

แนวทางการบันทึกเวชระเบียน และตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน Medical Record Audit Guideline สำหรับแพทย์

การประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน และ
การขอรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 8 วันที่ 7-8 ก.ค. 2568

กรอบการนำเสนอ

1. วัตถุประสงค์ การบันทึกเวชระเบียน ตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน และการตรวจสอบการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการ

2. กฎหมาย/ระเบียบ/ประกาศ/แนวทาง ที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกเวชระเบียน และการตรวจสอบ

3. แนวทางการบันทึก และตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน สำหรับแพทย์

1. วัตถุประสงค์การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย



- ❑ **เพื่อ**ก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- ❑ เกิดการสื่อสารที่ดีในทีมระหว่างให้บริการผู้ป่วย
- ❑ และประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย

*****การบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย เป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ดูแลรักษา ซึ่งจะต้องทำการบันทึกข้อมูลนี้ด้วยตัวเองหรือกำกับตรวจสอบให้มีการบันทึกที่ถูกต้อง**

หลักการพื้นฐานทางกฎหมายเมื่อเกิดคดีความ ทางการแพทย์ “การไม่บันทึกในเวชระเบียน คือ การไม่ได้กระทำ”
ที่มา หนังสือแด่หมอใหม่ 2563 รศ.นพ. เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ กรรมการแพทยสภา, ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา

วัตถุประสงค์การตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียน

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้
หน่วยบริการในระบบ
UC มีการพัฒนา
คุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน

นำผลการตรวจประเมิน
คุณภาพการบันทึก
เวชระเบียนมาใช้เป็น
เครื่องมือในการพัฒนา
คุณภาพการรักษา

เพื่อใช้เป็นเครื่องมือ
สื่อสารในการดูแลรักษา
ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนต้องทำอย่างดีที่สุดในทุกผู้ป่วยทุกราย มิใช่ทำเพื่อรองรับการตรวจสอบเท่านั้น แต่ทำ
เพื่อช่วยให้ได้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ และ**ต้องยินยอมให้มีการตรวจสอบ**ตามกระบวนการต่างๆ ด้วยความ
เต็มใจ **พร้อมรับการวิจารณ์และนำมาแก้ไข** โดยไม่โกรธเคืองผู้ที่ทำการทบทวน

วัตถุประสงค์ การตรวจสอบการจ่ายชดเชยและ คุณภาพบริการ

1. เพื่อตรวจสอบ**ความถูกต้องและครบถ้วน**ของข้อมูลที่ใช้ประกอบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข
2. เพื่อให้หน่วยบริการ**ได้รับการชดเชยค่าบริการฯ ที่ถูกต้อง**ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่สำนักงานกำหนด
3. เพื่อให้หน่วยบริการ**รับทราบปัญหา อุปสรรค**ในการดำเนินการเบิกค่าบริการฯ และดำเนินการแก้ไข รวมถึงการ**พัฒนาระบบข้อมูล**การให้บริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. เพื่อให้สำนักงาน**ได้รับทราบปัญหา อุปสรรค**รวมทั้งข้อเท็จจริงในการดำเนินการให้บริการ และการเบิกค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ และนำมาใช้**ปรับปรุงแบบการบริหารจัดการ**ให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

2. กฎหมาย/ระเบียบ/ประกาศ/แนวทาง/คู่มือ

1. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
2. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541
3. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2567
4. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายบริการสาธารณสุข ภายใต้งบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับปัจจุบัน
5. ระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข พ.ศ.2566
6. แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข **ร่วม 3 กองทุน พ.ศ.2566**
7. ประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับอัปเดตล่าสุด) พ.ศ. 2499 ความผิดเกี่ยวกับการปลอมเอกสารและการใช้เอกสารปลอมเอกสาร

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

มาตรา 26 ให้สำนักงานมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้ (6) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

มาตรา 45 ให้หน่วยบริการมีหน้าที่

- (1) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน ยา และเวชภัณฑ์ ที่ได้คุณภาพ และมีมาตรฐาน...
- (2) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ได้รับบริการร้องขอ และตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย...
- (3) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่อง แก่ญาติหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ
- (4) รักษาความลับของผู้รับบริการอย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐตามกฎหมาย
- (5) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด



ความผิดเกี่ยวกับการปลอมเอกสาร และการใช้เอกสารปลอม

- **มาตรา 264 ผู้ใดทำเอกสารปลอม**ขึ้นทั้งฉบับหรือแต่ส่วนหนึ่งส่วนใด เติมหรือตัดทอนข้อความ หรือแก้ไขด้วยประการใดๆ ในเอกสารที่แท้จริง หรือประทับตราปลอม หรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสาร
- **มาตรา 268 ผู้ใดใช้หรืออ้างเอกสาร**อันเกิดจากการกระทำความผิดตามมาตรา 264 โดยประการที่น่าจะ**เกิดความเสียหาย**แก่ผู้อื่นหรือประชาชน ถ้าได้กระทำให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง **ผู้นั้นกระทำความผิดฐานปลอมเอกสารต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ**
- ***** ผู้ใดกรอกข้อความลงในแผ่นกระดาษหรือวัตถุอื่นใด ซึ่งมีลายมือชื่อของผู้อื่นโดยไม่ได้ได้รับความยินยอม หรือโดยฝ่าฝืนคำสั่งของผู้อื่นนั้น
- ***** ถ้าได้กระทำเพื่อนำเอาเอกสารนั้นไปใช้ในกิจการที่อาจเกิดเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใดหรือประชาชน ให้ถือว่าผู้นั้นปลอมเอกสาร **ต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน**

ศาลไม่เชื่อถือเวชระเบียนที่มีร่องรอยการแก้ไขมาแล้ว และหากเป็นเวชระเบียนในสถานพยาบาลของรัฐ จะถือเป็นเอกสารราชการ การแก้ไข ดัดแปลง หรือทำปลอม จะมีโทษหนักกว่าเวชระเบียนในสถานพยาบาลเอกชน

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 157

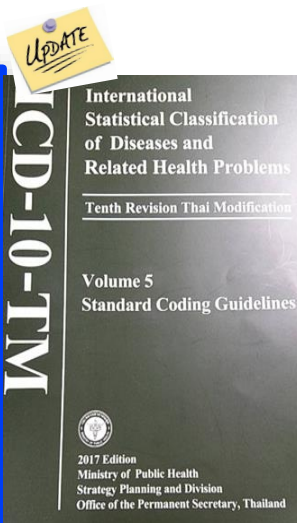
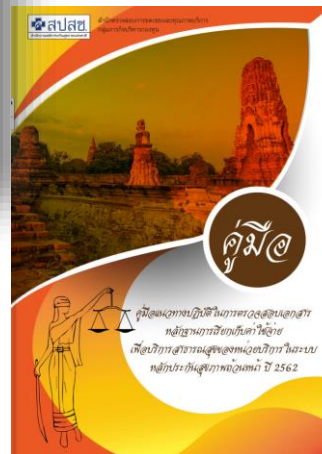
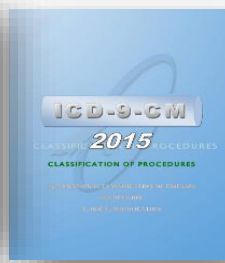
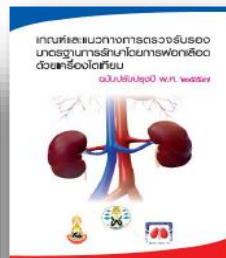
บัญญัติไว้ว่า “**ผู้ใดเป็นเจ้าพนักงาน** ปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ เพื่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด หรือปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยทุจริต

ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงสิบปี หรือปรับตั้งแต่สองหมื่นบาทถึงสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ



คู่มือการตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ

Reference



คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมกำกับกับการชดเชยค่าบริการ
และคุณภาพการรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่าง 3 กองทุน

คู่มือและประกาศฉบับล่าสุด
ณ ช่วงเวลานั้น

ฝ่ายตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ : สายงานบริหารกองทุน สปสช.

3. แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย สำหรับแพทย์

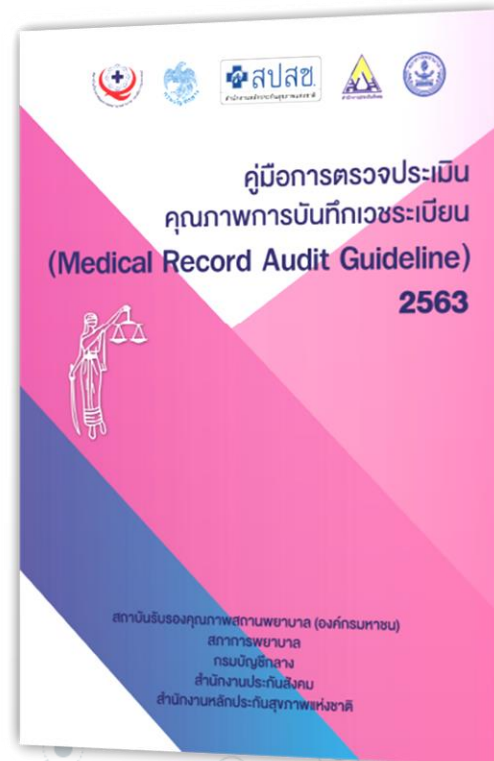


แนวทางในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยสำหรับแพทย์ของแพทยสภา
ปี พ.ศ. 2542

แนวทางการตรวจ
ประเมินคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน
**ผู้ป่วยนอก/
ฉุกเฉิน**

แนวทางการตรวจ
ประเมินคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน
ผู้ป่วยใน

แนวทางการตรวจ
ประเมินคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน
ผู้ป่วยจิตเวช
กรณี **ผู้ป่วยใน**



แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย สำหรับแพทย์

1. ผู้ป่วยนอก ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

1. อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
2. ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น ๆ
3. บันทึกสัญญาณชีพ (Vital Signs)
4. ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ผิดปกติ หรือที่มีความสำคัญต่อการวินิจฉัย หรือการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย
5. ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
6. การสั่งการรักษาพยาบาล รวมตลอดถึงชนิดของยาและจำนวน
7. ในกรณีมีการทำหัตถการ ควรมี
 - ก) บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ
 - ข) ใบนยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังจากที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดีและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ
8. คำแนะนำอื่น ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วย

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย สำหรับแพทย์

2. ผู้ป่วยแรกได้รับรักษาในสถานพยาบาล ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

1. อาการสำคัญ และประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ
2. ประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสารอื่น
3. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ ซึ่งอาจสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้
4. บันทึกสัญญาณชีพ (Vital Signs)
5. ผลการตรวจร่างกายทุกระบบที่สำคัญ
6. ปัญหาของผู้ป่วย หรือการวินิจฉัยโรค หรือการแยกโรค
7. เหตุผลความจำเป็นในการรับไว้รักษาในสถานพยาบาลและแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย สำหรับแพทย์

3. ผู้ป่วยระหว่างนอนพักรักษาในสถานพยาบาล ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน

1. บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่สำคัญระหว่างพักรักษาตัวในสถานพยาบาล
2. บันทึกอาการทางคลินิกและเหตุผลเมื่อมีการสั่งการรักษาพยาบาลหรือเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาล
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่าง ๆ
4. ในกรณีมีการทำหัตถการ ควร
 - ก. บันทึกเหตุผล ความจำเป็นของการทำหัตถการ
 - ข. ใขยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้แทน ภายหลังจากที่ได้รับทราบและเข้าใจถึงขั้นตอน ผลดีและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการทำหัตถการ

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย สำหรับแพทย์

4. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาล ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

1. การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย หรือการแยกโรค
2. สรุปผลการตรวจพบและเหตุการณ์สำคัญระหว่างการนอนพัก รักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ
3. สรุปการผ่าตัดและหัตถการที่สำคัญ
4. ผลลัพธ์จากการรักษา
5. สถานภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจากสถานพยาบาล
6. คำแนะนำที่ให้แกผู้ป่วย หรือญาติ

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย สำหรับแพทย์

5. การสั่งการรักษาและการบันทึกอาการทางคลินิก ควรบันทึกด้วยลายมือที่มีลักษณะชัดเจน พอเพียงที่ผู้อื่นจะอ่านเข้าใจได้หรือใช้การพิมพ์ **และแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่ง หรือบันทึกทุกครั้ง** ในกรณีที่ลายมือชื่ออาจไม่ชัดเจน ควรมีสัญลักษณ์ ซึ่งทีมผู้รักษาสามารถเข้าใจได้ง่ายประกอบด้วย

6. การรักษาพยาบาลด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์ จะทำได้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นรีบด่วนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือในกรณีการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษาพยาบาลด้วยคำพูด หรือทางโทรศัพท์ **แพทย์ผู้สั่งการรักษาต้องลงนามกำกับท้ายคำสั่งโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถดำเนินการได้ และอย่างช้าที่สุดไม่ควรเกิน 24 ชั่วโมง** ภายหลังการสั่งการรักษาดังกล่าว

แนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย สำหรับแพทย์

7. แพทย์ผู้รักษาพยาบาลพึงทำการบันทึกข้อมูลทางคลินิกต่าง ๆ ดังกล่าวให้เสร็จสิ้น โดยรวดเร็วภายหลังเหตุการณ์นั้น ๆ **บันทึกเวชระเบียนควรมีความสมบูรณ์อย่างช้าภายใน 15 วัน** หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากการรักษาพยาบาล

หมายเหตุ

เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ต่อเนื่อง **ควรเก็บรักษาบันทึกเวชระเบียนไว้อย่างน้อยที่สุด 5 ปี** นับจากวันที่ผู้ป่วยมาติดต่อรับการรักษาสุดท้ายและก่อนที่สถานพยาบาลจะทำลายเวชระเบียนดังกล่าวควรจะได้มีการประกาศเพื่อให้ผู้ป่วยที่ยังประสงค์จะใช้ประโยชน์จากข้อมูลในเวชระเบียนดังกล่าวสามารถคัดค้านการทำลายหรือทำการคัดลอก คัดสำเนาข้อมูลเฉพาะส่วนของตน เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป

การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน **ผู้ป่วยนอก**

เรื่องที่ต้องประเมินทุกราย 5 เรื่อง

1. Patient's profile
2. History
3. Physical examination / Diagnosis
4. Treatment / Investigation
5. Follow up (เฉพาะกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง และ กรณีผู้ป่วยนอกที่แพทย์นัดมา รักษาต่อเนื่อง)

เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 2 เรื่อง

1. Operative note
2. Informed consent

สรุปเรื่องที่ต้อง **เพิ่ม+** หรือ **หัก-** คะแนน

1. Patient's Profile: **ข้อมูลผู้ป่วย หัก -1** คะแนน กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล โดยไม่มีการลงลายมือชื่อทำการแก้ไข
2. History : ประวัติการเจ็บป่วย ข้อ4 ให้เพิ่ม +1 คะแนนถ้า PI ครบ 5W2H
3. Treatment +1 คะแนน สั่งยาNED ระบุเหตุผล A-F
4. Follow up +1 คะแนน สั่งยาNED ระบุเหตุผล A-F
5. Operative notes : +1 คะแนน วาดรูปสิ่งผิดปกติ

เกณฑ์การให้คะแนน 7ข้อในแต่ละเรื่อง ข้อละ 1คะแนน



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน Medical Record Audit Form (OPD/ER)

Hcode Hname..... HN PID ☐ General case Diagnosis Visit Date
☐ Chronic case ช่วงเวลาที่ตรวจสอบ ถึง.....
Diagnosis..... 1st Visit Date.....

การบันทึกช่อง NA: กรณีไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ได้แก่ Follow up, Operative note, Informed consent, Rehabilitation record เนื่องจากไม่มีการให้บริการ ให้กากบาท ในช่อง NA

การบันทึกช่อง Missing: กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้กากบาทในช่อง Missing

การบันทึกคะแนน: (1) กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน (2) กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน (3) กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก/ไม่มีข้อมูลในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ ให้ NA

No	Contents	NA	Missing	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เพิ่มคะแนน	หักคะแนน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
1	Patient's Profile														
2	History (1 st visit)					NA	NA	NA	NA	NA					
3	Physical examination/Diagnosis				NA	NA	NA	NA	NA						
4	Treatment/Investigation			NA		NA	NA	NA							
5	Follow up ครั้งที่ 1/...../.....					NA		NA	NA						
	Follow up ครั้งที่ 2/...../.....														
	Follow up ครั้งที่ 3...../...../.....														
6	Operative note														
7	Informed consent														
8	Rehabilitation record *														

คะแนนเต็ม (Full score) รวม.....คะแนน (คะแนนเต็ม ไม่น้อยกว่า 14 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน : General case)
(คะแนนเต็ม ไม่น้อยกว่า 18 คะแนน สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง : Chronic case ที่มีการตรวจ follow up อย่างน้อย 1 ครั้ง)

คะแนนที่ได้ (Sum score) รวม.....คะแนน

ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม

Overall finding (.....) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)
(เลือกเพียง 1 ข้อ) (.....) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)
(.....) Certain issues in question specify (มีปัญหามาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

หมายเหตุ Rehabilitation record * ใช้ในกรณีประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช (ผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน)

Audit by..... Audit Date

1. Patient 's profile

1. Patient's profile: ข้อมูลผู้ป่วย

เอกสารที่ใช้ประเมิน

หลายลายมือ หรือ แก้ไขเพิ่มเติม หรือ เขียนด้วยดินสอ โดย
ไม่ลงลายมือชื่อกำกับ ไม่ประเมิน

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก แผ่นที่ 1 หรือหน้าแรกของเวชระเบียน หรือแผ่นที่โรงพยาบาลระบุว่าเป็นส่วนที่บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาจเป็นการบันทึกด้วยลายมือของเจ้าหน้าที่ หรือพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย หรือผู้แทนผู้ป่วยที่ลงบันทึกให้ในใบคำร้องขอมีเวชระเบียนในการมารับบริการ
2. กรณีที่เป็นการพิมพ์จากระบบคอมพิวเตอร์จะต้องมีการระบุผู้รับผิดชอบ (ชื่อและนามสกุล) ตามระบบการจัดการของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลนั้น
3. กรณีที่มีการบันทึกหลายลายมือ หรือมีการแก้ไขเพิ่มเติมต้องมีการลงลายมือชื่อกำกับ (ชื่อและนามสกุล) หากไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับจะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
4. กรณีที่เขียนหรือแก้ไขด้วยดินสอจะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน

3. Physical examination /Diagnosis: การตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปการวินิจฉัยโรคที่ครอบคลุมตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) บันทึกการวินิจฉัยเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่บันทึกคำวินิจฉัยเป็นรหัส ICD-10 และไม่บันทึกเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10
(ตัวอย่างคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 : “D64.8 Other specified anaemias”
“J20.9 Acute bronchitis, unspecified” เป็นต้น) **และ**
- 2) ในผู้ป่วยนอกทั่วไป/ฉุกเฉิน มีการวินิจฉัยโรคหรือการสรุปการวินิจฉัยโรคขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย
- 3) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการวินิจฉัยโรคที่เฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับผลการซักประวัติหรือผลการตรวจร่างกาย หรือประวัติการรักษาในครั้งก่อน เช่น diabetes mellitus type 2, chronic kidney disease stage 4 เป็นต้น

4. Treatment/Investigation: การรักษา/การตรวจเพื่อวินิจฉัย

เกณฑ์การประเมิน (7 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีบันทึกการสั่ง และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสี หรือการตรวจอื่น ๆ การสั่งตรวจอาจจะอยู่ครั้งก่อนหน้าได้

- กรณีที่เป็น standing order หน่วยบริการต้องแสดงหลักฐาน standing order นั้น
- กรณีที่ไม่จำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัยและไม่มีผลการตรวจ ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA
- กรณีที่ไม่มีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัยแต่มีผลการตรวจ หรือมีบันทึกการสั่งตรวจวินิจฉัย แต่ไม่มีผลการตรวจ ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินในข้อนี้
- กรณีที่ผลการตรวจนั้นได้ข้อมูลจากใบส่งต่อ (ใบ refer) ต้องมีระบุ

ไม่สั่งตรวจ ให้ NA

สั่งตรวจ แต่ไม่มีผล ไม่ผ่าน

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการให้การรักษา การสั่งยา การทำหัตถการ (ถ้ามี) ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย ยกเว้น กรณีที่แพทย์รับผู้ป่วยเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีบันทึกว่า “admit...”

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกการสั่งยาที่ระบุรายละเอียด ชื่อยา ความแรง ขนาดที่ใช้ และจำนวนยาที่สั่งจ่าย หรือ

เพิ่ม 2563

จำนวนวันที่สั่งจ่าย

- กรณีไม่มีการสั่งยา ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

ไม่สั่งยา ให้ NA

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์หรือผู้ที่รับผิดชอบ ในการตรวจรักษาโดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้
- กรณี รศส.แพทย์ ต้องพบการรับรองลงนามลายมือชื่อแพทย์ หรือบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาท่านใด

หมายเหตุ ให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนน

กรณีที่มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แล้วมีการระบุเหตุผลการใช้ยา (ภาคผนวก ค.)

การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ตามประกาศของกระทรวงการคลัง พ.ศ.2555

การตรวจสอบของการใช้ยา NED

หนังสือรับรองการใช้ยา NED	หนังสือรับรองความจำเป็นของการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ต้องเป็นยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับ ออย.และใช้ตามข้อบ่งชี้ที่ ออย. กำหนด
---------------------------	--

เหตุผลการใช้ยา NED	A : เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยา ED B : ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย C : ไม่มีกลุ่มยา ED ให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็น D : ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยา ED E : ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า) F : ผู้ป่วยแสดงความจำนงค์ต้องการ (เบิกไม่ได้)
--------------------	--

ด่วนที่สุด

ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๑๑๑



กระทรวงการคลัง
ถนนพระราม ๒ กทม. ๑๐๔๐๐

๒๑ กันยายน ๒๕๕๕

เรื่อง การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย

หนังสือด่วนที่สุด ที่ กค. 0422.2/ว 111 ลว. 24 กันยายน 2555

เรื่อง การระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1 : หลักการแนวคิดของการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 2 : คู่มือการแสดงเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

(สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย)



หนังสือรับรองเพื่อประกอบการเบิกจ่าย
กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ตามที่มีผู้ป่วยชื่อ เลขประจำตัวผู้ป่วย
เข้ารับการรักษา บัตรทอง มี น. ใน CUP ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2557 ถึงวันที่ 5 กันยายน 2557
ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค 1180 Bronchopneumonia, unspecified

และได้รับยารักษาซึ่งประกอบไปด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามรายการดังนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	มูลค่า(บาท)
1.	Bromhexine syr. (NED) 4 mg/5ml	1	15.00

- ☐ A : เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- ☐ B : ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ได้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว
- ☒ C : ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- ☐ D : ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชีอย่างสมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามใช้ยาในบัญชีร่วมกับยาอื่น (contraindicated/serious/major drug interaction) ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
- ☐ E : ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)
- ☐ F : ผู้ป่วยแสดงความจำนงค์ต้องการ (เบิกไม่ได้)

6. Operative note: บันทึกการทำผ่าตัด หรือหัตถการ

3. ในกรณีที่มี operative note หลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
4. กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป หรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการ ต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์และสามารถนำมาใช้ในการประเมินได้
5. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก รวมทั้งแพทย์ผู้ทำหัตถการ

- **ตาราง บันทึก**
รายละเอียด หรือ
- **เอกสารแนบเพิ่ม**
หรือ
- **Check block**

		ICD-9-CM	
		Major OR procedure	Non-OR procedure (Effected Thai DRGs)
สถานที่ ทำ	ห้องผ่าตัด	ประเมิน	ประเมิน
	นอกห้องผ่าตัด	ประเมิน	ไม่ต้องประเมิน

การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน **ผู้ป่วยใน**

เรื่องที่ต้องประเมินทุกราย 7 เรื่อง

1. Discharge summary (Diagnosis, Operation): เนื้อหาข้อมูลทางสถิติ และการแพทย์ **หัก -1 คะแนน**
2. Discharge summary (Others) เนื้อหาอื่นๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและส่วนประกอบอื่นๆ
3. Informed consent: บันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษา หรือทำหัตถการ
4. History: บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์
5. Physical exam: บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์
6. Progress note และ doctor's order: บันทึกความก้าวหน้า และหรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์
7. Nurses' note: บันทึกทางการพยาบาล **หัก -1**

เรื่องที่ประเมินเมื่อมีการให้บริการ 5 เรื่อง

1. Consultation record: บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์
2. Anesthetic record: บันทึกทางวิสัญญีวิทยา
3. Operative note: บันทึกการผ่าตัดหรือหัตถการ : **หัก1/2 ของคะแนนรวม**
4. Labour record: บันทึกการติดตามแพ้ะวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด
5. Rehabilitation record: บันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

- DC Sum : **หัก -1 กรณีที่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล โดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ**

- Op notes: **หัก1/2 ของคะแนนรวม มีหัตถการหลายครั้ง แต่บันทึกไม่ครบ**

- NN : **หักข้อละ -1 บันทึกไม่ทุกวันทุกเวร ,บันทึกวันเวลา ในบันทึกการให้ยาไม่ตรงคำสั่ง**

มีเกณฑ์การให้คะแนน 9ข้อในแต่ละเรื่อง ข้อละ 1คะแนน



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน Medical Record Audit Form (IPD)

Hcode Hname..... HN..... AN..... Date admitted..... Date discharged

การบันทึกช่อง NA: กรณีไม่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ลำดับที่ 7, 8, 9, 10, 11 เนื่องจากไม่มีการให้บริการ ให้กาบาทในช่อง NA

การบันทึกช่อง Missing: กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไป ให้ กาบบาทในช่อง Missing

การบันทึกช่อง No: กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารนั้น ให้กาบาทในช่อง “No”

การบันทึกคะแนน: (1) กรณีที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 1 คะแนน (2) กรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ 0 คะแนน (3) กรณีไม่จำเป็นต้องมีบันทึก/ไม่มีข้อมูล ในเกณฑ์ข้อที่ระบุให้มี NA ได้ ให้ NA

Content	NA	Missing	No	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เกณฑ์ ข้อ 8	เกณฑ์ ข้อ 9	หัก คะแนน	รวม คะแนน	หมายเหตุ
1. Discharge summary: Dx., OP					NA	NA	NA			NA				5/9	
2. Discharge summary: Other														7	
3. Informed consent														9	
4. History														9	
5. Physical exam							NA							9	
6. Progress note														9	
7. Consultation record														9	
8. Anesthetic record										NA				8/9	
9. Operative note														9	
10. Labour record														9	
11. Rehabilitation record														9	
12. Nurses' note													1	9	

คะแนนเต็ม (Full score) รวม.....คะแนน (ต้องไม่น้อยกว่า 56 คะแนน) คะแนนที่ได้ (Sum score) ร้อยละ

ประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในภาพรวม

Overall finding (...) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

(...) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการ HN AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารแผ่นนี้เป็นของใครจึงไม่สามารถทบทวนเอกสารแผ่นนั้นได้

(เลือกเพียง 1 ข้อ)

(...) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)

(...) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

(...) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

Audit by..... Audit Date

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation

เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและการแพทย์

สรุปด้วยดินสอ หรือ สรุปด้วยรหัส หรือ แก่ไขโดย
ไม่ลงลายมือชื่อกำกับ ไม่นำข้อความนั้นมาประเมิน

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ที่มีการบันทึกด้วยลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary
2. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้
 - กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) หากไม่มีการลงนามรับรอง ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล
3. กรณีที่สรุปด้วยดินสอ หรือสรุปด้วยรหัส (ICD) หรือมีการแก้ไขโดยไม่ลงนามกำกับ จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
4. กรณีมีการสรุปหลายลายมือ หรือแก้ไขโดยไม่มีการลงลายมือชื่อกำกับ ณ ตำแหน่งที่แก้ไข จะไม่นำข้อความนั้นมาใช้ในการประเมิน
5. กรณีผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมสรุป แล้วแพทย์ผู้รักษามาแก้ไขข้อมูล ต้องลงลายมือชื่อกำกับทุกตำแหน่งที่แก้ไขนั้น

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 สรุปการวินิจฉัยโรคใน ส่วนการวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) ดังนี้

- 1) สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10 (ตัวอย่างคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-10: “D64.8 Other specified anaemias” “J20.9 Acute bronchitis, unspecified” เป็นต้น) และ
- 2) สรุปการวินิจฉัยโรคใน ส่วน principal diagnosis สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และมีเพียงโรคเดียว

เกณฑ์ข้อที่ 2 สรุปการวินิจฉัยโรคใน ส่วนการวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication) ดังนี้

- 1) สรุปเป็นคำวินิจฉัยโรค (clinical term) ไม่สรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD และ
- 2) สรุปการวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน และสรุปสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) หรือเป็นพิษจากสารเคมี (external cause) (ถ้ามี) สอดคล้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน
- 3) การสรุปโรคให้ใช้ภาษาไทยได้เฉพาะใน ส่วนของ external cause เท่านั้น
 - กรณีที่ไม่มีการวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรก และสาเหตุการบาดเจ็บ (กรณีอุบัติเหตุ) ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation

เกณฑ์ข้อที่ 3 สรุปการทำหัตถการและหรือการผ่าตัด (procedure/operation) ถูกต้องและครบถ้วนตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน

- กรณีไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัด ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 4 บันทึกวันเดือนปี และเวลาที่เริ่มต้น และสิ้นสุดของการทำหัตถการในห้องผ่าตัด (operating room procedure) ทุกครั้ง **ไม่มีหัตถการ/การผ่าตัดให้ 1 คะแนน**

- กรณีไม่มีการทำหัตถการหรือการผ่าตัด ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

เกณฑ์ข้อที่ 5 ไม่ใช่ตัวย่อในการสรุป การวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) การวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) โรคแทรก (complication) สาเหตุจากภายนอก (external cause) การทำหัตถการ และหรือการผ่าตัด และสรุปด้วยลายมือที่สามารถอ่านออกได้

- ในกรณีที่จำเป็นต้องสรุปด้วยตัวย่อสามารถใช้ตัวย่อที่อ้างอิงตาม WHO ICD 10 และ ICD 9 CM

สรุปต้องไม่ย่อ อ่านออก

ใช้ Clinical summary สรุปโรคแทนข้อมูลในเวชระเบียนได้

เกณฑ์ข้อที่ 6 สรุปข้อมูลในส่วน clinical summary (ซึ่งอาจอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนก็ได้) โดยต้องมีทุกข้อโดยสังเขป ดังนี้

- (1) สาเหตุหรือปัญหาผู้ป่วยมารับหรือการวินิจฉัยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- (2) การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค (investigated) ที่สำคัญและเกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- (3) การรักษาและผลการรักษาที่จำเป็น
- (4) แผนการรักษาฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพหลังจำหน่ายผู้ป่วย (ถ้ามี)
- (5) Home medication

เกณฑ์ข้อที่ 7 สรุปสาเหตุการตายให้สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน

- กรณีที่ผู้ป่วยไม่เสียชีวิต ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ NA

1. Discharge Summary: Diagnosis, Operation

เกณฑ์ข้อที่ 8 สรุปร discharge status และ discharge type ถูกต้องตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณีที่ discharge type เป็น “by transfer” ต้องระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ

ต้องระบุพ.Refer

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการลงลายมือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษา หรือแพทย์ผู้สรุป โดยต้องระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ discharge summary

ต้องระบุชื่อสกุลและเลข ว

Discharge status

- Refer รักษาต่อรพ.อื่นเลือก 2 หรือ 3
- เสียชีวิตบนรถRefer เลือก 9
- มารดาคลอดเลือก 4 ถ้าไม่คลอดเลือก 5

Discharge type

- Refer 4 by transfer
- เสียชีวิตบนรถRefer เลือก 8 หรือ 9

4. History

บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์

เอกสารแรกรับ ไม่ใช่แพทย์ / ไม่มีลายมือแพทย์ไม่รู้ใคร
ไม่ประเมิน ระบุ NO

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์ในส่วนที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์
ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก
2. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - 2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)
3. ในกรณีที่มีการบันทึกการซักประวัติหลายใบ และหรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึก
โดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

4. History

อาการและระยะเวลา

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

เกณฑ์ข้อที่ 1 บันทึก chief complaint: อาการและระยะเวลา หรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล

เกณฑ์ข้อที่ 2 บันทึก present illness: ในส่วน 5W, 2H (what, where, when, why, who, how, how many) โดยต้องมีอย่างน้อย 3 ข้อ **5W, 2H อย่างน้อยมี 3 ข้อ**

- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

เกณฑ์ข้อที่ 3 บันทึก present illness ในส่วนการรักษาที่ได้มาแล้ว หรือในส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา (รวมถึงการรับประทานยาเองจากบ้าน หรือการจัดการ การดูแลตนเองอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ก่อนมาโรงพยาบาล)

- กรณีไม่ได้รับการรักษาที่ใดมาก่อนต้องระบุว่า “ไม่ได้รับการรักษาจากที่ใด”

- กรณีผู้ป่วย “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ไม่สามารถซักประวัติได้” ต้องมีบันทึกว่า “ไม่รู้สีกตัว” หรือ “ซักประวัติไม่ได้”

ต้องระบุ ไม่มี / ไม่ทราบ / ไม่แพ้

ลายมือแพทย์รู้ว่าใคร

- เกณฑ์ข้อที่ 7 บันทึกการซักประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (review of system) ทุกระบบ
- เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือชื่อแพทย์ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ physical examination)
- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า แพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก โดยไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่
- เกณฑ์ข้อที่ 9 ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น ประวัติได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือญาติ หรือประวัติเก่าจากเอกสาร ในเวชระเบียนหรือเอกสารใบส่งต่อ

5. Physical examination

บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการตรวจร่างกายแรกรับโดยแพทย์ ในส่วนที่แพทย์เป็นผู้บันทึกเท่านั้น ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์ จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก
2. เอกสารบันทึกแรกรับโดยแพทย์จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้
 - 2.1 กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - 2.2 กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์)
3. ในกรณีที่มีการบันทึกหลายใบ และหรือแพทย์หลายคนเป็นผู้บันทึก ให้ยึดตามใบที่เป็นบันทึกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

PR/RR/Tต้องมี BP ยกเว้น<5ปี กรณีไม่จำเป็น ให้ NA

เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึก vital signs: temperature, pulse rate, respiration rate และ blood pressure (กรณี blood pressure ให้ยกเว้นในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปี โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย)

เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกน้ำหนัก ทุกราย และส่วนสูงในกรณีดังต่อไปนี้

- (1) กรณีเด็ก บันทึกส่วนสูงทุกราย
- (2) กรณีผู้ใหญ่ บันทึกส่วนสูงในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ค่า BMI (Body Mass Index) หรือค่า BSA (Body Surface Area) ในการวางแผนการรักษา เช่น รายที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น

- กรณีที่ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงไม่ได้ ต้องระบุเหตุผลที่เหมาะสม

เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกการตรวจร่างกายจากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง ที่นำไปสู่การวินิจฉัยที่สอดคล้องกับ chief complaint ซึ่งมีใช้เขียนแค่คำว่า “ปกติ” หรือเขียนว่า “WNL”

5. Physical examination

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการสรุปวินิจฉัยขั้นต้น (provisional diagnosis) ที่สอดคล้องกับประวัติ และ หรือ ผลการตรวจร่างกาย

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกรายละเอียดแผนการรักษาในการ admit ครั้งนี้

- กรณีบันทึกว่า admit ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ข้อนี้

ต้องมีแผนการรักษา เขียนแค่ admit ไม่ผ่าน

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบ ในการตรวจร่างกาย โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในกรณีที่แยกใบกับ history)

- กรณีที่มีการบันทึกผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า แพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก โดยไม่ต้องลงลายมือชื่อใหม่

ลายมืออ่านออก ลงลายมือแพทย์และรู้ว่าใคร

6. Progress notes และ Doctor's order sheet

บันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์

Day1 ให้เป็นตรวจร่างกายแรกทำได้

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึก progress note ที่บันทึกโดยแพทย์ หรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 1- 8
 - ข้อมูลการบันทึก progress note ในวันแรก อนุมัติให้ใช้การซักประวัติ และการตรวจร่างกายแรกทำได้
2. เอกสาร doctor's order ของแพทย์ ใช้ในประเมินเกณฑ์ข้อที่ 9
3. กรณีที่บันทึกโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์) จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ยกเว้นมีการลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด
 - กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก

6. Progress notes และ Doctor's order sheet

ต้องมีบันทึก 3 วันแรก มีวันและเวลาทุกครั้ง

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการลงวันเดือนปี และเวลา ทุกครั้งที่บันทึก progress note
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีการบันทึกทุกวันใน 3 วันแรก
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีการบันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P (subjective, objective, assessment, plan) ใน 3 วันแรก
- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีการบันทึกทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้ยา หรือมีการทำ invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล
- เกณฑ์ข้อที่ 5 บันทึกเนื้อหาครอบคลุม S O A P ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการ หรือการรักษา หรือให้ยาหรือมีการทำ invasive procedure หรือเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้ดูแล

6. Progress notes และ Doctor's order sheet

แปลผล และวินิจฉัย ร่วมกับวางแผนรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 6 มีการบันทึกการแปลผล investigation ที่สำคัญ และมีการวินิจฉัยร่วมกับการวางแผนการรักษาเมื่อผล investigation ผิดปกติ

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีการบันทึก progress note ลงตรงตำแหน่งที่หน่วยบริการกำหนดให้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบในการบันทึก progress note โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึก

เกณฑ์ข้อที่ 9 การลงวันเดือนปีและเวลา พร้อมลงนามกำกับในใบคำสั่งการรักษา (ทั้งกรณี order for one day และ continue) ทุกครั้งที่มีการสั่งการรักษา โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด

- กรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพที่รับคำสั่ง (รคส.) หรือมีการสั่งการรักษาทางช่องทางอื่นๆ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่สั่งการรักษา

ลายมืออ่านออก ลงลายมือแพทย์และรู้ว่าใคร
“ตรายาง ชื่อสกุล เลข ว” หรือ LogIn พ. เลขว

9. Operative notes

บันทึกการทำผ่าตัด หรือการทำหัตถการ

เอกสารที่ใช้ประเมิน

1. เอกสารบันทึกการทำผ่าตัด หรือการทำหัตถการโดยแพทย์ผู้ทำหัตถการนั้น
2. ในกรณีที่มี operative note หลายใบ หากพบว่ามีความสมบูรณ์ของการบันทึกต่างกัน การประเมินให้ใช้คะแนนจากใบ operative note ที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด
3. กรณีเอกสารบันทึกการทำผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปหรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการ ต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์และสามารถนำมาใช้ในการประเมินได้
4. กรณีเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ

พิมพ์สำเร็จ ไม่มีลงลายมือแพทย์ผ่าตัด ไม่ประเมิน

9. Operative notes

5. บันทึก operative note ที่จะไม่นำมาใช้ในการประเมิน ให้ผู้ตรวจประเมินระบุ No ในกรณีดังนี้
- กรณีที่มีการบันทึกโดยไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด เป็นผู้ทำหัตถการ
 - กรณีที่ไม่มีการบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ และวิธีการทำหัตถการในตำแหน่งการบันทึก operative description
 - กรณีเอกสารบันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปหรือใช้ check block โดยบันทึกข้อมูลบางส่วน ที่ไม่มีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ

ไม่มีรายละเอียดการผ่าตัด ไม่ประเมิน

9. Operative notes

ตัวย่อได้เฉพาะ ICD-10
 ต้องไม่ same ไม่ปีกกา ไม่ลูกศรชี้โยง

เกณฑ์การประเมิน (9 ข้อ)

- เกณฑ์ข้อที่ 1 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ HN AN เพศ เป็นต้น
- เกณฑ์ข้อที่ 2 มีบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนทำหัตถการ (pre-operative diagnosis) และหลังทำหัตถการ (post-operative diagnosis) หากจะใช้ตัวย่อใช้ได้เฉพาะที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10 เท่านั้น โดย post-operative diagnosis ต้องบันทึกเป็นชื่อโรคที่แพทย์วินิจฉัยเท่านั้น ไม่สามารถใช้ “same” หรือใช้เครื่องหมาย “ปีกกา” หรือเครื่องหมาย “-----” หรืออื่นๆ
- เกณฑ์ข้อที่ 3 มีบันทึกชื่อการทำหัตถการ ถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับวิธีการทำหัตถการนั้น

9. Operative notes

Position incision Finding สิ่งที่พบ สิ่งที่ตัดออก และชิ้นเนื้อส่งตรวจ

- เกณฑ์ข้อที่ 4 มีบันทึกรายละเอียดสิ่งที่ตรวจพบ สอดคล้องกับ post-operative diagnosis
- เกณฑ์ข้อที่ 5 มีบันทึกรายละเอียดวิธีการทำหัตถการประกอบด้วย position incision สิ่งที่ตัดออก เป็นต้น รวมถึงการส่งชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ
- เกณฑ์ข้อที่ 6 มีบันทึกภาวะแทรกซ้อน และจำนวนเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด (สามารถใช้คำว่า minimal blood loss ได้)
- กรณีไม่มีภาวะดังกล่าวต้องระบุ “ไม่มี”

ไม่มีแทรกซ้อน ไม่มีเลือด ต้องระบุ ไม่มี

เกณฑ์ข้อที่ 7 มีบันทึกวัน เวลา ที่เริ่มต้นและสิ้นสุดการทำหัตถการ

เกณฑ์ข้อที่ 8 มีบันทึก ชื่อ-นามสกุล คณะผู้ร่วมทำหัตถการ ได้แก่ แพทย์ วิสัญญี และ scrub nurse เป็นต้น และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์ข้อที่ 9 มีการบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยสามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด จากชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- กรณีเป็น operative note แบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่า แพทย์ผู้ใดเป็นผู้บันทึกการทำหัตถการ รวมทั้งระบุเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ลายมืออ่านออก ลงลายมือแพทย์และรู้ว่าใคร

ส่วนที่1 Admitting & identification section: **(มีหรือไม่มีก็ได้)**

- 1) Diagnosis summary index**
- 2) Admission and discharge record**

ส่วนที่3 Paramedical section:

- 1) Physiotherapy sheet**
- 2) Occupational therapy sheet**
- 3) Speech therapy sheet**
- 4) Social work report**
- 5) Other paramedical reports**

ส่วนที่4 Nursing Section:

- 1) Nurses' notes**
- 2) Graphic record**
- 3) Fluid balance summary**
- 4) Diabetic chart**
- 5) บันทึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล**

ส่วนที่2 Clinical medical section:

- 1) Discharge summary**
- 2) Referring letter sheet**
- 3) Informed consent**
- 4) History record**
- 5) Physical examination record**
- 6) Progress note**
- 7) Consultation report**
- 8) Physician's orders**
- 9) Anesthetic record**
- 10) Operative report**
- 11) Labour record**
- 12) Pathology special report**
- 13) Pathology, X-rays report sheet**
 - 13.1 Laboratory report**
 - 13.2 Hematology report**
 - 13.3 X-rays report**
 - 13.4 Blood transfusion report**
- 14) Electrocardiogram report**
- 15) Electroencephalogram report**
- 16) Other special clinical reports**

ส่วนที่ 5 Discharge/death section:

- 1) Discharge's form**
- 2) 2) Autopsy report and consent for autopsy**

ส่วนที่6 เอกสารอื่น เช่น

6.1 หลักฐานค่าใช้จ่าย (ถ้ามี) เอกสารแสดงสิทธิ (ถ้ามี)

**6.2 เอกสารบางแผ่นไม่มีชื่อผู้รับบริการไม่มี HN AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า
เป็นของผู้ใด**

7. Documentation inadequate for meaningful review

หมายถึง ข้อมูลไม่พอสำหรับการทบทวน

8. No significant medical record issue identified

หมายถึง ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน

9. Certain issues in question specify

หมายถึง มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ให้ระบุปัญหา

สรุปประเด็นที่พบจากการ Peer review ระดับจังหวัด

➤ กรณีไม่เข้าเงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1. ไม่สรุป Discharge Summary
2. สรุปเวชระเบียนด้วยรหัสโรค (ICD : 10)
3. ไม่พบคำสั่งแพทย์ให้ Admit
4. ไม่พบ Admission Note
5. พบ Admission Note แต่ไม่พบการบันทึกตรวจร่างกาย ชักประวัติ CC PI และไม่พบแพทย์ลงนาม/Login
6. ไม่พบการลงนามโดยแพทย์ใน Discharge Summary
7. การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่พบเหตุผลทางการแพทย์ที่เหมาะสม (OPD case เบิกชดเชยเป็น IPD) เช่น
 - case cutaneous abscess at left leg มีการ I&D at ER แล้ว admit ให้ IV ATB 1 วันก่อน D/C โดยไม่ระบุขนาดของ lesion เพื่อพิจารณาความจำเป็น
 - F/U lab ตามนัด
 - LOS 0-1 Day รับไว้ฉีดยา เช่น กลุ่มโรค Muscle strain ฉีดยาแก้ปวด
 - นัดมาทำ CT/ MRI และส่งต่อรพ.ตามสิทธิ์
8. กรณี Home ward ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีหลักฐาน FBS > 300 และ ผู้ป่วยความดันที่ไม่เกิน 180/120 ไม่ตรงตามเกณฑ์
9. ผู้ป่วยที่นอน 0-1 วัน และฉีดยาจนอาการดีขึ้น ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องรับไว้

สรุปประเด็นที่พบจากการ Peer review ระดับจังหวัด

➤ กรณีสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการไม่ถูกต้อง/ไม่พบหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย

1. ไม่พบหลักฐานการสรุปวินิจฉัยโรค, ไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ไม่มีผล Pathology, ไม่มีผลตรวจทางรังสีวิทยา เช่น
 - สรุป pneumonia ไม่พบผล CXR , สรุป Bacterial pneumonia ไม่มีผล sputum exam
 - สรุป Pdx. UTI โดยไม่พบผล UA ผิดปกติ
 - hypoglycemic coma แต่ไม่มีข้อมูลสนับสนุน
 - สรุปโรค anemia แต่ไม่พบการสั่งการรักษาที่เกี่ยวข้อง
 - สรุป acute respiratory failure แต่ผู้ป่วยหายใจ room air
 - สรุป sepsis โดยผล H/C NG ให้ IV ATB < 5-7 day และไม่มี oral ATB ต่อ ผู้ป่วยไม่ได้เป็น immunocompromised
 - สรุป Alcohol withdraw แต่ไม่มีบันทึกการใช้สุรา, การหยุดใช้
 - นำอาการมาวินิจฉัยเป็นโรค เช่น hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน
 - สรุป AKI แต่ผล Cr ดีขึ้นภายใน 2-3 วัน
 - สรุป UTI ร่วมกับ renal calculi
 - สรุป Shock ไม่มี poor tissue perfusion
2. สรุปวินิจฉัยโรคไม่สอดคล้องกับอาการ หรือการตรวจร่างกายของผู้ป่วย เช่น ตรวจร่างกาย WNL ทั้งหมด แต่สรุปวินิจฉัยเป็น CHF
3. สรุปวินิจฉัย R/O ซึ่งไม่ใช้การวินิจฉัยที่แท้จริง

สรุปประเด็นที่พบจากการ Peer review ระดับจังหวัด

➤ กรณีให้รหัสโรคและรหัสหัตถการไม่ถูกต้อง/ ไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน เช่น

1. แพทย์สรุปวินิจฉัย Anticoagulants adverse effect Coder ให้รหัส T455 รหัสที่ถูกต้องคือ กลุ่ม D68.4 Acquired coagulation factor deficiency
2. แพทย์วินิจฉัย pneumonia แต่ coder ให้รหัส bacterial pneumonia
3. แพทย์สรุปวินิจฉัย UTI due to E.coil แต่ coder ให้รหัส Sepsis (N390 + A415)
4. แพทย์ Dx : Functional Dyspepsia แต่ coder ให้รหัส R101
5. ให้รหัสหัตถการให้เลือด แต่ไม่พบการสรุปวินิจฉัยของแพทย์หน้า Discharge Summary
6. พบการให้รหัส ICD-10 Version เก่า เช่น DF ,Hemorrhoid

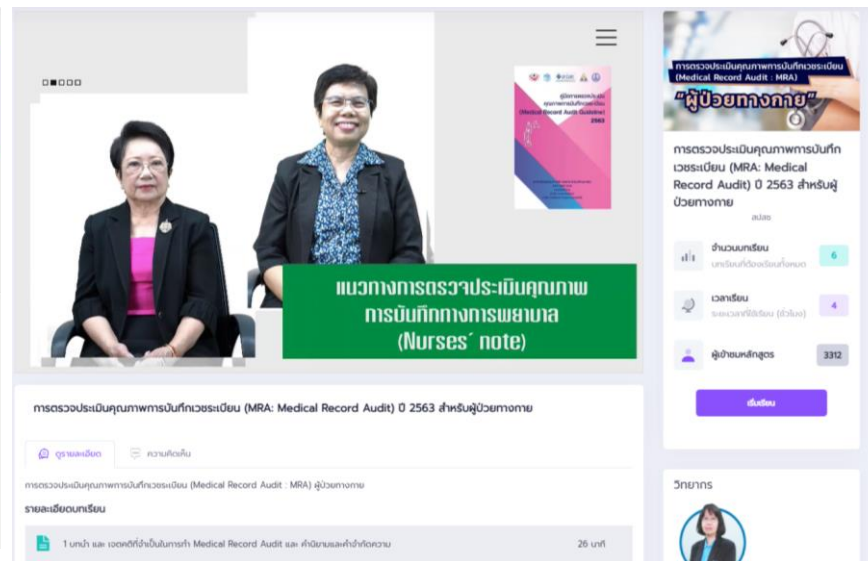
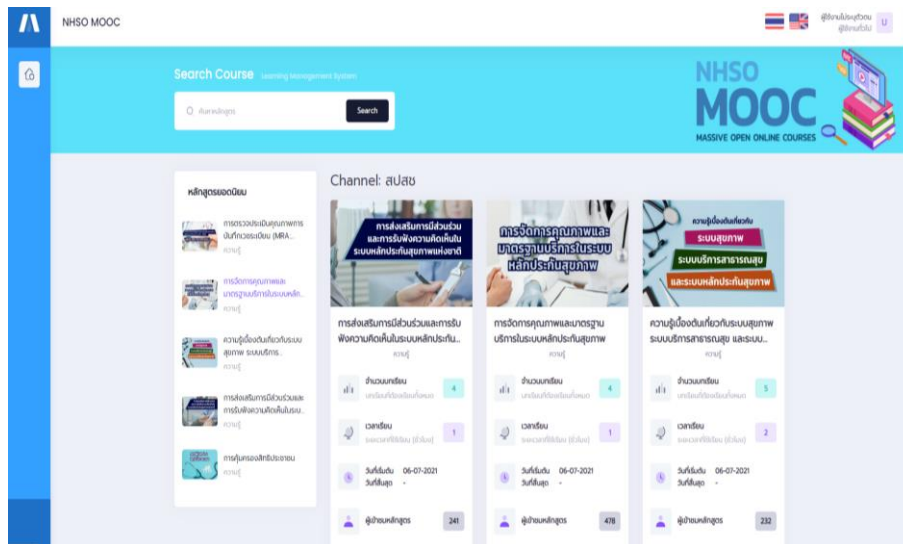
➤ กรณีอื่นๆ เช่น

1. บันทึกข้อมูลส่งเบิกชดเชยไม่สอดคล้องและไม่ได้ตามมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียน เช่น บันทึกเบิกชดเชย (ICD in Com) เป็นรหัสโรคหนึ่ง Discharge summary สรุปโรคหนึ่ง Auditor ตรวจสอบพบว่า เป็นอีกโรคหนึ่ง
2. ใบ Med reconcile ไม่พบการลงนามโดยแพทย์ผู้รักษา
3. พบคำสั่งการรักษา แต่ไม่มีการบันทึกผลการรักษา
4. พบคำสั่ง consult กายภาพบำบัด แต่ไม่มีบันทึกการรักษาของกายภาพบำบัด
5. ข้อมูลทั่วไปผิดพลาด เวลา Admit/Discharge ไม่ตรงกับเอกสารในเวชระเบียน เวลาจำหน่ายไม่ตรงใน nurse note
6. การใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากลในการวินิจฉัย เช่น ACD
7. ไม่พบการลงนามรับรองคำสั่ง รศส. โดยแพทย์ผู้รักษา

หลักสูตรอบรมออนไลน์ สปสช.

URL : mooc.nhso.go.th

- ระบบสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข ระบบหลักประกันสุขภาพ
- การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (MRA)
- ใบประกาศนียบัตรรับรองหลักสูตร ผ่านการอบรม Pre-Post





มูลนิธิพระบรมราชานุสรณ์
พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว
ในพระบรมราชูปถัมภ์



ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง
ลาภทรัพย์สินและเกียรติยศจะตกมาแก่ท่านเอง
ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์

พระราโชวาท
สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก



“
การทำความดี เป็นสุขเสมอ
เสมอด้วยใจ”

๐ ๖
นพ.สจวน นิตยารักษ์พงศ์



ขอบคุณค่ะ