

สรุปผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากร(การประชุม/อบรม/สัมมนา)

หน่วยงาน กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

เรื่อง อบรมฟื้นฟูวิชาการด้านการตรวจสอบชดเชยในระบบ DRGs (Coding Audit) จังหวัดศรีสะเกษ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ตามที่ข้าพเจ้า จำเริญเมลาณี แสงแปลง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พร้อมด้วย นายประวิทย์ ไชยคุณ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
นางวันเพ็ญ วงษาชัย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวพัชรสุดา ไชยสัตย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวเกษสิณี เหลืองจรัสสุริยา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางสาวนงลักษณ์ แก้ววงษา ตำแหน่ง จพ.เวชสถิติ
นางสาวนนทิวรรณ ศรีโพธิ์ ตำแหน่ง จพ.เวชสถิติ

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
เข้าร่วมอบรมหลักสูตร อบรมฟื้นฟูวิชาการด้านการตรวจสอบชดเชยในระบบ DRGs (Coding Audit)
จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ระหว่างวันที่ ๑๐-๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๖
สถานที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ กลุ่มงานประกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ตามหนังสือ หนังสือขออนุมัติเลขที่ ๐๐๓๓.๓๐๘/ ลงวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๖
ผู้เข้ารับการอบรม แพทย์/พยาบาล IPD/เวชสถิติ

ขอสรุปผลการประชุม / อบรม / สัมมนา ดังนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับระบบ DRGs (Coding Audit) และความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาล
สรุปเนื้อหาที่สำคัญ





แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ ร่วม 3 กองทุน ปี 2563 กรณีผู้ป่วยใน

ประกาศใช้ ตั้งแต่ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2563

เอกสารตรวจสอบเวชระเบียน กรณีการเบิกจ่าย ๓ กองทุนผู้ป่วยในประกอบด้วย

- ๑.กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ๒.กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ
- ๓.กองทุนประกันสังคม

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ ร่วม 3 กองทุน ปี 2563 กรณีผู้ป่วยใน

13

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

2. ตรวจสอบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) ประเด็นการพิจารณา มี ดังนี้

2.1 การระบุในแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) เพื่อการตรวจสอบ กรณีที่มีใบ discharge summary หลายใบ จะต้องมียุทธศาสตร์รับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่า ใบใน discharge summary ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีจะใช้ใบแรกสุดที่ผู้ตรวจสอบพบในเวชระเบียนในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นเพื่ออ้างถึงว่าเป็นใบสรุปนั้น แบบฟอร์มดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general discharge summary จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้

2.2 ควรสรุปเป็นคำวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ทางการแพทย์ ไม่ควรสรุปเป็นคำวินิจฉัยตามการให้รหัส ICD-9, ICD-10 หรือ กรณีสรุปด้วยดินสอให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ประสงค์จะเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้น

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ ร่วม 3 กองทุน ปี 2563 กรณีผู้ป่วยใน

13

2.3 การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์สามารถลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลงนามได้เพียง attending และต้องมีแพทย์ ลงนามรับรอง (approval) จึงจะถือว่าเป็นใบสรุปการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่า เวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

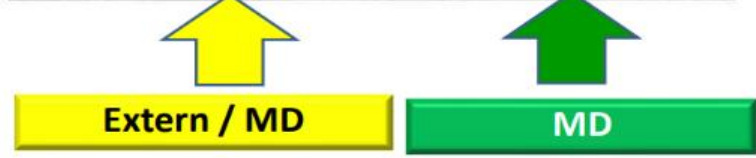
2.4 ควรมีการลงนามรับรองผู้ให้รหัสโรคและรหัสเหตุการณ์

2.5 ในกรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ general discharge summary จึงสามารถใช้แทนการลงนามได้

ตัวอย่างการสรุป Summary Chart

- ต้องครบถ้วนสมบูรณ์
- ผู้สรุปขาดต้องลงนามโดยแพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(C) PRE-ADMISSION EXAMINABILITY (E)		(C) COMPLICATION (E) (POST-ADMISSION EXAMINABILITY)	
(D) OTHER DIAGNOSES		(D) EXTERNAL CAUSE (E) OF INJURY	
OPERATING ROOM PROCEDURES		IMPORTANT NON-OPERATING ROOM PROCEDURES	
SPECIAL INVESTIGATIONS		SIGNATURE OF EXAMINER	



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

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ ร่วม 3 กองทุน ปี 2563 กรณีผู้ป่วยใน 13

3. ตรวจสอบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย (admission note) ต้องมีประวัติตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรคเพื่อความสมบูรณ์ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์ผู้รักษา ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา ในแบบบันทึกประวัติและตรวจร่างกายจึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้
4. ตรวจสอบ progress note ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้รักษาหรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาจึงสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ ส่วนข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์
5. ตรวจสอบข้อมูลใน doctor's order ใช้คำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์เท่านั้น ในกรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้ง ที่สั่งการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

Admission note/ progress note/ Order sheet

บันทึกซักประวัติ/ตรวจร่างกาย/ความก้าวหน้าของโรค/สั่งยา
โดยคำสั่ง รคส.
โดยนักศึกษาแพทย์
โดยพยาบาล
อื่นๆ

ต้องลงนามกำกับโดย MD ทุกครั้ง

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2563 กรณีผู้ป่วยใน

13

6. ตรวจสอบในกรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัดหัตถการ

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

6.2 กรณี **non OR procedure** ต้องมีบันทึกเป็น **short operative note** ในบันทึกความก้าวหน้าของโรค พร้อมทั้งต้องมีข้อมูลสิ่งที่ตรวจพบและรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการ หรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการ ทำหัตถการนั้น ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ

6.3 กรณีหน่วยบริการใช้บันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์ถ้าไม่พบการลงนามของแพทย์ให้ถือว่าไม่มีบริการ

6.4 การตรวจสอบหลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วน **description** ที่อธิบายถึง **finding** และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ และหรือการมี **complication** ถือเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงบันทึกโรคและหัตถการในเอกสารไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้น ๆ จริง

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2563 กรณีผู้ป่วยใน

14

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** ในรูปแบบต่าง ๆ ของการพยาบาล

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

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2563 กรณีผู้ป่วยใน

14

9. ตรวจสอบรายละเอียดของ **nurses' note** ต้องตรวจสอบแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล **ใบบันทึกการให้ยาของพยาบาล บันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์หรือไม่ การประเมินสภาพผู้ป่วยระหว่างที่นอนในโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เวลาการ **on ventilator** กรณีที่ต้องตรวจสอบการให้ยามีการให้ยากับผู้ป่วยจริงหรือไม่ต้องตรวจสอบจาก **ใบบันทึกการให้ยาและพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ เช่น ยา streptokinase, chemotherapy, blood transfusion เป็นต้น****

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2563 กรณีผู้ป่วยใน

14

10. ผู้ตรวจสอบจะตรวจสอบรายละเอียดเอกสารรายงานผลการตรวจเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ รับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ.2 ประกอบการตรวจสอบด้วยทุกครั้ง ซึ่งเป็นการบันทึกโดย หน่วยบริการที่ทำการรักษา หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกไว้โดยหน่วยบริการที่ส่งมารับการรักษาในหน่วยบริการแห่งนั้น เป็นต้น

กรณีที่มารักษาโรคมะเร็ง เช่น การให้ chemotherapy หรือ radiation เพื่อการรักษา ต้องมีผลที่เป็น official report ในการวินิจฉัยมะเร็งนั้น ๆ และต้องปรากฏหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา ส่วนกรณีที่เป็นการ admit ภาวะแทรกซ้อนหรือ palliative care ให้ใช้บันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้รักษาที่บอกรายละเอียดชนิด ตำแหน่ง การรักษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา (คำว่า underlying CA.....อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็ง ให้ได้เพียงรหัส Z เท่านั้น)

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2563 กรณีผู้ป่วยใน

15

11. ตรวจสอบการสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า "ยาเดิม" และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวข้องกับโรคดังกล่าว ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้น มีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน doctor's order จึงจะถือว่ามีการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา การตรวจพิเศษเพิ่มเติม ถือเป็น การให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้

กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home med) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าเป็นโรคที่เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

12. กรณีที่มีการส่งปรึกษา (consult) ต้องพบใบส่งปรึกษาและผลการให้คำปรึกษา หรือ อาจบันทึกการปรึกษาและผลการให้คำปรึกษาใน progress note ของแพทย์ก็ได้ หากไม่พบอย่างใดอย่างหนึ่งจะถือว่าไม่มีการส่งปรึกษา

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน ปี 2563 กรณีผู้ป่วยใน

15

13. แพทย์จำเป็นต้องสรุปโรคและหัตถการเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น และไม่ควรใช้คำย่อที่ไม่สากล การสรุปโรคและหัตถการรวมทั้งการบันทึกเวชระเบียนในส่วนต่าง ๆ ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือตัวย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้โดยผู้ตรวจสอบ 2 คน จะไม่นำข้อความนั้นมาประเมิน ถือว่าไม่มีบริการนั้นเกิดขึ้น กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่ยอมรับเฉพาะในโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือหัตถการได้ เพราะอาจทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน
ปี 2563 กรณีผู้ป่วยใน

15

14. กรณีโรคเดิม underlying disease ควรมีสถานะภาพของโรคในขณะนั้น มีระดับความรุนแรงของโรค ระยะของโรค ยังตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับอยู่หรือไม่ มีแผนการรักษาต่อเนื่องอย่างไร เช่น ความจำเสื่อม โรคมะเร็ง เบาหวาน เป็นต้น **ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้แพทย์ผู้รักษาต้องให้คำวินิจฉัยว่าเป็นปัญหารวมที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยต้องบันทึกเป็น problem list หรือ provision diagnosis ใน admission note, progress note หรือ operative note เป็นต้น** ถึงแม้จะพบว่ามี การตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยใด ๆ ต้องมีหลักฐานที่สนับสนุนประกอบการวินิจฉัยนั้น ๆ ด้วย

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ รวม 3 กองทุน
ปี 2563 กรณีผู้ป่วยใน

15

15. การตรวจสอบจะใช้เอกสารเวชระเบียนและเอกสารการเงินที่หน่วยบริการจัดเตรียมหรือจัดส่งให้ ณ วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการอุทธรณ์ เว้นแต่เอกสารออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจึงจะสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้

การนำไปใช้ประโยชน์

๑. นำความรู้และประสบการณ์มาใช้ในการกำกับติดตาม ทบทวน ปรับปรุง ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในโรงพยาบาล

๒. จัดประชุมทีมคณะกรรมการ Audit Chart ทำความเข้าใจแนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนในแนวทางเดียวกัน โดยยึดมาตรฐาน ๓ กองทุนกำหนด เพื่อให้การส่งเบิกค่ารักษาให้ถูกต้อง ครบถ้วน มีประสิทธิภาพ

จำเอกหญิง.....ผู้บันทึกรายงานการประชุม

(เมลาณี แสงแปลง)

๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๖

ความเห็น.....

ลงชื่อ.....

(นายพัฒนศักดิ์ ทั่งนาค)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
...../...สิงหาคม../...๒๕๖๖...