



# การประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน และการขอรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ของหน่วยบริการ ในเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2568

**แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม 3 กองทุน ปี 2566**



**วันที่ 7-8 กรกฎาคม 2568**

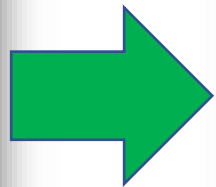
**ณ. หอประชุมมณฑาทิพย์ อ.เมือง จ.อุดรธานี**



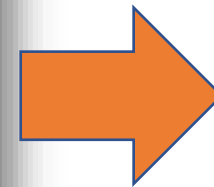
National Health Security Office

*พญ. กฤติยา ศรีประเสริฐ  
สายงานบริหารกองทุน สปสช.*

# แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน



ประกาศใช้ ตั้งแต่  
วันที่ 1 พฤศจิกายน 2563



ประกาศใช้ ตั้งแต่  
กุมภาพันธ์ 2567  
ใช้สำหรับการ Audit 2568

ดาวน์โหลดหนังสือได้ที่ <http://audit.nhso.go.th/ema/index-download>

# ความครบถ้วนของข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน

## ข้อมูลทั่วไป

- ID number (เลข13หลัก)HN / AN
- สิทธิที่ใช้ในการรักษา
- แผนกที่เข้ารับบริการ
- **ลายเซ็นแพทย์ผู้รับผิดชอบ**

## แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)

1. ข้อมูลทั่วไป: วันเวลาที่รับไว้ในร.พ.และจำหน่ายออกจากร.พ.
2. ข้อมูลการสรุปโรค / หัตถการ
4. ข้อมูลการให้รหัสโรค/หัตถการ
5. ประเภทการจำหน่าย
6. แพทย์ผู้รักษา

## ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

- Admission note : Hx./PE
- Inform consent
- Progress note
- Operative note
- Anesthetic record
- Consultation form
- Labor record
- Rehabilitation record
- Nurse note helpful
- อื่นๆ OPD card, clinical summary, lab, patho, film report, CT ฯลฯ

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH THAILAND  
 โรงพยาบาลสมเด็จพระราชปัทมาดุสิต กรุงเทพมหานคร  
 IN-PATIENT SUMMARY  
 น.ส.ปาลรวิ สร้างนิทร (สำเนาจ่ายบริการทางการแพทย์)  
 670004763 1411100243059 000080911  
 น.ส.ปาลรวิ สร้างนิทร 42 ปี 9 เดือน 11 วัน 11 ชั่วโมง 05 นาที 22 วินาที  
 10/10/2536 14/05/67 14/05/67 10:00  
 Acute gastroenteritis  
 Improved



# แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย : ข้อมูลทั่วไป



MINISTRY OF PUBLIC HEALTH THAILAND



ฉบับปรับปรุง พฤศจิกายน 2566  
แบบ รง. 501

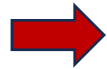
โรงพยาบาล [REDACTED]

เร่งด่วน-เหลือง

IN-PATIENT SUMMARY

พิมพ์จากเครื่อง :: MRS\_SAM ...login b  
วันที่พิมพ์ :: 25 มิถุนายน 2567 เวลา 09:18 น.

Admission  
number (AN)



สิทธิการรักษา [REDACTED]		3-0! วันออกบัตร : 1/2/2565		วันหมดอายุ : 1/1/2599					
ชื่อญาติหรือผู้ที่ติดต่อได้ : น. [REDACTED] ร. [REDACTED] เกี่ยวข้องเป็น : บิดา		ที่อยู่ผู้ติดต่อ : 4 [REDACTED]		เบอร์โทรผู้ติดต่อ : [REDACTED]					
1. ADMISSION NUMBER เลขประจำตัวผู้ป่วยใน [REDACTED]		2. PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER OR PASSPORT NUMBER 1 [REDACTED]		3. HOSPITAL NUMBER เลขประจำตัวผู้ป่วย [REDACTED]					
4. PATIENT NAME [REDACTED]			5. PATIENT ADDRESS 42 หมู่ [REDACTED] ตรธานี						
6. SEX หญิง	7. MARITAL STATUS โสด	8. ETHNIC GROUP 99 ไทย	RELIGION พุทธ	9. OCCUPATION รับจ้าง	น้ำหนัก 64000 กรัม ส่วนสูง 158 ซม.				
10. DATE OF BIRTH 10/10/2536		11. AGE AT ADMISSION 30 YEARS. 7 MONTH. 4 DAYS		12. BIRTHWEIGHT (INFANT ONLY) GRAMS					
13. WARD	14. DEPARTMENT 01:อายุรกรรม		15 DATE OF	DATE	MONTH	YEAR	TIME	16 LENGTH OF STAY รวมระยะเวลาอน รพ.	3
			ADMISSION	11	05	67	22:18		
			DISCHARGE	14	05	67	10:00	17 TOTAL LEAVE DAYS รวมวันลากลับบ้าน	

วัน เวลาที่รับไว้ใน ร.พ. และจำหน่ายออกจาก ร.พ.

## สถานะการจำหน่าย

1. หายดี
2. อาการดีขึ้น
3. อาการไม่ดีขึ้น
4. คลอดปกติ
5. ยังไม่คลอด
6. ใช้กับเด็กแรกเกิด ที่จำหน่ายพร้อมมารดา
7. ใช้กับเด็กแรกเกิด ที่ไม่ได้จำหน่ายพร้อมมารดา
8. เด็กตายขณะคลอด
9. เสียชีวิต

## ประเภทการจำหน่าย

1. แพทย์อนุญาต
2. แพทย์ไม่อนุญาต
3. หลบหนี
4. ส่งต่อไปยัง .....
5. อื่น ๆ
8. เสียชีวิต ได้รับการชันสูตร
9. เสียชีวิต ไม่ได้รับการชันสูตร

22 DISCHARGE STATUS	Improved	23 DISCHARGE TYPE	With Approval โดยแพทย์อนุญาต
1. COMPLETE RECOVERY	6. NORMAL CHILD DICHARGE WITH MOTHER	① WITH APPROVAL	5. OTHER
② IMPROVED	7. NORMAL CHILD DICHARGE SEPARATELY	2. AGENT ADVICE	8. DEAD,AUTOPSY
3. NOT IMPROVED	8. STILLBIRTH	3. ESCAPE	9. DEAD,NO AUTOPSY
4. NORMAL DELIVERY	9. DEAD	4. BY TRANSFER	
5. UNDELIVERY		ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ	
INCASE OF PERINATAL DEATH COMPLETE DEATH CERTIFICATE ON OTHER SIDE OF FORM			
ATTENDING PHYSICIAN นพ.อ. [REDACTED]	แพทย์เจ้าของไข้	APPROVED BY แพทย์ผู้รักษา	แพทย์ผู้สรุปการรักษา

**แพทย์ผู้รักษา**

## แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2566 กรณีผู้ป่วยใน

1. ตรวจสอบ OPD card หรือสำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องกับ การตรวจสอบครั้ง นั้นเพื่อพิสูจน์หลักฐานการดำเนินของโรค เช่น โรคเรื้อรัง เป็นต้น

2. ตรวจสอบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) ประเด็นการ พิจารณามี ดังนี้

2.1 **กรณีไม่พบ**แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) ให้ ถือว่าสถานพยาบาล หรือหน่วยบริการ**ไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้นได้**

2.2 การระบุใบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) เพื่อ การตรวจสอบ กรณีที่มีใบ discharge summary หลายใบ จะต้อง มีหนังสือรับรอง จากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าจะใช้ใบ discharge summary ใบใดในการตรวจสอบหากไม่มีจะใช้ใบแรกสุดที่ผู้ตรวจสอบพบในเวชระเบียนใน การตรวจสอบหากใช้แบบฟอร์มอื่นเพื่ออ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้น แบบฟอร์มดังกล่าว ต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general discharge summary จึงเป็นเอกสาร ที่ยอมรับได้

**2.3 กรณีแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) ไม่มีการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการ รายละเอียดการรักษาทั้งฉบับ รวมทั้งกรณี ไม่มีการสรุปโรคหลัก หรือสรุปด้วยดินสอดำทั้งหมดให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าสถานพยาบาล หรือหน่วยบริการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้นได้**

## 2.4 การสรุปรหัสโรคและรหัสหัตถการในแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary)

2.4.1 กรณีสรุปการวินิจฉัยหรือหัตถการที่มีเพียงรหัส ICD-10, ICD-9 โดย**ไม่มีคำอธิบายรหัสโรค** รหัสหัตถการร่วมด้วยให้**ถือว่าไม่มีการสรุปการ**รักษาพยาบาลของโรคหรือหัตถการในรหัสนั้น

2.4.2 กรณีสรุปการวินิจฉัยหรือหัตถการที่มีรหัส ICD-10, ICD-9 และมีคำอธิบายรหัสโรค รหัสหัตถการร่วมด้วย **แต่คำอธิบายรหัสโรค รหัสหัตถการที่ระบุดังกล่าวไม่สามารถระบุโรคหรือหัตถการได้ให้ถือว่าไม่มีการสรุปการ**รักษาพยาบาลของโรคหรือหัตถการในรหัสนั้น

2.4.3 กรณีสรุปการวินิจฉัยหรือหัตถการด้วยดินสอให้**ถือว่าไม่มีการสรุปการ**รักษาพยาบาลของโรคหรือหัตถการนั้น

2.5 การลงนามการสรุปเวชระเบียนแพทย์สามารถลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลงนามได้เพียง attending และต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) จึงจะถือว่าเป็นใบสรุปการรักษาพยาบาลที่**สมบูรณ์** หาก**ไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่าเวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล** ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้นได้

2.6 **ควรมี**การลงนามรับรองผู้ให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ

2.7 กรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ general discharge summary จึงสามารถใช้แทนการลงนามได้

หากมีการบันทึกข้อมูลบางส่วนเพิ่มเติม (โดยลายมือ) ต้องมีการลงนามรับรองโดยแพทย์ตรงตำแหน่งที่มีการเพิ่มเติม แก้ไขจึงจะถือว่าเป็นข้อความที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่าข้อความที่มีการเพิ่มเติม แก้ไขไม่สามารถนำมาพิจารณาได้

3. กรณีบันทึก clinical summary ต้องบันทึกการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้รักษาหรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาหรือผู้รับมอบอำนาจจากผู้อำนวยความสะดวกหรือผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย จึงจะเชื่อถือได้และนำมาอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียน โดยข้อมูล clinical summary ต้องสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน

11/05/06	(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS (ICD-9-CM) (โปรดกรอกในช่องนี้)	REASON FOR CODING by CODED
	(2) PRE-ADMISSION COMORBIDITY (S)	MAIN COMORBIDITY (S) (โปรดกรอกในช่องนี้)
	(3) COMPLICATION (S) (POST-ADMISSION COMORBIDITY)	COMORBIDITY (S)
	(4) OTHER DIAGNOSIS	COMPLICATION (S)
	(5) EXTERNAL CAUSE(S) OF INJURY	OTHER (S)
12	OPERATING ROOM PROCEDURES	EXTERNAL CAUSE (S)
	1. _____	DATE _____ TIME IN _____ TIME OUT _____
	2. _____	
	3. _____	
13	IMPORTANT NON-OPERATING ROOM PROCEDURES	PROCEDURES ICD CODING by CODED
	1. _____	MAIN (S) (โปรดกรอกในช่องนี้)
24	SPECIAL INVESTIGATIONS	OTHER (S)
	1. _____	
	2. _____	
1. COMPLETE APPROVAL 2. APPROVAL 3. NOT APPROVED 4. COLLAPSED 5. ABANDONED		1. NONE APPROVAL 2. APPROVAL PENDING 3. LACKING 4. NOT RELEVANT
ATTENDING PHYSICIAN _____ SIGNATURE		APPROVED BY _____ SIGNATURE

Attending doctor

Approved by



**นศพ. /Extern**



**ความสำคัญ**



**ถ้าไม่มี MD ลงนาม**



**ถือว่าไม่มีการสรุป**



**ไม่ประสงค์จะเบิกจ่ายค่ารักษา**

การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์สามารถลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลงนามได้เพียง attending และต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) จึงจะถือว่าเป็นใบสรุปการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่าเวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสรุปโรคหรือหัตถการเป็นรหัส หรือกรณีสรุปด้วยดินสอให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ประสงค์จะเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้น

HISTORY	(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS (ICD-9-CM) (ICD-10) (ICD-11)	DIAGNOSIS ICD CODING By CODED		
	(2) PRE-ADMISSION COMORBIDITY (ICD)	MAIN COMORBIDITY (ICD) (ICD)		
	(3) COMPLICATION (ICD) (POST-ADMISSION COMORBIDITY)	COMORBIDITY (ICD)		
	(4) OTHER DIAGNOSIS	COMPLICATION (ICD)		
	(5) EXTERNAL CAUSE(S) OF INJURY	OTHER (ICD)		
SURGERY	OPERATING ROOM PROCEDURES	DATE	TIME IN	TIME OUT
	1. _____			
	2. _____			
	3. _____			
PROCEDURES ICD CODING By CODED	PROCEDURES ICD CODING By CODED			
	HELEN (ICD) (ICD)			
SPECIAL INVESTIGATIONS	1. _____			
	2. _____			
1. COVALENT APPROVAL 2. APPROVAL 3. APPROVAL 4. APPROVAL 5. APPROVAL		1. APPROVAL 2. APPROVAL 3. APPROVAL 4. APPROVAL 5. APPROVAL		
ATTENDING PHYSICIAN SIGNATURE		APPROVED BY SIGNATURE		

Attending doctor

Approved by

Extern / MD

MD

ความสำคัญ



ถ้าไม่มี MD ลงนาม



ถือว่าไม่มีการสรุป



จะเบิกจ่ายค่ารักษา

การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์สามารถลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลงนามได้เพียง attending และต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) จึงจะถือว่าเป็นใบสรุปการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่าเวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสรุปโรคหรือเหตุการณ์เป็นรหัส หรือกรณีสรุปด้วยดินสอให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ประสงค์จะเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้น

# แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2566 กรณีผู้ป่วยใน

## 4. ตรวจสอบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย (admission note)

4.1 กรณีไม่พบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วยใน (admission note) หรือพบแต่ไม่มีการบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกายใดๆ ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้นได้

Chief complaints	
เจ็บ ปวด	
Present illness (ต้องมือน้อย 2 ข้อ ของ what when why how) ระยะเวลาที่เป็น.....	
Past history.....	
Underlying disease.....	
Drug allergy.....	
ประวัติอื่นๆ.....	
Physical examination (finding)	Normal
T 37.5 / BP 120/80 / BW 45 / HT 153	Eyes..... <input type="checkbox"/>
	ENT..... <input type="checkbox"/>
	Pulmonary..... <input type="checkbox"/>
	Breast..... <input type="checkbox"/>
	Cardiovascular..... <input type="checkbox"/>
	GI..... <input type="checkbox"/>
	GU..... <input type="checkbox"/>

ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้นได้



## แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2566 กรณีผู้ป่วยใน

5. ตรวจสอบ progress note ในการตรวจสอบ**ต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกการวินิจฉัย** โดยแพทย์ผู้รักษา หรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาจึงสามารถอ้างอิงในการ**ตรวจสอบเวชระเบียนได้** ส่วนข้อมูลที่มีการบันทึก โดยวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์
6. ตรวจสอบข้อมูลใน doctor's order ใช้คำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์เท่านั้น ในกรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) **ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้ง**ที่สั่งการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าว**ไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้**

## 7. ตรวจสอบในกรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัดหัตถการ

7.1 กรณีที่เป็น major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (operative note) ที่มีบันทึกในส่วน description ที่อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ (operative procedure) **และต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ หากมีบันทึกเพียงชื่อโรคและชื่อหัตถการในเอกสารหรือไม่พบการลงนามของแพทย์ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้น ๆ**

7.2 กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกการทำหัตถการที่ระบุข้อมูลรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการ และหรือสิ่งที่ตรวจพบ หรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ

7.3 กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใช้บันทึกขั้นตอนการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลบางส่วนด้วยลายมือเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ถ้าไม่พบการลงนามของแพทย์ให้ถือว่าไม่มีบริการ

## แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2566 กรณีผู้ป่วยใน

11. การนับวันนอนและเวลาจำหน่ายของผู้ป่วยใน กรณีตรวจสอบเอกสารว่าเป็น การรับผู้ป่วยวันและเวลาใดอนุโลมให้นับตั้งแต่เข้ารับรักษาในสถานพยาบาลหรือ หน่วยบริการ ส่วนวันเวลาที่จำหน่ายให้นับเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยที่อยู่ใน nurses' note และข้อมูลต้องสอดคล้องกับฟอร์มปรอท กรณีไม่พบข้อมูลที่ปรากฏใน nurses' note จึงจะใช้ข้อมูลจากฟอร์มปรอทโดยจะดูเวลาที่บันทึกเป็นครั้งสุดท้าย ในฟอร์มปรอท ส่วน leave day เริ่มนับ 1 วัน เมื่อผู้ป่วยลากลับบ้านในแต่ละครั้งนานติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป (ให้ใช้หลักฐานการนับตามคู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)

## แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2566 กรณีผู้ป่วยใน

12. ผู้ตรวจสอบจะตรวจสอบรายละเอียดเอกสารรายงานผลการตรวจเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกำกับการรับผู้ป่วยไว้ในอนโรพยาบาลในครั้งนั้น เช่น

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา
- ผลตรวจรังสีวิทยา เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น
- แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด
- แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ.2

ประกอบการตรวจสอบด้วยทุกครั้ง ซึ่งเป็นการบันทึก โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษา หรือสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น ๆ ที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกไว้โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ส่งมารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการแห่งนั้น เป็นต้น

**การบันทึกเพียงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยไม่พบคำวินิจฉัยโรคจะถือว่าเป็นเพียงการบันทึกค่าผลตรวจ โดยไม่มีการแปลผลและวินิจฉัยโรค**

## แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2566 กรณีผู้ป่วยใน

### 12. (ต่อ)

กรณีผู้ป่วยที่ยังอยู่ในระยะ active cancer treatment เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาโรคมะเร็งด้วย chemotherapy หรือ immunotherapy หรือรังสีรักษา หรือ supportive treatment ต้องพบผลการตรวจทางพยาธิวิทยาที่เป็น official report หรือบันทึกที่แพทย์ผู้รักษาคัดลอกรายงานผลการตรวจที่เป็นการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาในการวินิจฉัยมะเร็งนั้น ๆ และต้องปรากฏหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา

ส่วนกรณีที่เป็นการ admit ภาวะแทรกซ้อน หรือ palliative care ให้ใช้บันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้รักษาที่บอกรายละเอียดชนิด/ตำแหน่ง/การรักษา/ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา และสามารถสืบค้นประวัติการรักษาได้

หมายเหตุ กรณีผู้ตรวจสอบพบบันทึกเพียง underlying CA.....อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็งให้ได้เพียง history CA กลุ่ม รหัส Z หรือ neoplasm กลุ่มรหัส D เท่านั้น

## แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2566 กรณีผู้ป่วยใน

### 13. ตรวจสอบการสั่งการรักษาของแพทย์

กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า “ยาเดิม” และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวข้องกับโรคดังกล่าวไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้นมีการประเมินมีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยาที่ปรากฏใน doctor's order จึงจะถือว่ามีการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

กรณีที่หน่วยบริการใช้ข้อมูล รายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านก่อนเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (medication reconcile) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาจึงสามารถนำมาอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้

การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา การตรวจพิเศษ เพิ่มเติมถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้

กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home med) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้นไม่ถือว่าโรคที่มีการดูแลรักษาในการ admit ครั้งนั้น



## แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ ร่วม 3 กองทุน กรณีผู้ป่วยใน

16.กรณีโรคเดิม **underlying disease** ควรมีสถานะภาพของโรคในขณะนั้นมีระดับความรุนแรงของโรค ระยะของโรค ยังตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับอยู่หรือไม่ มีแผนการรักษาต่อเนื่องอย่างไร เช่น ความจำเสื่อม โรคมะเร็ง เบาหวาน เป็นต้น ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้แพทย์ผู้รักษาต้องให้คำวินิจฉัยว่าเป็นปัญหารวมที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยต้องบันทึกเป็น **problem list** หรือ **provision diagnosis** ใน **admission note, progress note, operative note, clinical summary** เป็นต้น

ในกรณีที่ไม่พบบันทึกการประเมินว่ายังเป็นปัญหาในการรักษาในครั้งนี้จะไม่สามารถนำมาสรุปเป็นโรครวมได้ถึงแม้จะพบว่ามี การตรวจอื่นที่เกี่ยวข้องหรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยใด ๆ ต้องมีหลักฐานที่สนับสนุนประกอบการวินิจฉัยนั้น ๆ ด้วย

## แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2566 กรณีผู้ป่วยใน

**17. การเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ต้องมีความจำเป็นและเหตุผลทางการแพทย์ สถานพยาบาล หรือหน่วยบริการต้องมีการดูแลและให้การรักษานั่นคือการรักษาที่เป็นมาตรฐานในโรคที่เข้ามารักษา เช่น**

**การรับผู้ป่วยเพื่อให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาที่มีจำนวนวันนอนไม่เกิน 1 -2 วัน โดยมีเจตนาที่จะแบ่งย่อยการรับผู้ป่วยเป็นหลายครั้งในผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาเป็นชุด ๆ และต่อเนื่องกันหลายวันเพื่อหวังผลในการเบิกหลายครั้ง จะถือว่าผิดเงื่อนไขการบริการ เนื่องจากมีเจตนาแยกเบิกซ้ำซ้อน**

**เว้นแต่การส่งตัวไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น เนื่องจากเกินขีดความสามารถในการรักษาของสถานพยาบาลหรือ หน่วยบริการ ตามสิทธิ์หรือผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา**

## แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2566 กรณีผู้ป่วยใน

18. การตรวจสอบจะใช้เอกสารหลักฐานเวชระเบียนและเอกสารการเงินที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจัดเตรียมหรือจัดส่งให้ ณ วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้วเป็นหลักฐานในการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการขอทบทุน เว้นแต่เอกสารออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจึงจะสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ ทั้งนี้กรณีแนวทางในการพิจารณาข้อหักทวงให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของแต่ละกองทุน (ตามผนวก)

19. กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการบันทึกการให้บริการใน platform อื่น ๆ ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเพื่อใช้ในการตรวจติดตามและดูแลรักษาผู้ป่วยให้ถือว่าเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งของเวชระเบียน และต้องส่งออกข้อมูลดังกล่าวให้ตรวจสอบ หากไม่พบจะถือว่าไม่มีการให้บริการนั้น ๆ

## แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2566 กรณีผู้ป่วยใน

20. กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการบันทึกหรือสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือเป็นการสั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

21. กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ มีการบันทึกหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์และต้องพิมพ์เอกสารเวชระเบียนเพื่อส่งมาให้ตรวจสอบสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ **สามารถใช้หนังสือนำส่งเวชระเบียนแทนการรับรองเอกสารนั้น หากไม่มีหนังสือนำส่งเอกสารให้ลงนามรับรองเอกสารทุกแผ่นโดยผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจการจัดการเวชระเบียนของหน่วยบริการนั้น**

# แนวทางการตรวจสอบเอกสารบริการ “ผู้ป่วยใน”

17. การเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ต้องมีความจำเป็นและเหตุผลทางการแพทย์ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องมีการดูแลและให้การรักษามาตรฐานในโรคที่เข้ามารักษา เช่น การรับผู้ป่วยเพื่อให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาที่มีจำนวนวันนอนไม่เกิน 1 – 2 วัน โดยมีเจตนาที่จะแบ่งย่อยการรับผู้ป่วยเป็นหลายครั้งในผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาเป็นชุด ๆ และต่อเนื่องกันหลายวัน เพื่อหวังผลในการเบิกหลายครั้ง จะถือว่าผิดเงื่อนไขการบริการ เนื่องจากมีเจตนาแยกเบิกซ้ำซ้อน เว้นแต่การส่งตัวไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น เนื่องจากเกินขีดความสามารถในการรักษาของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการตามสิทธิ หรือผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา

18. การตรวจสอบจะใช้เอกสาร หลักฐาน เวชระเบียนและเอกสารการเงินที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจัดเตรียมหรือจัดส่งให้ ณ วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการขอทบทุน เว้นแต่เอกสารออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจึงจะสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ ทั้งนี้กรณีแนวทางในการพิจารณาข้อทักท้วงให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของแต่ละกองทุน (ตามผนวก)

# กรณีดังต่อไปนี้**ไม่ถือ**เป็นบริการ “ผู้ป่วยใน” ได้แก่

1. กรณีรับไว้เพื่อทำ diagnosis procedure เช่น การรับไว้เพื่อทำ CT, MRI, IVP เป็นต้น
2. กรณีรับไว้เพื่อการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการไปทำหัตถการหรือการการผ่าตัดด้วยหน่วยบริการอื่น เช่น การเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำ PCI, gastroscopy เป็นต้น
3. กรณีรับไว้นอนในหน่วยบริการ แต่ไม่พบคำสั่งให้ admit จากแพทย์ เช่น พบว่ามีคำสั่งให้ส่งต่อ refer ใน OPD card หรือคำสั่งให้ observe เป็นต้น
4. กรณีรับไว้โดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์ที่เหมาะสม เช่น การ admit เพื่อรับยาต่อเนื่อง เป็นต้น
5. กรณีนัดมาทำหัตถการที่ไม่ซับซ้อน ใช้เวลาไม่นาน ไม่ต้องวางยาทางวิสัญญีและไม่ต้องใช้เวลาในการเฝ้าติดตามหลังทำหัตถการนาน เช่น การทำเลเซอร์ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ต้นในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ

ทั้งนี้ หากมีความจำเป็น ให้สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ บันทึกเหตุผลความจำเป็นในเวชระเบียน



# ขอขอบคุณค่ะ



เอกสารประกอบการบรรยาย ห้ามใช้เป็นเอกสารอ้างอิง