





การอบรม Advance ICD

การพิจารณาเอกสารของ Auditor
ตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

วันที่ 27 สิงหาคม 2562

ณ โรงแรมมารวย การ์เด็น

พญ. กฤติยา ศรีประเสริฐ

กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน สปสช.

4



คู่มือ

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ร่วม 3 กองทุน

ปี 2560

กรมปັນธักถา
สำนักงานประกันสังคม
สถาบันวิจัยและสาธารณสุข
สำนักงานพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

5

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน



3

Discharge summary : มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- 1) กรณีที่มีใบ discharge summary หลายใบ จะต้องมียกหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าใช้ discharge summary ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มี **จะใช้ใบแรกสุด** ที่ผู้ตรวจสอบพบหากใช้แบบฟอร์มอื่นเพื่ออ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้นแบบฟอร์มดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general discharge summary จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้
- 2) การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์สามารถลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ **กรณีต่อไปนีถือว่าไม่มีการสรุปเวชระเบียน**
 - สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมและไม่มีแพทย์ลงนามรับรอง (approval)
 - การสรุปโรคหรือหัตถการเป็นรหัส ICD
 - การสรุปด้วยดินสอ

ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้น Auditor จะระบุว่าผิดเงื่อนไข แล้วไม่ตรวจต่อ
- 3) การสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ถ้าเป็นระบบ log in สามารถสืบค้นได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปถือว่ามีสรุป

6

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน



4

Admission note / Progress note / Doctor's order : มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- 1) การตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกโดย **แพทย์ผู้รักษา**
- 2) **แพทย์ผู้รักษา** หมายความว่ารวมทั้งแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ท่านอื่นๆ ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยในครั้งนั้น
- 3) ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์ จะต้องมีการลงนามกำกับโดย **แพทย์ผู้รักษา** หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้
- 4) ข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์
- 5) การบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา ทุกครั้งที่สั่งการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

7

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน

5



Operative note : มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- 1) กรณีที่เป็น Major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ประกอบการตรวจสอบเสมอ **ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีการผ่าตัดนั้น แต่ยังคงถือว่ามี การดูแลรักษาอื่นอยู่ตามข้อมูลที่มี**
- 2) กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกเป็น short operative note ในบันทึกความก้าวหน้าของโรค พร้อมทั้งต้องมีข้อมูลสิ่งที่ตรวจพบและรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการ **หรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีหัตถการนั้น**
- 3) การตรวจสอบหลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วน description ที่อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ และหรือการมี complication ถือเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงบันทึกโรคและหัตถการในเอกสารไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้นๆจริง **ถือว่าไม่มีหัตถการนั้น**
- 4) ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือตัวย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้ โดยผู้ตรวจสอบ 2 คนถือว่าไม่มีบริการ
- 5) กรณีหน่วยบริการใช้บันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป หรือใช้ check block ต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ **ถ้าไม่พบการลงนามของแพทย์ให้ถือว่าไม่มีการผ่าตัดนั้น**

8

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน

6



Nurses note / Graphic sheet : มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

Nurses note เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์หรือไม่ เช่น

- 1) เวลาการ on ventilator **(นับถึงชั่วโมง)** ให้เริ่มนับเวลาเมื่อแพทย์ใส่ ET tube ถึงเวลาที่บันทึกว่ามีการ off ET tube ถ้าพบเพียงเวลาเดียว on หรือ off ถ้าว่าไม่สามารถระบุเวลาได้ (ได้รหัส 99.70)
- 2) ตรวจสอบการให้ยา การให้เลือด ต้องตรวจสอบจากใบบันทึกการให้ยา **และพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ**
- 3) ตรวจสอบ Graphic sheetเมื่อต้องการสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น body temperatures, blood pressure, pulse rate, respiratory rate , intake/output เป็นต้น
- 4) ตรวจสอบจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล leave day (LOS.) กรณีตรวจสอบเอกสารว่าเป็นการรับผู้ป่วยวันและเวลาใด **(นับถึงนาที)** อนุโลมให้นับตั้งแต่เวลาที่บันทึกโดยศูนย์ admit หรือหน่วยเวชระเบียน ส่วนวันเวลาที่จำหน่ายให้นับเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยที่อยู่ใน Nurses note และข้อมูลต้องสอดคล้องกับฟอร์มปรอท กรณีไม่พบข้อมูลที่ปรากฏใน Nurses note จึงจะใช้ข้อมูลจากฟอร์มปรอท โดยจะดูเวลาที่บันทึกเป็นครั้งสุดท้ายในฟอร์มปรอท ส่วน leave day เริ่มนับ 1 วันเมื่อผู้ป่วยลากลับบ้านนานติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป

9

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน

7



Investigation : มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- 1) Auditor ไม่สามารถนำผลการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ ผลการเพาะเชื้อหรือการตรวจพิเศษอื่น ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่ดูแลรักษา มาตีความเป็นการวินิจฉัยโรค ยกเว้น รายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาโดยพยาธิแพทย์
- 2) ผลตรวจรังสีวิทยา ในกรณีที่แพทย์ผู้ดูแลรักษา บันทึกผลการตรวจทางรังสีไว้สามารถนำมาเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัย แต่ต้องมีคำวินิจฉัยของแพทย์ ไม่จำเป็นต้องเป็น official report ของรังสีแพทย์เท่านั้น (แต่ถ้าต้องการเบิกค่า special investigation เพิ่มเติมในกรณี OP ระบุต้องมี official report)
- 3) การสรุปหัตถการให้รังสีรักษา ต้องพบเอกสารการให้บริการรังสีรักษาว่าเป็นประเภทใดพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น
- 4) กรณีที่มารักษาโรคมะเร็ง เช่น การให้ Chemotherapy หรือ Radiation ต้องมีผลการวินิจฉัยว่าเป็น malignancy ที่เป็น official report (อนุโลมรวมหมายถึงกรณีที่แพทย์ผู้รักษาคัดลอกรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาที่เป็นการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาโดยพยาธิแพทย์ไว้ในเวชระเบียน) และต้องปรากฏหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา
- 5) กรณีที่มารักษาภาวะแทรกซ้อน หรือ Palliative care ให้ใช้บันทึกข้อมูลของแพทย์ที่บอกรายละเอียดชนิด ตำแหน่ง การรักษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา (คำว่า underlying CA.....อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็ง ให้ได้เพียงรหัส Z เท่านั้น)

:

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน

8



Consult / ยาเดิม / Home med : มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- 1) การส่งปรึกษา(Consult) ต้องพบการส่งปรึกษา และผลการให้คำปรึกษาซึ่งอาจบันทึกการใน Progress note ของแพทย์ก็ได้ หากไม่พบอย่างใดอย่างหนึ่งจะถือว่าไม่มีการส่งปรึกษา การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา ถือเป็น การให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้
- 2) ตรวจสอบการสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า"ยาเดิม"และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวเนื่องกับโรคดังกล่าว ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้นมีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน Doctor's order จึงจะถือว่ามีการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น
- 3) กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home med) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าเป็นการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น
- 4) กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่ยอมรับเฉพาะในโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือหัตถการได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น

;

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน

9

ไม่ถือว่าเป็นการสรุปการวินิจฉัยโรคในกรณีดังต่อไปนี้



- 1) การวินิจฉัยที่แพทย์บันทึกไว้เฉพาะใน Discharge summary แต่ไม่มีการวินิจฉัยโรคนั้นเป็นลายลักษณ์อักษรในส่วนใดส่วนหนึ่งในเวชระเบียนของการรับไว้ครั้งนั้น เช่น ใน admission note, progress note, operative note เป็นต้น ถึงแม้จะพบว่ามี การตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วยก็ตาม อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยใดๆ ต้องมีหลักฐานที่สนับสนุนประกอบการวินิจฉัยนั้นๆ ด้วย
- 2) กรณีที่ไม่พบบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ หรือพบการบันทึกเพียงประวัติประจำตัว โรคเดิม underlying cause เช่น HT DM ปัญหาต่างๆเหล่านี้แพทย์ผู้รักษาต้องให้คำวินิจฉัย ว่าเป็นปัญหา รวมทั้งจำเป็นต้องรักษาในการนอน รพ. ครั้งนี้ โดยต้องบันทึกใน admission note (problem list, provisional Dx.) , progress note , operative note หรือ clinical summary เป็นต้น ถึงแม้ว่าจะพบว่ามี การตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วย
- 3) ยกเว้นกรณีที่ผู้ตรวจสอบได้พบการบันทึกคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รักษาที่ยังขาดความสมบูรณ์ไม่เฉพาะเจาะจง สามารถสืบค้นหาข้อมูลในเวชระเบียนเพื่อประกอบการวินิจฉัยตามแนวทางการตรวจสอบของแต่ละกลุ่มโรคได้เพื่อให้การสรุปโรคมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

<

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน

10

การพิจารณาว่าเป็น IP visit หรือไม่ : มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้



- 1) กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและเฝ้าสังเกตอาการ (observe) นอนนานเกิน 6 ชั่วโมง มาเบิกจ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยใน หน่วยบริการต้องกำหนดเลขที่รับไว้ (AN) และต้องมีเอกสารตามมาตรฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตามหลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน จึงจะถือว่าการบริการตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยใน
- 2) กรณีดังต่อไปนี้ไม่ถือเป็นบริการผู้ป่วยใน ทั้งนี้ให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้ตรวจสอบและการแสดงเหตุผลความจำเป็นของหน่วยบริการ ตามหลักฐานที่ปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่
 - กรณีรับไว้เพื่อทำ diagnostic procedure เช่น การรับไว้เพื่อทำ CT, MRI, IVP เป็นต้น
 - กรณีรับไว้เพื่อการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการทำหัตถการหรือการผ่าตัดด้วยหน่วยบริการอื่น เช่น การเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำ PCI, gastroscopy เป็นต้น
 - กรณีรับไว้นอนในหน่วยบริการ แต่ไม่พบคำสั่งให้ admit จากแพทย์ เช่น พบว่ามีคำสั่งให้ส่งต่อ refer ใน OPD card หรือคำสั่งให้ observe เป็นต้น
 - กรณีรับไว้โดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์ที่เหมาะสม เช่น การ admit เพื่อรับยาต่อเนื่อง

43

แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานฯ กรณีผู้ป่วยใน

11



การสรุป Pdx / Sdx : มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

- 1) Pdx. มีได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น ต้องเป็นโรคที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มิใช่โรคที่เกิดขึ้นภายหลัง ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยคลอด เด็กแรกคลอด
- 2) Pdx. ในผู้ป่วยที่มีโรคหลายโรคปรากฏขึ้นตั้งแต่ก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้เลือกโรคเป็นสาเหตุที่รับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล เป็น Pdx. หากมีหลายโรคให้เลือกโรคที่รุนแรงและสำคัญที่สุดเป็น Pdx. หากโรคที่รักษาพร้อมกันหลายโรคนั้นมีความรุนแรงและสำคัญใกล้เคียงกันให้เลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงที่สุดเป็น Pdx.
- 3) Sdx. (หมายรวมทั้ง Comorbidity & Complication) ต้องเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงชีวิตสูงขึ้น หรือมีการตรวจหรือรักษาเพิ่มขึ้น ระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้
- 4) ในการสรุป Sdx. ของ auditor ต้องมีคำวินิจฉัยโรคที่บันทึก อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ผู้รักษาเป็นหลักฐานรับรองอยู่ในเวชระเบียน **ไม่ใช่การวินิจฉัยที่แพทย์บันทึกเป็นการวินิจฉัยในบันทึกสรุปจำหน่าย (discharge summary) เท่านั้น**
- 5) อาการและอาการแสดง ของผู้ป่วย โดยปกติแล้วไม่ต้องสรุปเป็น Sdx. ทั้งนี้ยกเว้นอาการหรืออาการแสดงที่พบในผู้ป่วยโรคนั้นเพียงบางราย และบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค **ซึ่งจะมีข้อยกเว้นนี้ในรายละเอียดของแต่ละเรื่องเท่านั้น**

44

การสรุป และให้รหัสที่พบผิดพลาดบ่อย จากการตรวจสอบเวชระเบียนของ สปสช



สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สปสช.

45

45

การสรุปโรคร่วม

ประเด็นที่พบความผิดพลาด

- สรุปโรคร่วม ในกรณีที่ไม่มีการวินิจฉัยของแพทย์
- สรุปโรคร่วมในกรณีที่มีการบันทึกประวัติ underlying disease แต่ไม่มีการวินิจฉัยหรือประเมินเป็น problem list ในเวชระเบียน

- **การที่จะสรุปเป็นโรคร่วม ต้องมีการวินิจฉัยของแพทย์ หรือมีการประเมินเป็น problem list**

46

กลุ่มโรค Acute diarrhoea

ผู้ป่วย diarrhoea อาจมีอาการต่างๆ ร่วมด้วยที่ถือว่าเป็นอาการของโรค

ไม่ต้องบันทึกเป็นการวินิจฉัยร่วม เช่น

- Dehydration
- Postural hypotension
- Prerenal azotemia
- Hypokalemia
- Hyponatremia
- Metabolic acidosis เป็นต้น

กรณี hyponatremia, Hypokalemia เป็นเพียงอาการของโรค เช่น Diarrhea ไม่จำเป็นต้องบันทึกภาวะเหล่านี้เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม (ใน SCG 2017 ยกเว้นในกรณีที่แพทย์วินิจฉัย severe hyponatremia $Na < 125$ /hypokalemia $K < 2.5$ และมีการรักษา) แพทย์ควรวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะนี้ (ประเด็นที่มีการปรับปรุงจาก คู่มือตรวจสอบ ปี 2559)

ยกเว้น ตรวจพบอาการแสดงของภาวะช็อก และ แพทย์ให้วินิจฉัยว่า hypovolaemic shock ร่วมด้วย

47

Anaemia

ประเด็นที่พบความผิดพลาด

- ❑ ผู้ป่วยมีประวัติ CKD stage 4 ในเวชระเบียนแพทย์วินิจฉัย "anaemia" แต่สรุปใน discharge summary และให้รหัส Chronic kidney disease, stage 4 (N18.4) และ Anaemia in other chronic diseases classified elsewhere (D63.8)
 - ควรสรุป **D64.9 Anaemia, unspecified** ตามที่แพทย์วินิจฉัย
 - ถ้าสาเหตุของ anemia เกิดจาก CKD แพทย์ควรวินิจฉัยในเวชระเบียนให้เฉพาะเจาะจง เช่น **anemia of chronic disease, anemia from CKD** จึงจะสามารถสรุปและให้รหัส **Anaemia in other chronic diseases classified elsewhere (D63.8)** ได้

48

Anaemia

ประเด็นที่พบความผิดพลาด

- ❑ สรุปประเภทของ anemia ตามประวัติหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น iron deficiency anemia หรือ acute blood loss ในขณะที่แพทย์วินิจฉัย "anemia"
 - ควรสรุป **anemia, unspecified** ตามการวินิจฉัยของแพทย์
 - การสรุปภาวะโลหิตจางต้องสรุปตามการวินิจฉัยของแพทย์ และควรมีหลักฐานประกอบการวินิจฉัย
 - ถ้าทราบสาเหตุของ anemia หรือมีหลักฐานประกอบการวินิจฉัย แพทย์ควรวินิจฉัยให้เฉพาะเจาะจง ไม่ควรวินิจฉัยเพียงแค่ว่า "anemia" เช่น
 - **Iron deficiency anemia**
 - **Anemia from blood loss**

- 📌 บันทึกการวินิจฉัยของแพทย์
- 📌 ประวัติและการตรวจร่างกาย
- 📌 Lab
- 📌 Treatment

49

Diabetes mellitus with complication

ประเด็นที่พบความผิดพลาด

- พบสรุปและให้รหัสกลุ่มโรค DM with complication แต่ไม่พบบันทึกการวินิจฉัย หรือ หลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย เช่น
 - สรุปและให้รหัส E11.2 Diabetes mellitus type 2 with renal complication แต่พบบันทึกการวินิจฉัย DM และ CKD ซึ่ง DM with renal failure \neq DM with renal complication
 - ในกรณีที่ **renal insufficiency** เกิดจาก **DM** แพทย์ควรวินิจฉัยให้เฉพาะเจาะจง เช่น **diabetic nephropathy** จึงจะสรุปและให้รหัสให้รหัส **E11.2+ Diabetes mellitus with nephropathy** ร่วมกับรหัส **N08.3* Glomerular disorders in diabetes mellitus**

4:

Diabetes mellitus with complication

ประเด็นที่พบความผิดพลาด

- สรุปและให้รหัส Diabetes mellitus with neurological complication/ Diabetes mellitus with peripheral vascular disease
 - โดยที่ไม่มีหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย เช่นจากการตรวจร่างกาย neurological and vascular system หรือ การตรวจพิเศษ
 - ในกรณีที่แพทย์วินิจฉัย "diabetic foot" ซึ่ง ควรหลีกเลี่ยง เพราะเป็นคำกำกวม ไม่เฉพาะเจาะจง
 - ควรมีหลักฐานการตรวจ **neurological and vascular system**
 - แพทย์ควรวินิจฉัยให้เฉพาะเจาะจง ว่าเป็นปัญหาทาง **neurological / peripheral vascular**

4;

กลุ่มโรค Congestive heart failure (I50.0)

ประเด็นที่พบความผิดพลาด

- **สรุป CHF ในกรณีที่ไม่มีอาการที่เข้าได้กับ heart failure**
 - มีเพียงประวัติ ไม่พบบันทึกการตรวจร่างกายที่เข้าได้
 - มีประวัติเก่าเป็น CHF รับประทาน diuretic แต่ไม่มีอาการ หรือการตรวจร่างกายที่เข้าได้
 - มีผล echocardiogram ที่ EF < 50% หรือ LVEDP ที่ผิดปกติ แต่ไม่มีอาการ หรือการตรวจร่างกายที่เข้าได้
- **Congestive heart failure เป็นภาวะที่เกิดขึ้น ต้องมีบันทึกอาการหรืออาการแสดงที่เข้าได้ ในการวินิจฉัย ส่วน echocardiogram ที่ EF < 50% นอกได้แค่ LV dysfunction ไม่ได้วินิจฉัย CHF**

4<

กลุ่มโรค Old cerebrovascular accident (I69.-)

ประเด็นที่พบความผิดพลาด

- **สรุป old CVA ในกรณีที่เคยมีประวัติ CVA แต่ตรวจร่างกายไม่พบ neurological deficit หรือบันทึกการตรวจร่างกาย "ปกติ"**
 - **กรณีไม่พบ neuro deficit หลงเหลืออยู่ควรให้รหัสว่ามีประวัติเป็นโรคนี้ Z86.7 personal history of disease of the circulatory system**
- **สรุป old CVA ในกรณีที่มีการบันทึกผู้ป่วย bed ridden แต่ไม่พบการตรวจร่างกาย neuro sign ที่ระบุว่า neuro deficit**
 - **ไม่ควรสรุป และให้รหัส I69 Sequelae of cerebrovascular disease ในกรณีที่พบแค่ประวัติ bed ridden แต่ไม่มีการตรวจ neuro sign เนื่องจาก bed ridden ไม่เป็นอาการแสดงของ neurological deficit**

53

กลุ่มโรค Pneumonia (J12.- - J18.-)

ประเด็นที่พบความผิดพลาด

1. สรุป bacterial pneumonia (J15.9) โดยไม่พบข้อมูลสนับสนุน เช่น ไม่พบการตรวจ sputum gram stain หรือ culture
 - **ควรสรุปและให้รหัส J18.9 Pneumonia, unspecified**
2. สรุปการวินิจฉัยชนิดของเชื้อจากผล sputum C/S โดยที่แพทย์ไม่ได้ให้การวินิจฉัย เช่น ในกรณีที่ ผล sputum C/S พบเชื้อ Staphylococcus aureus แต่แพทย์ไม่ได้วินิจฉัย Staphylococcus pneumonia แพทย์วินิจฉัยเพียงแค่ว่า "pneumonia" แต่สรุปให้รหัส J15.2 Pneumonia due to staphylococcus
 - **ในกรณีที่แพทย์ไม่ได้วินิจฉัยเชื้อนั้นทำให้เกิด pneumonia ไม่สามารถสรุปให้รหัสในกลุ่ม J13-J15 ได้ จะให้รหัสเพียงแค่ว่า J18.9 Pneumonia, unspecified**
 - **ในกรณีที่มีผล sputum culture positive for bacteria และเชื้อนั้นทำให้เกิด pneumonia แพทย์ควรวินิจฉัย pneumonia จาก bacteria นั้น จึงจะสรุปและให้รหัสในกลุ่ม J13-J15 ได้**

54

3. สรุป broncho/lobar pneumonia ในกรณีที่ไม่มีพบบันทึกแพทย์วินิจฉัย bronchopneumonia หรือ lobar pneumonia หรือ ไม่พบบันทึกของแพทย์ผู้รักษา ในการแปลผลภาพรังสีทรวงอก (ในกรณีที่ไม่มีพบหรือไม่มีข้อมูลของเชื้อที่เป็นสาเหตุ)
 - **กรณีที่ไม่มีพบบันทึกแพทย์วินิจฉัย broncho หรือ lobar pneumonia ควรสรุปให้รหัส J18.9 Pneumonia, unspecified**
 - **กรณีที่ไม่มีพบบันทึกแพทย์วินิจฉัย broncho หรือ lobar pneumonia แต่พบเพียงการวาดรูปตำแหน่งที่ infiltrate ในภาพรังสีทรวงอก แต่ไม่มีบันทึกการแปลผล ควรสรุปให้รหัส J18.9 Pneumonia, unspecified**
 - **กรณีที่พบบันทึกการแปลผลภาพรังสีทรวงอก เช่น พบบันทึก " ผล CXR เป็น bronchopneumonia Rt.lung" ควรสรุปให้รหัส J18.0 Bronchopneumonia, unspecified**
4. สรุป lobar pneumonia ในกรณีที่บันทึกเพียง RUL infiltration
 - **RUL : right upper lung/right upper lobe infiltration ไม่ได้แสดงว่าเป็น lobar pneumonia**

55

กลุ่มอาการ COPD

ประเด็นที่พบความผิดพลาด

- COPD ที่มีการติดเชื้อ Lower tract infection ให้รหัสโรคติดเชื้อ Lower tract infection เป็น PDX

ควรให้รหัส

- โรคหลัก : **J44.0 COPD. with acute lower respiratory infection**
- โรครวม : **Pneumonia**

- การสรุปโรคในกรณี COPD with acute bronchitis
 - ควรสรุปให้รหัส โรคหลัก : **J44.0 COPD. with acute lower respiratory infection** เพียงรหัสเดียว

56

กลุ่มโรค COPD (J44.-)

COPD with Ac. bronchitis	J44.0 เพียงรหัสเดียว (อ้างอิงจาก SCG 2017)
COPD with pneumonia	Pdx. J44.0 Sdx. pneumonia
COPD with Ac. exacerbation	J44.1 เพียงรหัสเดียว
COPD with Ac. exacerbation with Ac. bronchitis	Pdx. J44.1 เพียงรหัสเดียว (อ้างอิงจาก SCG 2017)
COPD with Ac. exacerbation with bronchitis	J44.1 เพียงรหัสเดียว
COPD with Ac. exacerbation with pneumonia	Pdx. J44.0 Sdx. pneumonia
COPD.	J44.9

J44.0 COPD. with acute lower respiratory infection
J44.1 COPD. with acute exacerbation, unspecified
J44.9 Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified



57



58