ ผลการตรวจ cardiac biomarker ผลการตรวจ CXR เป็นต้น
5. เอกสารการบันทึกการรักษาด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือด
6. เอกสารบันทึกการรักษา หรือส่งต่อ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
7. รายละเอียดค่าใช้จ่าย
8. เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบร้องขอ

วิธีการดำเนินการ

เป็นการตรวจประเมินทั้งทางด้านความถูกต้องการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI) ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โดยการพิจารณาจากข้อมูลจากการบันทึกและเอกสารต่างๆ ที่ปรากฏหลักฐานการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐาน การตรวจสอบจะถือว่าไม่มีข้อมูลเพียงพอในการประเมินคุณภาพและการให้บริการในเรื่องนั้นๆ โดยการตรวจประเมินแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1.ด้านความถูกต้องตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชย เป็นการตรวจสอบเพื่อดูข้อมูลที่มีผลกระทบต่อ การจ่ายชดเชยโดยพิจารณาเงื่อนไขการให้บริการฯตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด แบ่งเป็น

1.1 การจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีผู้ป่วยใน เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการสรุปโรค และหัตถการ การลงรหัสโรคและหัตถการ การบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องในเวชระเบียน ได้แก่ date admit, date discharge, discharge type, discharge status, รหัสโรค รหัสหัตถการ เป็นต้น โดยการตรวจสอบ อ้างอิงตามแนวทางการตรวจสอบ coding audit

1.2 การจ่ายชดเชยค่าบริการเพิ่มเติมกรณีให้บริการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด เป็นการ จ่ายเพิ่มเติมกรณีหน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของ คลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI) ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำโดยพิจารณาจาก

- 1) ข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยเป็น acute STEMI
- 2) ชนิดของยาที่ให้ : เป็น ยา streptokinase หรือ ยา rt-PA หรือไม่

2.ด้านคุณภาพการให้บริการ เป็นการประเมินถึงคุณภาพการให้บริการว่าเป็นไปตามแนวปฏิบัติ ที่ สปสช.กำหนดและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพหรือไม่ โดยพิจารณาข้อมูล ดังนี้

2.1 การประเมินผู้ป่วยแรกรับ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินอาการ angina symptom การ investigation เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำ EKG การตรวจหา cardiac biomarker เป็นต้น

2.2 การวินิจฉัย ได้แก่ ข้อมูลผลการตรวจที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย

2.3 การรักษา ได้แก่ เวลาที่เกิดอาการ เวลาที่เริ่มให้ยา ชนิดของยา ขนาดและวิธีการใช้ยา
ข้อห้าม และข้อบ่งชี้ การดูแลขณะให้ยา การดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.4 การดูแลหลังการให้ยา ได้แก่ การประเมินผลสำเร็จของการรักษา

2.5 การให้การรักษาอื่นที่เหมาะสมกรณีที่ผลการรักษาไม่สำเร็จ

กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ คู่มือ ที่เกี่ยวข้อง

1. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยและคุณภาพการ
การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI)

แนวคิด/หลักการ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ออกประกาศเรื่อง เกณฑ์การพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2559 โดยได้กำหนดแนวทางและข้อมูลที่นำมาประกอบการพิจารณาจากการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนในประเด็นต่างๆ ได้แก่ อาการปวดเค้นอก (angina symptom) หลักฐานการบ่งชี้การขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial ischemia) การให้การรักษาทางยาอย่างเต็มที่ (maximal anti-ischemic therapy) รอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารี (angiographic anatomy) และรอยโรคของหลอดเลือดโคโรนารีที่เคยรักษามาก่อน แล้วมีการตีบซ้ำ (target vessel failure) รวมทั้งได้มีการกำหนดข้อบ่งชี้ในใส่สายสวนหลอดเลือดโคโรนารี (PCI) ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายตามกลุ่มอาการตามข้อบ่งชี้การประเมินผู้ป่วย STEMI NSTEMI และ stable angina ข้อบ่งชี้จากการประเมินผล coronary angiogram และข้อบ่งชี้การใส่ขดลวดเคลือบยา (DES) ขึ้น โดยมีอัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขตามระบบผู้ป่วยใน DRGs อุปกรณ์ stent ตามระบบ VMI และค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุขที่ สปสช.กำหนด

ดังนั้น เพื่อเป็นการตรวจสอบประเมินคุณภาพบริการและความถูกต้องในการจ่ายชดเชยดังกล่าว สปสช.จึงได้มีดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ กรณีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI) ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจสอบประเมินคุณภาพการให้บริการ กรณีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน
2. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
3. เพื่อนำผลที่ได้จากการตรวจสอบใช้ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการให้เกิดความเป็นธรรมต่อหน่วยบริการและผู้ป่วยมีการเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
4. เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับให้แก่หน่วยบริการสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน

หน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและเบิกจ่ายชดเชย เพื่อบริการตรวจสอบดังนี้

1. สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ตั้งแต่เริ่มรับบริการจนถึงปัจจุบัน และบันทึกที่เกี่ยวข้อง เช่น ผล cardiac markers บันทึกประวัติผลการตรวจ coronary angiogram (ถ้ามี) ผลการตรวจ non-invasive ทุกอย่างที่มี เช่น EKG, stress echocardiography, exercise treadmill ของหน่วยบริการหรือจากหน่วยบริการอื่น ที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา ประวัติการนัดตรวจเพื่อติดตามอาการหลังการรักษา เป็นต้น

2. สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งฉบับใน admission นั้นๆ ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบฟอร์มการสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (discharge summary)
 - 2.2 แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกาย (history, physical examination, admission note) และหรือเอกสารการประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
 - 2.3 แบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note) ของแพทย์
 - 2.4 แบบบันทึกการสั่งการรักษา (doctor's order) ที่มีการลงนามของแพทย์กำกับไว้
 - 2.5 แบบบันทึกการทำหัตถการ การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (cath's note)
 - 2.6 ฟอร์มปรอท (graphic sheet)
 - 2.7 แบบบันทึกทางพยาบาล nurse's note รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
 - 2.8 แบบบันทึกการให้ยา (medication sheet)
 - 2.9 ใบรายงานผลการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัย ใบรายงานผลการตรวจการทำงานของหัวใจ/คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้แก่ ใบรายงานผลการตรวจ EKG, echocardiography, angiography ฯลฯ
 - 2.10 แผ่น CD บันทึกไฟล์ภาพเคลื่อนไหว (cineangiography) การทำหัตถการ ใน AN ที่ขอตรวจสอบ
 - 2.11 ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางชีวเคมี/ทางพยาธิวิทยา ที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรค หรือมีความสำคัญต่อการรักษา (ทุกครั้งที่มีการส่งตรวจ) ได้แก่ CK-MB, Troponin T, Troponin I, CBC, PT, PTT, electrolyte เป็นต้น (ขอให้จัดเตรียมข้อมูลที่มีทั้งหมด ใน AN ที่ขอตรวจสอบ)
 - 2.12 เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น หลักฐานแสดงสิทธิ ใบรับส่งต่อ (refer) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานอื่น ที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา เป็นต้น

วิธีการดำเนินการ

เป็นการประเมินคุณภาพการให้บริการด้านคุณภาพ กรณีการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (PCI) ให้พิจารณาจากข้อมูลการบันทึกและเอกสารต่างๆ ที่ปรากฏในหลักฐานที่มีการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐาน การตรวจสอบจะถือว่าไม่มีข้อมูลเพียงพอในการประเมินคุณภาพและการให้บริการในเรื่องนั้นๆ โดยการตรวจประเมินจะแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความถูกต้องในการจ่ายชดเชย : เป็นการตรวจสอบเพื่อดูข้อมูลที่มีผลกระทบต่อการจ่ายชดเชยซึ่งประกอบด้วย

- 1.1 ความครบถ้วนของจำนวนเวชระเบียนที่ขอตรวจสอบ :** โดยพิจารณาจากจำนวนเวชระเบียนที่ขอตรวจสอบ กับจำนวนเวชระเบียนที่หน่วยบริการนำมาให้ตรวจสอบ ณ วันที่ขอตรวจสอบ ว่ามีครบถ้วนหรือไม่ กรณีที่ไม่มีเวชระเบียนให้ตรวจสอบ ถือว่าไม่มีการให้บริการผู้ป่วยรายนั้นในครั้งนั้น ยกเว้นที่มีเหตุผลอันสมควร หน่วยบริการอาจจัดส่งให้ผู้ตรวจสอบตรวจสอบตามวันเวลาที่กำหนดใหม่ได้ ทั้งนี้หน่วยบริการต้องชี้แจงเหตุผลของการที่ไม่สามารถนำเวชระเบียนมาให้ตรวจสอบได้ให้ผู้ตรวจสอบรับทราบ

1.2 ความถูกต้องตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชย : พิจารณาตามเงื่อนไขการให้บริการฯ ตามเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและเกณฑ์การพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559 ประกาศ ณ วันที่ 13 ตุลาคม 2559

2. ด้านคุณภาพการให้บริการ: เป็นการประเมินคุณภาพการให้บริการว่าเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ตามที่ สปสช.กำหนด และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามการประเมินข้อบ่งชี้ในการทำ PCI โดยพิจารณาข้อมูลดังนี้

- 2.1 ข้อบ่งชี้จากการประเมินอาการผู้ป่วย ข้อใดข้อหนึ่ง
 - ข้อบ่งชี้ในผู้ป่วย STEMI
 - ข้อบ่งชี้ในผู้ป่วย NSTEMI / Unstable angina
 - ข้อบ่งชี้ในผู้ป่วย stable angina
- 2.2 ข้อบ่งชี้จากการประเมินผล coronary angiogram
- 2.3 ข้อบ่งชี้ในการใส่ drug eluting stent (DES)

กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ คู่มือ ที่เกี่ยวข้อง

1. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนและเกณฑ์การพิจารณาจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับบริการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559
2. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขหัตถการโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) พ.ศ.2551
4. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557

Cincinnati Stroke Screening

1. *Facial droop*: Have the person smile or show his or her teeth. If one side doesn't move as well as the other so it seems to droop, that could be sign of a stroke.
 - Normal: Both sides of face move equally
 - Abnormal: One side of face does not move as well as the other (or at all)
2. *Arm drift*: Have the person close his or her eyes and hold his or her arms straight out in front for about 10 seconds. If one arm does not move, or one arm winds up drifting down more than the other, that could be a sign of a stroke.
 - Normal: Both arms move equally or not at all
 - Abnormal: One arm does not move, or one arm drifts down compared with the other side
3. *Speech*: Have the person say, "You can't teach an old dog new tricks," or some other simple, familiar saying. If the person slurs the words, gets some words wrong, or is unable to speak, that could be sign of stroke.
 - Normal :Patient uses correct words with slurring
 - Abnormal: Slurred or inappropriate words or mute

Glasgow coma score

แบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow Coma Scale) เป็นแบบประเมินที่เป็นที่ยอมรับว่าสามารถประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วมีความแม่นยำ เป็นดัชนีชี้ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ตลอดจนการทำนายผลหรือพยากรณ์โรครายหลังจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ แต่จะใช้ได้ผลดีต้องมีการประเมินซ้ำหลายๆ ครั้ง เนื่องจากอาจได้ค่าที่ไม่ถูกต้องเมื่อประเมินทันที หรือภายในสองสามนาที่แรกหลังจากได้รับบาดเจ็บ หรือผู้ป่วยได้รับยาการกดการทำงานของระบบประสาท หรือแอลกอฮอล์ และถ้าจะนำไปใช้ในการประเมินเด็กอายุต่ำกว่า 3-5 ปี จะต้องทำการปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น แบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว จะประเมินพฤติกรรม 3 ด้านของผู้ป่วย ได้แก่ การลืมตา- การเคลื่อนไหว - การใช้คำพูด

Feature	Scale Responses	Score Notation
Eye opening	Spontaneous	4
	To speech	3
	To pain	2
	None	1
Verbal response	Orientated	5
	Confused conversation	4
	Words (inappropriate)	3
	Sounds (incomprehensible)	2
	None	1
Best motor response	Obey commands	6
	Localise pain	5
	Flexion – Normal	4
	– Abnormal	3
	Extend	2
	None	1
TOTAL COMA 'SCORE'		3/15 – 15/15

ผลรวมของคะแนนตามพฤติกรรมที่แสดงทั้ง 3 ด้าน จะบอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะดังนี้คือ

1. ระดับ 13-15 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (minor head injury) ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เอง หรือเมื่อถูกเรียกทำตามคำสั่งและตอบคำถามได้ถูกต้องทันทีหรือใช้เวลาเล็กน้อยหรือสับสนบ้างเป็นบางครั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีประวัติการหมดสติชั่วคราวหลังจากได้รับบาดเจ็บ
2. ระดับ 9-12 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (moderate head injury) หมายถึงผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวลดลง และสับสน มักหลับเกือบตลอดเวลา จะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่งหรือตอบคำถามง่ายๆ ได้ถูกต้องโดยใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่ความรู้สึกตัวลดลงมาก อาจเพียงเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวดหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีประวัติหมดสติหลังจากได้รับบาดเจ็บ
3. ระดับ 3-8 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (severe head injury) หมายถึงผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวน้อยมากหรือไม่รู้สึกตัวเลยไม่สามารถทำตามคำสั่งใดๆ ทั้งสิ้นอาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวด หรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี หรืออหรือเหยียดในท่าผิดปกติ หรือไม่เคลื่อนไหวเลย

แบบประเมิน NIHSS-T

National Institute of Health Stroke Scale, Thai version (NIHSS-T)

หัวข้อ	ชื่อการประเมิน	การตอบสนอง
1a	ระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness)	0 = รู้ตัวดี ตอบสนองเป็นปกติ 1 = ง่วงซึม ปลุกตื่นได้ง่าย เมื่อตื่นถามตอบรู้เรื่องและสามารถทำตามสั่งได้ 2 = หลับตลอดเวลา ปลุกตื่นได้แต่ต้องใช้ตัวกระตุ้นแรง ๆ ช้ำ ๆ กันหลายครั้ง หรืออาจจำเป็นต้องใช้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด 3 = ไม่ตอบสนองแต่สามารถตรวจพบปฏิกิริยาอัตโนมัติ (reflex) ได้
2a	คำถาม (Question) (เดือน, อายุ)	0 = ตอบได้ถูกต้องทั้ง 2 ข้อ 1 = ตอบได้ถูกต้องเพียง 1 ข้อ 2 = ไม่สามารถตอบคำถามได้หรือตอบผิดทั้ง 2 ข้อ
3a	คำสั่ง (Commands) หลับตา และลืมตา กำมือและแบมือ	0 = ทำได้ถูกต้องทั้ง 2 อย่าง 1 = ทำได้ถูกต้องเพียงอย่างเดียว 2 = ไม่ทำตามสั่ง หรือทำไม่ถูกต้อง
2	การเคลื่อนไหวของตา (Best Gaze)	0 = มองตามได้เป็นปกติ 1 = ตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง เหลือบมองไปด้านข้างได้ แต่ไม่สุด 2 = เหลือบตามองไปด้านข้างไม่ได้เลย หรือมองไปด้านหนึ่งด้านใดจนสุด โดยไม่สามารถแก้ไขได้ด้วย oculo-cephalic maneuver
3	การมองเห็น (Visual Field)	0 = ลานสายตาปกติ 1 = ลานสายตาผิดปกติบางส่วน (Partial hemianopia) 2 = ลานสายตาผิดปกติครึ่งซีก (Complete hemianopia) 3 = มองไม่เห็นทั้ง 2 ตา (ตาบอด)
4	การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า (Facial Palsy)	0 = ไม่พบมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าได้เป็นปกติ 1 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงเล็กน้อย พอสั่งให้เห็นมุมปากตกหรือไม่เท่ากันเมื่อยิ้ม 2 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงมาก แต่ยังพอเคลื่อนไหวได้บ้าง 3 = ไม่สามารถเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้าในข้างหนึ่งข้างใดหรือทั้ง 2 ข้างได้เลย
5	กำลังของกล้ามเนื้อแขน (Motor arm) a. ซ้าย b. ขวา	0 = ยกแขนสูง ทำมุม 90° กับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45° ในท่านอนหงายและสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด 10 วินาที 1 = ยกแขนสูง ทำมุม 90° กับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45° ในท่านอนหงายและสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ไม่ถึง 10 วินาทีโดยที่แขนไม่ตกลงบนเตียง 2 = ยกแขนขึ้นได้บ้าง แต่ไม่สามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ จากนั้นแขนตกลงบนเตียง 3 = ไม่สามารถยกแขนขึ้นได้ 4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแขน UN = แขนพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาระบบประสาทที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้

หัวข้อ	ชื่อการประเมิน	การตอบสนอง
6	กำลังของกล้ามเนื้อขา (Motor Leg) a. ซ้าย b. ขวา	0 = สามารถยกขาขึ้น ให้สะโพกทำมุม 30° กับพื้นในท่านอนหงาย คงตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด 5 วินาที 1 = สามารถยกขาขึ้น ให้สะโพกทำมุม 30° กับพื้นในท่านอนหงายได้ไม่ถึง 5 วินาที ก็ต้องลดขาลงแต่ขาไม่ตกลงบนเตียง 2 = ยกขาขึ้นได้บ้างในท่านอนหงาย แต่ไม่ถึงตำแหน่งที่ต้องการหรือขาตกลงบนเตียงก่อน 5 วินาที 3 = ไม่สามารถยกขาขึ้นจากเตียงได้ในท่านอนหงาย 4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขา UN = ขาพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาคือติดยึดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้
7	การประสานงานของแขนขา (Limb ataxia)	0 = การประสานงานของแขนขาทั้ง 2 ข้างทำงานเป็นปกติ 1 = มีปัญหาในการประสานงานของแขนหรือขา 1 ข้าง 2 = มีปัญหาในการประสานงานของแขนหรือขา 2 ข้าง UN = ขาพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาคือติดยึดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้
8	การรับรู้ความรู้สึก (Sensory)	0 = การรับรู้ความรู้สึกเป็นปกติ 1 = สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในระดับน้อยถึงปานกลาง การรับรู้ความรู้สึกจากวัตถุปลายแหลมลดลง แต่ยังสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกในบริเวณที่ถูกกระตุ้น 2 = สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในระดับรุนแรง ไม่รู้สึกว่ามีถูกสัมผัสในบริเวณใบหน้า แขนและขา
9	ความสามารถด้านภาษา (Best Language)	0 = การสื่อสารภาษาเป็นปกติ 1 = การสื่อสารภาษาสูญเสียไปในระดับน้อย ถึงปานกลาง มีการสูญเสียความเข้าใจหรือความสามารถในการใช้ภาษา แต่ผู้ทดสอบยังพอที่จะเข้าใจได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไรอยู่ 2 = การสื่อสารภาษาสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ และผู้ทดสอบไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไร 3 = ไม่พูดหรือไม่เข้าใจภาษาที่ผู้ตรวจพยายามสื่อสารและไม่สามารถแสดงท่าทาง พูดหรือเขียนให้ผู้อื่นเข้าใจได้ (global aphasia)
10	การออกเสียง (Dysarthria)	0 = เปล่งเสียงได้ชัดเจนเป็นปกติ 1 = พูดไม่ชัดเล็กน้อยถึงปานกลางผู้ป่วยพูดไม่ชัดเป็นบางคำ แต่ผู้ตรวจพอเข้าใจได้ 2 = พูดไม่ชัดอย่างมากหรือไม่พูดไม่สามารถเข้าใจคำพูดของผู้ป่วยได้ โดยไม่มีความผิดปกติของความเข้าใจภาษา UN = ผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีปัญหาทางกายอื่นๆ ที่มีผลต่อการเปล่งเสียงเท่านั้น
11	การขาดความสนใจในด้านหนึ่งด้านใดของร่างกาย (Extinction and inattention)	0 = ไม่พบความผิดปกติ 1 = พบความผิดปกติของการรับรู้ชนิดใดชนิด 1 หนึ่ง ดังต่อไปนี้คือ การมองเห็นการสัมผัส หรือการได้ยิน เมื่อมีการกระตุ้นทั้ง 2 ข้างพร้อม ๆ กัน 2 = มีความผิดปกติของการรับรู้มากกว่า 1 ชนิด หรือผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าเป็นมือของตนเอง หรือสนใจต่อสิ่งเร้าเพียงด้านเดียว

The Modified Rankin Scale

คะแนน	คำอธิบาย
0	No symptoms at all.
1	No significant disability despite symptoms: able to carry out all usual duties and activities.
2	Slight disability: unable to carry out all previous activities but able to look after own affairs without assistance.
3	Moderate disability: requiring some help, but able to walk without assistance.
4	Moderately severe disability: unable to walk without assistance, and unable to attend to own bodily needs without assistance.
5	Severe disability: bed ridden, incontinence, and requiring constant nursing care and attention.
6	Death

คะแนนรวม (0-6) :

The Barthel Index

1. Feeding	10 = Independent. Able to apply any necessary device. Feeds in reasonable time. 5 = Needs help, i.e., for cutting. 0 = Inferior performance.
2. Bathing	5 = Performs without assistance. 0 = Inferior performance.
3. Personal Toilet (Grooming)	5 = Washes face, combs hair, brushes teeth, shaves (manages plug if electric razor) 0 = Inferior performance.
4. Dressing	10 = Independent. Ties shoes, fastens fasteners, applies braces. 5 = Needs help but does at least half of task within reasonable time. 0 = Inferior performance.
5. Bowels control	10 = No accidents. Able to use enema or suppository if needed. 5 = Occasional accidents or needs help with enema or suppository. 0 = Inferior performance.
6. Bladder control	10 = No accidents. Able to care for collecting device if used. 5 = Occasional accidents or needs help with device. 0 = Inferior performance.
7. Toilet use	10 = Independent with toilet or bedpan. Handles clothes, wipes, flushes, or cleans pan. 5 = Needs help for balance, handling clothes or toilet paper. 0 = Inferior performance.
8. Chair/ BedTransfers	15 = Independent, including locks of wheelchair and lifting footrests. 10 = Minimum assistance or supervision. 5 = Able to sit, but needs maximum assistance to transfer. 0 = Inferior performance.
9. Ambulation	15 = Independent for 50 yards. May use assistive devices, except for rolling walker. 10 = With help for 50 yards. 5 = Independent with wheelchair for 50 yards, only if unable to walk. 0 = Inferior performance.
10.Stairs Climbing	10 = Independent. May use assistive devices. 5 = Needs help or supervision. 0 = Inferior performance.

คะแนนรวม (0-100) :

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม 3 กองทุน

ระบบตรวจสอบทางการแพทย์ เป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมต่อสถานพยาบาล ประชาชนผู้รับบริการ และกองทุนต่างๆ ในการชดเชยค่าบริการต่อสถานพยาบาลในการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน อีกทั้งยังทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการจัดบริการสาธารณสุขของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ส่งผลต่อการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพแก่ประชาชน ดังนั้น เพื่อลดภาระของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ในการบริหารจัดการเวชระเบียนเพื่อรองรับการตรวจสอบเวชระเบียนภายหลังการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ 3 กองทุนสุขภาพหลักของประเทศไทย ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ(บก.) กองทุนประกันสังคม (สปส.) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการตรวจสอบค่าบริการทางการแพทย์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม 3 กองทุน กำหนดนิยามดังนี้

3 กองทุน หมายถึง สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (บก.) กองทุนประกันสังคม (สปส.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สถานพยาบาล หรือหน่วยบริการ หมายถึง สถานพยาบาลของรัฐ เอกชน สภากาชาดไทย สถานพยาบาล / สถานบริการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานพยาบาล/สถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ตามที่กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

บริการสาธารณสุข หมายถึง บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

ค่าบริการสาธารณสุข หรือค่าบริการทางการแพทย์ หมายถึง เงินที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกองทุนประกันสังคมจ่ายชดเชยค่ารักษายาบาลและค่าบริการทางการแพทย์ และกรมบัญชีกลางจ่ายค่ารักษายาบาล ให้แก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ตามที่กองทุนและกรมบัญชีกลางกำหนด

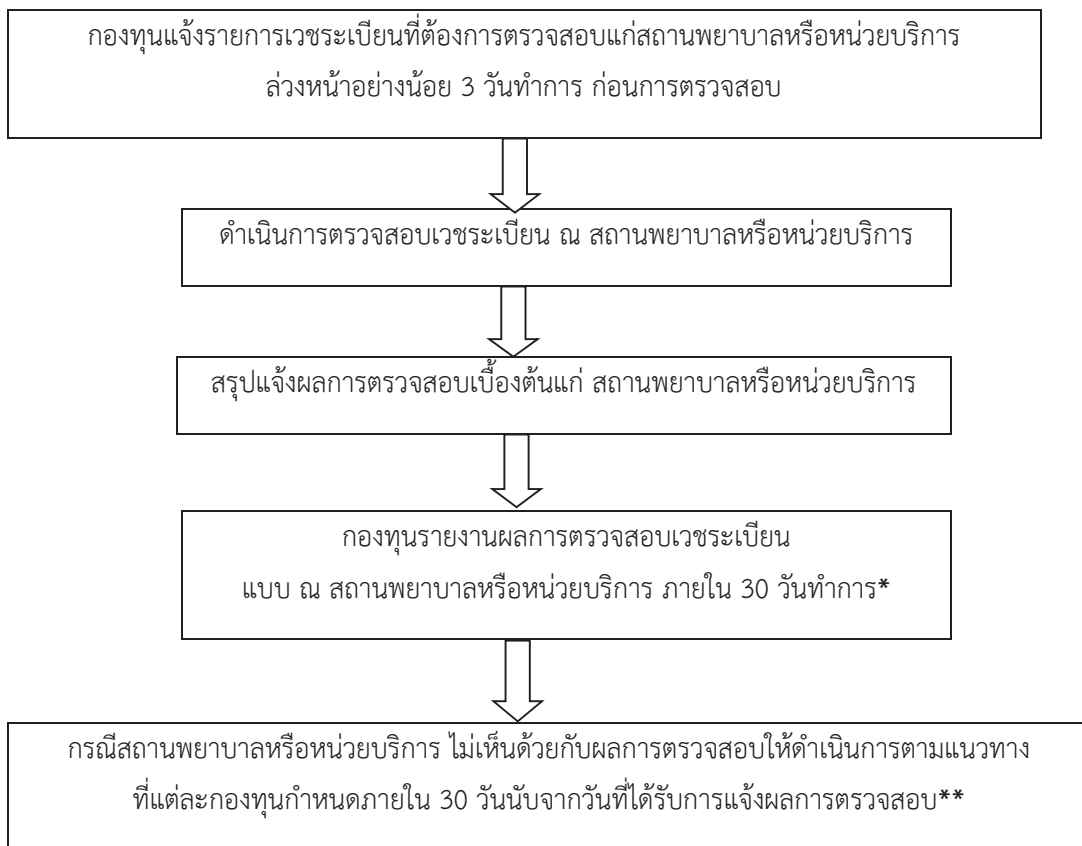
วัตถุประสงค์การตรวจสอบเวชระเบียน

1. เพื่อการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่ใช้ประกอบการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการทุกระดับ
3. เพื่อนำผลการตรวจสอบไปพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยให้มีความถูกต้อง
4. พัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับทุกกองทุน

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน

ภายหลังที่กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้แก่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ตามประกาศของแต่ละกองทุนแล้ว หน่วยงานที่รับผิดชอบงานการตรวจสอบของทั้ง 3 กองทุน จะดำเนินการสุ่มเลือกข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อนำมาตรวจสอบประสิทธิภาพการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์และคุณภาพบริการของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต่างๆ ว่าตรงตามเงื่อนไขหรือหลักเกณฑ์ของประกาศหรือไม่ ทั้งนี้ภายหลังการตรวจสอบหน่วยงานที่รับผิดชอบงานการตรวจสอบของทั้ง 3 กองทุน จะรายงานผลการตรวจสอบให้กับสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการทราบถึงผลการตรวจสอบดังกล่าว เมื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการรับทราบและยอมรับผลการตรวจสอบ หรือกรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ สามารถดำเนินการอุทธรณ์หรือทักท้วงผลการตรวจสอบ ทั้งนี้ กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานให้เป็นไป ตามแนวทางที่แต่ละกองทุนกำหนด โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานสำหรับการตรวจสอบเวชระเบียน ดังนี้

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (ภายหลังการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์)
ณ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ



หมายเหตุ * ทั้งนี้การกำหนดระยะเวลาอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุนในแต่ละเรื่อง
ที่ตรวจสอบ

** การดำเนินการขอตักท้วงหรืออุทธรณ์ผลการตรวจสอบของแต่ละกองทุนให้ดำเนินการตาม
รายละเอียดในภาคผนวก

แนวทางการใช้งานอุทธรณ์ในระบบ Electronic medical audit : eMA

สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล Version 5.1.0

การเข้าใช้งานระบบ Electronic medical audit (eMA)

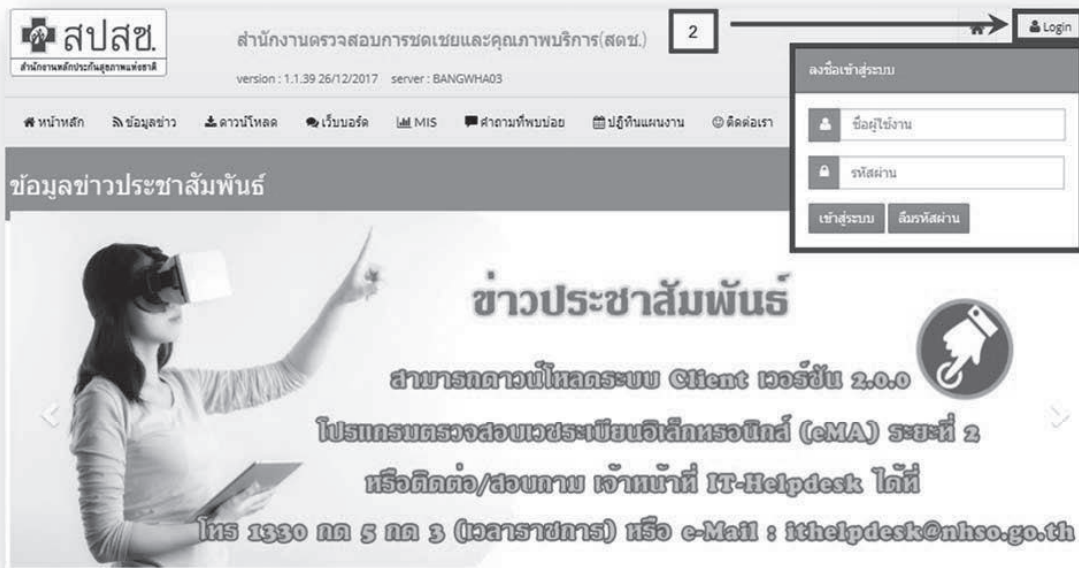
การเข้าใช้งานอุทธรณ์ในระบบ eMA ผู้ใช้งานสามารถเข้าใช้งานผ่าน web browser โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ให้ double click ที่ icon google chrome เมื่อปรากฏหน้าจอโปรแกรม google chrome ให้พิมพ์ URL : <http://audit.nhso.go.th/ema> ลงในช่อง URL หรือ address จะปรากฏหน้าจอหลักของระบบ eMA ดังภาพ



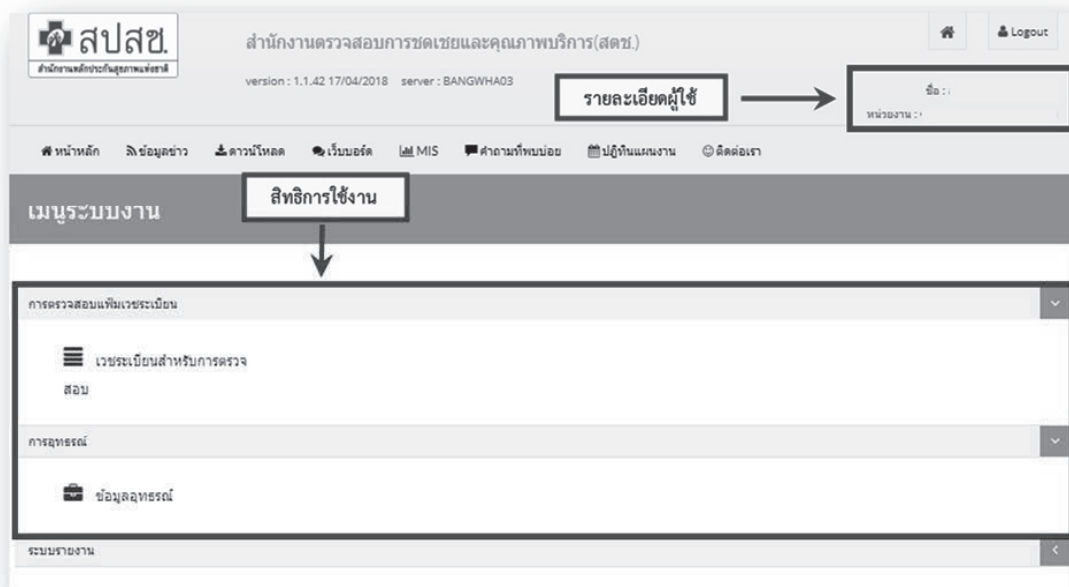
ภาพหน้าจอหลักระบบ eMA

2. จากหน้าจอหลักให้ผู้ใช้งานป้อน คลิกที่ [ปุ่ม Login] จะปรากฏหน้าต่างให้ป้อนข้อมูลชื่อผู้ใช้ และรหัสผ่าน จากนั้นคลิก [ปุ่ม เข้าสู่ระบบ] เพื่อเข้าใช้งานระบบ eMA ดังภาพ



ภาพหน้าจอหลักการ Login เข้าใช้งานระบบ eMA

- เมื่อผู้ใช้งานได้ทำการเข้าใช้งานระบบแล้ว จะปรากฏหน้าจอหลักของระบบ eMA ซึ่งจะปรากฏ ชื่อ นามสกุล, ตำแหน่ง และหน่วยงานของผู้ใช้งาน พร้อมสิทธิที่ได้รับจากการกำหนดสิทธิการใช้งานจาก ผู้ดูแลระบบ ดังภาพ



ภาพหน้าจอแสดงรายละเอียดของผู้ใช้งานและสิทธิการใช้งาน

จากภาพข้างต้น สำหรับผู้ใช้งานที่เป็นโรงพยาบาล จะประกอบด้วยเมนูการใช้งานดังนี้

เมนูเวชระเบียนสำหรับการตรวจสอบ :

สำหรับให้หน่วยบริการตรวจสอบรายการแฟ้มเวชระเบียนที่ได้มีการจัดส่งแฟ้มจาก eMA Client Applicatoion

เมนูข้อมูลอุทธรณ์ :

สำหรับให้หน่วยบริการยื่นอุทธรณ์เวชระเบียน

ข้อมูลอุทธรณ์

ข้อมูลอุทธรณ์ เป็นเมนูที่แสดงรายการข้อมูลที่ได้มีการตรวจสอบจากทาง Auditor เพื่อให้หน่วยบริการทำการตรวจสอบและขอยื่นอุทธรณ์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อเข้าใช้งานระบบอุทธรณ์ออนไลน์แล้ว ให้เลือกที่เมนูข้อมูลอุทธรณ์ ระบบจะแสดงหน้าจอหลักของข้อมูลอุทธรณ์ ดังภาพ

ประเภท	ปี	ครั้งที่	รอบที่อุทธรณ์	จำนวนครั้ง...	จำนวนรายการ...	วันที่เริ่มอุทธรณ์...	วันที่สิ้นสุดอุทธรณ์...	วันที่เริ่มพิจารณา...	วันที่สิ้นสุดพิจารณา...
ผู้ป่วยใน (DRG) ...	2558	1	1	150	3	09/02/2558	06/03/2558	06/03/2558	12/08/2558
ผู้ป่วยใน (DRG) ...	2558	1	2	2	0	02/09/2558	18/09/2558	21/09/2558	23/10/2558
ผู้ป่วยใน (DRG) ...	2559	2	1	200	0	11/05/2559	18/06/2559	20/06/2559	25/07/2559
ผู้ป่วยใน (DRG) ...	2559	3	1	30	0	08/06/2559	08/07/2559	11/07/2559	04/08/2559
ผู้ป่วยใน (DRG) ...	2560	1	1	97	0	01/02/2560	08/03/2560	10/03/2560	06/05/2560
OPLG	2560	2	1	30	0	07/06/2560	11/08/2560	12/08/2560	07/01/2561

ภาพหน้าจอหลักข้อมูลอุทธรณ์

2. จากหน้าจอหลักข้อมูลอุทธรณ์ ให้เลือกรายการตามประเภทข้อมูลที่ต้องการตรวจสอบ และคลิกที่ [ปุ่ม ค้นหา]

ระบบจะแสดงรายการตรวจสอบตามประเภทที่เลือก ดังภาพ

ข้อมูลอุทธรณ์

ข้อมูลอุทธรณ์

เขต :

จังหวัด :

รพ. :

ประเภทข้อมูล :

เลือกประเภทข้อมูล

ค้นหา

ผู้ป่วยใน (DRG) : รวมศูนย์

10

ประเภท	ปี	ครั้งที่	รอบที่อุทธรณ์	จำนวนทั้ง...	จำนวนรวม...	วันที่เริ่มอุท...	วันที่สิ้นสุด...	วันที่เริ่มพิจารณา...	วันที่สิ้นสุด...
ผู้ป่วยใน (DRG) ...	2558	1	1	150	3	09/02/2558	06/03/2558	06/03/2558	12/08/2558
ผู้ป่วยใน (DRG) ...	2558	1	2	2	0	02/09/2558	18/09/2558	21/09/2558	23/10/2558
ผู้ป่วยใน (DRG) ...	2559	2	1	200	0	11/05/2559	18/06/2559	20/06/2559	25/07/2559
ผู้ป่วยใน (DRG) ...	2559	3	1	30	0	08/06/2559	08/07/2559	11/07/2559	04/08/2559
ผู้ป่วยใน (DRG) ...	2560	1	1	97	0	01/02/2560	08/03/2560	10/03/2560	06/05/2560
ผู้ป่วยใน (DRG) ...	2560	2	1	100	0	07/06/2560	18/07/2560	19/07/2560	15/08/2560
ผู้ป่วยใน (DRG) ...	2561	3	1	105	27	17/04/2561	15/05/2561	16/05/2561	25/05/2561
ผู้ป่วยใน (DRG) ...	2561	4	1	50	1	17/04/2561	15/05/2561	16/05/2561	25/05/2561

ภาพหน้าจอเลือกประเภทข้อมูล

- ประเภทข้อมูล หมายถึง ประเภทข้อมูลที่ต้องการตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลดังนี้
 1. ผู้ป่วยใน (DRG) : ณ.หน่วยบริการ
 2. ผู้ป่วยใน (DRG) : รวมศูนย์
 3. OPAE
 4. OPLG
 5. รองเท้าเบาหวาน

3. เมื่อเลือกรายการตามประเภทข้อมูลแล้ว จะปรากฏหน้าจอรายการข้อมูลอุทธรณ์ตามประเภทข้อมูลที่เลือก ดังภาพ

รายการอุทธรณ์ (รอบที่ 1) ข้อมูลอุทธรณ์ > รายการอุทธรณ์

ประเภทข้อมูล : ผู้ป่วยใน (DRG) : รวมศูนย์	ปีงบประมาณ : 2560	
ครั้งที่ : 4	รอบที่ : 1	
วันที่เริ่มอุทธรณ์ : 31/07/2560	วันที่สิ้นสุดอุทธรณ์ : 21/08/2560	
วันที่เริ่มพิจารณา : 22/08/2560	วันที่สิ้นสุดพิจารณา : 05/09/2560	
สถานะ : --ทั้งหมด--	PID :	
HN :	AN :	

ค้นหา

🔄 10 🔍

สถานะ	HN	AN	PID	DATE ADM	DATE DSC
รอขึ้นอุทธรณ์				28/12/2559	29/12/2559
รอขึ้นอุทธรณ์				24/01/2560	27/01/2560
รอขึ้นอุทธรณ์				23/02/2560	24/02/2560
รอขึ้นอุทธรณ์				18/10/2559	19/10/2559
รอขึ้นอุทธรณ์				19/10/2559	20/10/2559
รอขึ้นอุทธรณ์				07/02/2560	08/02/2560

ภาพหน้าจอรายการอุทธรณ์ตามประเภทข้อมูล

4. จากภาพข้างต้น เมื่อโรงพยาบาลต้องการยื่นอุทธรณ์ให้เลือกรายการที่ต้องการ จะปรากฏหน้าจอรายละเอียดการอุทธรณ์ ดังภาพ

รายละเอียดการอุทธรณ์
ข้อมูลอุทธรณ์ » รายการอุทธรณ์ » รายละเอียดการอุทธรณ์

ปีงบประมาณ : 2560

รอบที่ : 1

รหัสหน่วยบริการ :

วันที่เริ่มอุทธรณ์ : 31/07/2560

วันที่เริ่มพิจารณา : 22/08/2560

HN :

ลำดับที่ :

แพทย์ผู้ยื่นอุทธรณ์ : ▲

ประเภท : ผู้ป่วยใน (DRG) : รวมศูนย์

ชื่อหน่วยบริการ :

วันที่สิ้นสุดอุทธรณ์ : 21/08/2560

วันที่สิ้นสุดพิจารณา : 05/09/2560

AN :

☐ อุทธรณ์รหัสโรคและรหัสหัตถการ
 ☐ อุทธรณ์ SA/CA
 ☐ อุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

ข้อมูลทั่วไป	การวินิจฉัยโรค	หัตถการ	เอกสารประกอบอุทธรณ์	DRG	อุทธรณ์ SA/CA	อุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์
--------------	----------------	---------	---------------------	-----	---------------	---------------------------

ข้อมูล	InCom	Audit		อุทธรณ์	ระบุเหตุผล
HN	0123747	0123747	☐ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	0123747	
AN	590045435	590045435	☐ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	590045435	

ภาพหน้าจอรายละเอียดการอุทธรณ์

จากภาพข้างต้นระบบจะแสดงรายละเอียดการยื่นอุทธรณ์ซึ่งจะประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วนหลักๆ ดังนี้

1. ประเภทการอุทธรณ์

ในการยื่นอุทธรณ์ประเภทการตรวจสอบเวชระเบียนแบบรวมศูนย์ หรือ ณ หน่วยบริการนั้น หน่วยบริการสามารถยื่นอุทธรณ์ได้ทั้ง 3 ประเภท หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีเงื่อนไขดังนี้

■ อุทธรณ์รหัสโรคและรหัสหัตถการ

ในการอุทธรณ์รหัสโรคและรหัสหัตถการ จะมีผลต่อการคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ โดยหน่วยบริการจะต้องเลือกยื่นอุทธรณ์รหัสโรคและรหัสหัตถการ และรายการรหัสโรคและหรือหัตถการในส่วนของการวินิจฉัยโรคและหรือหัตถการ ซึ่งในการยื่นอุทธรณ์จะต้องระบุเหตุผลประกอบการอุทธรณ์ตามรายการรหัสที่เลือกยื่นอุทธรณ์

■ อุทธรณ์ SA/CA

ในการยื่นอุทธรณ์ SA/CA จะไม่มีผลต่อการคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ หน่วยบริการจะต้องเลือกยื่นอุทธรณ์ SA/CA พร้อมทั้งระบุเหตุผลประกอบการอุทธรณ์

■ อุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

ในการยื่นอุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จะไม่มีผลต่อการคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ หน่วยบริการจะต้องเลือกยื่นอุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ พร้อมทั้งระบุเหตุผลประกอบการอุทธรณ์

2. รายละเอียดการอุทธรณ์

ส่วนของรายละเอียดการอุทธรณ์จะเป็นส่วนที่แสดงรายละเอียดต่างๆ ของผู้ป่วยที่ตรวจสอบดังนี้

- **ข้อมูลทั่วไป** : จะแสดงรายละเอียดของผู้ป่วยประกอบด้วย HN, AN, PID เป็นต้น
- **การวินิจฉัยโรค** : จะแสดงรายการของการวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรคหลัก (Pdx) การวินิจฉัยโรครอง (Sdx) และอื่นๆ (other)
- **หัตถการ** : จะแสดงรายการของหัตถการ
- **เอกสารประกอบการอุทธรณ์** :
 - กรณีที่หน่วยบริการยื่นอุทธรณ์ จะต้องแนบเอกสารประกอบการยื่นอุทธรณ์ตามรายการที่กำหนด
 - กรณีที่มีการตรวจสอบผ่านระบบ eMA ระบบจะทำการแสดงรายการเอกสารที่หน่วยบริการนำส่งจากโปรแกรม eMA Client Application ซึ่งหน่วยบริการสามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมได้ (ถ้ามี)
- **DRG** : จะแสดงค่า DRG ที่ได้จากการคำนวณ
- **อุทธรณ์ SA/CA** : กรณีที่หน่วยบริการยื่นอุทธรณ์ SA/CA จะต้องระบุเหตุผลประกอบการยื่นอุทธรณ์ SA/CA เสมอ
- **อุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์** : กรณีที่หน่วยบริการยื่นอุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จะต้องระบุเหตุผลประกอบการยื่นอุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เสมอ

ข้อมูลทั่วไป

เมื่อเลือกข้อมูลทั่วไประบบแสดงรายการให้ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยถ้าต้องการยื่นอุทธรณ์ให้เลือก

- ☒ **ยื่นอุทธรณ์** ระบบจะเปิดให้ระบุข้อมูลในช่องอุทธรณ์และระบุเหตุผล ถ้าไม่ต้องการยื่นอุทธรณ์ไม่ต้องเลือกรายการใดๆ หรือเลือก ☐ **ไม่ยื่นอุทธรณ์** แล้วทำการคลิกที่ **[ปุ่มบันทึก]** ดังภาพ

ข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยโรค หัตถการ เอกสารประกอบอุทธรณ์ DRG อุทธรณ์ SA/CA อุทธรณ์คำนำทบทวนสิทธิ์

ข้อมูล	InCom	Audit		อุทธรณ์	ระบุเหตุผล
HN			☐ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์		
AN			☐ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์		
PID			☐ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์		
Sex	1	1	☐ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	1	
DOB	14/04/2503	14/04/2503	☐ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	14/04/2503	
Weight		0	☐ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	0.00	
DC Status	2	2	☐ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	2	

เลือกการยื่นอุทธรณ์ / ไม่ยื่นอุทธรณ์

ภาพหน้าจอการยื่นอุทธรณ์ข้อมูลทั่วไป

การวินิจฉัยโรค

เมื่อเลือกเมนูการวินิจฉัยโรค ระบบแสดงรายการ การวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย (Pdx, Sdx และ other) ให้ทำการตรวจสอบรายการ ถ้าต้องการยื่นอุทธรณ์ให้เลือก ☐ ยื่นอุทธรณ์ ระบบจะเปิดให้ระบุข้อมูลในช่องอุทธรณ์และระบุเหตุผล ถ้าไม่ต้องการยื่นอุทธรณ์ไม่ต้องเลือกการใด ๆ หรือเลือก ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์ แล้วทำการคลิกที่ [ปุ่มบันทึก] ดังภาพ

ข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยโรค **หัตถการ** เอกสารประกอบอุทธรณ์ DRG อุทธรณ์ SA/CA อุทธรณ์คำนำหนักสัมพัทธ์

DxType	InCom	R ICD 10		อุทธรณ์	ระบุเหตุผล
PDX	I210	I251	☒ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	I251	
SDX 1	G20	G20	☒ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	G20	
SDX 2	E789	E789	☒ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	E789	
SDX 3	I251	R731	☒ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	R731	
SDX 4	เลือกรายการยื่นอุทธรณ์ / ไม่ยื่นอุทธรณ์		☒ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์		
SDX 5			☐ ยื่นอุทธรณ์ ☒ ไม่ยื่นอุทธรณ์		

กรณีเลือกตัวเลือกยื่นอุทธรณ์จะต้องระบุเหตุผลประกอบการยื่นอุทธรณ์เสมอ

ภาพหน้าจอการยื่นอุทธรณ์การวินิจฉัยโรค

หัตถการ

เมื่อเลือกเมนู หัตถการ ระบบแสดงรายการให้ตรวจสอบหัตถการ ถ้าต้องการยื่นอุทธรณ์ให้เลือก

- ยื่นอุทธรณ์ ระบบจะเปิดให้ระบุข้อมูลในช่องอุทธรณ์และระบุเหตุผล ถ้าไม่ต้องการยื่นอุทธรณ์ ให้เลือก
- ไม่ยื่นอุทธรณ์ แล้วทำการคลิกที่ [ปุ่มบันทึก] ดังภาพ

ข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยโรค **หัตถการ** เอกสารประกอบอุทธรณ์ DRG อุทธรณ์ SA/CA อุทธรณ์คำนำหนักสัมพัทธ์

	InCom	R ICD 9		อุทธรณ์	ระบุเหตุผล
PROC 1	8856	8856	☒ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	8856	
PROC 2	0066	0066	☒ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	0066	
PROC 3	3607	3607	☒ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	3607	
PROC 4	0040	0040	☒ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	0040	
PROC 5	0044	0045	☒ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	0045	
PROC 6	เลือกรายการยื่นอุทธรณ์ / ไม่ยื่นอุทธรณ์		☒ ยื่นอุทธรณ์ ☐ ไม่ยื่นอุทธรณ์	3609	
PROC 7			☐ ยื่นอุทธรณ์ ☒ ไม่ยื่นอุทธรณ์		

กรณีเลือกตัวเลือกยื่นอุทธรณ์จะต้องระบุเหตุผลประกอบการยื่น

ภาพหน้าจอการยื่นอุทธรณ์หัตถการ

เอกสารประกอบอุทธรณ์

เมื่อเลือกที่เมนูเอกสารประกอบอุทธรณ์ ระบบแสดงหน้าจอให้ผู้ใช้งานเลือกทำรายการโดยการเลือกไฟล์เอกสารที่ต้องการแนบแล้ว เลือกที่ปุ่ม [แนบไฟล์] ซึ่งการแนบไฟล์ของเอกสารประกอบอุทธรณ์นั้นต้องไม่เกิน 10 MB และเป็นไฟล์ PDF เท่านั้น

ภาพหน้าจอการแนบไฟล์เอกสารประกอบการอุทธรณ์

จากภาพข้างต้น กรณีที่รายการที่ยื่นอุทธรณ์นั้น มีการนำส่งแฟ้มเวชระเบียนผ่านโปรแกรม **eMA client application** ซึ่งกรณีดังกล่าวนี้ หน่วยบริการสามารถแนบเอกสารอื่นๆ เช่น ผล Lab เนื่องจากผลการวินิจฉัย Lab อาจจะได้ภายหลังจากวันที่ได้มีการกำหนดวันที่นำส่งเวชระเบียน ส่วนกรณีอื่นๆ ที่ไม่ได้มีการนำส่งเวชระเบียนผ่านโปรแกรม eMA client application หน่วยบริการจะต้องแนบแฟ้มเวชระเบียนตามรายการที่กำหนด

จากหน้าจอข้างต้นขั้นตอนการแนบเอกสารประกอบอุทธรณ์ มีดังนี้

1. เลือกชื่อเอกสารที่ต้องการ Upload จากตัวเลือกชื่อเอกสารที่กำหนด
2. เลือกปุ่ม [เลือกไฟล์แนบ หรือ เปลี่ยนไฟล์แนบ] เพื่อเลือกไฟล์เอกสาร
3. เลือกปุ่ม [แนบไฟล์] เพื่อแนบเอกสารตามที่ต้องการ
4. แสดงรายชื่อเอกสารที่ upload โดยสามารถคลิกที่ link ดูรายละเอียด ของเอกสารได้

DRG

เมื่อเลือกที่เมนู DRG ระบบแสดงหน้าจอรายการ DRG

ข้อมูลทั่วไป

การวินิจฉัยโรค	หัตถการ	เอกสารประกอบอุทธรณ์	DRG	อุทธรณ์ SA/CA	อุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์
----------------	---------	---------------------	-----	---------------	---------------------------

	InCom	R ICD	อุทธรณ์
DRG	11544	11544	
RW	3.74460	3.74460	
AdjRW	3.48250	3.48250	

ภาพหน้าจอรายการ DRG

อุทธรณ์ SA/CA

เมื่อเลือกที่ อุทธรณ์ SA/CA ระบบแสดงหน้าจอให้ระบุเหตุผลประกอบการอุทธรณ์ SA/CA แล้วคลิกที่ [ปุ่มบันทึก] ดังภาพ

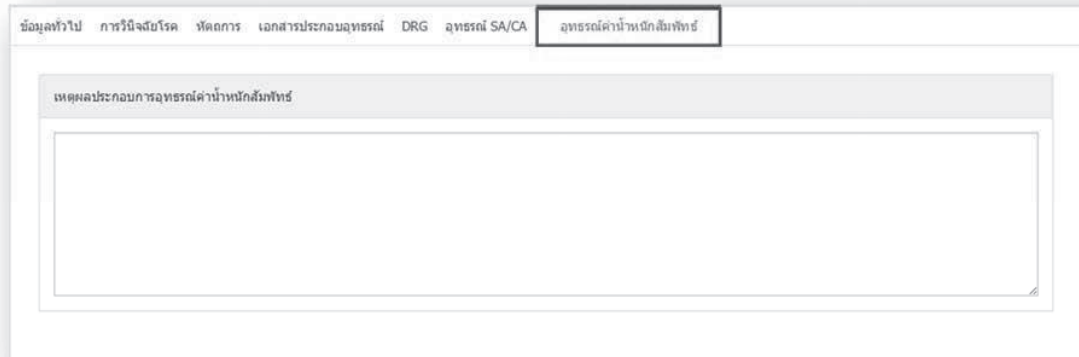
ข้อมูลทั่วไป	การวินิจฉัยโรค	หัตถการ	เอกสารประกอบอุทธรณ์	DRG	อุทธรณ์ SA/CA	อุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์
--------------	----------------	---------	---------------------	-----	---------------	---------------------------

เหตุผลประกอบการอุทธรณ์ SA/CA

ภาพหน้าจอการยื่นอุทธรณ์ SA/CA

อุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

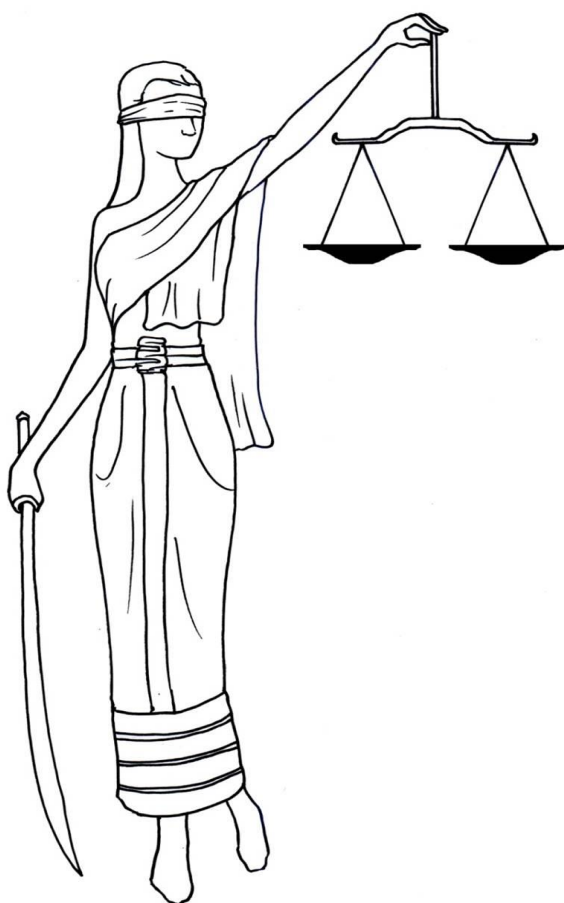
เมื่อเลือกที่ อุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ระบบแสดงหน้าจอให้ใส่เหตุผลประกอบการอุทธรณ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ แล้วคลิกที่ [ปุ่มบันทึก] ดังภาพ



ภาพหน้าจอการยื่นอุทธรณ์ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาคผนวก



ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๖๑

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๘ (๔) แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้กำหนดให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อให้บัญชียาหลักแห่งชาติมีการปรับปรุงแก้ไข ตามสภาพของปัญหาสุขภาพ วิทยาการ และข้อมูลเกี่ยวกับยาที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่องทันสถานการณ์

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๐

ข้อ ๒ ให้ใช้รายการยาในบัญชีแนบท้ายประกาศฉบับนี้เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ข้อ ๓ ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติฉบับนี้ ให้ใช้บังคับนับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑

พลเอก ฉัตรชัย สาริกัลยะ

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

รายการบัญชียาหลักแห่งชาติ

ท้ายประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑

รายการบัญชียาหลักแห่งชาติ ประกอบด้วย

๑. บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข

๒. บัญชียาจากสมุนไพร

“บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข” หมายความว่า รายการยาแผนปัจจุบันสำหรับใช้ในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข ตามภาคผนวก ๑ ซึ่งประกอบด้วยบัญชีย่อย ๕ บัญชี ได้แก่ บัญชี ก บัญชี ข บัญชี ค บัญชี ง และบัญชี จ รวมทั้งรายการยาเภสัชตำรับโรงพยาบาล ตามภาคผนวก ๒

บัญชี ก หมายความว่า รายการยามาตรฐานที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุภาพที่พบบ่อย มีหลักฐานชัดเจนที่สนับสนุนการใช้ มีประสิทธิผลการใช้ในประเทศไทยอย่างพอเพียง และเป็นยาที่ควรได้รับการเลือกใช้เป็นอันดับแรกตามข้อบ่งใช้ของยานั้น

บัญชี ข หมายความว่า รายการยาที่ใช้สำหรับข้อบ่งใช้หรือโรคบางชนิดที่เข้าในบัญชี ก ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือใช้เป็นยาแทนยาในบัญชี ก ตามความจำเป็น

บัญชี ค หมายความว่า รายการยาที่ต้องใช้ในโรคเฉพาะทางโดยผู้ชำนาญ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยสถานพยาบาลจะต้อง

(๑) มีมาตรการกำกับการใช้ยา

(๒) มีความพร้อม ตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการติดตามผลการรักษา เนื่องจาก

(๒.๑) ถ้าใช้ยากลุ่มนี้ไม่ถูกต้อง อาจเกิดพิษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หรือเป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่าย หรือ

(๒.๒) เป็นยาที่มีแนวโน้มในการใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ หรือไม่คุ้มค่า หรือมีการนำไปใช้ในทางที่ผิด หรือมีหลักฐานสนับสนุนการใช้ที่จำกัด หรือมีประสิทธิผลการใช้ในประเทศไทยอย่างจำกัด

บัญชี ง หมายความว่า รายการยาที่มีหลายข้อบ่งใช้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือเป็นยาที่มีราคาแพง จำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางราย แต่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือก่อปัญหาเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรง การสั่งใช้ยาให้สมเหตุผล คุ้มค่า สมประโยชน์ สถานพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

(๑) ใช้ยาตามข้อบ่งใช้และเงื่อนไขที่กำหนด

รายการบัญชียาหลักแห่งชาติ

ท้ายประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑

รายการบัญชียาหลักแห่งชาติ ประกอบด้วย

๑. บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข

๒. บัญชียาจากสมุนไพร

“บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข” หมายความว่า รายการยาแผนปัจจุบันสำหรับใช้ในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข ตามภาคผนวก ๑ ซึ่งประกอบด้วยบัญชีย่อย ๕ บัญชี ได้แก่ บัญชี ก บัญชี ข บัญชี ค บัญชี ง และบัญชี จ รวมทั้งรายการยาเภสัชตำรับโรงพยาบาล ตามภาคผนวก ๒

บัญชี ก หมายความว่า รายการยามาตรฐานที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย มีหลักฐานชัดเจนที่สนับสนุนการใช้ มีประสิทธิภาพการใช้ในประเทศไทยอย่างพอเพียง และเป็นยาที่ควรได้รับการเลือกใช้เป็นอันดับแรกตามข้อบ่งใช้ของยานั้น

บัญชี ข หมายความว่า รายการยาที่ใช้สำหรับข้อบ่งใช้หรือโรคบางชนิดที่ใช้นยาในบัญชี ก ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือใช้เป็นยาแทนยาในบัญชี ก ตามความจำเป็น

บัญชี ค หมายความว่า รายการยาที่ต้องใช้ในโรคเฉพาะทางโดยผู้ชำนาญ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยสถานพยาบาลจะต้อง

(๑) มีมาตรการกำกับการใช้ยา

(๒) มีความพร้อม ตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการติดตามผลการรักษา เนื่องจาก

(๒.๑) ถ้าใช้ยากลุ่มนี้ไม่ถูกต้อง อาจเกิดพิษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หรือเป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่าย หรือ

(๒.๒) เป็นยาที่มีแนวโน้มในการใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ หรือไม่คุ้มค่า หรือมีการนำไปใช้ในทางที่ผิด หรือมีหลักฐานสนับสนุนการใช้ที่จำกัด หรือมีประสิทธิภาพการใช้ในประเทศไทยอย่างจำกัด

บัญชี ง หมายความว่า รายการยาที่มีหลายข้อบ่งใช้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือเป็นยาที่มีราคาแพง จำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางราย แต่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือก่อปัญหาเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรง การสั่งใช้ยาให้สมเหตุผล คุ้มค่า สมประโยชน์ สถานพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

(๑) ใช้ยาตามข้อบ่งใช้และเงื่อนไขที่กำหนด

(๒) วินิจฉัยและสั่งใช้ยา โดยผู้ชำนาญเฉพาะโรคที่ได้รับการฝึกอบรมในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากสถานฝึกอบรม หรือได้รับวุฒิบัตร หรืออนุมัติบัตรจากแพทยสภา หรือทันตแพทยสภาเท่านั้น สำหรับการสั่งยาในครั้งต่อไป สถานพยาบาลอาจมอบให้แพทย์ผู้ชำนาญรับผิดชอบในการสั่งยาได้ โดยต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของผู้ชำนาญเฉพาะโรคดังกล่าว

(๓) มีระบบกำกับประเมิน และตรวจสอบการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation, DUE) โดยต้องเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านี้เพื่อตรวจสอบในอนาคต

บัญชี จ หมายความว่า

บัญชี จ(๑) รายการยาสำหรับโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานของรัฐ ที่มีการกำหนดวิธีการใช้และการติดตามประเมินการใช้ยาตามโครงการ โดยมีหน่วยงานนั้นรับผิดชอบ และมีการรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นระยะตามความเหมาะสม เพื่อพิจารณาจัดเข้าประเภทของบัญชีย่อยอื่นในบัญชียาหลักต่อไปเมื่อมีข้อมูลเพียงพอ

บัญชี จ(๒) รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ ให้เข้าถึงยาได้อย่างสมเหตุผล คำนึงและยั่งยืน ซึ่งมีการจัดกลไกกลางเป็นพิเศษในกำกับการใช้ยาภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งดูแลโดย กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาตามภาคผนวก ๓

“รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ” ตามบัญชี จ(๒) หมายความว่า ยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยยาที่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือ เป็นยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะโรค หรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และ เป็นยาที่มีราคาแพงมาก หรือส่งผลกระทบอย่างมากต่อความสามารถในการจ่าย ทั้งของสังคมและผู้ป่วย จึงต้องมีระบบกำกับและอนุมัติการสั่งใช้ยา (authorized system) ที่เหมาะสม โดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยา จึงจะก่อประโยชน์สูงสุด สถานพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา และมีเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้น เพื่อให้ตรวจสอบโดยกลไกกลางในอนาคตได้

“เภสัชตำรับโรงพยาบาล” หมายความว่า รายการยาที่โรงพยาบาลสามารถผลิตขึ้นใช้ภายในโรงพยาบาลตามเภสัชตำรับของโรงพยาบาล ที่เป็นรายการยาตามที่ระบุในภาคผนวก ๑ หรือภาคผนวก ๒ หรือภาคผนวก ๔

“บัญชียาจากสมุนไพร” หมายความว่า รายการยาจากสมุนไพรที่เป็นยาแผนไทยหรือยาแผนโบราณ และยาพัฒนาจากสมุนไพร ซึ่งมีตัวยาในสูตรตำรับ และรายละเอียดตามภาคผนวก ๔ โดยมีรายการยาจากสมุนไพรที่แนบรายการเภสัชตำรับโรงพยาบาลรวมอยู่แล้ว

คำอธิบายรายการยาในบัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑

สำหรับยาในบัญชี จ(2) เป็นยาที่มีการจัดกลไกสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะให้สามารถเข้าถึงยาได้ยิ่งขึ้น การระบุเงื่อนไขจึงต้องกำหนดแนวทางกำกับการใช้ยาเพิ่มเติมจากข้อบ่งใช้ที่คัดเลือกไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

แนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ตามภาคผนวก 3 ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ คือ 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล 3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา/เกณฑ์การวินิจฉัยโรค 5. ขนาดยาที่แนะนำ/วิธีการให้ยา 6. ระยะเวลาในการรักษา 7. การติดตาม/การประเมินผลการรักษา 8. ข้อแนะนำเพิ่มเติม โดยการขออนุมัติใช้ยาสถานพยาบาลต้องปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดทุกข้อ และมีการเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้น เพื่อให้ตรวจสอบโดยกลไกกลางในอนาคตได้ คำอธิบายของแต่ละหัวข้อเป็นดังนี้

1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

เป็นระบบที่ใช้ในการกำกับการใช้ยาของหน่วยงานสิทธิประโยชน์ หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย แบ่งเป็น 2 ระบบ ดังนี้

● ระบบที่ต้องขออนุมัติก่อนการรักษา (Pre-Authorization)

เป็นระบบที่ต้องขออนุมัติการใช้ยาจากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ หรือหน่วยงานกลาง ก่อนให้การรักษา ซึ่งใช้ในกรณีที่ไม่ใช่ภาวะฉุกเฉิน โดยรายละเอียดของระบบอนุมัติการใช้ยาในแต่ละแนวทางกำกับการใช้ยา ได้พิจารณาตามความเหมาะสมของยาและข้อบ่งใช้

● ระบบที่ต้องขออนุมัติภายหลังการรักษา (Post- Authorization)

เป็นระบบที่ต้องขออนุมัติการใช้ยาจากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ หรือหน่วยงานกลาง ภายหลังการรักษา ซึ่งใช้ในกรณีเมื่อผู้ป่วยมาด้วยภาวะฉุกเฉิน หรือจำเป็นต้องได้รับยาในทันทีเช่นนั้นผู้ป่วยอาจถึงแก่ชีวิตได้ โดยรายละเอียดของระบบอนุมัติการใช้ยาในแต่ละแนวทางกำกับการใช้ยา ได้พิจารณาตามความเหมาะสมของยาและข้อบ่งใช้

ทั้งนี้ยารายการมีระบบอนุมัติการใช้ยาทั้งแบบก่อนการรักษา และระบบภายหลังการรักษา เช่น ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) ในข้อบ่งใช้ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (primary immunodeficiency diseases) เป็นต้น

2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

สถานพยาบาลที่มีการใช้ยาต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสมในประเด็นที่สำคัญ เช่น

- ความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการรักษา/วินิจฉัยโรค
- ความพร้อมของบุคลากรที่ต้องใช้ในการรักษา/วินิจฉัยโรค เป็นต้น

โดยมีการลงทะเบียนสถานพยาบาลกับหน่วยงานสิทธิประโยชน์ หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย

3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

แพทย์ผู้สั่งใช้ยาต้องมีคุณสมบัติเหมาะสมในการใช้ยาให้เป็นไปอย่างสมเหตุผลตามแนวทางกำกับการใช้ยาที่กำหนด โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ผู้ทำการรักษากับหน่วยงานสิทธิประโยชน์ หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย

4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา / เกณฑ์การวินิจฉัยโรค

เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา หรือเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ได้แก่ ข้อกำหนดในการวินิจฉัยโรค หรือการใช้ยาให้เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาและหลักฐานทางวิชาการ เนื่องจากยาบัญชี จ(2) เป็นยาที่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือเป็นยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะโรค หรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เพื่อให้เป็นไปตามข้อบ่งใช้ จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษา

5. ขนาดยาที่แนะนำ / วิธีการให้ยา

ขนาดยาที่แนะนำ หรือวิธีการให้ยา มีข้อกำหนดตามมาตรฐานการรักษาและหลักฐานทางวิชาการ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศด้วย

6. ระยะเวลาในการรักษา

ระยะเวลาในการรักษา มีข้อกำหนดตามมาตรฐานการรักษาและหลักฐานทางวิชาการ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศด้วย

7. การติดตาม / การประเมินผลการรักษา

การติดตาม หรือประเมินผลการรักษา มีข้อกำหนดตามมาตรฐานการรักษา และหลักฐานทางวิชาการ เพื่อให้ทราบถึงผลการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ และการพิจารณาตรวจวินิจฉัยที่จำเป็นเพื่อปรับปรุงแนวทางการรักษาผู้ป่วยตามความเหมาะสม

8. ข้อแนะนำเพิ่มเติม

ข้อแนะนำที่มีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษา

3.2) เงื่อนไขการจัดหายา ในกรณีที่มียามากกว่า 1 รายการ มีข้อบ่งใช้เหมือนกัน จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน และไม่มี ความแตกต่างในด้านคุณสมบัติที่มีความสำคัญต่อผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้ง ไม่มีความแตกต่างกันด้านราคาอย่างชัดเจน จึงกำหนดให้สถานพยาบาลคัดเลือกการยาที่จัดซื้อแล้วมีราคาต่ำที่สุดเพียงรายการเดียวเข้าบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีคุณลักษณะดังกล่าวจะระบุเงื่อนไขว่า “ให้เลือก หนึ่งรายการระหว่างกับ..... ที่จัดซื้อได้ถูกกว่า”

3.3) ข้อมูลสำคัญอื่นๆ ของรายการยา เช่น คำเตือนและข้อควรระวัง เหตุผล ที่สำคัญของตัวยานั้น

- **คำเตือน และข้อควรระวัง** ระบุในกรณีซึ่งมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีความสำคัญ เช่น พบบ่อย หรืออาจเป็นอันตรายทั้งที่มีระบุไว้ในเอกสารกำกับยาหรือเป็นข้อมูลใหม่ ที่ควรสื่อสารให้ผู้ไข้รับทราบ โดยมีหลักฐานยืนยันชัดเจน

- **หมายเหตุ** ได้แก่ คำแนะนำ ข้อสังเกต คำอธิบาย ที่สำคัญซึ่งต้องการสื่อสารให้ผู้ไข้รับทราบ

แนวทางกำกับการใช้ยา บัญชี จ(2)

ข้อบ่งใช้มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

1.1 ขออนุมัติการใช้ยา trastuzumab จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษากับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

1.2 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในครั้งแรกที่จะใช้ยากับผู้ป่วย และครั้งต่อไป (ในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 12) และรายงานผลทางสุขภาพทุก 1 ปี เป็นเวลา 10 ปี นับจากวันที่ขออนุมัติการใช้ยา

2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

2.1 เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการเตรียมยาและให้ยาเคมีบำบัดจนครบสูตรมาตรฐานแก่ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม

2.2 เป็นสถานพยาบาลที่สามารถส่งชิ้นเนื้อไปยังห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา (ให้รับส่งภายใน 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด) และมีการตรวจพยาธิวิทยาโดยการย้อม immunohistochemistry ในขั้นตอนแรก และมีผลการตรวจชิ้นเนื้อจาก paraffin block ด้วยวิธี in situ hybridization เช่น Fluorescence in situ hybridization (FISH) หรือ Dual-color in-situ hybridization (DISH) เพื่อสนับสนุนผล HER2/neu เป็นบวกจริง

2.3 เป็นสถานพยาบาลที่สามารถตรวจ หรือ ส่งตรวจการทำงานของหัวใจโดย echocardiogram อย่างน้อย 2-D ขึ้นไป หรือ multigated acquisition scan (MUGA)

2.4 เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่จะระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา หรือสาขารังสีรักษา และมะเร็งวิทยา หรืออนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา trastuzumab ในโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้

4.1 ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพร่างกายดีคือมี Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1

ECOG PERFORMANCE STATUS SCALE

SCALE	DESCRIPTION OF SCALE
0	ASYMPTOMATIC NORMAL ACTIVITY.
1	SYMPTOMATIC ; AMBULATORY ABLE TO CARRY OUT ACTIVITY OF DAILY LIVING.

- 2 SYMPTOMATIC; IN BED LESS THAN 50% OF THE DAY ;
OCCASIONALLY NEED NURSING CARE.
- 3 SYMPTOMATIC ; IN BED MORE THAN 50% OF THE DAY ;
NEED NURSING CARE.
- 4 BED RIDDEN
MAY NEED HOSPITALISATION.

4.2 ใช้ trastuzumab เป็น adjuvant therapy ต้องมีคุณสมบัติครบทุกข้อดังต่อไปนี้

- 4.2.1 ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้หมดด้วยวิธี curative breast surgery
- 4.2.2 มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่าโรคมะเร็งมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN1-3 ยกเว้น supraclavicular node positive)
- 4.2.3 มีการประเมินระยะของโรคว่าไม่มีการแพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่น (M₀) อย่างน้อยด้วยเอ็กซเรย์ปอด อัลตราซาวด์ตับ และสแกนกระดูก
- 4.2.4 มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาโดยการย้อม immunohistochemistry ให้ผล HER-2 เป็น 2+ หรือ 3+ และยืนยันโดยวิธี in situ hybridization เช่น FISH หรือ DISH เป็นผลบวก
- 4.2.5 มีผลการตรวจการทำงานของหัวใจโดย echocardiogram อย่างน้อย 2-D ขึ้นไป หรือ MUGA ได้ผล left ventricular ejection fraction (LVEF) มากกว่าหรือเท่ากับ 50%
- 4.2.6 ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามชนิด locally advanced breast cancer ระยะ T4a, T4b หรือ T4c (ไม่รวมผู้ป่วยที่เป็น inflammatory breast cancer) ที่ได้รับ neo-adjuvant chemotherapy มาก่อนการผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้หมด และได้ free margin
- 4.2.7 มีกำหนดนัดผู้ป่วยเพื่อฉายแสงจากแพทย์รังสีรักษาหลังการผ่าตัด ประกอบการขออนุมัติการใช้ยา
- 4.2.8 สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาเสริม ต้องมี taxane ร่วมด้วย โดยสูตรที่แนะนำ คือ
 - 1) doxorubicin (Adriamycin) + cyclophosphamide จนครบ 4 cycle จากนั้น ให้ paclitaxel สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 12 cycle (AC x 4 cycles – Paclitaxel weekly x 12 cycles) หรือ
 - 2) doxorubicin (Adriamycin) + cyclophosphamide จนครบ 4 cycle จากนั้น ให้ paclitaxel ทุก 3 สัปดาห์ จนครบ 4 cycle (AC x 4 cycles – Paclitaxel every 3 weeks x 4 cycles)
 ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้ Paclitaxel (เช่น แพ้ยาความรุนแรงระดับ 3 (grade 3) ขึ้นไป หรือมี peripheral neuropathy มากกว่าหรือเท่ากับระดับ 2 (grade 2)) สามารถใช้ยาสูตรอื่นได้ (*AC = doxorubicin hydrochloride (adriamycin) และ cyclophosphamide)
- 4.2.9 กรณีที่ได้ยาเคมีบำบัดเสริมครบมาแล้ว ต้องเริ่มยา trastuzumab ภายใน 3 เดือนหลังได้ยาเคมีบำบัดครบ และให้ยา trastuzumab ทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 18 ครั้ง หรือ 1 ปี

4.3 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ตามที่กำหนด^{††}

5. ขนาดยาที่แนะนำ

^{††}โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2)

5.1 กรณีให้ยา trastuzumab ร่วมกับ paclitaxel ทุก 3 สัปดาห์

มีขนาดยา trastuzumab ที่แนะนำ ตาม actual body weight ดังนี้

1. ให้ยา trastuzumab ในขนาดเริ่มต้น 8 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โดยให้ยาในระยะเวลา 90 นาที
2. หลังจากนั้นให้ยา trastuzumab ครั้งละ 6 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 3 สัปดาห์ โดยให้ยาในระยะเวลา 30-60 นาที
3. กรณีที่หยุดยา trastuzumab นานเกินกว่า 4 สัปดาห์ นับจากครั้งสุดท้าย ต้อง reload 8 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แล้วตามด้วยขนาดยาปกติ
4. ให้ยา trastuzumab ได้ไม่เกิน 18 ครั้ง ภายใน 1 ปี หากมีกรณีจำเป็นอนุโลมได้ไม่เกิน 14 เดือน

5.2 กรณีให้ยา trastuzumab ร่วมกับ paclitaxel ทุก 1 สัปดาห์

มีขนาดยา trastuzumab ที่แนะนำ ตาม actual body weight ดังนี้

1. ให้ยา trastuzumab ในขนาดเริ่มต้น 4 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โดยให้ยาในระยะเวลา 90 นาที
2. หลังจากนั้นให้ยา trastuzumab ครั้งละ 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 1 สัปดาห์ โดยให้ยาในระยะเวลา 30 นาที จนครบ 12 สัปดาห์ (นับรวมตั้งแต่เริ่มให้ยาในขนาดเริ่มต้น) ในกรณีที่เลื่อนการให้ยาเกิน 2 สัปดาห์นับจากครั้งสุดท้ายให้ reload 4 mg ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม
3. หลังจากนั้นให้ยา trastuzumab ครั้งละ 6 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 3 สัปดาห์ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 13 จนครบ 1 ปี (เฉพาะการให้แบบทุก 3 สัปดาห์รวมไม่เกิน 13 ครั้ง)
4. การให้ยา trastuzumab ทั้งหมด ควรเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาประมาณ 1 ปี แต่ไม่เกิน 14 เดือน

หมายเหตุ

1. สามารถใช้ยา trastuzumab พร้อมกับ paclitaxel ได้
2. ห้ามใช้ยา trastuzumab พร้อมกับยา doxorubicin เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่อหัวใจ

6. การประเมินระหว่างการรักษา

ตรวจประเมินการทำงานของหัวใจระหว่างการให้ยาโดย echocardiogram อย่างน้อย 2-D ขึ้นไป หรือ MUGA เป็นระยะๆ ทุก 3-6 เดือน โดยมี LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50%

7. เกณฑ์การหยุดยา

- 7.1 ได้รับยา trastuzumab ครบ 18 ครั้งภายในเวลาไม่เกิน 14 เดือน
- 7.2 มีอาการแสดงของภาวะ congestive heart failure
- 7.3 มีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ (LVEF น้อยกว่า 50%) โดยไม่มีอาการของโรคหัวใจ ให้หยุดยา และจะกลับมาใช้ใหม่ได้เมื่อ LVEF ตั้งแต่ 50% ภายในเวลา 8 สัปดาห์
- 7.4 พบการกลับเป็นซ้ำของโรค (relapse) ระหว่างได้รับยา
- 7.5 หยุดยา trastuzumab นานเกิน 8 สัปดาห์

แนวทางกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)

ข้อบ่งใช้ โรค immune thrombocytopenia ชนิดรุนแรง

1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

ขออนุมัติการใช้ยา IVIG จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ ภายหลังจากการรักษา (post-authorization) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะด้วยอาการฉุกเฉิน และจำเป็นต้องได้รับยาอย่างทันท่วงทีมีฉะนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยหลังทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด หรืออนุสาขาลอหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา IVIG ในโรค immune thrombocytopenia ชนิดรุนแรง โดยมีเกณฑ์ดังนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)[†]

4.2 ผู้ป่วยแต่ละรายขออนุมัติให้ใช้ยา IVIG ได้ไม่เกิน 2 กรัมต่อกิโลกรัม ต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง และไม่ให้ยาซ้ำในการรักษาคราวเดียวกัน

4.3 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค immune thrombocytopenia ที่มีอาการรุนแรง โดยมีเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้

4.3.1 มีเลือดออกผิดปกติที่เกิดจากจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ

4.3.2 มี isolated thrombocytopenia ร่วมกับมีจำนวน megakaryocyte ในไขกระดูกปกติ

4.3.3 ไม่มีสาเหตุอื่นๆ ของจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ เช่น ติดเชื้อ ยา เป็นต้น

4.3.4 เป็นไปตามเกณฑ์ในข้อ 4.3 absolute indication หรือในข้อ 4.4 relative indication ข้อใดข้อหนึ่ง

4.4 กรณีมี absolute indication โดยผู้ป่วยโรค immune thrombocytopenia มีอาการรุนแรง เป็นไปตามเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้

4.4.1 ไม่ใช้ IVIG เป็นยาขนานแรก และไม่ใช้ IVIG เป็นยาเดี่ยวในการรักษา โดยให้ IVIG ร่วมกับเกล็ดเลือดและคอร์ติโคสเตออยด์

4.4.2 มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า 20,000/mm³

4.4.3 มีภาวะเลือดออกรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต ได้แก่ ภาวะเลือดออกในอวัยวะสำคัญ เช่น สมอง ปอด ช่องท้อง ช่องอก และทางเดินอาหาร

[†] ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลานั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

- 4.4.4 ให้น้ำ IVIG ภายหลังการให้การรักษามาตรฐาน แล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่น anti-Rho (D) immune globulin, คอर्टิโคสเตรอยด์ หรือเกล็ดเลือดร่วมกับคอर्टิโคสเตรอยด์นาน 3-7 วันยังคงมีจำนวนเกล็ดเลือดต่ำมากหรือมีจำนวนลดลง
- 4.5 กรณีมี relative indication โดยผู้ป่วยโรค immune thrombocytopenia ที่จำเป็นต้องได้รับการตัดม้าม โดยมีเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้
- 4.5.1 มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า $50,000/\text{mm}^3$ ก่อนการผ่าตัด
- 4.5.2 ได้รับ คอर्टิโคสเตรอยด์ และ anti-Rho (D) immune globulin แล้ว แต่ไม่สามารถเพิ่มจำนวนเกล็ดเลือดให้มากกว่า $50,000/\text{mm}^3$ ได้
- 4.6 มีการรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้น้ำกับผู้ป่วย⁺⁺

5. ขนาดยาที่แนะนำและวิธีการให้น้ำ

เด็กและผู้ใหญ่ ให้น้ำในขนาด 400 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 2-5 วัน หรือ ให้น้ำในขนาด 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 2 วัน โดยเริ่มให้น้ำในขนาด 0.6 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง และเพิ่มอัตราครั้งละเท่าตัวทุก 30 นาที (ขนาดสูงสุดไม่เกิน 4.8 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง) จนได้อัตราที่ให้ IVIG ได้หมดใน 8-12 ชั่วโมง ให้น้ำซ้ำครั้งที่สอง 24 ชั่วโมงหลังการให้น้ำครั้งแรก

หมายเหตุ ผู้ป่วยหลังการตัดม้าม ไม่จัดอยู่ในเกณฑ์การอนุมัติการใช้น้ำ IVIG

⁺⁺ โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้น้ำ โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้น้ำบัญชี จ(2)



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง
เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า
พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๓ และข้อ ๓๔.๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงานเขต” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

ข้อ ๕ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ จะต้องให้บริการแก่ผู้มีสิทธิรับบริการ ดังนี้

- (๑) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๒) ได้รับการวินิจฉัยและมีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน
- (๓) สามารถเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง
- (๔) ได้รับการตรวจเท้าตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พ.ศ. ๒๕๕๖ และมีผลการประเมินระดับความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงสูง

ข้อ ๖ หน่วยบริการที่จะให้บริการตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

- (๑) เป็นหน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET)
- (๒) เป็นหน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan)
- (๓) เป็นหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการให้บริการและประสงค์จะให้บริการ

ข้อ ๗ หน่วยบริการที่ประสงค์จะให้บริการและขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ต้องยื่นแบบแสดงความจำนง ที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้ พร้อมแบบประเมินตนเอง ที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ ไปที่สำนักงานเขต เพื่อพิจารณาตามศักยภาพของหน่วยบริการและให้เป็นไปตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) โดยให้สำนักงานเขตส่งสำเนาการอนุมัติในระดับเขตมาที่สำนักงาน

เมื่อหน่วยบริการได้รับการแจ้งผลการประเมินแล้ว สามารถให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

- (๑) หน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) และหน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สามารถให้บริการอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ ๘๘๑๓ และ ๘๘๑๔
- (๒) หน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย สามารถให้บริการอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๘๑๓

(๓) หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อ นอกเหนือจาก (๑) และ (๒) ที่มีศักยภาพในการให้บริการอุปกรณ์และประสงค์จะให้บริการ ให้ยื่นแบบแสดงความจำนงต่อสำนักงานเขตเพื่อตรวจประเมินเป็นรายกรณี

กรณีเกินกว่าศักยภาพในการให้บริการอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ หรือ ๘๘๑๓ หรือ ๘๘๑๔ สามารถให้บริการตามระบบส่งต่อ (OP Refer) ได้

ข้อ ๘ เกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการตามข้อ ๗ ประกอบด้วย

(๑) การประเมินเชิงระบบการจัดการ ประกอบด้วย

(ก) ด้านบุคลากร

(ข) ด้านระบบบริการ

(ค) ด้านคุณภาพ

(๒) ด้านสถานที่และเครื่องมือในการให้บริการ สำหรับหน่วยบริการที่สามารถผลิตอุปกรณ์ได้เอง ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ ๘๘๑๓ และ ๘๘๑๔

(๓) เกณฑ์สำหรับหน่วยบริการที่ผ่านการประเมิน แต่ไม่ผลิตอุปกรณ์เอง และต้องการจัดหาให้มีบริการในแต่ละรหัส ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ ๘๘๑๓ และ ๘๘๑๔

ข้อ ๙ หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย (Post Audit) โดยการบันทึกข้อมูลอย่างน้อยให้มีรายละเอียด ดังนี้

(๑) บันทึกการตรวจพบพยาธิสภาพของเท้าที่มีแผล เช่น เท้าผิดรูป (Deformity) หน้ำแข็ง (Callus) ตาปลา (Corns) เป็นต้น

(๒) บันทึกวิธีการตรวจเท้าด้วย Monofilament และการประเมินชีพจร (Pulse)

(๓) บันทึกกิจกรรม การให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลที่เท้ารวมทั้งการป้องกัน และการดูแลเท้าทั่วไปด้วยตนเอง (Self foot-care) กับผู้ป่วย หรือผู้ดูแล

(๔) บันทึกความสามารถของผู้ป่วยในการเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง

(๕) บันทึกผลของการใช้อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น มีการใช้รองเท้า สวมใส่หมวก หรือความพึงพอใจต่อการใช้รองเท้า หรือผลข้างเคียงแทรกซ้อนจากการใช้รองเท้า เป็นต้น

(๖) บันทึกรับรองการส่งจ่ายอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยแพทย์ที่ให้การรักษา

(๗) บันทึกการได้รับอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีหลักฐานลายมือชื่อของผู้ป่วย และวันที่ได้รับอุปกรณ์

ข้อ ๑๐ ให้นำหน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ภายหลังจากวันที่จ่ายอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยเบาหวานเรียบร้อยแล้ว ส่งข้อมูลเบิกในโปรแกรม e-Claim ให้สำนักงานภายในสามสิบวันโดยบันทึกข้อมูลรหัสโรค (ICD๑๐) ให้ถูกต้องตามผลการตรวจประเมินความเสี่ยงและข้อบ่งชี้ของแต่ละอุปกรณ์

การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีให้บริการอุปกรณ์ตามวรรคหนึ่ง ให้เบิกได้หนึ่งคู่ต่อคนต่อปี โดยนับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ให้หน่วยบริการตามราคาที่จัดหาได้จริง แต่ไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่กำหนด โดยมีลักษณะข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์ และคุณสมบัติของอุปกรณ์แต่ละรายการให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้

ข้อ ๑๒ หากหน่วยบริการเห็นว่า การจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ ให้ยื่นอุทธรณ์ต่อสำนักงานภายในสามสิบวันนับจากวันที่ได้รับการจ่ายชดเชย

ข้อ ๑๓ บรรดาประกาศ หลักเกณฑ์ หรือคำสั่งอื่นใดที่กำหนดไว้แล้ว ซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง แนวปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม

พ.ศ. ๒๕๕๙

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแนวทางการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๒ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๙ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อมไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้มีสิทธิรับบริการตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะข้อห้ามดังต่อไปนี้

(๑) เป็นผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (Knee OA)

(๓) มีข้อบ่งชี้และไม่มีลักษณะข้อห้ามในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ตามข้อ ๓

(๔) เข้ารับบริการในหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ โดยการส่งต่อจากหน่วยบริการประจำหรือเครือข่ายหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ

ข้อ ๒ หน่วยบริการที่จะให้บริการตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

(๑) เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสือวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา สาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ซึ่งปฏิบัติงานประจำ (Full time) ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด และการติดตามการรักษาหลังผ่าตัด

(๓) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสือวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา สาขาวิสัญญีแพทย์ ซึ่งปฏิบัติงานประจำ (Full time) หรือปฏิบัติงานบางเวลา (Part time)

/(๔) มีแพทย์...

(๔) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติบัตรและหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา สาขาอายุรแพทยทั่วไป ซึ่งปฏิบัติงานประจำ (Full time) หรือปฏิบัติงานบางเวลา (Part time) ตั้งแต่การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหลังผ่าตัด

(๕) มีสถานที่รองรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน

(๖) มีห้องผ่าตัด พร้อมอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ แผนกห้องผ่าตัด

(๗) มีห้องผู้ป่วยวิกฤต ตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ แผนกผู้ป่วยวิกฤต พร้อมรองรับผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน

(๘) มีบริการรังสีวินิจฉัยที่ได้มาตรฐาน หรือตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ แผนกรังสีวินิจฉัย

(๙) มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือแพทย์ออร์โธปิดิกส์ หรือนักกายภาพบำบัดให้บริการกายภาพบำบัดหรือให้บริการผู้ป่วยหลังผ่าตัด

หน่วยบริการที่จะร่วมให้บริการ ให้แจ้งความประสงค์และประเมินตนเอง พร้อมหลักฐานตามที่กำหนดก่อนเริ่มปีงบประมาณ หรือก่อนให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๓ ผู้มีสิทธิรับบริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม ต้องมีข้อบ่งชี้และไม่มีลักษณะข้อห้าม ดังนี้

(๑) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (total knee arthroplasty, TKA) ต้องมีข้อบ่งชี้และไม่มีลักษณะข้อห้าม ดังนี้

(ก) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ ๕๕ ปี ขึ้นไป ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

(๑) การเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย ๒ compartment (at least bicompartamental knee osteoarthritis)

(๒) ภาพรังสีด้านหน้า-หลัง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนัก แสดงช่องว่างของข้อเข่าอย่างน้อยด้านหนึ่งแคบลงมากกว่า ๕๐% (Narrowing joint space more than ๕๐% of at least one compartment of the knee from standing weight bearing antero-posterior view of knee radiograph) หรือภาพรังสีแสดงข้อเข่าเสื่อมระยะ ๓ หรือ ๔ (Kellgren–Lawrence stage III or IV)

/ (๓) ผู้ป่วย...

(๓) ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา และ/หรือ ฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อแล้วไม่ได้ผล เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๓ เดือน (failure of conservative treatment)

(ข) ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า ๕๕ ปี ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

(๑) การเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย ๒ compartment (at least bicompartmental knee osteoarthritis)

(๒) ภาพรังสีด้านหน้า-หลัง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนัก แสดงช่องว่างของข้อเข่า อย่างน้อยด้านหนึ่งหายไป (obliterated joint space of at least one compartment of the knee from standing weight bearing antero-posterior view of knee radiograph)

(๓) ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยา และวิธีใช้ยา และ/หรือ ฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อ แล้วไม่ได้ผล เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๖ เดือน (failure of conservative treatment)

(๔) มีข้อบ่งชี้เป็นอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(ก) 2nd Knee OA สาเหตุจากการติดเชื้อ

(ข) 2nd Knee OA สาเหตุจากอุบัติเหตุ

(ค) 2nd Knee OA สาเหตุจากโรคไขข้ออักเสบ (inflammatory joint disease)

(ง) 2nd Knee OA สาเหตุจากกระดูกตาย (osteonecrosis)

(จ) ข้อเข่าผิดรูปมาก โดยมีมุมข้อเข่า (Tibiofemoral angle) ในระนาบซ้าย-ขวา (Frontal plane) ผิดจากปกติมากกว่า ๒๐ องศา

(ค) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ต้องไม่มีลักษณะ ข้อห้าม (contraindication) อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) มีการติดเชื้อที่ข้อเข่าที่ยังไม่ได้รับการรักษาให้หายขาด (recent or current knee infection)

(๒) มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นๆ ของร่างกายที่อาจก่อให้เกิดการแพร่กระจาย มาติดข้อเข่า (remote source of ongoing infection)

(๓) ระบบโครงสร้างที่ใช้ในการเหยียดข้อเข่าซึ่งประกอบด้วย กล้ามเนื้อ quadriceps กระดูกสะบ้า และ patellar tendon ขาดความต่อเนื่อง หรือระบบโครงสร้างเหล่านี้ ไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ (extensor mechanism discontinuity or severe dysfunction)

/ (๔) มีความผิด...

(๔) มีความผิดรูปของข้อเข่าในลักษณะแอ่น ซึ่งเป็นผลมาจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง (recurvatum deformity secondary to neuromuscular weakness)

(ง) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (total knee arthroplasty, TKA) ในผู้ป่วยอายุไม่เกิน ๕๕ ปี ที่วินิจฉัยเป็นข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ หรือข้อเข่าเสื่อมไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Unspecified Knee OA) ให้ดำเนินการขออนุมัติก่อนผ่าตัด (Pre Authorized) ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

(๖) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน (medial unicompartmental knee arthroplasty, UKA)

(ก) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้

(๑) ผิวข้อเข่าเสื่อมเฉพาะด้านในเท่านั้น

(๒) เอ็นข้อเข่าทั้งหมดทำงานเป็นปกติ

(๓) การเหยียดและการงอข้อเข่าดี

(ข) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วนด้านใน ต้องไม่มีลักษณะข้อห้าม (contraindication) อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) น้ำหนักมากกว่า ๙๕ กิโลกรัม

(๒) มีอาการปวดบริเวณลูกสะบ้า (patellofemoral pain)

(๓) มีการเสื่อมของข้อเข่าด้านตรงข้าม (contralateral tibiofemoral joint involvement)

(๔) ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากโรคไขข้ออักเสบ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ (Inflammatory arthritis)

(๕) มีภาวะข้อเข่าไม่มั่นคงจากเส้นเอ็นไขว้หน้าฉีกขาดหรือหย่อน (symptomatic ACL insufficiency)

(๖) มีภาวะข้อเข่าไม่มั่นคงจากเอ็นประกบเข่าด้านข้างฉีกขาดหรือหย่อน (collateral ligament insufficiency)

(๗) มุมข้อเข่าผิดรูป ในแนว varus มากกว่า ๑๐ องศา (varus deformity > ๑๐ degrees)

(๘) ข้อเข่าเหยียดไม่สุด มีการติดหรือยึด มากกว่า ๑๐ องศา (flexion contracture > ๑๐ degrees)

/ (๓) การผ่าตัด...

(๓) การผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน (high tibial osteotomy)

(ก) การผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้

(๑) ผิวข้อเข้าเสื่อมเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น

(๒) เอ็นยึดข้อเข้าและหมอนรองข้อเข้าทำงานเป็นปกติ

(๓) พิสัยการขยับของข้อเข้ามากกว่าหรือเท่ากับ ๘๐ องศา

(๔) ไม่มีการยึดติดของข้อเข้า ทั้งการเหยียดและการงอ

(ข) การผ่าตัดจัดแนวกระดูกหน้าแข้งด้านบน ต้องไม่มีลักษณะข้อห้าม (contraindication) อย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) ข้อเข้าที่มีการเสื่อมของผิวข้อเข้าทุกส่วน (diffuse arthritis)

(๒) ข้อเข้าเสื่อมที่มีการเคลื่อนของแนวกระดูกหน้าแข้ง ออกจากกระดูกต้นขา เป็นระยะทางที่มาก (marked tibiofemoral subluxation)

(๓) ข้อเข้าเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากโรคไขข้ออักเสบ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ (inflammatory arthritis)

(๔) ผู้ป่วยเคยได้รับการตัดหมอนรองกระดูกข้อเข้า (Post meniscectomy)

ข้อ ๔ สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายในการให้บริการ ดังนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายกรณีผ่าตัดที่มีการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

สปสช. จะจ่ายชดเชยตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณ โดยอัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขต และผลงานการส่งข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเดือน (sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget

(๒) ค่าใช้จ่ายกรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม

สปสช. จะจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการตามค่าใช้จ่ายจริงที่หน่วยบริการเรียกเก็บ แต่ไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่ สปสช. ประกาศ และนำมาคำนวณอัตราจ่ายตามระบบ point system with global budget โดยส่วนต่างจากเงินเรียกเก็บและเงินจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บจากผู้ป่วยได้ และราคาและอุปกรณ์ที่จ่ายชดเชย ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

/กรณี...

กรณีที่มีการใช้สารยึดกระดูก (bone cement) ชนิดธรรมดา (รหัส ๗๔๐๑) หรือสารยึดกระดูก (bone cement) ชนิดมียาปฏิชีวนะผสม (รหัส ๗๔๐๒) สามารถเบิกจ่ายชดเชยตามข้อบ่งชี้และเพดานราคาชดเชยในประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง รายการอุปกรณ์อวัยวะเทียมและข้อบ่งชี้ในการบำบัดรักษาโรค

ข้อ ๕ การส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการด้วยโปรแกรม e-Claim เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายทั้งกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) และค่าอุปกรณ์ทุกรายการ รวมทั้งข้อเข้าเทียม โดยต้องบันทึกข้อมูลและรหัสอุปกรณ์ส่งไปยัง สปสช. ภายใน ๓๐ วันหลังจากให้บริการ

สปสช. จะตรวจสอบและจ่ายเงินชดเชยค่าอุปกรณ์ทุกรายการที่ใช้ รวมทั้งค่าข้อเข้าเทียมในกรณีที่หน่วยบริการจัดซื้อเอง หากหน่วยบริการใช้ข้อเข้าเทียมในระบบ VMI (vendor managed inventory) จะได้รับการจ่ายเงินชดเชยตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) และอุปกรณ์อื่นที่ใช้ แต่ไม่รวมค่าข้อเข้าเทียม ทั้งนี้ หน่วยบริการต้องบันทึกรหัสโครงการพิเศษ (project code) ทั้งกรณีที่หน่วยบริการจัดซื้อเอง หรือใช้ข้อเข้าเทียมในระบบ VMI (vendor managed inventory)

ข้อ ๖ สปสช. จะตรวจสอบการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข้าเสื่อม และหลักฐานการให้บริการข้อเข้าเทียม โดยหน่วยบริการจะต้องเก็บหลักฐานเอกสารเวชระเบียน และเอกสารการใช้อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับการตรวจสอบ กรณีที่พบว่าการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข้าเสื่อมไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สปสช. จะดำเนินการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและการหักค่าใช้จ่าย กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. ๒๕๕๒

ข้อ ๗ การกำกับติดตามมาตรฐานคุณภาพการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข้าเสื่อมเป็นดังนี้

(๑) สปสช. จะประเมินหน่วยบริการตามคุณสมบัติและศักยภาพการให้บริการก่อนเข้าร่วมให้บริการ และในระหว่างปีงบประมาณ สปสช. อาจสุ่มตรวจหน่วยบริการ ตามคุณสมบัติและศักยภาพของหน่วย โดยพิจารณาร่วมกับผลงานบริการในแต่ละช่วงเวลาทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

(๒) การประเมินคุณภาพการให้บริการ สปสช. กำหนดให้มีตัวชี้วัดคุณภาพบริการ ผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม จากอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม ได้แก่

(ก) อัตราการเกิดข้อเข่าติด Stiffness หลังผ่าตัด ๓ เดือน

(ข) อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม

(ค) อัตราการ re-admission ภายในสามเดือน โดยพิจารณาจากข้อมูล การบริการที่บันทึกในระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ (e-Claim)

(๓) การตรวจสอบมาตรฐานและคุณภาพบริการ (Quality audit)

สปสช. จะประเมินติดตามการให้บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม และผลลัพธ์การผ่าตัด รักษาข้อเข่าเสื่อมตามที่กำหนด เพื่อกำกับติดตามคุณภาพการให้บริการ

ข้อ ๘ หากหน่วยบริการ เห็นว่า การจ่ายชดเชยไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ ให้ยื่นอุทธรณ์ ต่อ สปสช. ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่ได้รับแจ้งรายงานการจ่ายชดเชย (REP)

ข้อ ๙ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙



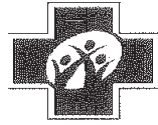
(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)

รองเลขาธิการ รักษาการแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบบขออนุมัติผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Pre Authorized TKA Form)
ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ/ไม่ทราบสาเหตุ(Primay or Unspecified Knee OA) ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕๕ ปี
 (อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕๕ ปี นับจากวันเกิด ถึง วันที่สั่งแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด)

ชื่อหน่วยบริการ..... รหัส.....		
ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ [] ชาย [] หญิง		
PID HN..... AN.....		
การวินิจฉัยโรค [] Primay Knee OA [] Unspecified Knee OA ข้อเข่าข้าง [] ซ้าย [] ขวา [] ทั้งสองข้าง		
แผนการรักษา วันที่สั่งแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด.....กำหนดวันที่จะผ่าตัด.....		
เอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา (ส่งเป็น electronic file)		
[] ภาพถ่าย x-rays antero-posterior view ณ วันที่วินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัด		
[] สำเนาเวชระเบียนประวัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม		
๑. ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (indication) ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty, TKA) ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมอายุน้อยกว่า ๕๕ ปี	มี	ไม่มี
๑.๑ มีการเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย 2 compartment (at least bicompartmental knee osteoarthritis)	[]	[]
๑.๒ ภาพรังสีด้านหน้า-หลัง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนักแสดงช่องว่างของข้อเข่าอย่างน้อยด้านหนึ่งหายไป (obliterated joint space of at least one compartment of the knee from standing weight bearing antero-posterior view of knee radiograph)	[]	[]
๑.๓ ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา และ/หรือฉีดยาลดการอักเสบแล้วแต่ไม่ได้ผลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๖ เดือน (failure of conservative treatment)	[]	[]
๒. ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (indication) ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty, TKA) ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมอายุเท่ากับ ๕๕ ปี	มี	ไม่มี
๒.๑ มีการเสื่อมของข้อเข่าอย่างน้อย 2 compartment (at least bicompartmental knee osteoarthritis)	[]	[]
๒.๒ ภาพรังสีด้านหน้า-หลัง ที่ถ่ายในท่ายืนลงน้ำหนัก แสดงช่องว่างของข้อเข่าอย่างน้อยด้านหนึ่งแคบลงมากกว่า ๕๐% (Narrowing joint space more than 50% of at least one compartment of the knee from standing weight bearing antero-posterior view of knee radiograph) หรือ ภาพรังสีแสดงข้อเข่าเสื่อมระยะ ๓ หรือ ๔ (Kellgren -Lawrence stage III or IV)	[]	[]
๒.๓ ผู้ป่วยได้รับการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา และ/หรือ ฉีดยาลดการอักเสบแล้วแต่ไม่ได้ผลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๓ เดือน (failure of conservative treatment)	[]	[]
ความเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ เพื่อพิจารณา.....	ลงชื่อแพทย์ที่รักษา.....	ผู้อนุมัติ
.....	(.....)	
.....	ตำแหน่ง.....	
.....	วัน/เดือน/ปี ที่ขออนุมัติ.....	
ผลการพิจารณา Pre Authorized		
[] อนุมัติ		
[] ไม่อนุมัติ เหตุผล.....		
ข้อสังเกตอื่นๆ.....		
.....		
ลงชื่อผู้อนุมัติ..... ประธานคณะทำงานพิจารณาระดับเขตหรือผู้แทน วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ.....		
หมายเหตุ : โปรดเก็บแบบฟอร์มผลการพิจารณา Pre-Authorized ในเวชระเบียนของผู้ป่วย และเอกสารสำเนาเก็บไว้ที่ สปสช. เขต		



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง
สำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๕๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ ให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับข้อ ๓ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๕๔ และข้อ ๔๓.๑.๒ (๓.๑)
ของเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงาน
และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๕๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออก
ประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตรา
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ ลงวันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๕๕

(๒) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตรา
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๗

(๓) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตรา
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗

(๔) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตรา
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๘ ลงวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๕๘

ข้อ ๒ หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์
เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตาม
เอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘



(นายประทีป ชนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ รักษาการแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑ แบบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง
สำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘
ลงวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๕๘

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยินที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังที่เหมาะสมตามมาตรฐานที่กำหนด และเพื่อการพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังให้กับหน่วยบริการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีความคุ้มค่าต่อระบบ จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานการใส่เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการที่สูญเสียการได้ยิน ดังนี้

๑. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ดังนี้

๑.๑ ด้านบุคลากร

๑.๑.๑ มีโสต ศอ นาสิกแพทย์ประจำหน่วยบริการ เพื่อประเมินระดับการสูญเสียการได้ยินตามเกณฑ์ และพิจารณาใส่เครื่องช่วยฟัง

๑.๑.๒ มีโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายประจำหน่วยบริการ หรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (หากไม่ได้เป็นนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายหรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ประจำหน่วยบริการ ต้องมีสัญญาจ้างกับหน่วยบริการนั้น) เป็นผู้เลือกและประเมินเครื่องช่วยฟังประจำหน่วยบริการ

๑.๒ ด้านอุปกรณ์เครื่องมือและสถานที่

๑.๒.๑ มีการทำ Otoscopy เพื่อแยกโรคที่สามารถรักษาได้ ภายใน ๖ เดือน นับถึงวันที่ประเมินเครื่องช่วยฟัง

๑.๒.๒ มีการทำ Audiogram ในห้อง Sound proof room ที่ได้มาตรฐาน การตรวจการได้ยิน (Audiogram) ต้องตรวจตามมาตรฐานที่กำหนด ภายใน ๖ เดือน นับถึงวันที่ประเมินเครื่องช่วยฟัง ได้แก่ การตรวจ Air Conduction, Bone Conduction, SRT (Speech reception threshold และ PB (Phonetically Balanced)

๑.๓ ด้านการบริหารจัดการ

๑.๓.๑ มีการเลือกและการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟังเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

๑.๓.๒ มีการระบุชนิดเครื่องช่วยฟัง หรือชื่อทางการค้า รุ่น เลขเครื่อง (serial number) และราคา

๑.๓.๓ มีการเซ็นรับเครื่องช่วยฟังของคนพิการทางการได้ยิน

๑.๓.๔ มีการกำหนดติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง

๒. การสมัครเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

๒.๑ หน่วยบริการที่มีความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สามารถติดต่อสอบถามและส่งหนังสือแจ้งความประสงค์เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง พร้อมแจ้งรายชื่อ และเบอร์โทรศัพท์ผู้รับผิดชอบได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

๒.๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ส่งตรวจประเมินความพร้อมในการจัดบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด ณ หน่วยบริการ และประเมินต่อเนื่องทุก ๒ ปี

๒.๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแจ้งผลการตรวจประเมินความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังให้หน่วยบริการทราบ

๒.๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำรายชื่อหน่วยบริการที่ผ่านการตรวจประเมินความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

๓. เกณฑ์ในการใส่เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยิน

ผู้มีสิทธิได้รับเครื่องช่วยฟัง เป็นผู้ที่มีสิทธิและได้รับการจดทะเบียนเป็นคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓.๑ สูญเสียการได้ยิน ๒ หู และมีการได้ยินที่ยังคงหลงเหลืออยู่ (Residual Hearing) ในหูข้างที่ได้นิดดีกว่าหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด โดยต้องระบุสาเหตุความจำเป็นที่เข้าได้กับลักษณะใดลักษณะหนึ่งดังต่อไปนี้

๓.๑.๑ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาหรือการผ่าตัด หรือมีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือแพทย์ผู้รักษาพิจารณาแล้วว่า การผ่าตัดไม่เกิดประโยชน์หรือผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด

๓.๑.๒ สูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อม อย่างเฉียบพลันหลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมากกว่า ๑๐๐ วัน

๓.๑.๓ การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการสื่อความหมาย และการดำรงชีวิตประจำวัน หรือทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

๓.๑.๔ การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาภาษาและการพูดหรือมีความพิการซ้อน

๓.๒ ระดับการสูญเสียการได้ยิน ที่เหมาะสมในการใส่เครื่องช่วยฟังให้อยู่ในดุลยพินิจของโสต ศอ นาสิกแพทย์ ทั้งนี้ต้องมีการสูญเสียการได้ยินทั้งสองข้าง โดยข้างที่ตึกกว่าจะต้องมีค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินทางอากาศ (Air Conduction Threshold) ของความถี่ ๕๐๐, ๑,๐๐๐ และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ (Hertz: Hz) เท่ากับหรือมากกว่า ๔๐ เดซิเบล (dB) และต้องตรวจวัดโดยใช้วิธีการตรวจการได้ยินตามมาตรฐานวิชาชีพ

๔. บุคลากรผู้ให้บริการ

๔.๑ ผู้ให้บริการตรวจการได้ยินหรือผู้ที่สามารถตรวจการได้ยิน ได้แก่ โสต ศอ นาสิกแพทย์ นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย และเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ ที่ทำงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย

๔.๒ ผู้รับรองเอกสารคนพิการทางการได้ยิน

ก. โสต ศอ นาสิกแพทย์ ที่ตรวจรักษาผู้สูญเสียการได้ยิน และตรวจระดับการได้ยินของผู้สูญเสียการได้ยิน มีสิทธิในการรับรองเอกสารคนพิการ

ข. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มีสิทธิในการรับรองเอกสารคนพิการทางการได้ยิน ทั้งนี้ ต้องมีผลตรวจระดับการได้ยินของผู้สูญเสียการได้ยิน ที่ได้รับการรับรองโดยนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย (ที่กำกับด้วยเลขการระกอบโรคศิลปะ) หรือ โสต ศอ นาสิกแพทย์

๔.๓ ผู้พิจารณาในการใส่เครื่องช่วยฟัง คือ โสต ศอ นาสิกแพทย์ ที่ประจำหน่วยบริการนั้น

๕. วิธีการตรวจการได้ยิน

อ้างอิงตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ ดังนี้

๕.๑ การตรวจการได้ยิน ตรวจด้วยวิธีการที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ ภายใต้ห้องควบคุมเสียงที่มีระดับเสียงรบกวนตามมาตรฐานที่กำหนด และตรวจโดยนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย หรือ โสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย ผลการตรวจที่ได้ จะเป็นข้อมูลที่ใช้เป็นในการจัดทะเบียนคนพิการ และพิจารณาเลือกเครื่องช่วยฟังให้เหมาะสมกับผู้สูญเสียการได้ยินในแต่ละราย

๕.๑.๑ การตรวจการได้ยินในผู้ใหญ่

ก. ซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน และตรวจหูโดยโสต ศอ นาสิกแพทย์ เสียก่อน เพื่อขจัดสาเหตุการสูญเสียการได้ยินที่เกิดจากหูชั้นนอก

ข. ตรวจ Weber test, Rinne test โดยใช้ Bone vibrator เพื่อแยกประเภทการสูญเสียการได้ยิน

ค. ตรวจการได้ยิน โดยใช้คำพูด เพื่อหาค่าความสามารถในการจำแนกคำพูด (Word recognition)

ง. ตรวจการได้ยินเสียงบริสุทธิ์ทั้งการนำเสียงทางอากาศและทางกระดูกมาสตอยด์

๕.๑.๒ การตรวจการได้ยินในเด็ก

การตรวจการได้ยินในเด็กเล็ก ควรได้ผลการตรวจวินิจฉัย และให้ติดตามผลจนกว่าจะได้ระดับการได้ยินที่แน่นอนจากการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่งหรือประกอบกัน เช่น

ก. สังเกตพฤติกรรมการฟัง (Behavioral Observation Audiometry : BOA)

ข. ตรวจการทำงานของหูชั้นกลาง (Acoustic Immittance measurement)

ค. ตรวจสมรรถภาพเซลล์ประสาทหูชั้นใน (Otoacoustic emission : OAEs)

ง. ตรวจการได้ยินระดับก้านสมอง (Auditory brainstem response : ABR)
(Auditory steady state response : ASSR)

จ. ตรวจการได้ยินโดยใช้แรงเสริมทางสายตา (Visual re-inforcement audiometry : VRA)

ฉ. ถ้าเด็กสามารถให้ความร่วมมือในการตรวจได้ (อายุมากกว่า ๒ ปีครึ่ง)

- ตรวจการได้ยินโดยใช้คำพูด

- ตรวจการได้ยินโดยใช้เสียงบริสุทธิ์ ทั้งการนำเสียงทางอากาศ และทางกระดูกมาสตอยด์

๕.๒ การเลือกและการประเมินเครื่องช่วยฟัง

๕.๒.๑ ผู้ที่มีส่วนในการเลือกและการประเมินเครื่องช่วยฟัง

ก. โสต ศอ นาสิกแพทย์ นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย และเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ ที่ทำงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย เป็นผู้เลือกเครื่องช่วยฟังที่เหมาะสมให้กับผู้สูญเสียการได้ยิน

ข. ผู้สูญเสียการได้ยินมีสิทธิ์เลือกรับเครื่องช่วยฟังที่มีคุณภาพ ซึ่งเหมาะสมกับระดับการได้ยิน สภาพของหู และความสะดวกในการใช้งาน ทั้งนี้ควรเลือกเครื่องที่มีราคาต่ำสุดก่อน โดยที่เครื่องช่วยฟังที่ให้เลือก มีคุณภาพใกล้เคียงกัน

๕.๒.๒ ขั้นตอนการเลือกเครื่องช่วยฟัง

ก. ทำความเข้าใจกับผู้สูญเสียการได้ยิน หรือผู้ปกครองกรณีที่เป็นเด็ก ถึงผลกระทบจากการสูญเสียการได้ยินที่มีต่อการสื่อความหมาย และการดำรงชีวิตประจำวันหรือทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

ข. อธิบายวิธีการเลือกเครื่องช่วยฟังให้แก่ผู้สูญเสียการได้ยิน หรือผู้ปกครองกรณีที่เป็นเด็ก

ค. แนะนำเครื่องช่วยฟังแบบต่างๆ ที่มีคุณภาพซึ่งเหมาะสมกับผู้สูญเสียการได้ยิน และให้รายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องช่วยฟังในแต่ละแบบทั้งข้อดีและข้อเสีย เพื่อให้ผู้สูญเสียการได้ยิน หรือผู้ปกครองกรณีที่เป็นเด็ก มีส่วนร่วมในการเลือกเครื่องช่วยฟังที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตน

ง. เลือกเครื่องช่วยฟังที่มีกำลังขยายพอเหมาะสมกับระดับการสูญเสียการได้ยินอย่างน้อยจำนวน ๒-๓ เครื่อง แบบต่างๆ ที่มีคุณภาพใกล้เคียงกัน เพื่อให้ผู้สูญเสียการได้ยินมีโอกาสฟังเสียงพร้อมทั้งเปรียบเทียบคุณภาพเสียงที่แตกต่างกัน

จ. การใช้เครื่องช่วยฟัง ๑ ข้างหรือ ๒ ข้าง ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ให้บริการใน ข้อ ๕.๒.๑ ก และต้องระบุเหตุผลความจำเป็นในกรณีที่ต้องใส่ ๒ ข้าง โดยคำนึงถึงระดับการได้ยิน ความพิการซ้อน อาชีพ และการดำรงชีวิตของผู้สูญเสียการได้ยิน และมีการประเมินว่าได้ประโยชน์จากการใช้เครื่องช่วยฟัง ๒ ข้าง ทั้งนี้ต้องมีระยะห่างจากการใส่เครื่องช่วยฟังครั้งแรกไม่น้อยกว่า ๓ เดือน

๕.๒.๓ ขั้นตอนการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง เพื่อให้เครื่องช่วยฟังเหมาะสมกับผู้สูญเสียการได้ยินแต่ละราย สามารถประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง โดยวิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือทั้งสองวิธี ดังนี้

วิธี Subjective Method

ก. การหาค่าความสามารถในการจำแนกคำพูด (Word recognition score) ด้วยการฟัง จากเครื่องช่วยฟังเปรียบเทียบกับ ๒-๓ เครื่อง (จากห้างบริษัทหรือชื่อการค้าหรือรุ่น (Model) ของเครื่องช่วยฟัง) ในกรณีที่ผู้สูญเสียการได้ยินสูญเสียการได้ยินระดับรุนแรงให้ทดสอบหาค่าความสามารถในการจำแนกคำพูดด้วยการฟังขณะที่ใส่เครื่องช่วยฟังรวมกับการอ่านริมฝีปาก (Speech reading)

ข. ทดสอบการได้ยินโดยปล่อยเสียงผ่านลำโพง (Sound field) ในขณะที่ใส่เครื่องช่วยฟังและไม่ใส่เครื่องช่วยฟัง (Functional gain) ต้องระบุรายละเอียดในการปรับตั้งเครื่อง หรือกรณีใช้คอมพิวเตอร์ในการปรับให้แนบโปรแกรมละเอียดการปรับเครื่อง

ค. ให้พิจารณาเลือกเครื่องช่วยฟัง โดยใช้คุณภาพเสียงเป็นหลัก

วิธี Objective Method โดยการใช้ Probe microphone instrument วัดการขยายเสียงภายในช่องหูของผู้สูญเสียการได้ยินขณะใส่เครื่องช่วยฟังที่ละเครื่อง แสดงผลเป็นรูปกราฟการขยายเสียงในแต่ละความถี่ตามเกณฑ์มาตรฐาน ทำการประเมินทีละเครื่องรวม ๒-๓ เครื่อง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องช่วยฟัง

๕.๒.๔ ขั้นตอนการแนะนำวิธีใช้เครื่องช่วยฟัง การแนะนำผู้สูญเสียการได้ยิน หรือผู้ปกครองกรณีที่เป็นเด็ก ถึงวิธีการใส่เครื่องช่วยฟัง วิธีการใช้ วิธีการดูแลรักษา และการแก้ปัญหาเมื่อเครื่องช่วยฟังขัดข้อง

๕.๒.๕ การติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง

ก. ในช่วงระยะ ๑-๓ เดือนแรก ให้ติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟังในชีวิตประจำวัน ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อปรับแต่งเครื่องช่วยฟังเพื่อเพิ่มคุณภาพเสียง แนะนำเรื่องอุปกรณ์เสริมที่

จำเป็น ได้แก่ แบตเตอรี่ (ถ่าน) สำหรับเครื่องช่วยฟัง สารดูดความชื้นสำหรับผู้ที่มีเหงื่อมาก รวมทั้งให้การฟื้นฟู สร้างเสริมสมรรถภาพการได้ยิน แก่ไขการพูดและพัฒนาการทางภาษาแก่ผู้สูญเสียการได้ยิน เป็นต้น

ข. หลังจากนั้นจึงติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟังพิมพ์ และแบตเตอรี่ (ถ่าน) เป็นระยะ เช่น ๓ เดือน ๖ เดือน หรือเมื่อมีปัญหา และควรติดตามตรวจการได้ยินและประเมินการใช้เครื่องช่วยฟัง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

ค. หากการได้ยินเสียงจากเครื่องช่วยฟังลดลง เนื่องจากสูญเสียการได้ยินเพิ่มมากขึ้น ควรตรวจการได้ยินและประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง ทั้งนี้การเปลี่ยนเครื่องช่วยฟังใหม่ ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของโสต คอ นาสิกแพทย์

ง. ในกรณีเครื่องช่วยฟังชำรุด ควรตรวจการได้ยินและประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง ทั้งนี้การ เปลี่ยนเครื่องช่วยฟังใหม่ ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของโสต คอ นาสิกแพทย์

จ. หน่วยบริการต้องดำเนินการติดตามผู้รับบริการ กรณีผู้รับบริการไม่มาตามนัดของการติดตามผล การใช้เครื่องช่วยฟัง เพื่อประโยชน์ในการใช้เครื่องช่วยฟังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. การตรวจสอบอายุการใช้งานของเครื่องช่วยฟังก่อนให้บริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำระบบตรวจสอบอายุการใช้งานของอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ก่อนให้บริการ (๑ เครื่องใช้งานได้ ๓ ปี) เพื่อให้เป็นไปตามสิทธิ และเพื่อป้องกันการเบิกเครื่องช่วยฟังซ้ำซ้อน หน่วยบริการสามารถเข้าไปตรวจสอบอายุการใช้งานของเครื่องดังกล่าว ได้ที่ “โปรแกรมรายงานที่ สปสช.กำหนด”

๗. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่จัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยิน สามารถส่งข้อมูลขอรับ ค่าใช้จ่าย ดังนี้

๗.๑ หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง โดยระบุรหัสการวินิจฉัยโรค (ICD-10) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) ใน “โปรแกรมที่ สปสช.กำหนด” ภายใน ๓๐ วันหลังการให้บริการ

๗.๒ หลักเกณฑ์และมาตรฐานการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

๗.๒.๑ เกณฑ์ในการใส่เครื่องช่วยฟัง วิธีการตรวจการได้ยิน การเลือกและการประเมินเครื่องช่วยฟัง เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่กำหนด ดังรายละเอียดข้างต้น โดยหน่วยบริการต้องแสดงหลักฐานการตรวจ การได้ยิน ผลการเลือกและการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง เอกสารการเซ็นรับเครื่องช่วยฟัง เอกสาร การจัดซื้อรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง รวมทั้งหลักฐาน Sticker ที่ระบุรุ่น และเลขที่ (serial number) ของ เครื่องช่วยฟัง เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบภายหลัง

๗.๒.๒ อายุการใช้งานเครื่องช่วยฟังอย่างน้อย ๓ ปี และตรวจสอบแล้วว่าเครื่องไม่สามารถใช้งานได้ หรือไม่เหมาะสมกับการสูญเสียการได้ยิน

๗.๒.๓ หากเครื่องช่วยฟัง สูญหาย ผู้มีสิทธิจะไม่สามารถใช้สิทธิได้

๗.๒.๔ หน่วยบริการ ต้องมีการลงบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน เพื่อใช้สำหรับการตรวจสอบหลังจ่าย (Post Audit) โดยในใบประวัติผู้รับบริการ (OPD Card) ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญคือ

- ผลการตรวจ Otoscopy และผลการตรวจการได้ยินภายใน ๖ เดือน นับถึงวันที่ประเมินเครื่องช่วยฟัง
- เหตุผลความจำเป็นในการใส่เครื่องช่วยฟัง
- ผลการประเมินการใช้เครื่องช่วยฟัง

จำเป็น ได้แก่ แบตเตอรี่ (ถ่าน) สำหรับเครื่องช่วยฟัง สารดูดความชื้นสำหรับผู้ที่มีเหงื่อมาก รวมทั้งให้การฟื้นฟู สร้างเสริมสมรรถภาพการได้ยิน แก้อาการหูตึงและพัฒนาการทางภาษาแก่ผู้สูญเสียการได้ยิน เป็นต้น

ข. หลังจากนั้นจึงติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟังพิมพ์ และแบตเตอรี่ (ถ่าน) เป็นระยะ เช่น ๓ เดือน ๖ เดือน หรือเมื่อมีปัญหา และควรติดตามตรวจการได้ยินและประเมินการใช้เครื่องช่วยฟัง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

ค. หากการได้ยินเสียงจากเครื่องช่วยฟังลดลง เนื่องจากสูญเสียการได้ยินเพิ่มมากขึ้น ควรตรวจการได้ยินและประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง ทั้งนี้การเปลี่ยนเครื่องช่วยฟังใหม่ ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของโสต คอ นาสิกแพทย์

ง. ในกรณีเครื่องช่วยฟังชำรุด ควรตรวจการได้ยินและประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง ทั้งนี้การเปลี่ยนเครื่องช่วยฟังใหม่ ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของโสต คอ นาสิกแพทย์

จ. หน่วยบริการต้องดำเนินการติดตามผู้รับบริการ กรณีผู้รับบริการไม่มาตามนัดของการติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง เพื่อประโยชน์ในการใช้เครื่องช่วยฟังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. การตรวจสอบอายุการใช้งานของเครื่องช่วยฟังก่อนให้บริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำระบบตรวจสอบอายุการใช้งานของอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ก่อนให้บริการ (๑ เครื่องใช้งานได้ ๓ ปี) เพื่อให้เป็นไปตามสิทธิ และเพื่อป้องกันการเบิกเครื่องช่วยฟังซ้ำซ้อน หน่วยบริการสามารถเข้าไปตรวจสอบอายุการใช้งานของเครื่องดังกล่าว ได้ที่ “โปรแกรมรายงานที่ สปสช.กำหนด”

๗. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่จัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยิน สามารถส่งข้อมูลขอรับ ค่าใช้จ่าย ดังนี้

๗.๑ หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง โดยระบุรหัสการวินิจฉัยโรค (ICD-10) และรหัสหัตถการ (ICD-9-CM) ใน “โปรแกรมที่ สปสช.กำหนด” ภายใน ๓๐ วันหลังการให้บริการ

๗.๒ หลักเกณฑ์และมาตรฐานการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

๗.๒.๑ เกณฑ์ในการใส่เครื่องช่วยฟัง วิธีการตรวจการได้ยิน การเลือกและการประเมินเครื่องช่วยฟัง เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่กำหนด ดังรายละเอียดข้างต้น โดยหน่วยบริการต้องแสดงหลักฐานการตรวจ การได้ยิน ผลการเลือกและการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง เอกสารการเซ็นรับเครื่องช่วยฟัง เอกสาร การจัดซื้อรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง รวมทั้งหลักฐาน Sticker ที่ระบุรุ่น และเลขที่ (serial number) ของ เครื่องช่วยฟัง เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบภายหลัง

๗.๒.๒ อายุการใช้งานเครื่องช่วยฟังอย่างน้อย ๓ ปี และตรวจสอบแล้วว่าเครื่องไม่สามารถใช้งานได้ หรือไม่เหมาะสมกับการสูญเสียการได้ยิน

๗.๒.๓ หากเครื่องช่วยฟัง สูญหาย ผู้มีสิทธิ์จะไม่สามารถใช้สิทธิ์ได้

๗.๒.๔ หน่วยบริการ ต้องมีการลงบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน เพื่อใช้สำหรับการตรวจสอบหลังจ่าย (Post Audit) โดยในใบประวัติผู้รับบริการ (OPD Card) ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญคือ

- ผลการตรวจ Otoscopy และผลการตรวจการได้ยินภายใน ๖ เดือน นับถึงวันที่ประเมินเครื่องช่วยฟัง
- เหตุผลความจำเป็นในการใส่เครื่องช่วยฟัง
- ผลการประเมินการใช้เครื่องช่วยฟัง

๒. ปรับปรุงอัตราค่าใช้จ่ายตามมติที่ประชุมการขึ้นทะเบียนรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังและการปรับประสาทหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๘ โดยมีผู้แทนจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย หน่วยบริการ และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง

๓. รายละเอียดตราสารรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังให้เป็นไปตามที่สสส. กำหนด

๗.๔. การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ ในกรณีพบว่าหน่วยบริการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่กำหนด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถดำเนินการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและการหักค่าใช้จ่าย กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. ๒๕๕๒

ตาราง ๑ รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังแต่ละประเภท คุณสมบัติทางเทคนิค และราคากลาง และค่าบริการทางการแพทย์

ลำดับ	ประเภท	ระบบการทำงาน	ใช้กับผู้ที่มีปัญหาการได้ยินเท่ากับหรือมากกว่า	คุณสมบัติทางเทคนิค โดยวิเคราะห์ 2 CC Coupler ตามมาตรฐาน ANSI หรือ IEC			ราคากลางอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง		ค่าบริการทางการแพทย์***
				กำลังขยายสูงสุด	ช่วงความถี่ที่ตอบสนอง	ความดังสูงสุด	ดีดิจิตอล	อนาล็อก	
๑	แบบกล่อง *	ระบบการทำงานเป็นดีดิจิตอลหรืออนาล็อกและการปรับแต่งเสียงของเครื่องช่วยฟังด้วยทรีมเมอร์หรือคอมพิวเตอร์	๔๐ dB.	๔๐-๕๐ dB.	ต่ำสุดไม่น้อยกว่า ๑๐๐-๖๐๐ Hz. สูงสุดไม่น้อยกว่า ๓,๐๐๐ Hz.	ไม่น้อยกว่า ๑๒๐ dB.	๖,๐๐๐ บาท	๔,๐๐๐ บาท	๓,๐๐๐ บาท
๒	แบบหัดหลังใบหู	ระบบการทำงานเป็นดีดิจิตอลและการปรับแต่งเสียงของเครื่องช่วยฟังด้วยทรีมเมอร์หรือคอมพิวเตอร์	๔๐ dB.	๔๐-๕๐ dB.	ต่ำสุดไม่น้อยกว่า ๑๐๐-๓๐๐ Hz. สูงสุดไม่น้อยกว่า ๓,๕๐๐ Hz.	ไม่น้อยกว่า ๑๑๐ dB.	๙,๐๐๐ บาท	-	๓,๐๐๐ บาท
๓	แบบใส่ในช่องหู	ระบบการทำงานเป็นดีดิจิตอลและการปรับแต่งเสียงของเครื่องช่วยฟังด้วยทรีมเมอร์หรือคอมพิวเตอร์	๔๐ dB.	๓๐-๔๐ dB.	ต่ำสุดไม่น้อยกว่า ๑๐๐-๒๐๐ Hz. สูงสุดไม่น้อยกว่า ๔,๕๐๐ Hz.	ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ dB.	๑๑,๐๐๐ บาท	-	๑,๕๐๐ บาท
๔	แบบชนิดนำเสียงผ่านกระดูก ใช้สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติไม่สามารถใช้เครื่องช่วยฟังแบบปกติ **								
๔.๑	แบบหูเดียว	ระบบการทำงานเป็นดีดิจิตอล และการปรับแต่งเสียงของเครื่องช่วยฟังด้วย ทรีมเมอร์หรือคอมพิวเตอร์	๔๐ dB.	ไม่ต่ำกว่า ๖๐ dB	ต่ำสุดไม่น้อยกว่า ๑๓๐ Hz. สูงสุดไม่น้อยกว่า ๓,๓๐๐ Hz.	ไม่น้อยกว่า ๑๒๐ dB.	๑๑,๐๐๐ บาท	-	๑,๕๐๐ บาท

หมายเหตุ

* เครื่องช่วยฟังแบบกล่อง ราคากลางดังกล่าวรวมสายเดี่ยว หรือสายคู่ และ Receiver แล้ว

** เครื่องช่วยฟังแบบชนิดนำเสียงผ่านกระดูก สำหรับกรณีที่ไม่ได้เครื่องช่วยฟังแบบการรับเสียงทางอากาศไม่ได้

*** ค่าบริการทางการแพทย์ หมายความว่า ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมที่หน่วยงานบริการ เพื่อให้บริการคนพิการทางการได้ยิน ตามหลักเกณฑ์ และมาตรฐานการใส่เครื่องช่วยฟังที่สำนักงานกำหนด

การประเมินความถูกต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์

Summary assessment (SA) version 2018

- 0 Agreement : ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับ การสรุปการวินิจฉัยและ การสรุปหัตถการใน discharge Summary
- 1 Principal diagnosis : PDX
 - 1a Missing principal diagnosis : ไม่สรุป Pdx.
 - 1b Incorrect principal diagnosis : สรุป Pdx. ไม่ถูกต้อง
 - 1c Non-specific principal diagnosis : สรุป Pdx. ไม่เฉพาะเจาะจง
- 2 Secondary diagnosis (co-morbidity and complication) : SDx
 - 2a Missing secondary diagnosis (SDx) : ไม่สรุป SDx
 - 2b Incorrect secondary diagnosis (SDx) : สรุป SDx ไม่ถูกต้อง (รวมกรณีที่สรุป other diagnosis เป็น SDx หรือสรุป SDx เป็น other diagnosis)
 - 2c Non-specific secondary diagnosis (SDx) : สรุป SDx ไม่เฉพาะเจาะจง
 - 2d Unjustified secondary diagnosis (SDx) : สรุป SDx. โดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน
- 3 Procedure : หมายถึง OR procedure หรือ non OR procedure ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG หรือการเบิกจ่ายชดเชย
 - 3a Missing procedure : ไม่สรุป procedure
 - 3b Incorrect procedure : สรุป procedure. ไม่ถูกต้อง
 - 3c Non-specific procedure: สรุป procedure ไม่เฉพาะเจาะจง
 - 3d Unjustified procedure : สรุป procedure โดยไม่พบหลักฐานการทำหัตถการในเวชระเบียน
- 5 Not-summarized (no sign): หมายถึงไม่มีการสรุปเวชระเบียน ให้ยุติการตรวจสอบถือเป็นกรณีผิดเงื่อนไขตามแนวทางพิจารณาเอกสารผู้ป่วยในข้อ 2.2
- 6 Other problem : ปัญหาอื่น ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยหรือหัตถการ ของ doctor และ auditor ต่างกัน เช่น ลายมืออ่านไม่ออก เขียนไม่ชัด หรือสรุปโรคกำกวม ใช้คำย่อที่ไม่เป็นที่รู้จักหรือแพร่หลายโดยทั่วไป

การประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส

Code assessment (CA) version 2018

0 Agreement : ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการ

1 Principal diagnosis code (PDx)

1b Incorrect principal diagnosis code : ให้รหัส Pdx ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค

1c Non-specific principal diagnosis code : ให้รหัส Pdx. ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสโรค

2 Secondary diagnosis code (co-morbidity and complication) : SDx

2a Missing secondary diagnosis code (SDx) : ไม่ให้รหัส SDx

2b Incorrect secondary diagnosis code (SDx) : ให้รหัส SDx ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค (รวมกรณีที่ให้รหัส other diagnosis เป็น SDx หรือให้รหัส SDx เป็น other diagnosis)

2c Non-specific secondary diagnosis code (SDx) : ให้รหัส SDx ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสโรค

2d Unjustified secondary diagnosis code (SDx) : เพิ่มรหัส SDx โดยไม่พบหลักฐานการสรุปของแพทย์

3 Procedure code หมายถึง OR procedure หรือ non OR procedure ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG หรือการเบิกจ่ายชดเชย

3a Missing procedure code : ไม่ให้รหัส procedure

3b Incorrect procedure code : ให้รหัส procedure ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสหัตถการ

3c Non-specific procedure code : ให้รหัส procedure ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสหัตถการ

3d Unjustified procedure code: เพิ่มรหัส procedure โดยไม่พบหลักฐานการสรุปของแพทย์

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน แบบ ณ หน่วยบริการ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน แบบ ณ รวมศูนย์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ





คำสั่ง

คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคมและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ที่ ๒๐๗ / ๒๕๕๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมค่ากับการชดเชยค่าบริการ
และคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่าง ๓ กองทุน

ตามที่ คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขได้แต่งตั้ง คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมค่ากับการชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่าง ๓ กองทุน ตามคำสั่งที่ ๒/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ และสืบเนื่องจากประธานของคณะทำงานดังกล่าว ได้ลาออกรวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างภายในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และได้มีการคัดเลือกประธานขึ้นใหม่แทนตำแหน่งประธานที่ว่างลง

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาศัยอำนาจคณะกรรมการตามคำสั่งข้างต้น จึงเห็นควรยกเลิคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเดิม ตามคำสั่งที่ ๒/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ และ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมค่ากับการชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่าง ๓ กองทุน โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | | |
|-----|--|-------------------|
| ๑.๑ | ผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | ประธานคณะทำงาน |
| ๑.๒ | ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข | รองประธานคณะทำงาน |
| ๑.๓ | ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
สำนักงานประกันสังคม หรือผู้แทน | คณะทำงาน |
| ๑.๔ | ผู้อำนวยการสำนักสิทธิประโยชน์
สำนักงานประกันสังคม หรือผู้แทน | คณะทำงาน |

- | | | |
|------|---|---------------------------------|
| ๑.๕ | ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานคำตอบแทนและสวัสดิการ
กรมบัญชีกลาง หรือผู้แทน | คณะทำงาน |
| ๑.๖ | ผู้อำนวยการกลุ่มงานพัฒนาคำตอบแทนและสวัสดิการ
กรมบัญชีกลาง | คณะทำงาน |
| ๑.๗ | ผู้อำนวยการกลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
กรมบัญชีกลาง | คณะทำงาน |
| ๑.๘ | ผู้อำนวยการสำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้แทน | คณะทำงาน |
| ๑.๙ | ผู้อำนวยการสำนักกำกับคุณภาพและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้แทน | คณะทำงาน |
| ๑.๑๐ | ผู้อำนวยการกลุ่มงานพัฒนาระบบการจ่ายประโยชน์ทดแทน
สำนักสิทธิประโยชน์ สำนักงานประกันสังคม หรือผู้แทน | คณะทำงาน |
| ๑.๑๑ | ผู้อำนวยการกลุ่มงานกำกับและควบคุมการวินิจฉัยประโยชน์ทดแทน
สำนักสิทธิประโยชน์ สำนักงานประกันสังคม หรือผู้แทน | คณะทำงาน |
| ๑.๑๒ | รองผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | คณะทำงาน
และเลขานุการ |
| ๑.๑๓ | เจ้าหน้าที่สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย | คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑.๑๔ | ผู้อำนวยการกลุ่มงานพัฒนาสุขภาพและระบบบริการทางการแพทย์
สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคมหรือผู้แทน และผู้ช่วยเลขานุการ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๕ | นักวิชาการคลังชำนาญการ/นักวิชาการคลังปฏิบัติการ
กลุ่มงานพัฒนาคำตอบแทนและสวัสดิการ
กรมบัญชีกลาง | คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ |

๒. อำนาจหน้าที่

- ๒.๑ พัฒนาข้อเสนอแนวทางการตรวจสอบและควบคุมกำกับกับการชดเชยค่าบริการและคุณภาพ การ
รักษายาบาลของทั้ง ๓ หน่วยงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกันหรือมีทิศทางที่สอดคล้องกัน
- ๒.๒ ร่วมประสานงานและลงพื้นที่ในการตรวจสอบการชดเชยค่าบริการและคุณภาพการรักษายาบาลร่วมกัน
ระหว่าง ๓ หน่วยงาน
- ๒.๓ รายงานความคืบหน้าการดำเนินการให้คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง
สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทราบเป็นระยะ
- ๒.๔ หน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๕๗ เป็นต้นไป



(นายวินัย สวัสดิ์ตวร)

ประธานคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง
สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข



พระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๕

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.
ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๕
เป็นปีที่ ๕๗ ในรัชกาลปัจจุบัน

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ มาตรา ๔๕ (๕) ซึ่งกำหนดให้หน่วยบริการมีหน้าที่จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

เล่ม ๑๑๕ ตอนที่ ๑๑๖ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

มาตรา ๔๕ ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

(๒) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทางวิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

(๓) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(๔) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (๑) และ (๒) อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(๕) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

และมาตรา ๒๖ (๖) สำนักงานมีอำนาจตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ประกอบมาตรา ๕๔ มาตรา ๕๕ และมาตรา ๕๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ รวมทั้ง ข้อ ๒ (๖) (ข) และ (๗) ของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๕๗ สำนักงานโดยผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต...และเจ้าหน้าที่ของสำนักงานที่ได้รับมอบหมายในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งมีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการหรือของเครือข่ายหน่วยบริการ

หมวด ๓

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา ๒๔ ให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี

กิจการของสำนักงานไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วย แรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่และ ลูกจ้างของสำนักงานต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

มาตรา ๒๕ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งอยู่ที่กรุงเทพมหานคร หรือในเขต จังหวัดใกล้เคียง

ให้คณะกรรมการมีอำนาจจัดตั้ง รวม หรือยุบเลิกสำนักงานสาขาในเขตพื้นที่ โดยประกาศใน ราชกิจจานุเบกษา

การจัดตั้งสำนักงานสาขาให้คำนึงถึงความจำเป็นและความคุ้มค่าในการดำเนินการเมื่อเปรียบเทียบกับ ค่าใช้จ่าย และให้คณะกรรมการมีอำนาจมอบหมายให้หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนทำหน้าที่สำนักงาน สาขาแทนก็ได้ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๒๖ ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน

(๒) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข

(๓) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ

(๔) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

(๕) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการและ เครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๖

(๖) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

(๗) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ

มาตรา ๕๔ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการ หรือของเครือข่ายหน่วยบริการ ในระหว่างเวลาทำการ เพื่อตรวจสอบ สอบถามข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สินหรือเอกสารหลักฐาน ถ่ายภาพ ถ่ายสำเนา หรือนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบ หรือกระทำการอย่างอื่นตามสมควรเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงอันที่จะปฏิบัติการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าพบการกระทำผิด ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจยึดหรืออายัดเอกสารหลักฐาน ทรัพย์สิน หรือสิ่งของเพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณาดำเนินการต่อไป

วิธีปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด แล้วแต่กรณี

มาตรา ๕๕ ในการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวแก่บุคคลซึ่งเกี่ยวข้อง บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

มาตรา ๕๖ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา



ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่

พ.ศ. ๒๕๕๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยคำแนะนำของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๕๗ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ลงวันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๖

(๒) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๔๗

(๓) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ (ฉบับที่ ๓) ลงวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๔๗

(๔) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ (ฉบับที่ ๔) ลงวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๔๘

(๕) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ (ฉบับที่ ๕) ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐

ข้อ ๒ ให้ผู้ดำรงตำแหน่งดังต่อไปนี้ เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

(๑) เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๓) ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

/(๔)...

(๔) ผู้อำนวยการอาวุโส ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ และผู้เชี่ยวชาญ ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๕) ผู้อำนวยการสำนักเลขาธิการและประชาสัมพันธ์

(๖) เจ้าหน้าที่ระดับตั้งแต่เจ้าหน้าที่อาวุโสขึ้นไปของสำนัก ดังต่อไปนี้

(ก) สำนักกำกับคุณภาพและประเมินผลลัพธ์คุณภาพ

(ข) สำนักบริหารงานทะเบียนหลักประกันสุขภาพ

(ค) สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

(ง) สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ

(จ) สำนักกฎหมาย

(ฉ) สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ

(ช) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ - ๑๓

(๗) เจ้าหน้าที่ระดับตั้งแต่เจ้าหน้าที่อาวุโสขึ้นไป ที่ได้รับมอบหมายจากเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีหน้าที่ ตรวจสอบการชดเชยหรือตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ

(๘) ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานประกันสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด ทุกจังหวัด

ข้อ ๓ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๗



(นายประดิษฐ์ สีนานวงศ์)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ
หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน
พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การกำหนดค่าใช้จ่าย ในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงแก้ไข กฎ ระเบียบ จึงต้อง ปรับปรุงหลักเกณฑ์การเข้ารับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุ หรือกรณี เจ็บป่วยฉุกเฉิน จากสถานบริการ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของสถานบริการ เพื่อให้ผู้มีสิทธิเข้าถึงการบริการสาธารณสุขในกรณี ดังกล่าวได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติคณะรัฐมนตรี ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่าย ในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๐ และมติคณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๐ คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย การใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการ สาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๕

(๒) ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการ สาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘

ข้อ ๔ ในข้อบังคับนี้

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของ สภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่ คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“ผู้มีสิทธิ” หมายความว่า บุคคลที่มีสิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ ผู้มีสิทธิที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่ กรณีที่มีเหตุสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้มีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และสถานบริการที่ให้บริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินตามวรรคหนึ่ง ให้แยกระดับตามความฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน หรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ข้อ ๖ สถานบริการที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้แจ้งสำนักงานทราบโดยเร็ว และให้สถานบริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ดังนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง จ่ายในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(๒) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมงนับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กรณีที่ไม่สามารถย้ายกลับเข้าระบบหน่วยบริการได้ เนื่องจากยังไม่พ้นภาวะวิกฤตหรือกรณีไม่มีเตียงรับย้ายสถานบริการมีสิทธิเรียกเก็บจากสำนักงานตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานบริการหรือตามข้อตกลงระหว่างสถานบริการกับสำนักงาน

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน

ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถย้ายเข้าระบบหน่วยบริการได้ แต่ปฏิเสธไม่ขอย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อไปเอง

ข้อ ๗ เพื่อ...

ข้อ ๗ เพื่อประโยชน์ในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของสถานบริการ ให้นำประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต มาบังคับใช้โดยอนุโลม

ข้อ ๘ สถานบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง มีหน้าที่แจ้งการเข้ารับบริการให้สำนักงานทราบทันทีหรือโดยเร็วภายในยี่สิบสี่ชั่วโมง เพื่อประสานหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่น พิจารณารับย้ายผู้ป่วย โดยให้สถานบริการอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้ป่วย และให้สถานบริการนั้น มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ดังนี้

(๑) ผู้ป่วยนอก มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง แต่รวมแล้วไม่เกิน ๗๐๐ บาทต่อครั้ง

(๒) ผู้ป่วยใน มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(ก) ค่ารักษาพยาบาล ค่าห้องและอาหาร ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน รายละเอียด ๔,๕๐๐ บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือ

(ข) กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกินสองชั่วโมง ให้ได้รับตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละเอียด ๘,๐๐๐ บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง หรือ

(ค) กรณีมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดเกินกว่าสองชั่วโมง หรือกรณีต้องมีการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit : ICU) ให้ได้รับตาม จำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินรายละเอียด ๑๔,๐๐๐ บาท ต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

(๓) ค่ารถพยาบาล หรือเรือพยาบาลนำส่งผู้ป่วยที่ประสงค์จะย้ายไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหรือหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำเห็นชอบ จะจ่ายในอัตราตามประกาศว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณนั้น

การเปลี่ยนแปลงอัตราค่าใช้จ่ายใน (๑) - (๓) ให้เป็นไปตามที่สำนักงานประกาศกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนหรือผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง สามารถย้ายเข้าระบบหน่วยบริการได้ แต่ปฏิเสธไม่ขอย้าย หรือเป็นค่าใช้จ่ายส่วนเกิน (๑) - (๓) ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

ข้อ ๙ กรณีที่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการอื่นไม่สามารถรับย้ายผู้ป่วยตามข้อ ๘ วรรคหนึ่งได้ ให้หน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังการแจ้งขอย้าย ครบยี่สิบสี่ชั่วโมงเป็นต้นไป และสถานบริการมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากสำนักงานตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานบริการนั้น หรือตามข้อตกลงระหว่างสถานบริการกับสำนักงาน ซึ่งสำนักงานจะจ่ายจากเงินกองทุน แทนหน่วยบริการประจำ

ข้อ ๑๐ ผู้มีสิทธิ...

ข้อ ๑๐ ผู้มีสิทธิ...

ข้อ ๑๐ ผู้มีสิทธิที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการหรือจากสำนักงาน ให้เข้ารับบริการสาธารณสุขจากสถานบริการได้ ถือเป็นกรณีที่มีเหตุสมควร และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นได้รับค่าใช้จ่ายจากหน่วยบริการประจำที่ส่งต่อหรือจากกองทุน แล้วแต่กรณี ทั้งนี้ ในอัตราค่าใช้จ่ายตามข้อ ๙

เหตุสมควรอื่นนอกจากวรรคหนึ่ง และอัตราค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามที่สำนักงานประกาศกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๑๑ การส่งข้อมูลและวิธีการบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ให้สถานบริการบันทึกรายละเอียดการขอรับค่าใช้จ่ายตามแบบที่กำหนดและบันทึกข้อมูลเป็นอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Web online พร้อมทั้งแนบเอกสารดังกล่าวเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่าน Web online ด้วย หรือกรณีที่ไม่สามารถบันทึกและส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Web online ได้ ให้บันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเป็นเอกสาร ทั้งนี้การส่งข้อมูลและการบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๑๒ กรณีที่มีข้อขัดข้องในการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ ให้ผู้มีสิทธิหรือญาติหรือสถานบริการมีหนังสือแจ้งต่อเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีคำวินิจฉัย ทั้งนี้ ภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่ทราบข้อขัดข้องดังกล่าว แต่ไม่เกินหนึ่งปีนับจากวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานบริการ

คำวินิจฉัยของเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ถือเป็นที่สุด

กรณีสถานบริการไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ สำนักงานอาจแจ้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องโดยเร็ว

ข้อ ๑๓ ให้ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รักษาการตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

พ.ศ. ๒๕๕๗

ด้วยพระราชกฤษฎีกากำหนดให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๔๖ และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ออกประกาศจัดสรรเงินในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา ๙ วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๑๘ (๔) มาตรา ๔๑ และมาตรา ๔๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมติในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ จึงกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ เงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับตามข้อ ๑ (๑๐) ข้อ ๒ (๒) และข้อ ๔ ของประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง การจัดสรรเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อสนับสนุนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ หรือตามประกาศดังกล่าวในปีงบประมาณต่อ ๆ ไป ให้นำเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นรายการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว เว้นแต่ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ ให้นำเข้าสมทบเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา ๒๙ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๒ รายการค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑ ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว ตามพระราชบัญญัติกำหนดให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ พ.ศ. ๒๕๕๖

เงินค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่งของแต่ละปี หากมีเงินเหลือจ่ายให้นำไปสมทบเป็นเงินค่าใช้จ่ายในงบประมาณถัดไป แต่หากไม่เพียงพอให้ค้างจ่ายหน่วยบริการไว้หรือเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสำรองจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของรายการอื่นไปพลางก่อน และให้ขอรับค่าใช้จ่ายทดแทนและเพิ่มเติมจากคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในงบประมาณถัดไป

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์ วิธีการ อัตรา และเงื่อนไขในการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการจากเงินค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ ให้เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด โดยอ้างอิงหรือเทียบเคียงกับ กฎ ระเบียบที่กระทรวงการคลังกำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เว้นแต่กรณีเฉพาะหรือกรณีจำเป็นให้เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนดเพิ่มเติมได้

ข้อ ๔ ในแต่ละปีให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกันค่าใช้จ่ายที่ได้รับตามข้อ ๑ จำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่ได้รับแต่ละงวดไว้ เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการซึ่งเป็นพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดตามมาตรา ๑๘ (๗) และมาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ค่าใช้จ่ายที่กันไว้ตามวรรคหนึ่ง ให้ใช้จ่ายเพื่อเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการของหน่วยบริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขแก่พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัวด้วย ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดตามมาตรา ๑๘ (๔) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๕ มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ และการคุ้มครองสิทธิสำหรับพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคคลในครอบครัว ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้อ ๖ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๗

ประดิษฐ สินธวณรงค์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความผิดเกี่ยวกับการปลอมเอกสารและการใช้เอกสารปลอม

บทบัญญัติเกี่ยวกับการกระทำความผิดทั้งสองเรื่องนี้ ได้มีบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา ดังนี้

มาตรา 264 ผู้ใดทำเอกสารปลอมขึ้นทั้งฉบับหรือแต่ส่วนหนึ่งส่วนใด เติมหรือตัดทอนข้อความ หรือแก้ไขด้วยประการใดๆ ในเอกสารที่แท้จริง หรือประทับตราปลอม หรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสาร โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ถ้าได้กระทำให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง ผู้นั้นกระทำความผิดฐานปลอมเอกสารต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ผู้ใดกรอกข้อความลงในแผ่นกระดาษหรือวัตถุอื่นใด ซึ่งมีลายมือชื่อของผู้อื่นโดยไม่ได้รับความยินยอม หรือโดยฝ่าฝืนคำสั่งของผู้นั้น ถ้าได้กระทำให้เอาเอกสารนั้นไปใช้ในกิจการที่อาจเกิดเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใดหรือประชาชน ให้ถือว่าผู้นั้นปลอมเอกสาร ต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน

มาตรา 268 ผู้ใดใช้หรืออ้างเอกสารอันเกิดจากการกระทำความผิดตามมาตรา 264 มาตรา 265 มาตรา 266 หรือมาตรา 267 ในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ต้องระวางโทษดังที่บัญญัติไว้ในมาตรานั้นๆ

ถ้าผู้กระทำความผิดตามวรรคแรกเป็นผู้ปลอมเอกสารนั้น หรือเป็นผู้แจ้งให้เจ้าพนักงานจดข้อความนั้นเองให้ลงโทษตามมาตรา 268 นี้แต่กระหนเดียว

ความผิดฐานปลอมเอกสาร

การทำเอกสารปลอม ตาม มาตรา 264 สามารถทำขึ้นมาได้ในหลายลักษณะ ไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นการทำปลอมขึ้นมาทั้งฉบับเพียงอย่างเดียว แต่ถ้าเข้าเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ถือว่าเป็นการปลอมเอกสารทั้งสิ้น

1. ทำปลอมขึ้นใหม่ทั้งฉบับ หรือแต่บางส่วน คือ ทำขึ้นใหม่เหมือนเดิมทุกอย่างหรือทำขึ้นใหม่บางส่วน โดยมีเจตนาให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง และผลของการกระทำนั้นน่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน

2. เติมหรือตัดทอนข้อความ หรือแก้ไขด้วยประการใด ๆ ในเอกสารที่แท้จริง เช่น เติมตัวเลขในสัญญาเงินกู้ มีผลทำให้บุคคลที่กระทำมีความผิดฐานปลอมเอกสาร

3. ประทับตราปลอมหรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสาร ดังนั้น ผู้ลงลายมือชื่อแทนผู้อื่นในเอกสารหรือสัญญาใด ๆ อาจมีความผิดฐานปลอมเอกสารได้ เนื่องจากการประทับตราปลอมหรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสารสามารถทำให้เอกสารนั้นเป็นเอกสารปลอมได้ ดังนั้น การลงลายมือชื่อของผู้อื่นโดยที่เขาไม่อนุญาต หรือแม้แต่เจ้าของชื่อสั่งให้ลงลายมือชื่อต่อหน้าเขา ก็เป็นเอกสารปลอมได้ การลงลายมือชื่อของตัวเองจึงเป็นการดีที่สุด เพราะจะอย่างไรก็เป็นของแท้

4. กรอกข้อความลงในแผ่นกระดาษหรือวัตถุอื่นใด ซึ่งมีลายมือชื่อของผู้อื่น โดยไม่ได้รับความยินยอม หรือโดยฝ่าฝืนคำสั่งของผู้นั้น ถ้าได้กระทำให้เอาเอกสารนั้นไปใช้ในกิจการที่อาจเกิดเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใดหรือประชาชน

ทั้งนี้ นอกจากจะมีการกระทำดังสี่ข้อที่กล่าวข้างต้นแล้ว การกระทำดังกล่าวยังต้องมีพฤติการณ์พิเศษ คือ “โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน” ด้วย กล่าวคือ พิจารณาจากความคิด ธรรมดาของบุคคลทั่วไปในฐานะเดียวกับจำเลยว่าการกระทำเช่นนี้น่าจะเกิดความเสียหายหรือไม่ โดยแม้จะไม่ เกิดความเสียหายขึ้นจริงก็ถือว่า มีพฤติการณ์พิเศษตามนี้ได้

องค์ประกอบสุดท้าย คือ ผู้กระทำความผิดต้องมีเจตนาพิเศษ คือ “ได้กระทำให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็น เอกสารที่แท้จริง” ด้วย ดังนั้นหากเป็นการทำปลอมขึ้นมาเล่นๆ ก็จะไม่เป็นความผิดฐานปลอมเอกสาร

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะต้องรับผิดในความผิดฐานปลอมเอกสารได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบ ครบทั้งหมด 3 ข้อ คือ 1. ได้ทำการปลอมเอกสารโดยเจตนา ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งจากสี่ลักษณะดังอธิบาย ข้างต้น 2. ต้องมีพฤติการณ์ที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน และ 3. มีเจตนาเพื่อให้ผู้หนึ่งผู้ใด หลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง

ความผิดฐานใช้เอกสารปลอม

กรณีจะต้องรับผิดในความผิดฐานนี้ คือ ผู้กระทำได้ ใช้หรืออ้างเอกสารที่มีการทำปลอมขึ้น ตามที่ได้ อธิบายข้างต้น ไม่ว่าผู้นั้นจะทำปลอมขึ้นเสียเอง หรือเป็นเอกสารที่ผู้อื่นปลอมไว้ก็ตาม โดยมีพฤติการณ์ที่น่าจะ เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน จึงจะเป็นความผิด และต้องระวางโทษเช่นเดียวกับความผิดฐานปลอม เอกสาร

อย่างไรก็ดี หากผู้ใช้หรืออ้างเอกสารปลอม เป็นผู้ปลอมเอกสารขึ้นเองด้วย ให้ลงโทษในความผิดฐานใช้ เอกสารปลอมนี้แต่เพียงกระทงเดียว

มาตรา 265 ผู้ใดปลอมเอกสารสิทธิหรือเอกสารราชการ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงห้าปี และ ปรับตั้งแต่หนึ่งพันบาทถึงหนึ่งหมื่นบาท

การตรวจคัดกรองและการประเมินภาวะทุพโภชนาการ (NT 2013 : Nutrition Assessment)

(ประยุกต์จาก แนวความคิดทบทวนใหม่สากล - White JV, et al. Consensus Statement : J Acad Nutr Diet 2012, 112(5):730-738)

ว/คป ที่ประเมิน....., ชื่อนามสกุลผู้ปวย..... อายุ.....ปี HN..... AN.....

เพศ ☐ ชาย / ☐ หญิง, ประเภท : ☐ OPD..... / ☐ IPD หรือผู้ป่วย....., การวินิจฉัยโรค.....

ส่วนสูง.....cm, IBW....., UBW....., CBW....., Weight ☐ loss / ☐ gain.....kg, BMI.....

(IBW : Ideal body weight : นน.มาตรฐาน หรือ ที่ควรจะเป็น ; UBW : Usual body weight : นน.ปกติ ; CBW : Current body weight : นน.ปัจจุบัน)

เฉพาะ กรณีที่เป็น : ผู้ป่วยคัดกรอง (Nutrition Screening)

1. ได้รับอาหารหรือสารอาหารน้อยลง () มี () ไม่มี
ในระยะเวลา ≥ 7 วันที่ผ่านมา

2. น้ำหนักลดลงในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา () มี () ไม่มี

3. ศัสมวลกาย < 18.5 หรือ ≥ 25 () มี () ไม่มี

4. มีภาวะวิกฤต หรือ ถึงจุดอันตราย () มี () ไม่มี

กรณี "มี" ≥ 2 ให้ประเมิน NT 2013 ในกรอบต่างๆ ของหน้านี้

4. ระดับการสูญเสีย มวล ไขมัน (Body fat loss) ประเมินโดยตัวชี้วัดร่างกาย 0 1 2 3
0 = ปกติ, 1 = มีไขมันน้อย, 2 = มีไขมันน้อยมาก, 3 = หนังหุ้มกระดูก

5. ระดับการสูญเสีย มวล กล้ามเนื้อ (Muscle loss) ประเมินโดยตัวชี้วัดร่างกาย 0 1 2 3
0 = ปกติ, 1 = กล้ามเนื้อน้อยลง, 2 = กล้ามเนื้อด้อย, 3 = หนังหุ้มกระดูก

6. ตรวจตรวจ ทดสอบแรง (ประเมิน กล้ามเนื้อ, หัวไหล่) 0 1 2 3
คะแนน 0 = ระดับ 4-5 (strong), 1 = ระดับ 2-3, 2 = ระดับ 1, 3 = ระดับ 0 (no strength)

สภาพผู้ป่วย (Patient performance status score)

ECOG	0		1		2		3		4	
Karnofsky	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10

1. ประวัติการได้รับ อาหาร หรือ สารอาหาร

พิจารณาการประเมิน ประเภท-ปริมาณ-คุณภาพ ของการอาหาร และ ระยะเวลา ที่เปลี่ยนแปลง

ให้คะแนน 0 = ปกติ หรือ เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ไปจนถึง คะแนน 4 = ติดปกติรุนแรง

ประเภท-ปริมาณ-คุณภาพอาหาร หรือ สารอาหาร ที่รับได้จริง	ระยะเวลา ที่เปลี่ยนแปลง / คะแนน	ได้ครั้งละเท่าไร (✓) ที่เลือก	
[] กินเอง [] TF [] PN [] Standard IV [] Combination	≤ 7 วัน	8-14 วัน	> 14 วัน
TF : tube feeding, PN : Parenteral nutrition	[]	[]	[]
[] < 10% (NPO, ให้น้ำแค่ ป้อนช้อนหรือหลอด)	[1] [2] [3] [4]		
[] 10-25% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0] [1] [2] [3] [4]		
[] 25-50% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0] [1] [2] [3] [4]		
[] 50-75% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0] [1] [2] [3] [4]		
[] 75-100% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0] [1] [2] [3] [4]		

คะแนน

2. การเปลี่ยนแปลงของ น้ำหนักตัว

[] เท่าเดิม หรือ [] เพิ่มขึ้น กก. / เวลา..... (คะแนน = 0)

[] ลดลง.....% ในระยะเวลา..... เดือน หรือ สัปดาห์

ระยะเวลา	% น้ำหนักที่ลดลง
คะแนน	[1] [2] [3]
[] 1 สัปดาห์	< 1% 1-2% > 2%
[] 2-3 สัปดาห์	< 2% 2-3% > 3%
[] 1 เดือน	< 4% 4-5% > 5%
[] 3 เดือน	< 7% 7-8% > 8%
[] > 5 เดือน	< 10% 10% > 10%

คะแนน

modified from Kovacevich DS, et al. N. risk classification in PN Handbook. A.S.P.E.N.2009

or CBW < IBW - 20% : severe (EN Handbook. ASPEN.2009, p.8)

or CBW < previous 1 year BW - 20% : severe (PN Handbook. ASPEN.2014, p.8)

3. ภาวะบวม (Fluid accumulation : edema)

พิจารณา ด้านหน้า (เฉพาะที่ : หน้าแข้ง) / กดปุ่ม (บาท - น้อย) คะแนน

ไม่บวม (เมื่อแขน ทั้ง 2 ข้าง หรือ กดแล้วจะหายไป 2-4 ซม.) 0

บวมเล็กน้อย บานพอง ระดับ 1-2 (รอยบุ๋มลึก 2-4 มม.) 1

บวมปานกลาง บานพอง หรือ จ้ำเหลืองๆ ระดับ 2-3 2

บวมทั่วตัว ระดับ 3-4 (รอยบุ๋มลึก 6-8 มม.) 3

คะแนน

7. ประเมินความรุนแรงของ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (≥ 3 เดือน)

ที่มี ผลกระทบ ต่อ ภาวะโภชนาการ และ ผลตามอวัยวะ (0 = ไม่มีผล, 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง, และ 3 = รุนแรง)

โรค และ โรคร่วม ส่วนร่วม เช่น	คะแนน
โรคเรื้อรัง (Stage 1=0, II=1, III=2, IV=3)	0 1 2 3
โรคปอด (TB, COPD, ...)	0 1 2 3
โรคไต (ไตวายเรื้อรัง แต่ไม่มีไตวาย = 2, HDPD = 3)	0 1 2 3
โรคตับ (Hepatic Encephalopathy = 3)	0 1 2 3
HIV (อัตราการ-น.ค. $\leq 10\%$ = 1-2, น.ค. > 10% + wasting = 3)	0 1 2 3
โรค/สภาวะอื่นๆ (eg. Sickle cell, ...)	0 1 2 3
ข้อเข่า (น้ำหนักเบาหรือระดับข้อ = 2, ข้อเข่า = 3)	0 1 2 3
หลอดเลือด (พิจารณาความกว้างของหลอดเลือด = 2, กล้ามเนื้อ = 3)	0 1 2 3
หลอดเลือด หรือ สภาวะสุขภาพอื่นๆ	0 1 2 3

หมายเหตุ ให้คะแนน แต่ละ ภาวะ แล้ว รวมคะแนน แต่ ผลรวมสุดท้าย ไม่เกิน 3

คะแนน

8. ประเมินความรุนแรงของ ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ที่มี ผลกระทบ ต่อ ภาวะโภชนาการ และ ผลตามอวัยวะ (0 = ไม่มี, 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง, และ 3 = รุนแรง)

Stress : severity of hypermetabolism / catabolism	คะแนน
อุบัติเหตุ, บาดเจ็บ, การอักเสบ-ติดเชื้อ, Burns, ส่วนร่วมเช่น...	1 2 3
Noc neurological trauma, ...	1 2 3
Head injury, Acute spine injury (GCS 15 = 0, 14-13 = 1, 12-8 = 2, 7-3 = 3)	1 2 3
Burn (minor : พื้น < 15%, mod. : 15-30%, major : > 30% / ผิว > 10%)	1 2 3
Sepsis (sepsis = 1, severe sepsis = 2, septic shock = 3)	1 2 3
Recent major operation (1-2 wk.)	1 2 3
Acute pancreatitis, Hepatitis, Peritonitis, Necrotizing fasciitis	1 2 3
Disease / Other threatening condition (eg. GI bleed, shock, diarrhea, EC-fistula)	1 2 3

หมายเหตุ ให้คะแนน แต่ละ ภาวะ แล้ว รวมคะแนน แต่ ผลรวมสุดท้าย ไม่เกิน 3

คะแนน

9. สรุปคะแนนรวม (ข้อ 1+2+3+4+5+6+7+8 = ข้อ 9)

[] กรณี "ไม่" สามารถประเมินได้แน่นอน รวม ไม่รู้สึกตัว

ระดับภาวะทุพโภชนาการ ช่วงคะแนนรวม การปฏิบัติ

[] NT - 1 (ไม่มี หรือ มีความเสี่ยง) : 0-4 คะแนน : ติดตามประเมินทุก 6-8 สัปดาห์

[] NT - 2 (เล็กน้อย) : 5-7 คะแนน : ติดตามประเมินทุก 4-6 สัปดาห์

[] NT - 3 (ปานกลาง) : 8-10 คะแนน : ตรวจวินิจฉัยโภชนาการ ประเมินทุก 3-7 วัน

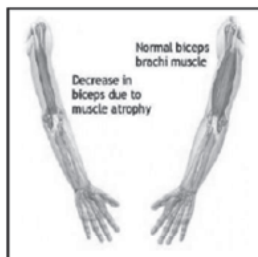
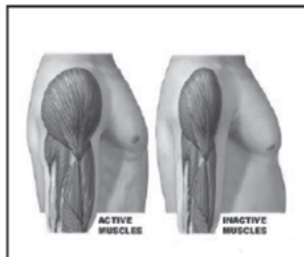
[] NT - 4 (รุนแรง) : > 10 คะแนน : พิจารณา ส่งปรึกษา ทีมโภชนาการ

ผู้ประเมิน [] แพทย์ [] พยาบาล [] นักโภชนาการ [] อื่นๆ

แพทย์ รับผิดชอบผลการประเมิน.....

คะแนน

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Status			Karnofsky Performance Status	
Score	Description		Score	Description
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction.		100	Normal, no complaints, no evidence of disease.
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light housework, office work.		90	Able to carry on normal activity, minor signs or symptoms of disease.
2	Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours.		80	Normal activity with effort, some signs or symptoms of disease.
3	Capable of only limited self-care, confined to bed or chair more than 50% of waking hours.		70	Care for self; unable to carry on normal activity or do active work.
4	Completely disabled. Cannot carry on any self-care. Totally confined to a bed or chair.		60	Requires occasional assistance, but is able to care for most of his/her needs.
			50	Requires considerable assistance and frequent medical care.
			40	Disabled, requires special care and assistance.
			30	Severely disabled, hospitalization indicated. Death not imminent.
			20	Very sick, hospitalization indicated. Death not imminent.
			10	Moribund, fatal processes progressing rapidly.



ตรวจประเมิน มวลกล้ามเนื้อ ที่ลดลง (ในภาพรวม)

* มือ แขน ขา ผอมทรวงอก กล้ามเนื้อท้อง

ตรวจประเมิน มวลไขมันใต้ผิวหนัง ของร่างกาย (ในภาพรวม)

* ไขมัน (peri-orbital fat) ขมับ (temporal area)

* สันแขน (หน้า M. biceps), หลังสันแขน (บริเวณ M. triceps)

* ใต้กระดูกไหปลาร้า (subscapular), ไขมันที่ท้องเอว

วิธีการตรวจ สมรรถภาพ กล้ามเนื้อผู้ป่วย

มือ : กำหรือบีบ มือผู้ตรวจ เท้า : กระดก ข้อเท้า ขึ้น-ลง

แขน : ยก ข้อมือ คอศ ไหล่ ขา : ยกขาออก-ก้มข้อเข่า

วิธีหาหนักที่ควรจะเป็น (Ideal body weight)

ชาย = ส่วนสูง(ซม.) - 100, หญิง = ส่วนสูง(ซม.) - (105-110)

M : IBW (kg) = 50 + (0.91 x (ht. in cm. - 152.4))

F : IBW (kg) = 45.5 + (0.91 x (ht. in cm. - 152.4))

(from : ARDS Network. NEJM. May 2000, 342 (18) : 1301-08)

สมรรถภาพกล้ามเนื้อ (The Medical Research Council grading of muscle power)

Grade 0 ไม่สามารถจะเคลื่อนไหวได้เลย (อัมพาต) (3 คะแนน)

Grade 1 สามารถเคลื่อนไหวได้เล็กน้อย แต่เฉพาะในแนว horizontal (2 คะแนน)

Grade 2 สามารถเคลื่อนไหว ด้านขงข้อมือของมือตามแนว vertical ได้ (1 คะแนน)

Grade 3 สามารถเคลื่อนไหวตามแนว vertical และ ด้านขงข้อมือของมือได้ (1 คะแนน)

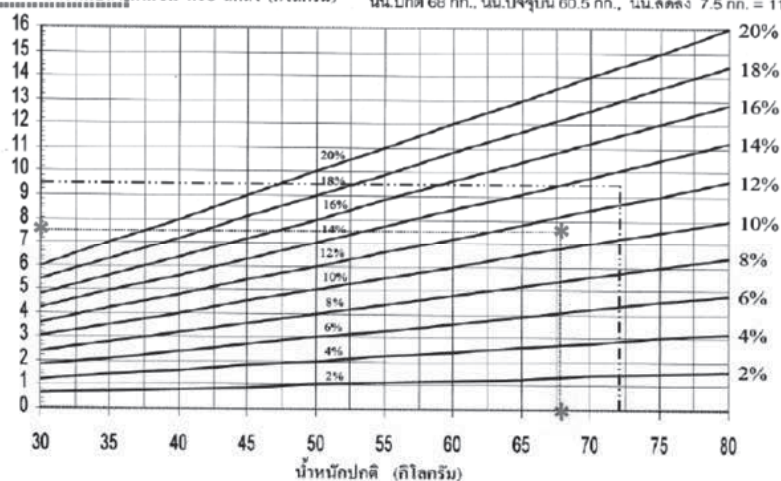
Grade 4 มีอาการอ่อนแรงเพียงเล็กน้อย (0 คะแนน)

Grade 5 ปกติ (0 คะแนน)

กรณี อัมพาต อัมพาต : ประเมินสมรรถภาพ M. ของ แขน-ขา หรือ ส่วน M. ที่แข็งแรง

ตารางคำนวณ % น้ำหนัก เพิ่มขึ้น หรือ ลดลง

น้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น หรือ ลดลง (กิโลกรัม)



ตัวอย่าง น้ำหนักเพิ่มขึ้น (ดู)

นน.ปกติ 72 กก., นน.ปัจจุบัน 81.5 กก., นน.เพิ่มขึ้น 9.5 กก. = 13 %

ตัวอย่าง น้ำหนักลดลง (ดู)

นน.ปกติ 66 กก., นน.ปัจจุบัน 60.5 กก., นน.ลดลง 7.5 กก. = 11 %

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อต่างๆ ในภาวะฉุกเฉินสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ฉบับที่ 1 วันที่ 11 พฤศจิกายน 2554
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ICD-10-TM Standard coding guideline 2017
3. ICD-9-CM ; 2015
4. ICD-10 Vol. 1 , WHO Geneva ; 2016.
5. Oski FA: Pallor. In Kaye R, Oski Fa, Barness LA (eds): Core Textbook of Pediatrics, 3rd ed. Philadelphia, Lippincott, 1989, p62

กองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงกฤติยา ศรีประเสริฐ
นายแพทย์วรชัย อึ้งอนันต์
แพทย์หญิงรัชนิศ พรวิภาวี
คุณณัฐพงศ์ อนุวัตรรยรง
คุณภัทรา อเนกวิทยากิจ
คุณรุ่งจิต ลีलगามวงศา
คุณกฤษณา จงสงเสริม
คุณภณิดา กลิ่นพิพัฒน์
คุณภิญญาดา เอกพจน์
คุณวาสนา จันทรพินิจ
คุณสุมลรัตน์ ดอกเขียว
คุณอรพรรณ มณีเนตร
คุณสุมณฑา โสภภาพันธุ์
คุณปราโมทย์ วงศ์ประสาน
คุณมาลีรัตน์ งามจิตต์เอื้อ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ

**คณะกรรมการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุขของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

นายแพทย์กวิน ก้านแก้ว	โรงพยาบาลสุโขทัย
รศ.นายแพทย์ชัยวัฒน์ บำรุงกิจ	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
นายแพทย์ไชยวัฒน์ ภูติยานันต์	โรงพยาบาลเชียงคำ
นายแพทย์ณัฐพล วงศ์วิวัฒน์	โรงพยาบาลบางละมุง
นายแพทย์ธนาวุธ ลิ้มเล็ก	โรงพยาบาลกระบี่
นายแพทย์นครินทร์ ชุนงาม	โรงพยาบาลครบุรี
นายแพทย์นฤตม์ วิจารณ์ศิริ	โรงพยาบาลสันป่าตอง
นายแพทย์นรินทร์ ชัยศรีสุขอำพร	โรงพยาบาลสิงห์บุรี
นายแพทย์บริรักษ์ เจริญศิลป์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
นายแพทย์บาร์มี บุญเลิศ	โรงพยาบาลลำพูน
นายแพทย์ปริญญญา สันติชาติงาม	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
นายแพทย์วิเชียร ต้นสุวรรณนนท์	โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
นายแพทย์วีรพงษ์ ปรารค์เจริญ	โรงพยาบาลแพร่
นายแพทย์ศุภศิลป์ จำปานาค	โรงพยาบาลสระบุรี
นายแพทย์สิทธินันท์ ตัญจักรวรานนท์	โรงพยาบาลสระบุรี
นาวาเอกจตุรงค์ ตันติมงคลสุข	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
แพทย์หญิงกรณัฏฐ์ จันทรผ่องแสง	โรงพยาบาลอยุธยา
แพทย์หญิงขวัญใจ วงศ์กิตติรักษ์	สถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี
แพทย์หญิงฐิติพร บ่อเกิด	โรงพยาบาลหาดใหญ่
แพทย์หญิงณัฏฐิรา ชัยศรีสวัสดิ์สุข	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์
แพทย์หญิงธีรนาถ คงสวัสดิ์	โรงพยาบาลสระบุรี
แพทย์หญิงนิภาพร อรุณวรารณ	โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
แพทย์หญิงบราลี สันติวัฒน์	โรงพยาบาลเทพรัตน์
แพทย์หญิงรุ่งใจ เจริญศิลป์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
แพทย์หญิงวนิดา สมบูรณ์ศิลป์	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

แพทย์หญิงสมรัก ภูதியานันต์

แพทย์หญิงสุพรรณิ เลาวหุตานนท์

แพทย์หญิงสุวิวรรณ นกหนู

แพทย์หญิงอรัญญา กัลยาณพจน์พร

โรงพยาบาลเชียงคำ

โรงพยาบาลเสนา

โรงพยาบาลหาดใหญ่

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

**คณะกรรมการพิจารณาพิจารณาการจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประมุข มุทิตางกูร	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
นายแพทย์วิเชาว์ กอจรัสจิตต์	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
ผศ.นายแพทย์พิสิฏฐ์ เลิศวานิช	ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
นายแพทย์กมล บุญรอด	โรงพยาบาลบางละมุง
นายแพทย์กวิน ก้านแก้ว	โรงพยาบาลสุโขทัย
นายแพทย์เกรียงไกร ศรีวิสัย	โรงพยาบาลหนองพอก
นายแพทย์ชวนนท์ อิ่มอาบ	โรงพยาบาลวัดเพลง
นายแพทย์เชิดศักดิ์ ศิริวัฒน์	โรงพยาบาลชาติตระการ
รศ.นายแพทย์ชัยวัฒน์ บำรุงกิจ	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
นายแพทย์ไชยวัฒน์ ภูตยานันต์	โรงพยาบาลเชียงใหม่
นายแพทย์ณรงค์ จงอร่ามเรือง	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
นายแพทย์เดชา มีสุข	โรงพยาบาลนภากาศ
นายแพทย์ธนาวุธ ลิ้มเล็ก	โรงพยาบาลกระบี่
นายแพทย์นครินทร์ ชุนงาม	โรงพยาบาลครบุรี
นายแพทย์นรุฒม์ วิจารณ์ศิริ	โรงพยาบาลสันป่าตอง
นายแพทย์นเรศ มณีเทศ	โรงพยาบาลนครชัยศรี
นายแพทย์นัฐพล กาฬปักษ์	โรงพยาบาลคามิลเลียน
นายแพทย์นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร	โรงพยาบาลสิงห์บุรี
นายแพทย์บริรักษ์ เจริญศิลป์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
นายแพทย์บาร์มี บุญเลิศ	โรงพยาบาลลำพูน
นายแพทย์บุญชัย นาคอริยกุล	โรงพยาบาลพุทธชินราช
นายแพทย์รักพงศ์ เวียงเจริญ	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
นายแพทย์วีรพงษ์ ปรารค์เจริญ	โรงพยาบาลแพร่
นายแพทย์ศุภศิลป์ จำปานาค	โรงพยาบาลสระบุรี
นายแพทย์สมชัย อรุณรุวิวัฒน์	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
นายแพทย์สรคเพชร หอมสมบัติ	โรงพยาบาลเอราวัณ
นายแพทย์สาธิต อาชานานุกาพ	โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
นายแพทย์สิทธินันท์ ตันจักรวรานนท์	โรงพยาบาลสระบุรี
นายแพทย์สุธน เอกเสถียร	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

นาวาอากาศเอกหญิงประไพศรี ลยางกูร
นาวาเอกจตุรงค์ ดันติมงคลสุข
แพทย์หญิงกนกวรรณ มิ่งขวัญ
แพทย์หญิงกรณ์วรัญ จันทร์ผ่องแสง
แพทย์หญิงฐิติพร บ่อเกิด
แพทย์หญิงณัฐิรา ชัยศรีสวัสดิ์สุข
แพทย์หญิงธีรณัฐ คงสวัสดิ์
แพทย์หญิงนพวัน จันสุกสี
แพทย์หญิงนิษฐา นิภาวงศ์
แพทย์หญิงบราลี สันติวัฒน์
แพทย์หญิงวนิดา สมบูรณ์ศิลป์
แพทย์หญิงสุพรรณิ จิระจริยาเวช
แพทย์หญิงสุพรรณิ เลาวหุตานนท์
แพทย์หญิงสุวิวรรณ นกหนู

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
โรงพยาบาลหาดใหญ่
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์
โรงพยาบาลสระบุรี
โรงพยาบาลเชียรใหญ่
โรงพยาบาลอุดรธานี
โรงพยาบาลเทพรัตน์ นครราชสีมา
โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช
โรงพยาบาลตากสิน
โรงพยาบาลเสนา
โรงพยาบาลหาดใหญ่

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
เลขรับที่ 9111
วันที่ 20 ส.ค. 2561 เวลา



ที่ สธ ๐๒๐๙.๐๗/๙๕๖๒

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอส่งผลสรุปแนวทางการตรวจสอบหลักฐานการเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขคณะกรรมการ
ตรวจสอบเวชระเบียน (การสรุปโรคและให้รหัสโรค) สำหรับงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรียน เลขาธิการสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ

อ้างถึง หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนที่ ๓ ที่ สปสช.๒.๑๖/ว.๗๗๔ ลงวันที่ ๑ สิงหาคม
๒๕๖๑

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยสำนักตรวจสอบการ
ชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) ได้จัดทำคู่มือแนวทางการตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อ
บริการสาธารณสุขของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน (การสรุปโรคและให้รหัสโรค) สำหรับงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ โดยคู่มือแนวทางดังกล่าวได้มีการปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบในประเด็นต่างๆ ที่พบจากการ
ตรวจสอบเวชระเบียนในปีที่ผ่านมา หรือปรับเปลี่ยนแนวทางมาตรฐานการให้รหัสโรค ปี ๒๐๑๗ ให้มีความ
สอดคล้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน นั้น

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้พิจารณาแล้ว เห็นด้วยกับแนวทางการปรับปรุงคู่มือการ
ตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน
เนื่องจากได้ใช้หลักเกณฑ์การอ้างอิงจาก ICD-10TM STANDARD CODING GUIDE โรค ปี ๒๐๑๗ เพื่อให้สามารถ
นำคู่มือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

๑๓๑๒

(นายพงศ์ธร พอกเพิ่มดี)
ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รักษาการแทน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน

เรียน ผอ. สธ. นนทบุรี
ผอ. สธ. นนทบุรี
๑๕ ส.ค. ๖๑

๒๐/๘๕๖๒ ๑๕/๘๕๖๒

กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๕๔

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๘๖๒๗

๑๐๓๑.๖๑

(นายวรชัย อึ้งอภินันท์)

ผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

❀ บ้านทึก ❀

This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines, typical of notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ