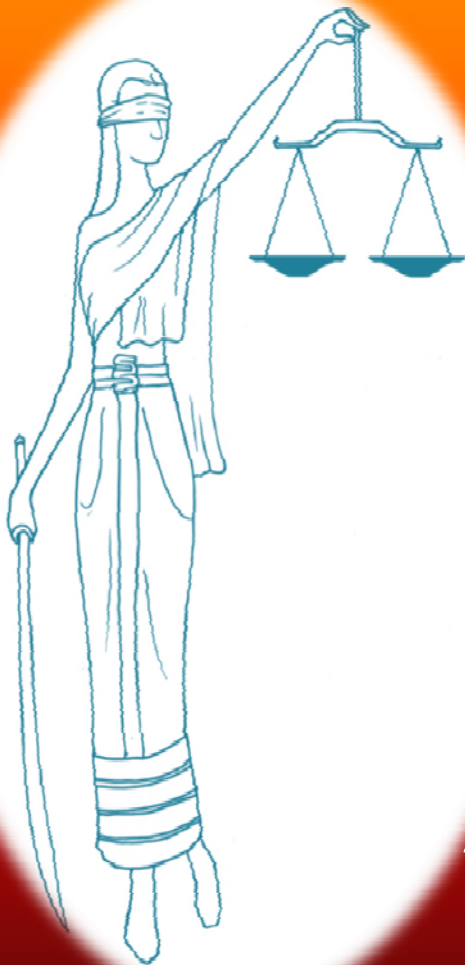




คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ปี 2557



สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ

กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2557

พิมพ์ครั้งที่ 1 เดือน มีนาคม 2557

จำนวน 5,000 เล่ม

จัดทำโดย สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ
“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐”
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730

<http://audit.nhso.go.th>

คำนำ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งขึ้น ตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 โดยมีวัตถุประสงค์เป็นกองทุนสำหรับใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสาธารณสุข ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับหน่วยบริการที่ให้การรักษายาบาลประชาชน ผู้มีสิทธิผู้เจ็บป่วย ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดและประกาศใช้ในแต่ละปีงบประมาณ

ดังนั้น เพื่อให้การเรียกเก็บและจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการด้านสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการ สถานบริการอื่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้บริการรักษายาบาล เป็นไปด้วยความเป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยสำนักการตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ จึงได้จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายฯ เพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2557 รวมถึงการใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในการตรวจสอบเอกสาร หลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ด้วย ซึ่งการจัดระบบการตรวจสอบเอกสารหลักฐานนี้เป็นแนวทางที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้การตรวจสอบข้อมูลที่เบิกจ่ายให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมั่นว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับทุกภาคส่วนที่จะได้ใช้แนวทางปฏิบัตินี้ให้เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการบรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันของประชาชน



(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

เรื่อง	หน้าที่
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทนำ	1
แนวคิด/หลักการ-เหตุผล	1
เจตคติที่จำเป็นในการทำ Medical record	1
การตรวจสอบเวชระเบียน	2
วัตถุประสงค์ของการทบทวนเวชระเบียน	3
เป้าหมายการตรวจสอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	3
กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจสอบ	3
ทำไมต้องทำ Medical Audit	4
กระบวนการดำเนินงานการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	4
นวัตกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน	5
หลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียน	5
แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวช ระเบียน สปสช	7
ข้อกำหนดแนวทางการอุทธรณ์สำหรับ Coding Audit	11
ข้อตกลงในการใช้เอกสารและแนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	12
ใครควรเป็นผู้ทำ Medical Record Audit	12
ขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบ	13
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	14
ผู้บริหารระบบในภาพรวม	14
แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (อายุรกรรม)	16
1. กลุ่มโรค Leptospirosis (A27.-)	16
2. กลุ่มอาการ Systemic inflammatory response syndrome : SIRS (R65.-)	16
3. กลุ่มโรค Sepsis (A40.- , A41.-)	17
4. กลุ่มอาการ Septic shock (R57.2)	18
5. กลุ่มโรค Cryptococcal meningitis (B45.1+ G02.1*)	18
6. กลุ่มโรค Old TB (Sequelae of tuberculosis : B90.-)	18
7. กลุ่มโรค Neoplasms	19
8. กลุ่มโรค Hepatocellular carcinoma (C22.0)	20
9. กลุ่มโรค Intrahepatic cholangiocarcinoma (Intrahepatic bile duct carcinoma) (C22.1)	20

10. กลุ่มโรค Iron deficiency anaemia secondary to blood loss (chronic) : (D50.0)	20
11. กลุ่มโรค Megaloblastic anaemia, unspecified (D53.1)	21
12. กลุ่มโรค Thalassaemia (D56.-)	21
13. กลุ่มโรค Acute posthemorrhagic anaemia (D62)	21
14. กลุ่มโรค Anaemia in neoplastic diseases (D63.0)	22
15. กลุ่มโรค Anaemia ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เกิดจากยาเคมีบำบัด (D60.1)	22
16. กลุ่มโรค Anaemia in other chronic diseases (D63.8)	22
17. กลุ่มโรค Systemic lupus erythematosus (SLE) (M32.-)	23
18. กลุ่มโรค SLE with renal involvement (M32.1+ ร่วมกับ N08.5*)	23
19. กลุ่มโรค Diabetes mellitus with coma (E10-E14 + รหัสตำแหน่งที่สี่เป็น .0)	23
20. กลุ่มโรค Diabetes mellitus with renal complication (E10-E14 + รหัสตำแหน่งที่สี่เป็น .2)	24
21. กลุ่มโรค Diabetes mellitus with neurological complication (E10-E14 + รหัสตำแหน่งที่สี่เป็น .4)	24
22. กลุ่มโรค Diabetes mellitus with peripheral vascular disease (E10-E14 + รหัสตัวที่สี่เป็น .5)	24
23. กลุ่มโรค Malnutrition ในผู้ป่วย Marasmus (Nutritional marasmus) (รหัส E41)	25
24. กลุ่มโรค Malnutrition ในผู้ป่วย Kwashiorkor (E40)	25
25. กลุ่มอาการ Dehydration (E86)	26
26. กลุ่มอาการ Hyponatraemia (E87.1)	26
27. กลุ่มอาการ Acidosis (E87.2)	26
28. กลุ่มอาการ Hyperkalaemia (E87.5)	27
29. กลุ่มโรค Hypokalaemia (E87.6)	27
30. กลุ่มอาการ Volume overload (E87.7)	28
31. กลุ่มอาการ Hypoalbuminaemia (E88.0)	28
32. กลุ่มโรค Hypertensive heart disease (I11.-)	28
33. กลุ่มโรค Hypertensive renal disease (I12.-)	28
34. กลุ่มโรค Unstable angina (I20.0)	29
35. กลุ่มโรค Old myocardial infarction (I25.2)	29
36. การวินิจฉัย Primary pulmonary hypertension (I27.0)	30
37. กลุ่มโรค Congestive heart failure (I50.0)	30
38. กลุ่มโรค Congestive heart failure Lt side heart (I50.1)	30
39. กลุ่มโรค Brain stem stroke syndrome (I60-I67 + G46.3*)	31
40. กลุ่มโรค Cerebral haemorrhage (I61.-)	31
41. กลุ่มโรค Cerebral infarction (I63.-)	32
42. กลุ่มโรค Old cerebrovascular accident (I69.4)	32

43. กลุ่มโรค Pneumonia (J12.- - J18.-)	32
44. กลุ่มโรค Acute bronchitis (J20.-)	33
45. กลุ่มโรค Chronic obstructive pulmonary disease : COPD (J44.-)	33
46. กลุ่มโรค Bronchiectasis (J47)	34
47. กลุ่มโรค Pulmonary edema (J81)	34
48. กลุ่มโรค Acute respiratory failure (J96.0)	34
49. กลุ่มโรค Gastritis และ Duodenitis	35
50. กลุ่มโรค Hepatic encephalopathy (K72.-)	35
51. กลุ่มโรค Cirrhosis of liver (K74.6)	35
52. กลุ่มโรค Chronic pancreatitis (K86.-)	36
53. กลุ่มโรค Acute pyelonephritis (ในผู้ใหญ่) (N10)	36
54. กลุ่มอาการ Extrarenal azotemia (R39.2)	37
55. กลุ่มโรค Acute renal failure (N17.-)	37
56. กลุ่มโรค Acute on top chronic renal failure (N17.-)	37
57. กลุ่มโรค Chronic renal failure (N18.-)	37
58. กลุ่มอาการ Cardiogenic shock (R57.0)	39
59. กลุ่มโรค Hypovolaemic shock (R57.1)	39

**แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ศัลยกรรม)**

1. กลุ่มโรค Subarachnoid haemorrhage, Rupture cerebral aneurysm, Rupture cerebral arterio-venous malformation (I60.-)	40
2. กลุ่มโรค Cerebral haemorrhage, Right frontal lobe hematoma, Left basal ganglion hemorrhage (I61.-)	40
3. กลุ่มโรค Esophageal varices with bleeding, Bleeding esophageal varices, Rupture esophageal varices (I85.0)	41
4. กลุ่มโรค Appendicitis, Acute appendicitis, Rupture appendicitis (K35.- , K37)	41
5. กลุ่มโรค Primary peritonitis, Spontaneous bacterial peritonitis, Peritonitis (K65.0)	42
6. กลุ่มโรค Acute pancreatitis, Acute pancreatitis, Pancreatitis (K85.-)	42
7. กลุ่มโรค Gastrointestinal bleeding (GI bleeding), Upper gastrointestinal bleeding, Lower gastrointestinal bleeding (K92.0-K92.2)	43
8. กลุ่มโรค Decubitus ulcer (Bed sore) (L89.-)	43
9. กลุ่มโรค Necrotizing fasciitis, Necrotizing fasciitis left leg, Necrotizing fasciitis right ankle and foot (M72.6)	44

10. กลุ่มโรค Multiple intracerebral injury, Fracture skull, Subdural haematoma, Subarachnoid haemorrhage (S06.-)	44
11. กลุ่มโรค Retroperitoneal haematoma, Pelvic haematoma (S36.8)	44
12. กลุ่มโรค Kidney trauma, Kidney injury, Rupture kidney, Tear kidney grade 1,2,3,4,5 (S37.0)	44
13. กลุ่มโรค Burn (T29.- - T32.-)	45
14. กลุ่มโรค Haemorrhage and haematoma complicating a procedure (T81.0)	45
15. กลุ่มโรค Penetrating wound with retained foreign body, puncture wound right foot with retained nail	45
16. กลุ่มโรค Post traumatic wound infection (T79.3)	45
17. กลุ่มโรค Sequelae of spinal cord injury (Post – Traumatic spinal cord injury) (T91.3)	46

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ออร์โธปิดิกส์)

1. กลุ่มโรค Nonunion และ Pseudarthrosis (M84.1, M96.0)	48
2. กลุ่มโรค Fracture pelvis (S32.8)	48
3. กลุ่มโรค Amputation / Near amputation	49
4. กลุ่มโรค Compartment syndrome	49

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สูติและนรีเวชกรรม)

1. กลุ่มโรค มะเร็งทางนรีเวช	50
2. กลุ่มโรค Myoma uteri หรือ Leiomyoma of uterus (D25.-)	50
3. กลุ่มโรค Obstructed labour (O64.- , O65.-)	51
4. กลุ่มโรค Postpartum haemorrhage (PPH) (O72.-)	51
5. กลุ่มการคลอดก่อนมาถึงสถานพยาบาลกรณี Birth before arrival (BBA)	51
6. กลุ่มโรค Human immunodeficiency [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium (O98.7)	52
7. กลุ่มโรคในหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ Dengue haemorrhagic fever มีอาการตกเลือด และแท้ง	52

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กุมารเวชกรรม)

1. กลุ่มโรค Dehydration ที่พบในเด็ก	53
2. กลุ่มโรค Hyponatraemia (E87.1) ในเด็กอายุ 0-15 ปี	54
3. กลุ่มโรค Influenza 2009 (H1N1) (J10.-)	54

4. กลุ่มโรค Viral pneumonia (J12.-)	54
5. กลุ่มโรค Acute bronchitis (J20.-)	55
6. กลุ่มโรค WARI	55
7. กลุ่มโรค Acute gastritis (K29.-) กรณีเด็กอายุ 0-15 ปี	55
8. กลุ่มโรค Acute pyelonephritis (ในเด็ก)(N10)	55
9. กลุ่มโรคภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและภาวะคลอดก่อนกำหนด	56
10. กรณีเด็ก Preterm กลับมา Re-admit แต่น้ำหนักตัวยังต่ำกว่าเกณฑ์หรือเด็ก Preterm ได้ส่งต่อไป รพ.อื่น	56
11. กลุ่มโรค Birth asphyxia (P21.-)	57
12. กลุ่มโรค Respiratory distress syndrome of newborn (P22.0)	58
13. กลุ่มโรค Transient tachypnea of newborn (P22.1)	58
14. กลุ่มโรค Congenital pneumonia (P23.-)	58
15. กลุ่มโรค Heart failure ทารกแรกเกิด (ในทารกแรกเกิด) (P29.0)	59
16. กลุ่มโรค Sepsis of newborn (P36.-)	59
17. กลุ่มโรค Neonatal jaundice from breast milk inhibitor (Breast milk jaundice) (P59.3)	59
18.กลุ่มโรค Physiologic jaundice (P59.9)	60
19.กลุ่มโรค Pathologic jaundice	60
20. กลุ่มโรค Atrial septal defect (Q21.1),Tetralogy of Fallot3(Q21.3), Ventricular septal defect (Q21.0)	60
21. กลุ่มโรค Patent ductus arteriosus (Q25.0)	60
22. กลุ่มโรคในทารกแรกเกิดที่ได้รับผลกระทบจากการคลอด หรือการเจ็บป่วยของแม่ (รหัสกลุ่ม P00 – P04)	61

**แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา)**

1. กลุ่มโรค Intubation granuloma of larynx	62
2. กลุ่มโรค Laryngeal stenosis	62
3. กลุ่มโรค Tracheal stenosis	63
4. กลุ่มโรค Acute pulmonary insufficiency following nonthoracic surgery (J95.2)	63
5. กลุ่มโรค Subglottic stenosis	64
6. กลุ่มโรค Acute upper airway obstruction (J98.8)	64

**แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางศัลยกรรมทั่วไป)**

1.กลุ่มหัตถการ Cholecystectomy	67
--------------------------------	----

2.กลุ่มหัตถการ Exploration of common bile duct : CBD	68
3.กลุ่มหัตถการ Suture of abdominal wall and peritoneum	69
4.กลุ่มหัตถการ Colostomy	70
5.กลุ่มหัตถการ Excisional debridement	71
6.กลุ่มหัตถการ Esophagoscopy with Foreign body removal	72
7.กลุ่มหัตถการ Endoscopic thyroidectomy	73
8.กลุ่มหัตถการ Omental graft	73
9.กลุ่มหัตถการ Peritoneal toilet	73
10.กลุ่มหัตถการ Paraffinoma of Penis	74
11.กลุ่มหัตถการ Percutaneous nephrostomy :PCN	75
12.กลุ่มหัตถการ Peritoneal dialysis	76

**แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(การสรุปและให้รหัสหัตถการทางศัลยกรรมประสาท)**

1.กลุ่มหัตถการ Craniotomy, Craniectomy, Burr hole	78
2.กลุ่มหัตถการ Reopening of craniotomy site	79
3.กลุ่มหัตถการ Repair dura / Duraplasty	80
4.กลุ่มหัตถการ Cranioplasty	82
5.กลุ่มหัตถการ Lumbar puncture (Spinal tap)	83

**แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางสูติกรรม)**

1.กลุ่มหัตถการ Episiotomy (Episiotomy with subsequent episiorrhaphy)	85
2.กลุ่มหัตถการ Repair of laceration of rectum and sphincter ani	85
3.กลุ่มหัตถการ Suture of laceration of vulva or perineum	86
4.กลุ่มหัตถการ Evacuation hematoma of episiotomy	86
5.กลุ่มหัตถการ Evacuation hematoma of vagina	86
6.กลุ่มหัตถการ Manually assisted delivery	87
7.กลุ่มหัตถการ Manual rotation of fetal head	87
8.กลุ่มหัตถการ Operation on fetus to facilitate delivery	87
9.กลุ่มหัตถการ External Cephalic Version : ECV	88
10.กลุ่มหัตถการ Termination of pregnancy by intrauterine injection	88
11.กลุ่มหัตถการ Amniocentesis	88
12.กลุ่มหัตถการ Intrauterine transfusion	89
13.กลุ่มหัตถการ Fetal blood sampling	89
14.กลุ่มหัตถการ Amnioinfusion	89

15.กลุ่มหัตถการ การล้างรกรกณีที่ไม่รอรกคตลอด	90
16.กลุ่มหัตถการ Lysis of adhesions in pelvic cavity	90
17.กลุ่มหัตถการ Laparoscopic Salpingectomy for ectopic pregnancy	90
18.กลุ่มหัตถการ Manual Vacuum Aspiration :MVA	91
19.กลุ่มหัตถการ Menstrual Regulation : MR	91
20.กลุ่มหัตถการ Conization of cervix	91
21.กลุ่มหัตถการ Loop Electrosurgical Excision Procedure :LEEP / Large Loop Excision of the Transformation Zone :LLETZ	92
22.กลุ่มหัตถการ Tubal Ligation :TL หรือ Tubal Sterilization :TS	92
23.กลุ่มหัตถการ Tubal Resection :TR	92
24.กลุ่มหัตถการ Pomeroy operation	93
25.กลุ่มหัตถการ Modified Pomeroy operation	93
26.กลุ่มหัตถการ Total Abdominal Hysterectomy :TAH / Bilateral Salpingo-Oophorectomy :BSO	93
27.กลุ่มหัตถการ Hysteroscope for remove IUD	93
28.กลุ่มหัตถการ Salpingoplasty or Tuboplasty	94
29.กลุ่มหัตถการ Salpingo-salpingostomy	94

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางกุมารเวชกรรม)

1.กลุ่มหัตถการ Umbilical Arterial Catheterization : UAC	95
2.กลุ่มหัตถการ Umbilical Vein Catheterization : UVC	95
3.กลุ่มหัตถการ Venous Catheterization	95
4.กลุ่มหัตถการ Non invasive positive airway pressure (NCPAP, NIMV, BiPAP, NPCPAP , NIPPV)	96
5.กลุ่มหัตถการ Invasive positive airway pressure (Mode of ventilation ต่างๆ: CPAP, CMV, IMV, AC, SIMV, PTV, HFOV, Flow cycle SIMV/AC)	96
6.กลุ่มหัตถการ Nitric oxide inhalation (iNO)	97
7.กลุ่มหัตถการ Transfusion of coagulation factors	97
8.กลุ่มหัตถการ Transfusion of plasma	97
9.กลุ่มหัตถการ Injection of gamma globulin	97
10.กลุ่มหัตถการ Transfusion of granulocyte	98
11.กลุ่มหัตถการ Total Parenteral Nutrition :TPN / Peripheral Parenteral Nutrition : PPN	98

**แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางอายุรกรรม)**

1.กลุ่มหัตถการ Transarterial chemoembolization (TACE) หรือ transarterial oily chemoembolization (TOCE)	99
2.กลุ่มหัตถการ Percutaneous Ethanol Injection :PEI หรือ Direct Ethanol Injection :DEI	99
3.กลุ่มหัตถการ Insertion of endotracheal tube	100
4.กลุ่มหัตถการ Ventilator support	100

**แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางอายุรกรรมหัวใจ)**

กลุ่มหัตถการที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดและหัวใจ (Cardiovascular and Peripheral Intervention)	106
--	-----

**แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางออร์โธปิดิกส์)**

1.กลุ่มหัตถการ Partial Knee replacement	121
2.กลุ่มหัตถการ Revision of knee replacement	121
3.กลุ่มหัตถการ Revision of hip replacement	122
4.กลุ่มหัตถการ Other exploration and decompression of spinal canal	123
5.กลุ่มหัตถการ Spinal fusion	124
6.กลุ่มหัตถการ Spinal fusion	125
7.กลุ่มหัตถการ Reattachment of hand tendon	125
8.กลุ่มหัตถการ Remove fixation device	127

**แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางจักษุ)**

1.กลุ่มหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการลอกต้อเนื้อ (pterygium excision)	130
2.กลุ่มหัตถการสำหรับผู้ป่วยทางเดินน้ำตาตัน (Dacryostenosis)	131
3.กลุ่มหัตถการสำหรับผู้ป่วยต้อหิน (Glaucoma)	133
4.กลุ่มหัตถการสำหรับผู้ป่วยต้อกระจก (Cataract)	134
5.กลุ่มหัตถการเกี่ยวกับจอตา (Retina) และวุ้นตา (Vitreous)	137
6.กลุ่มหัตถการเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ตา (Eye injury)	139
7.กลุ่มหัตถการทางจักษุโดยใช้แสงเลเซอร์	141

**แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทาง โสต ศอ นาสิก)**

1.กลุ่ม Sinus surgery	143
2.กลุ่มหัตถการ Tympanoplasty	145
3.กลุ่มหัตถการ Myringoplasty	145
4.กลุ่มหัตถการ Mastoidectomy	146
5.กลุ่มหัตถการ Hearing Aids	147
6.กลุ่มหัตถการ Direct laryngoscopy and Bronchoscopy	147
7.กลุ่มหัตถการ Tracheostomy	148
8.กลุ่มหัตถการ Sialoadenectomy	149

**แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางรังสี)**

1.กลุ่มหัตถการ Radiotherapy	150
2.กลุ่มหัตถการ Nuclear medicine	151
3.กลุ่มหัตถการ รังสีวินิจฉัย	153

ภาคผนวก

Standard of ethical coding	157
แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะโลหิตจาง	165
โรคฉี่หนู	166
กราฟประเมินน้ำหนักเด็กแรกคลอด	169
การประเมินการสรุปโรคและหัตถการของแพทย์(SA)	171
การประเมินการให้รหัสโรคและหัตถการ(CA)	172
ขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบ ณ หน่วยบริการ	173
ขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบ ณ รวมศูนย์	174
ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและการหัก ค่าใช้จ่าย กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ.2552	175
คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 181/2552 เรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณา หักค่าใช้จ่าย	178
แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีอุปกรณ์พุงสั้นเท้าและฝ่าเท้า และรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน	180
แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขกรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม กรณี ข้อเท้าเทียม	183

เรื่อง	หน้าที่
แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขกรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมสายสวนหลอดเลือดหัวใจ	186
แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขกรณีอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง	188
แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกโรคหืดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	195
การตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) กรณีการรักษาผู้ป่วยโรคควาซากิระยะเฉียบพลันด้วยยาHuman normal immunoglobulin intraveno (IVIG)	198
แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิวในทางเดินปัสสาวะตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการในลักษณะการบริหารจัดการบริการเฉพาะของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	200
แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วย โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track :STEMI)	203
แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าและคุณภาพการให้บริการรักษาโรคเส้นเลือดในสมองตีบหรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ	204
เอกสารอ้างอิง	205
กองบรรณาธิการ	206
คณะกรรมการจัดทำคู่มือการตรวจสอบเวชระเบียนการสรุปและให้รหัสโรค	207
คณะกรรมการจัดทำคู่มือการตรวจสอบเวชระเบียนการสรุปและให้รหัสหัตถการ	210



บทนำ

แนวคิด/หลักการ-เหตุผล

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดขึ้นในประเทศไทยเพื่อให้ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับการคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจนั้นเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาคเอกชน ภาคราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสภานิติบัญญัติ ที่สำคัญคือผู้ให้บริการสุขภาพ เพราะเป็นผู้ที่จะพัฒนาการบริการสุขภาพให้ประชาชนเข้ารับบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ดังนั้นกระบวนการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพจึงเป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งที่จะก่อให้เกิดความเป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยซึ่งกลไกสำคัญนี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบเพื่อพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการตรวจสอบเป็นมิติหนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นว่า องค์กรมีความตระหนักถึงความมี ธรรมมาภิบาล ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ มาตรฐานจากผลการตรวจสอบตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เจตคติที่จำเป็นในการทำ Medical Record

ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดทำ medical record ทุกฝ่าย ต้องเข้าใจว่าการทบทวนเวชระเบียน มีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูลที่จะนำไปใช้ และเพื่อตรวจสอบกระบวนการทั้งหมดว่ามีข้อบกพร่องที่ใด เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ แกไขส่วนขาดต่างๆ และจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อธำรงไว้ซึ่งคุณภาพ และเพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องนอกจากนั้น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 45 กำหนดให้หน่วยบริการมีหน้าที่จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพบริการรวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายของบริการสาธารณสุขโดยตรวจสอบจากการบันทึกเอกสารหลักฐานทางแพทย์ของหน่วยบริการ ดังนั้นการบันทึกข้อมูลลงเวชระเบียนจึงต้องทำอย่างดีที่สุดที่สุดในผู้ป่วยทุกรายมิใช่ทำเพื่อรองรับการตรวจสอบเท่านั้น แต่ทำเพื่อช่วยให้ได้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการและต้องยินยอมให้มีการตรวจสอบตามกระบวนการด้วยความเต็มใจพร้อมรับการวิจารณ์และนำมาแก้ไขโดยไม่โกรธเคืองผู้ที่ทำการทบทวน และมาตรา 54 ในการปฏิบัติตาม พรบ.ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการ หรือเครือข่ายของหน่วยบริการ ในระหว่างเวลาทำการ เพื่อสอบถามข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สินหรือเอกสารหลักฐาน ถ่ายภาพ ถ่ายสำเนา หรือนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบ หรือกระทำการอื่นตามสมควรเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงอันที่จะปฏิบัติการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติ ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าพบการกระทำผิดให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจยึดหรืออายัดเอกสาร ทรัพย์สิน หรือสิ่งของเพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณาดำเนินการต่อไป วิธีปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนดแล้วแต่กรณี



Medical audit system คือ ระบบการตรวจสอบทางด้านการแพทย์ที่มีการทบทวนการดูแลผู้รับบริการในทุกมุมมอง ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 3 อย่าง ดังนี้

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

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

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

การตรวจสอบเวชระเบียน

ชนิดของการตรวจสอบเวชระเบียนแบ่งออกเป็นเรื่องหลัก ๆ 3 แบบ คือ

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

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



3. Clinical Audit หมายถึง การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการทั้งหมด (patient care functions) ว่าเป็นไปอย่างถูกต้องหรือไม่ นับตั้งแต่สิทธิผู้ใช้บริการและจริยธรรม การประเมินสภาพผู้ใช้บริการ การวินิจฉัยโรค การให้การรักษา การติดตามความเปลี่ยนแปลง การให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการและญาติ และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยอาจเปรียบเทียบกับ care map , clinical practice guideline , หรือมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ยอมรับกันในวงการวิชาชีพ รวมทั้งประเมิน outcome ว่าเป็นไปตามมาตรฐานที่ยอมรับกันหรือระบบการจ่ายเงินในปัจจุบันที่ตัวแทนผู้ใช้บริการจ่ายให้กับผู้ให้บริการ ทำให้มีคำถามการรักษานั้นต่ำกว่ามาตรฐานหรือฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็นหรือไม่อยู่ตลอดเวลา ดังนั้นกระบวนการตรวจสอบด้านคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่ต้องทำทุกครั้งที่มีการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ

วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบเวชระเบียน

โดยหลักการของการตรวจสอบเวชระเบียนแล้ว เป็นกิจกรรมเพื่อประโยชน์ของผู้ใช้บริการเป็นหลัก แต่มีผลกระทบต่อผู้ทบทวนและหน่วยงานที่ทบทวน โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

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

เป้าหมายการตรวจสอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พัฒนาระบบการตรวจสอบด้านการจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการสาธารณสุขให้ถูกต้อง เป็นธรรม และเป็นที่ยอมรับของทุกองค์กร

กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจสอบ

หน่วยบริการ สถานบริการ



ทำไมต้องทำ Medical Audit

เพื่อให้การนำข้อมูลจากเวชระเบียนไปใช้มีความถูกต้อง จึงต้องมีการทบทวนในประเด็นดังนี้

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

กระบวนการดำเนินงานการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การตรวจสอบเวชระเบียน เพื่อนำผลที่ได้มาสร้างความเป็นธรรมของการเบิกจ่ายเงินชดเชยและการให้บริการสาธารณสุขประกอบด้วย การตรวจสอบ 4 ประเภทคือ (1) coding audit (2) billing audit (3) quality audit และ (4) medical record audit โดยมีรายละเอียดของการตรวจสอบ ดังนี้

การเลือกข้อมูลตรวจสอบ โดยทั่วไปในการเลือกข้อมูลมาตรวจสอบมี 3 แบบ ดังนี้

1. กำหนดเงื่อนไขในการเลือกข้อมูลมาตรวจสอบ

1) การสุ่มเลือกแบบมีเงื่อนไข

ทำโดยการนำข้อมูลจากฐานการจ่ายชดเชยของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกกรณี เช่น บริการผู้ป่วยใน บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน สิทธิว่าง เด็กแรกเกิด บริการโรคเฉพาะ เป็นต้น มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อหาความผิดปกติของข้อมูล แล้วนำไปดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียน ณ หน่วยบริการ/สถานบริการ หรือรวมศูนย์ การตรวจสอบเฉพาะรายที่มีปัญหาจากการประมวลผลข้อมูล เช่น

- 1.1) ผู้ป่วยที่นอนนานเกินเกณฑ์มาตรฐาน
- 1.2) ผู้ป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าเกณฑ์ปกติ
- 1.3) ผู้ป่วยที่มีกลุ่ม DRGs อยู่ในกลุ่ม MDC 26 เช่น DRG 2601-, 2602-, 2603- ซึ่งเป็นกลุ่ม DRGs ที่รหัสการผ่าตัดไม่สัมพันธ์กับรหัสโรคหลัก
- 1.4) ผู้ป่วยที่มีกลุ่ม DRGs ไม่สัมพันธ์กับขีดความสามารถในการรักษาของโรงพยาบาลนั้น ทำการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรักษาพยาบาลและปัญหาทางกฎหมาย เช่น ผู้ป่วยที่มี



ปัญหาในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสืบค้นสาเหตุของโรค(investigation) ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการให้การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สมควร ผู้ป่วยที่ขอรับการส่งต่อไปรักษาที่อื่น ผู้ป่วยที่มีการเสียชีวิตโดยผิดปกติ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกราย ผู้ป่วยที่เป็นคดี เป็นต้น เลือกหน่วยบริการที่ตรวจสอบโดยดูจากข้อมูลการเรียกเก็บเปรียบเทียบกับประเภท ขนาดและจำนวน ข้อมูลการให้บริการที่ส่งเบิก กับระดับของหน่วยบริการที่ไม่สัมพันธ์กัน โดยเปรียบเทียบข้อมูลกับหน่วยบริการขนาดเดียวกัน

2. สุ่มข้อมูลโดยไม่กำหนดเงื่อนไขมาตรวจสอบเป็นการสุ่มเลือกแบบทั่วไป เพื่อประเมินสถานการณ์ ทำโดยการสุ่มตรวจโดยระเบียบวิธีทางสถิติจากข้อมูลการเบิกจ่ายทั้งหมด การสุ่มเลือกแบบทั่วไปเพื่อประเมินสถานการณ์นั้นจะทำการสุ่มตัวอย่างแบบ random sampling เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของเวชระเบียนทั้งหมด ควรใช้ในกรณีที่ต้องใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยมาจัดสรรทรัพยากร โดยจำนวนเวชระเบียนที่จะนำมาทบทวนขึ้นกับปริมาณของข้อมูลและจำนวนผู้ทบทวนที่มีในระบบนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ คือ

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

3. การตรวจทั้งหมด เป็นการเลือกตรวจเวชระเบียนทั้งหมดตามเงื่อนไขของหน่วยบริการทั้งหมดที่มี เช่น

- 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยาละลายลิ่มเลือด
- 2) ผู้ป่วยที่หัตถการสลายนิ่ว

นวัตกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน

การพัฒนาระบบการตรวจสอบร่วม 3 กองทุนสุขภาพ

เพื่อให้การตรวจสอบเวชระเบียนของ 3 กองทุนสุขภาพหลักของประเทศไทย ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคมและกองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ เพื่อให้มีการพัฒนาระบบและแนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสำหรับทุกกองทุนเป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งกองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ด้วย

หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน

หน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสาร หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกจ่ายชดเชย ซึ่งเก็บรักษาไว้ ณ หน่วยบริการ เพื่อรองรับการตรวจสอบ มีดังนี้

- 1.OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น
- 2.ใบ Summary discharge (general summary) กรณีที่มีใบ summary discharge หลายใบ จะต้องมียุทธศาสตร์รับรองจากหน่วยบริการ ระบุว่าใช้ใบ summary discharge ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีการระบุ สปสช.



จะใช้ใบแรกสุดในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นๆ เพื่อใช้อ้างอิงว่าเป็นใบสรุป ขอให้แบบฟอร์มดังกล่าวมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general summary จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้

3.แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกาย (history, physical examination) และหรือ เอกสารการประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ใบประเมินระบบประสาท NIHSS, Barthel's Index, MRS เป็นต้น ในกรณีมีบุคคลอื่นบันทึกแทนแพทย์ต้องมีการลงนามของแพทย์กำกับไว้ในแบบการบันทึกประวัติและตรวจร่างกาย

4.Progress Note ของแพทย์

5.Doctor's order ที่มีการลงนามของแพทย์กำกับไว้

6.Operative note กรณีผู้ป่วยที่มีการผ่าตัด

7.Anesthetic record (ถ้ามี)

8.Graphic sheet (ฟอร์มปรอท)

9.Nurse's note รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

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

11.Medication sheet (ใบบันทึกการให้ยา) และ Intake-Output sheet (การให้สารน้ำและการให้เลือด) ของพยาบาล

12.เอกสารหลักฐานที่หน่วยบริการต้องจัดทำขึ้นเพื่อประกอบการให้บริการต่างๆ ที่ สปสข. กำหนด เช่น แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา บัญชี จ.2 แบบฟอร์มการแบ่งระยะตามชนิดมะเร็งตามแบบ FM-06-031 กรณีการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งตามโปรโตคอล เป็นต้น

13.เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยจากหน่วยบริการอื่นๆ เช่น ใบรับส่งต่อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษา แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด สำเนาใบตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น

14.กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม หรือการให้บริการทางการแพทย์ ตามรายการค่าใช้จ่ายที่มารับบริการ แบบ free for service หน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบ ดังนี้

1) กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมราคาสูงที่มี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม หน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง ดังนี้

1.1 โดยต้องมี sticker ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นเก็บไว้ในเวชระเบียน โดยเก็บไว้ในแบบบันทึกการผ่าตัดหรือ OPD card

1.2 หลักฐานการจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นที่ระบุจำนวนรายการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมพร้อมราคาที่มีการใช้กับผู้ป่วยในครั้งที่มารับบริการ

2) กรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่ไม่มี sticker หน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง ดังนี้

2.1 หลักฐานทางการแพทย์ในเวชระเบียนที่ระบุว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียม



2.2 หลักฐานการจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นที่มีการใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคล ในครั้งที่มาใช้บริการ เช่น ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ที่หน่วยบริการจ่ายให้ผู้ป่วย และในหลักฐานต้องระบุจำนวน รายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมพร้อมราคา

3).กรณีการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ตามรายการค่าใช้จ่ายที่มารับบริการ (fee for service) หน่วยบริการต้องมีหลักฐานค่าใช้จ่ายรายบุคคล ตามรายการค่าใช้จ่ายจริงในแต่ละรายการ ได้แก่ ใบสรุปค่ารักษาพยาบาล ใบรายการค่ายาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ใบรายการค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

15.กรณีที่ สปสช. ขอตรวจสอบเวชระเบียนแล้วไม่พบเอกสาร หลักฐาน หรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้น ภายในระยะเวลาที่ สปสช.กำหนด หรือพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในโครงการสิทธิอื่นๆ หรือผู้ป่วยไม่ได้รับบริการตามสิทธิ์จากหน่วยบริการ เช่น จ่ายเงินสด เป็นต้น ถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น และไม่รับพิจารณาอุทธรณ์เอกสารที่หน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลังทุกกรณี

กรณีหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการตรวจสอบได้ตามเวลาที่กำหนดเนื่องจากชำรุด อันเกิดจากภัยพิบัติ อัคคีภัยฯ อุทกภัย เป็นต้น หน่วยบริการต้องส่งหลักฐานชี้แจงประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาโดยให้ส่งสำเนาหนังสือขออนุมัติทำลายเอกสารและมีคณะกรรมการลงนามรับรองการทำลายเอกสารประกอบ

กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วเชื่อได้ว่าหน่วยบริการจงใจเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริงในกรณี ดังต่อไปนี้

- 1) กรณีสรุปโรคมากเกินไปหลักฐานในเวชระเบียน
- 2) สรุปการทำหัตถการโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน
- 3) มีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคโดยไม่มีหลักฐาน
- 4) มีการเพิ่มรหัสหัตถการโดยไม่มีหลักฐาน
- 5) กระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไป

สปสช. จะทำการหักค่าใช้จ่ายคืนจากหน่วยบริการปรับไม่เกินสิบเท่าของจำนวนเงินที่หน่วยบริการเรียกเก็บเกินจริงในการให้บริการในครั้งนั้นและไม่เกินหนึ่งแสนบาท ตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ.2552 ข้อที่ 6 (3) ในราชกิจจานุเบกษาหน้าที่ 15 เล่มที่ 126 ตอนพิเศษ 91 ง วันที่ 29 มิถุนายน 2552

แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช

1. ตรวจสอบ OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบครั้งนั้น เพื่อพิสูจน์หลักฐานการดำเนินของโรค เช่นโรคเรื้อรัง กรณี Emergency claim online เป็นต้น
2. การตรวจสอบ ใบ Summary discharge (General Summary) ประเด็นการพิจารณามี ดังนี้
 - 1) การระบุใบ summary discharge (general summary) เพื่อการตรวจสอบ กรณีที่มีใบ summary



discharge หลายใบ จะต้องมียกหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าจะใช้ใบ summary discharge ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีจะใช้ใบแรกสุดของเวชระเบียนในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นเพื่ออ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้นแบบฟอร์มดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general summary discharge จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้

2) การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์ลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ ยกเว้น นักศึกษาแพทย์ลงนามได้เพียง attending และมีแพทย์ลงนามรับรอง จึงจะถือว่าเป็นใบสรุปการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่าเป็นเวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

3) ในกรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ general summary discharge

4) การสรุปโรคหรือหัตถการเป็นรหัส หรือ สรุปด้วยดินสอ ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล

3. ตรวจสอบ แบบบันทึกการซักประวัติ และตรวจร่างกาย (Admission note) เอกสารการประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องผู้ป่วย เช่น ใบประเมินระบบประสาท NIHSS Barthel's Index MRS เป็นต้น ในการตรวจสอบสามารถใช้ข้อมูลที่บ้านที่กโดยแพทย์เท่านั้น ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามโดยแพทย์ในแบบ บันทึกประวัติและตรวจร่างกายกำกับจึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้

4. ตรวจสอบ Progress note ในการตรวจสอบสามารถใช้ข้อมูลที่บ้านที่กโดยแพทย์เท่านั้น ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามโดยแพทย์กำกับ จึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้

5. ตรวจสอบข้อมูลใน Doctor's order ใช้คำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์เท่านั้น ในกรณีนักศึกษาแพทย์ หรือ การบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ทุกครั้งที่สั่งการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

6. ตรวจสอบในกรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัดหัตถการ ต้องมีใบ Operative note ประกอบการตรวจสอบเสมอ กรณี non OR procedure ให้บันทึก short operative note ในบันทึกความก้าวหน้าของโรคได้ ในเบื้องต้นต้องมีข้อมูลสิ่งที่ตรวจพบและ รายละเอียดของการทำหัตถการ ในกรณีใช้บันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์

การตรวจสอบหลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วน description ขั้นตอนการทำหัตถการเป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงการสรุปโรคหัตถการในข้อมูลเบื้องต้นของบันทึกการทำหัตถการไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนได้ กรณีที่เป็น major OR procedureต้องมี operative note เสมอ ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือที่บ้านที่กมาโดยใช้ความพยายามอย่างเต็มที่แล้วถือว่าไม่มีการให้บริการ แต่อนุโลมให้หน่วยบริการสามารถแจ้งคำแปลมาก่อนได้



7. ตรวจสอบ Anesthetic record ถ้ามีการทำหัตถการวิสัญญีประเภท general anesthesia หรือ regional anesthesia เพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัด ระหว่าง และหลังการผ่าตัด เช่น intra-operative bleeding เป็นต้น
8. ตรวจสอบแบบบันทึก vital signs ของผู้ป่วย(Graphic sheet) โดยการวาดกราฟ ได้แก่ body temperatures blood pressure pulse rate respiratory rate และยังสามารถใช้บันทึกจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล leave day การสิ้นสุดการรักษา น้ำหนักผู้ป่วย fluid intake/output ในรูปต่าง ๆ ของการพยาบาล
9. ตรวจสอบรายละเอียดของ Nurses's note ต้องตรวจสอบแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ใบบันทึกการให้ยาของพยาบาล บันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์ หรือไม่ การประเมินสภาพผู้ป่วยระหว่างที่นอนในโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เวลารับและจำหน่ายผู้ป่วย เวลาการ on ventilator กรณีที่ต้องตรวจสอบการให้ยามีการให้ยากับผู้ป่วยจริงหรือไม่ ต้องตรวจสอบจากใบบันทึกการให้ยาและพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ เช่น ยา streptokinase, chemotherapy , blood transfusion เป็นต้น
10. ผู้ตรวจสอบควรตรวจสอบรายละเอียดเอกสารรายงานผลการตรวจเพิ่มเติมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา เอกสารการให้รังสีรักษา แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี.2 ประกอบการตรวจสอบด้วยทุกครั้ง ซึ่งเป็นการบันทึกโดยหน่วยบริการที่ทำการรักษา หรือหน่วยบริการอื่นๆ ที่ส่งผู้ป่วยไปรับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ ผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกไว้โดยหน่วยบริการที่ส่งมารับการรักษาในหน่วยบริการแห่งนั้น เป็นต้น
กรณีที่มีการวินิจฉัยมะเร็งควรมีผลที่เป็น official report หากไม่มีให้ใช้บันทึกของแพทย์ที่บอกรายละเอียดชนิด ตำแหน่ง การรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา (คำว่า underlying CA.....อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็ง)
11. ตรวจสอบการสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์โดยที่ระบุว่าให้ยาเดิม พยาบาลจะต้องรับคำสั่งและดำเนินการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยตามคำสั่งของแพทย์ ถ้าไม่มีการจัดยาให้ผู้ป่วย หรือระบุว่าให้ผู้ป่วยรับประทานเอง ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น
การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษา หรือการรักษา (consultation) ถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้
กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home med) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าโรคที่เป็นการรักษาผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น
12. กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่ยอมรับเฉพาะในโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง ไม่สามารถอ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือหัตถการได้ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น ยกเว้น มีหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการ ชี้แจงการใช้ข้อตกลงดังกล่าว



แพทย์จำเป็นต้องสรุปโรคและเหตุการณ์เป็นชื่อโรคและเหตุการณ์เป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้นและไม่ควรใช้คำย่อที่ไม่สากล ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือเขียนได้ โดยการใช้ความพยายามอย่างเต็มที่แล้วถือว่าไม่สามารถใช้ข้อความนั้นๆ มาประกอบการตรวจสอบได้

13. คณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนต้องไม่ทำการแปลข้อมูลทางคลินิก หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยไม่พบการบันทึกคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รักษาและเพิ่มการวินิจฉัยโรคให้กับเวชระเบียนฉบับนั้นๆ โดยการดูใบสั่งยา การรักษา และคาดเดาว่า ผู้ป่วยเป็นโรคใด ถึงแม้ว่าจะพบว่ามีการให้การรักษาก็ตาม

การตรวจสอบต้องใช้เอกสารหลักฐานในเวชระเบียนบันทึกโดยแพทย์หรือมีลายเซ็นของแพทย์กำกับเท่านั้น ได้แก่ บันทึกการรับผู้ป่วย บันทึกการดำเนินโรค การวินิจฉัยโรค หลักฐานที่สนับสนุนการวินิจฉัยโรค บันทึกการทำหัตถการ และการประเมินผลการรักษา เป็นต้น

14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะใช้เอกสารเวชระเบียนและเอกสารการเงินที่หน่วยบริการจัดเตรียมหรือจัดส่งให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ. วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้วเป็นหลักฐานในการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการอุทธรณ์เว้นแต่เอกสารนั้นออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบ หน่วยบริการสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้

15. กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม หรือการให้บริการทางการแพทย์ ตามรายการค่าใช้จ่ายที่มารับบริการแบบ Fee for service ต้องตรวจสอบรายละเอียดของเอกสาร ดังนี้

1) กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมราคาสูงที่มี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ต้องตรวจสอบรายละเอียดหลักฐานว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง ดังนี้

1.1 โดยต้องพบมี sticker ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมนั้นเก็บไว้ในเวชระเบียน โดยเก็บไว้ในแบบบันทึกการผ่าตัดหรือ OPD card

1.2 พบหลักฐานการจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นที่ระบุจำนวนรายการอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมพร้อมราคาที่มีการใช้กับผู้ป่วยในครั้งที่ได้รับบริการ

2) กรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่ไม่มี sticker ต้องตรวจสอบรายละเอียดหลักฐานว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง ดังนี้

2.1 หลักฐานทางการแพทย์ในเวชระเบียนที่ระบุว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียม

2.2 หลักฐานการจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นที่มีการใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคลในครั้งที่ได้รับบริการ เช่น ใบสั่งยา หรือ ใบเบิกจ่าย ที่หน่วยบริการจ่ายให้ผู้ป่วย และในหลักฐานต้องระบุจำนวนรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมพร้อมราคา

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



ข้อกำหนดแนวทางการอุทธรณ์สำหรับ Coding Audit

กรณีที่หน่วยบริการมีความเห็นเรื่องการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการไม่ตรงกับที่ผู้ตรวจสอบ (auditor) ตรวจสอบได้ หน่วยบริการต้องบันทึกเหตุผลที่ขออุทธรณ์ทุกรหัสลงในแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนที่ สปสช.เขตส่งให้พร้อมแนบหลักฐานประกอบการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการดังกล่าวส่งให้ สปสช. ถ้าหน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลหรือแนบหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์รหัส สปสช. จะไม่รับพิจารณาให้รหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการดังกล่าว

วิธีการบันทึกข้อมูลในแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนจากหน่วยบริการ

1. เจ้าหน้าที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายที่ต้องการนำมาขออุทธรณ์ลงในส่วนการขออุทธรณ์จากหน่วยบริการตามแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนที่ สปสช. ส่งให้และระบุชื่อผู้ขออุทธรณ์ ตำแหน่ง วันเดือนปี ที่ขออุทธรณ์ ซึ่งเป็นแพทย์เท่านั้นพร้อมทั้งลงลายเซ็นกำกับ
2. บันทึกข้อมูลของหน่วยบริการลงในส่วนการขออุทธรณ์จากหน่วยบริการตามแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียน เช่น ลำดับที่ HN AN
3. บันทึกข้อมูลการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการทุกรหัส ในช่อง ICD in com ซึ่งเป็นการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการของหน่วยบริการที่บันทึกข้อมูลส่ง สปสช.เพื่อการเบิกจ่ายชดเชย
4. บันทึกข้อมูลการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการในช่อง R ICD ซึ่งเป็นการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช. (auditor) ที่ สปสช. รายงานผลการตรวจสอบให้หน่วยบริการ
5. กรณีการขออุทธรณ์เรื่องการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ ให้บันทึกข้อมูลรหัสโรคและรหัสหัตถการที่ขออุทธรณ์ทุกรหัส ในช่องอุทธรณ์เป็นรหัส และให้ป้ายสี หรือขีดเส้นใต้รหัสที่ขออุทธรณ์พร้อมบันทึกเหตุผลและเอกสารหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ของรหัสโรคและรหัสหัตถการที่ขออุทธรณ์ดังกล่าว ในช่องเหตุผลหลักฐานประกอบการอุทธรณ์
6. กรณีการขออุทธรณ์ SA, CA และเรื่องอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ ให้บันทึกข้อมูลที่ขออุทธรณ์ในช่องอุทธรณ์ประเด็นอื่นๆ พร้อมบันทึกเหตุผลและเอกสารหลักฐานประกอบการขออุทธรณ์ดังกล่าว ในช่องเหตุผลหลักฐานประกอบการอุทธรณ์
7. สปสช. จะไม่รับพิจารณาอุทธรณ์รหัสโรคและรหัสหัตถการ ในกรณีต่อไปนี้
 - 1) กรณีการขอเพิ่มรหัสใหม่ จากเหตุที่หน่วยบริการยังไม่ได้ดำเนินการส่งข้อมูลเพื่อขอเบิกจ่ายชดเชยจาก สปสช. รหัสที่ไม่ปรากฏใน ICD in com, รหัสที่จากการบันทึกสรุปใน discharge summary ของแพทย์ที่หน่วยบริการ (S ICD) และไม่ใช้รหัสที่ได้จากการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช. (R ICD)
ICD in com หมายถึง รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการ ที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลส่งเพื่อขอเบิกจ่ายชดเชยในโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์



S ICD หมายถึง รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการ ที่ได้จากข้อมูลใน summary discharge form ของหน่วยบริการ

R ICD หมายถึง รหัสการวินิจฉัยโรค/รหัสหัตถการ ที่ได้จากการตรวจสอบเวชระเบียนโดยคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช. (auditor)

2) กรณีขอเปลี่ยนแปลงรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (Pdx) กรณีที่รหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (Pdx) ใน ICD in com ตรงกับผลการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สปสช. (R ICD) แล้ว

3) กรณีหน่วยบริการขอส่งเอกสารเพิ่มเติมเนื่องจากการส่งมอบไม่ทันในวันตรวจสอบเวชระเบียนตามที่ สปสช. กำหนดไว้

4) กรณีการขอเพิ่มรหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการในการอุทธรณ์ครั้งที่ 2 กับสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ หรือ ครั้งที่ 3 กับ ราชวิทยาลัยหรือสมาคมแพทย์ต่างๆ โดยผ่านแพทย์สภาซึ่งหน่วยบริการไม่ได้มีการทักท้วงรหัสดังกล่าว ในการอุทธรณ์ครั้งที่ 1 ซึ่งถือว่าหน่วยบริการได้ยอมรับรหัสโรคหรือหัตถการดังกล่าวแล้ว

5) กรณียื่นขออุทธรณ์หลังระยะเวลาตามที่ สปสช. กำหนด

6) กรณีหน่วยบริการไม่บันทึกเหตุผลทุกรหัสที่มีการขออุทธรณ์หรือทุกประเด็นทักท้วง ในแบบขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนที่ สดช. สปสช. ส่งให้และ/หรือไม่ส่งหลักฐานประกอบการให้รหัสโรคและ/หรือรหัสหัตถการทุกรหัสหรือทุกประเด็นทักท้วงที่หน่วยบริการขออุทธรณ์

7) กรณีผู้อุทธรณ์ไม่ใช่แพทย์ (ตรวจสอบการลงนามในแบบขออุทธรณ์)

8.บันทึกรายการเอกสารเวชระเบียนประกอบการอุทธรณ์ ที่ส่งมาให้ สปสช.ทั้งหมด เช่น general summary discharge และ/หรือ progress note ซึ่งต้องเป็นเอกสารชุดเดิมที่ใช้ในการตรวจสอบหรืออุทธรณ์ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 หรือครั้งที่ 3

ข้อตกลงในการใช้เอกสารและแนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2557 ให้ใช้เป็นเอกสารหลักในการตรวจสอบ
2. Standard coding guideline edition 2011
3. หนังสือ ICD 10 version 2010 , ICD 9 CM version 2010
4. คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคและน้ำหนักสัมพัทธ์

ใครควรเป็นผู้ทำ Medical Audit

ผู้ทำหน้าที่ในการตรวจสอบเวชระเบียน

สำหรับในโรงพยาบาลเองควรจัดให้มีคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน (medical record audit committee) ซึ่งต้องมีแพทย์เป็นประธาน และมีเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมเป็นกรรมการ การกำหนดว่าจะให้ใครทำหน้าที่ตรวจสอบส่วนใด ขึ้นอยู่กับการออกแบบระบบ และความสามารถของวิชาชีพ แต่หลักการที่สำคัญ คือ ผู้



audit ต้องเป็นบุคคลที่ไม่ใช่ผู้บันทึก medical record นั้น สำหรับการทำ external audit อาจจำเป็นต้องทำ โดยผู้จ่ายเงิน (purchaser) หรือผู้ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลหรือองค์กรกลาง แต่ต้องระมัดระวังควบคุมในเรื่อง ความลับของผู้ใช้บริการและโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามกฎหมาย และจรรยาบรรณด้วย เพื่อพัฒนาระบบการตรวจสอบ เวชระเบียนให้เป็นระบบที่มีมาตรฐานสากล และมีกระบวนการตรวจสอบที่ครอบคลุมทั้งจำนวนเวชระเบียนที่ ตรวจสอบ และความต้องการเพื่อพัฒนาระบบตามความจำเป็นของพื้นที่

บทบาทหน้าที่ของการตรวจสอบเวชระเบียน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง และสปสช.เขต ดังนี้

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สตช.) มีบทบาทในการพัฒนาเครื่องมือและทดสอบวิธีการตรวจสอบ รวมถึงการพัฒนาหลักเกณฑ์เงื่อนไขการตรวจสอบ พร้อม ถ่ายโอนภารกิจการตรวจสอบให้เขตพื้นที่ดำเนินการได้ด้วยตนเองและสนับสนุนงบประมาณการตรวจสอบ
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต จัดการตรวจสอบ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบเวช ระเบียนที่ สปสช.เขต มีบทบาทในการตรวจสอบเวชระเบียนโดยใช้เครื่องมือที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลางได้พัฒนาไว้ และเป็นผู้พิจารณาเลือกเวชระเบียนจากหน่วยบริการมาตรวจสอบให้สอดคล้องตามบริบทของ เขตพื้นที่

ขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบ

ภายหลังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จ่ายเงินชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของ สปสช. ไปเรียบร้อยแล้ว สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ จะดำเนินการสุ่มเลือกข้อมูลตามเงื่อนไขที่ กำหนด หรือเลือกข้อมูลที่สุ่มแบบเจาะจง การตรวจสอบแบบ Random หรือการตรวจสอบทั้งหมดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อนำมาตรวจสอบประสิทธิภาพการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพบริการของหน่วยบริการต่างๆ ว่าตรงตามเงื่อนไขการ จ่ายชดเชยหรือหลักเกณฑ์ประกาศของ สปสช. หรือไม่ ทั้งนี้ภายหลังจากตรวจสอบสำนักตรวจสอบการชดเชยและ คุณภาพบริการหรือคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนสำนักงานเขตจะรายงานผลการตรวจสอบให้กับหน่วยบริการ ทราบถึงผลการตรวจสอบดังกล่าวที่รายงานต่อหน่วยบริการเมื่อหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบนั้น สปสช. ดำเนินการจ่ายเงินเพิ่มหรือเรียกเงินคืนตามข้อมูลผลการตรวจสอบ หากหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ สามารถดำเนินการอุทธรณ์ภายในวันเวลาดำหนดหลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ หากพ้นกำหนดแล้วจะไม่รับ พิจารณากรณีอุทธรณ์และถือว่ายอมรับผลการตรวจสอบดังกล่าวตามผังการไหลของขั้นตอนกระบวนการตรวจสอบ ตามแผนผังในภาคผนวก



กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2552 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาหน้า 14 เล่มที่ 126 ตอนพิเศษ 9 ง
3. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557
4. ประกาศของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ
5. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542
6. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
7. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ผู้บริหารระบบในภาพรวม

- พญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ ผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
- พ.อ.หญิงพนมวัลย์ บุญยमानพร รองผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ

กลุ่มงาน Coding audit

- คุณณัฐพงศ์ อนุวัตรยรรยง
- คุณภณิดา กลิ่นพิพัฒน์
- คุณสิรินาถ ยั่งยืน
- คุณสุเมศร์ อุดมกীরติกุล

กลุ่มงาน Billing audit

- คุณรุ่งจิต ลีลางามวงศ์
- คุณอุดมพร ภูมิวัฒนากิจ
- คุณวาสนา จันทระพินิจ

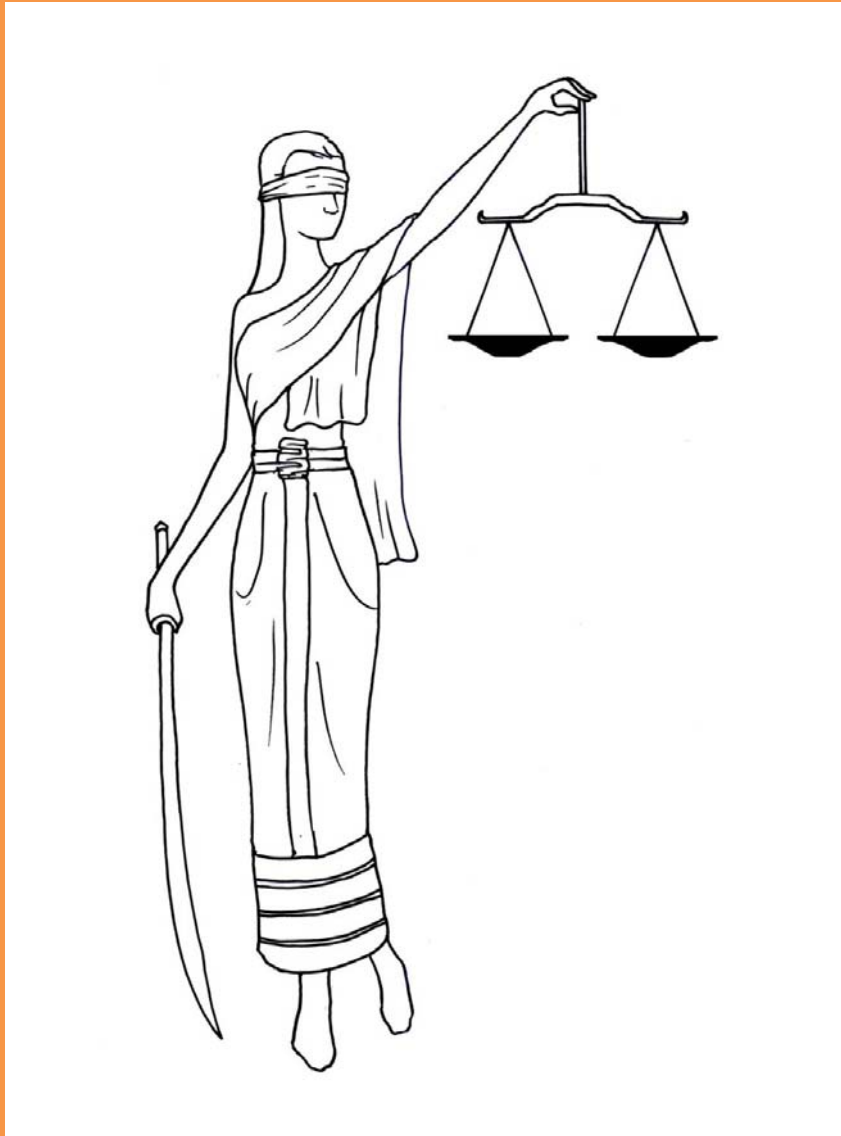
กลุ่มงาน Quality audit

- คุณภัทรา อเนกวิทยากิจ
- คุณประไพ วัฒนไกร
- คุณสุมลรัตน์ ดอกเขียว
- คุณสุนันทา โสภภาพันธ์
- คุณพัทธรินทร์ กมลฉ่ำ



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การสรุปและให้รหัสโรค





แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (อายุรกรรม)

1. กลุ่มโรค Leptospirosis (A27.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติเสี่ยงต่อโรคโดยการสัมผัสน้ำที่มีปัสสาวะหนูปนเปื้อน มีอาการไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ อาจมี clinical อื่นประกอบ เช่น ปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง ตาแดง ตับม้ามโต เหลือง หรือไตวายร่วมด้วย
- 2) มีการตรวจเลือดหา leptospirosis ผล positive ถ้ากรณีการตรวจครั้งแรกผล negative ต้องมีการตรวจติดตามผล โดยพบว่ามีเพิ่มขึ้นของ antibody อย่างน้อย 4 เท่า
- 3) มีการเจาะ lab ที่เกี่ยวข้องและพบค่าผิดปกติของตับและไต เช่น BUN/Cr rising ผลตรวจการทำหน้าที่ของตับพบ AST, ALT, total bilirubin สูง
- 4) มีการรักษา leptospirosis อย่างเหมาะสมตามแนวทางการรักษา leptospirosis (ตามภาคผนวก)

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุนอย่างน้อย 2 ข้อ ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 34 ข้อ 0132)

- 1) อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 °C หรือต่ำกว่า 36 °C
- 2) ชีพจรมากกว่า 90 ครั้ง/นาที
- 3) หายใจมากกว่า 24 ครั้ง/นาที หรือ PaCO₂ น้อยกว่า 32 mmHg
- 4) เม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 4,000 cell/mm³ หรือ มากกว่า 12,000 cell/mm³ หรือมี band form มากกว่าร้อยละ 10

หมายเหตุ

1) SIRS อาจเกิดจากภาวะอื่นที่ไม่ใช่การติดเชื้อ เช่น pancreatitis, burn, severe trauma, adrenal insufficiency, pulmonary embolism, anaphylaxis, drug overdose เป็นต้น แพทย์ไม่ควรวินิจฉัยว่า sepsis ควรวินิจฉัยว่า SIRS of non-infectious origin (R65.2 – R65.3) เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม โดยใช้สาเหตุที่พบเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก

2) SIRS (R65.-) ไม่สามารถเป็นการวินิจฉัยโรคหลักได้

3) Organ dysfunction คือ ภาวะที่อวัยวะภายในมีการทำงานผิดปกติ เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบไต ระบบทางเดินหายใจ อันเนื่องมาจากภาวะ sepsis โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีค่าความดันโลหิต systolic \leq 90 mmHg. หรือค่า mean arterial pressure \leq 70 mmHg. แต่ตอบสนองต่อการให้สารน้ำทางหลอดเลือด



3.2 ระบบไต มีปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง เป็นเวลา 1 ชั่วโมง แม้ว่าจะให้สารน้ำทดแทนอย่างพอเพียงแล้ว

3.3 ระบบการหายใจ มีค่า $PaO_2 / FiO_2 \leq 250$ หรือ < 200 ในกรณีที่ปอดเป็นอวัยวะเดียวที่มีความผิดปกติ

3.4 ระบบโลหิต พบเกล็ดเลือดน้อยกว่า 80,000 /ลบ.มิลลิเมตร หรือมีปริมาณเกล็ดเลือดลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 จากระดับเกล็ดเลือดที่มากที่สุดในช่วงระยะเวลา 3 วันที่ผ่านมา

3.5 ภาวะ metabolic acidosis ที่ไม่สามารถอธิบายได้ จากค่า blood gas ของเลือดแดง พบค่า $pH \leq 7.30$ หรือมีค่า base deficit ≥ 5.0 mEq/ลิตร และมีค่า lactate ในเลือดมากกว่า 1.5 เท่าของค่าสูงสุดของปกติ

3.6 ระบบไหลเวียนโลหิต หลังจากให้สารน้ำ re-suscitation อย่างเต็มที่แล้ว พบว่ามีค่า pulmonary artery wedge pressure ≥ 12 mmHg. หรือมีค่า central venous pressure ≥ 8 mmHg.

3. กลุ่มโรค Sepsis (A40.- , A41.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 34 ข้อ 0132)

- มีอาการของ systemic inflammatory response syndrome
- มีการสงสัยหรือวินิจฉัยว่า ติดเชื้อที่อวัยวะใด อวัยวะหนึ่ง หรือเป็นการติดเชื้อตามระบบ
- ผลการเพาะเชื้อในเลือดเป็น positive ยกเว้นการเพาะเชื้อในเลือดเป็น negative ได้ ในกรณีผู้ป่วยมีโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อจากความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน โดยไม่พบแหล่งติดเชื้อ เช่น โรคตับแข็ง โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือดต่ำ ผู้ป่วยหลังตัดม้าม โรคเอดส์ เป็นต้น
- มีการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะในระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น 5 – 7 วัน แล้วผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา หรือเสียชีวิตระหว่างการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น 3 – 5 วัน

หมายเหตุ

1) กรณีที่แพทย์วินิจฉัยแรกรับว่า sepsis แต่เมื่อให้ยาปฏิชีวนะไปเพียง 1 – 2 วันไข้ลดลง จำหน่ายกลับบ้าน แพทย์ควรวินิจฉัยเมื่อจำหน่ายว่า เป็นไข้ที่ไม่ทราบสาเหตุ (fever, unspecified : R50.9)

2) กรณีการติดเชื้อที่อวัยวะต่าง ๆ เช่น pneumonia, acute pyelonephritis, acute cholecystitis, spontaneous bacterial peritonitis ให้บันทึกการติดเชื้อที่ทราบแหล่งติดเชื่อนั้นเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และบันทึกภาวะ sepsis เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม หากผลการเพาะเชื้อในเลือด positive หรือ บันทึกภาวะ SIRS of infectious origin (R65.0) หากผลการเพาะเชื้อในเลือด negative เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม แต่ถ้า SIRS เป็นเพียงอาการของภาวะติดเชื่อนั้นๆ ไม่ได้มีการเพาะเชื้อในเลือด ไม่ต้องสรุปภาวะ SIRS เป็นโรคร่วม

3) กรณีเพาะเชื้อในเลือดไม่ขึ้น แม้จะเพาะเชื้อขึ้นจากแหล่งติดเชื้อ เช่น ปัสสาวะ หรือน้ำในช่องท้อง ไม่ควรวินิจฉัย sepsis เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม

4) เมื่อให้รหัส sepsis แล้วไม่ต้องรหัส SIRS (R65.-) ที่เป็นอาการของ sepsis เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม



4. กลุ่มอาการ Septic shock (R57.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 34 ข้อ 0132)

- 1) แพทย์วินิจฉัยภาวะ septic shock จากตรวจพบภาวะ sepsis ร่วมกับมี hypotension (ความดันโลหิต systolic ต่ำกว่า 90 mmHg หรือต่ำกว่าเดิม 40 mmHg) เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หลังจากได้รับ fluid เพียงพอแล้ว หรือต้องใช้ยา vasopressor เพื่อรักษาระดับความดันโลหิต systolic 90 mmHg หรือสูงกว่า หรือรักษา mean arterial pressure 70 mmHg
- 2) มีอาการแสดงของ poor tissue perfusion เช่น conscious change ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr หรือน้อยกว่า 400 ml/day , delayed capillary filling time มีภาวะ metabolic acidosis
- 3) มีการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษา sepsis ในระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น 5 – 7 วัน แล้วผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา หรือเสียชีวิตระหว่างการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น 3 – 5 วัน

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

6) กลุ่มโรค Old TB (Sequelae of tuberculosis : B90.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 24 ข้อ 0112)

- 1) มีประวัติการรักษา pulmonary tuberculosis
- 2) ผล chest x-ray พบรอยโรคเดิม
- 3) มีอาการในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด chronic respiratory failure, bronchiectasis

หมายเหตุ ในผู้ป่วยที่เคยเป็นวัณโรคและรักษาวัณโรคหายแล้ว แต่ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ มีอาการที่ทำให้ต้องมารับการดูแลรักษา เช่น haemoptysis, chronic respiratory failure, bronchiectasis แพทย์ควรวินิจฉัยอาการหรือโรคเหล่านี้เป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และวินิจฉัยว่า sequelae of tuberculosis เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม



7) กลุ่มโรค Neoplasms

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 60 ข้อ 0201)

- 1) มีหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปรากฏอยู่ในที่ใดที่หนึ่งของเวชระเบียน เช่น ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจทาง imaging ที่สนับสนุน
- 2) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจากสถานพยาบาลอื่นแล้วมารับการรักษาต่อเนื่องจากสามารถใช้หนังสือส่งตัวหรือบันทึกการซักประวัติของแพทย์ที่บอกรายละเอียด ชนิด ตำแหน่ง การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย
- 3) ถ้ารับไว้เพื่อรักษามะเร็งชนิดปฐมภูมิ ให้ใช้รหัสมะเร็งชนิดปฐมภูมินั้นเป็นรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก
- 4) ถ้ารับไว้เพื่อรักษามะเร็งชนิดทุติยภูมิ ให้ใช้รหัสมะเร็งชนิดทุติยภูมินั้นเป็นรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก ถ้าทราบว่ามะเร็งนั้นเริ่มต้นจากอวัยวะใดให้ใช้รหัสมะเร็งที่ตำแหน่งเริ่มต้น (primary site) เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม ถ้าไม่ทราบให้ใช้รหัส C80.- malignant neoplasm without specification of site เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม
- 5) ให้รหัสโรคมะเร็งเป็นรหัสการวินิจฉัยโรคหลักทุกครั้ง que ผู้ป่วยเข้ามารักษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งจนกว่าการรักษาจะสิ้นสุด ถึงแม้ว่ามะเร็งนั้นจะถูกตัดออกไประหว่างการรักษาแล้วก็ตาม
- 6) ในกรณีที่รับผู้ป่วยด้วยปัญหาโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง ไม่ว่าจะโรคมะเร็งยังมีอยู่หรือหายไปแล้วให้แพทย์บันทึกโรคแทรกซ้อนนั้นเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และบันทึกโรคมะเร็งหรือประวัติอดีตของโรคมะเร็งเป็นการวินิจฉัยโรคร่วม
- 7) ให้รหัสโรคมะเร็งเป็น PDx ทุกครั้ง จนกว่าการรักษาจะสิ้นสุด แม้ว่าจะก้อนมะเร็งถูกตัดออกไประหว่างการรักษา กรณีรับไว้เพื่อให้ chemotherapy radiation ฯลฯ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง metastasis มีข้อพิจารณา ดังนี้

ถ้ามะเร็งปฐมภูมิยังไม่หายไปจากตัวผู้ป่วย ให้รหัสของมะเร็งปฐมภูมิเป็น PDx และให้รหัสของมะเร็งทุติยภูมิเป็น SDx

ถ้ารับไว้รักษาด้วยปัญหามะเร็งทุติยภูมิ และมะเร็งปฐมภูมิหายไป/ตัดออกจากตัวผู้ป่วยแล้ว ให้รหัสมะเร็งทุติยภูมิเป็น PDx และให้รหัสมะเร็งที่ตำแหน่งเริ่มต้นเป็น SDx

หมายเหตุ

- 1) โรคแทรกซ้อนจากการรักษาที่พบบ่อย ได้แก่ febrile neutropenia, toxic gastroenteritis, radiation proctitis, postprocedural hypoparathyroidism, postgastric surgery syndrome
- 2) การสรุปว่าโรคแทรกซ้อนนั้นๆ เกิดจากโรคมะเร็งหรือเกิดจากการรักษามะเร็งให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้การรักษา



8) กลุ่มโรค Hepatocellular carcinoma (C22.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 66 ข้อ 0207)

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

หมายเหตุ ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่า hepatocellular carcinoma จากผล image โดยไม่มีผล alpha fetoprotein (AFP) สนับสนุนให้รหัส C22.9 malignant neoplasm of liver, unspecified

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 67 ข้อ 0207)

- 1) ต้องมีการตรวจชิ้นเนื้อสนับสนุนว่าเป็น cholangiocarcinoma
- 2) กรณีผู้ป่วยเก่าต้องพบหลักฐานการวินิจฉัยตามข้อ 1)

หมายเหตุ

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

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

3) ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่า liver mass ให้รหัส K76.9 liver disease, unspecified

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 74 - 75)

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



หมายเหตุ กรณีไม่พบบันทึกประวัติการสูญเสียเลือดชัดเจนให้สรุปเป็น iron deficiency anaemia , unspecified (D50.9)

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

หมายเหตุ กรณีวินิจฉัยว่า B12 deficiency (D51.-) และ folate deficiency (D52.1) ต้องมีผลตรวจระดับสารอาหารในเลือดร่วมด้วย

12) กลุ่มโรค Thalassaemia (D56.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 75 ข้อ 0302)

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

หมายเหตุ

- 1) แพทย์ควรวินิจฉัยตามชนิดของ thalassaemia ซึ่งสามารถจำแนกชนิดย่อยตามผลการตรวจ haemoglobin electrophoresis
- 2) เมื่อให้รหัสตามชนิดของภาวะเลือดจางที่แพทย์วินิจฉัยแล้ว ไม่ต้องให้รหัส D64.9 anaemia, unspecified หรือ D63.8 anaemia in other chronic diseases classified elsewhere เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม ถึงแม้ว่าจะมีการรักษาโดยการให้เลือดก็ตาม

13) กลุ่มโรค Acute posthemorrhagic anaemia (D62)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติการเสียเลือดอย่างเฉียบพลันที่ชัดเจน เช่น ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด
- 2) ผล CBC เข้าได้กับภาวะ anaemia (เกณฑ์ตามภาคผนวก) และ blood smear มีลักษณะ normochromic normocytic หรือ ค่า MCV ปกติ
- 3) มีการรักษาหรือไม่มีการรักษาโดยการให้เลือดก็ได้ (แพทย์จะตัดสินใจรักษาหรือไม่ขึ้นอยู่กับ severity ของภาวะ anaemia)
- 4) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุ acute posthemorrhagic anaemia หรือ acute blood loss



14. กลุ่มโรค Anaemia in neoplastic diseases (D63.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

15. กลุ่มโรค Anaemia ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เกิดจากยาเคมีบำบัด (D60.1)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) เป็นมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมาก่อนหน้านี้ และ haemoglobin ลดลงหลังให้ยาเคมีบำบัด
- 2) เม็ดเลือดแดงต่ำอย่างเดียว เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดไม่ต่ำ
- 3) ระยะเวลาเกิดที่เหมาะสม (หลายสัปดาห์) หลังให้เคมีบำบัดเพราะเกิดจาก myelosuppression
- 4) มีการรักษาโดยการให้เลือดและหยุดการให้ยาเคมีบำบัด

หมายเหตุ anaemia ที่ตรวจสอบพบเม็ดเลือดแดงต่ำอย่างเดียวที่เกิดจากเคมีบำบัด (D60.1 transient acquired pure red cell aplasia) เกิดได้น้อย ควรตรวจสอบว่าเม็ดเลือดขาว หรือเกร็ดเลือดต่ำด้วยหรือไม่ ถ้ามีร่วมด้วยให้รหัส D61.1 drug-induced aplastic anaemia และตามด้วยรหัสยาเคมีบำบัดที่เป็นสาเหตุ เช่น Y43.2 antineoplastic natural products

16. กลุ่มโรค Anaemia in other chronic diseases (D63.8)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะ anaemia เช่น โรคไต (โดยมี chronic kidney diseases ตั้งแต่ stage 3 ขึ้นไป) โรคต่อมไร้ท่อ โรคติดเชื้อเรื้อรัง เช่น Tuberculosis, AIDS (ยกเว้น diabetes mellitus ถือเป็นโรคกลุ่ม metabolic disease ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ได้ทำให้เกิดภาวะ anaemia)
- 2) ผู้ป่วยซีดเล็กน้อย (haemoglobin ต่ำกว่าค่าปกติ ประมาณ 1-3 g/dl%) ยกเว้นภาวะโรคไตวายเรื้อรัง บางราย อาจจะมี haemoglobin ต่ำกว่านี้ได้บ้าง และ anaemia เป็นชนิด normochromic หรือ hypochromic ค่า MCV ปกติ
- 3) อาจยืนยันโดย serum ferritin ปกติถึงสูง TIBC (total iron binding capacity) ปกติ หรือต่ำ พบ serum หรือ bone marrow iron ปกติ หรือสูง
- 4) มีการรักษาโดยการให้เลือด หรือผู้ป่วยโรคไตให้ erythropoietin หรือมีการตรวจรักษาอื่นเพิ่มเติม

หมายเหตุ ห้ามให้รหัสจำแนกชนิดของภาวะเลือดจางโดยพิจารณาจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยไม่พบบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ (อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 75 ข้อ 0302)



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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุนข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- 1) พบการวินิจฉัยเข้าได้กับ SLE
- 2) ตรวจพบความผิดปกติของไต โดยการตรวจปัสสาวะพบ nephrotic และ/หรือ nephritic picture และ/หรือ พบมีการเสื่อมการทำงานของไต (มีการเพิ่มขึ้นของ creatinine)
- 3) มีผล kidney biopsy ยืนยัน

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณี diabetes mellitus type II มีภาวะ hyperosmolar coma หมายถึง hyperosmolar non - ketotic hyperglycemic coma ตรวจพบน้ำตาลในเลือดสูง ร่วมกับ serum osmolarity > 330 mOsm/kg , serum ketone negative และมี alteration of consciousness ให้รหัส E11.0 non- insulin-dependent diabetes mellitus with coma
- 2) กรณี diabetes mellitus type I มีภาวะ diabetic ketoacidosis (DKA) ตรวจพบ ketonemia หรือ ketonuria มากกว่า 2 +, ระดับน้ำตาลในเลือดสูง > 250 mg% และมีภาวะ metabolic acidosis, (serum bicarbonate < 18 หน่วย) มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน คอแห้ง กระหายน้ำ ปัสสาวะมาก หายใจหอบลึก มีกลิ่นคีโตน ถ้ามี coma ร่วมด้วยให้ใช้รหัส E10.0 insulin-dependent diabetes mellitus with coma ถ้าไม่มี coma ให้ใช้รหัส E10.1 insulin-dependent diabetes mellitus with ketoacidosis
- 3) กรณีผู้ป่วย diabetes mellitus ที่มี hypoglycaemia แล้วมี coma จากยา insulin หรือยาลดน้ำตาล ให้ใช้รหัส E10-E14 + รหัสตัวที่สี่เป็น .0 ร่วมกับ external cause ได้แก่ insulin and oral hypoglycaemic (anti-diabetic) drugs (Y42.3)



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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 85 ข้อ 0409)

- 1) ต้องมีผลตรวจปัสสาวะ (dipstix) พบ proteinuria 2+ ขึ้นไป โดยไม่มีสิ่งบ่งชี้ว่าจะเป็โรคไตชนิดอื่น
- 2) กรณีที่ตรวจปัสสาวะไม่พบ proteinuria หรือพบว่ามีในระดับก้ำกึ่ง (trace ถึง 1+) ให้ตรวจ micro-albumin /creatinine ratio (ต้องตรวจยืนยัน 2 ครั้ง โดยไม่มีภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ)
- 3) กรณีเป็นผู้ป่วยเก่า ต้องพบการบันทึกว่าเป็น diabetes mellitus type II with renal complication หรือบันทึกว่ามี underlying โรคนี้ ร่วมกับมีบันทึกระยะเวลาที่เป็นโรคนี้อยู่ในประวัติผู้ป่วยนอกหรือใบซักประวัติตรวจร่างกายของแพทย์ หรือใบ progress note
- 4) กรณี refer ต้องมีบันทึกว่าเป็นโรคนี้อันในใบ refer และต้องมีการตรวจปัสสาวะใหม่อย่างน้อย 1 ครั้ง พบมี proteinuria 1+ ขึ้นไป

21. กลุ่มโรค Diabetes mellitus with neurological complication (E10-E14 + รหัสตำแหน่งที่สี่เป็น .4)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ซักประวัติผู้ป่วยมีอาการชาปลายมือปลายเท้า บางรายอาจมีอาการปวดแสบปวดร้อนที่เท้า
- 2) ตรวจร่างกายพบภาวะ peripheral neuropathy จากการตรวจ monofilament มีความผิดปกติ
- 3) อาจตรวจร่างกายพบ pin-prick sensation ลดลง
- 4) อาจตรวจร่างกายพบ proprioception มีความผิดปกติ

หมายเหตุ ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่าเกิดจาก peripheral neuropathy ให้ใช้รหัส E10 - E14 ร่วมกับรหัสหลักที่สี่ คือ .4+ diabetes mellitus with neurological complications ซึ่งเป็นรหัสกริขเป็นรหัสการวินิจฉัยโรคหลักและใช้รหัส G63.2* diabetic polyneuropathy เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม

22. กลุ่มโรค Diabetes mellitus with peripheral vascular disease (E10-E14 + รหัสตัวที่สี่เป็น .5)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ซักประวัติผู้ป่วยอาจมีอาการเดินแล้วปวดน่อง พักแล้วหาย
- 2) ตรวจร่างกายพบว่าคลำชีพจร dorsalis pedis หรือ posterior tibial ได้เบาหรือคลำไม่ได้ ร่วมกับมีลักษณะของ vascular insufficiency เช่น การมี discoloration บริเวณนิ้วเท้าจนถึง gangrene
- 3) กรณีไม่พบลักษณะของ vascular insufficiency ต้องยืนยันโดยการตรวจ doppler ultrasound

หมายเหตุ

1) กรณีถ้าแพทย์วินิจฉัยว่ามีทั้ง .4 neuropathy และ .5 peripheral vascular disease ให้ใช้รหัส E10 - E14 ร่วมกับรหัสหลักตัวที่สี่ คือ .7+ diabetes mellitus with multiple complications ซึ่งเป็นรหัสกริขเป็นรหัสการวินิจฉัยหลักโดยใช้รหัส G63.2* diabetic polyneuropathy และ I79.2* peripheral angiopathy in diseases classified elsewhere เป็นรหัสการวินิจฉัยร่วม

- 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่มาด้วยภาวะ hyperglycaemia ถือว่าภาวะ hyperglycaemia เป็นเพียงอาการ



แสดงของโรคเบาหวาน ไม่ใช่ภาวะแทรกซ้อนไม่ต้องให้การวินิจฉัยภาวะ hyperglycaemia ในผู้ป่วยเบาหวาน

23. กลุ่มโรค Malnutrition ในผู้ป่วย Marasmus (Nutritional marasmus) (รหัส E41)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยอยู่ในลักษณะ cachexia คือ มีลักษณะทั่วไปพบว่า มีการสูญเสียไขมัน และกล้ามเนื้อ จะเห็นเด่นชัดที่บริเวณสะบัก
- 2) ต้องมีข้อมูลต่อไปนี้
 - 2.1 มีลักษณะอาการทางคลินิก ดังนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ
 - ก. น้ำหนักลดลง โดยมี BMI < 16.0
 - ข. mid arm muscle circumference < 15 cm
 - ค. triceps skin fold < 3 mm
 - 2.2 ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้
 - ก. serum albumin อาจต่ำ (แต่ต่ำไม่มาก มีระดับไม่ต่ำกว่า 2.8 g/dL)
 - ข. creatinine – height index < 60% มาตรฐาน (24 ชม. urinary creatinine excretion เปรียบเทียบกับค่าปกติเทียบตามความสูง)
- 3) ต้องมีการดูแลรักษาภาวะ malnutrition ที่เหมาะสม

24. กลุ่มโรค Malnutrition ในผู้ป่วย Kwashiorkor (E40)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีลักษณะอาการทางคลินิก ดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อ
 - 1.1 ผมหดร่วงง่าย (ทดสอบโดยดึงผม โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ดึงผมจากบริเวณศีรษะด้านบน มีผม 3 เส้น หรือมากกว่าดึงออกได้ง่าย)
 - 1.2 บวม
 - 1.3 ผิวหนังแตก
 - 1.4 แผลหายยาก
 - 1.5 มีแผลกดทับ
- 2) ร่วมกับการตรวจห้องปฏิบัติการมี serum albumin ต่ำกว่า 2.8 g/dl หรือ transferrin น้อยกว่า 150 g/dl หรือ total iron-binding capacity < 200 ug/dL หรือเม็ดเลือดขาว < 1,500 cell/mm³ หรือไม่ตอบสนองต่อการทดสอบทางผิวหนัง (anergy)

หมายเหตุ

- 1) กรณีพบลักษณะรวมทั้ง protein และ energy malnutrition เรียกว่า marasmic kwashiorkor (E42)
- 2) กรณีที่ไม่ครบตามเกณฑ์วินิจฉัยของ marasmus และ kwashiorkor ให้จำแนกระดับของภาวะ malnutrition ให้พิจารณา BMI ตามมาตรฐานตาม WHO

BMI 17.0 – 18.49	เรียกว่า ระดับ 1 (mild)	E44.1
BMI 16.0 – 16.99	เรียกว่า ระดับ 2 (moderate)	E44.0
BMI < 16.00	เรียกว่า ระดับ 3 (severe)	E43



- 3) ต้องมีการดูแลรักษาภาวะ malnutrition อย่างเหมาะสม

25. กลุ่มอาการ Dehydration (E86)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

หมายเหตุ ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 23 ข้อ 0111 ระบุไว้ว่าผู้ป่วย diarrhea อาจมีอาการขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง ชีพจรเร็ว มี postural hypotension หรือ prerenal azotemia เหล่านี้ถือว่าเป็นอาการของโรค ไม่จำเป็นต้องบันทึกเป็นการวินิจฉัย ยกเว้นตรวจพบอาการแสดงของภาวะช็อกให้วินิจฉัยว่า hypovolaemic shock (R57.1) ร่วมด้วย

26. กลุ่มอาการ Hyponatraemia (E87.1)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) โซเดียมที่ต่ำกว่า 135 mEq/L โดยไม่นับรวมภาวะ pseudohyponatraemia
- 2) มีการให้สารน้ำทดแทนที่มีความเข้มข้นของ NaCl ตั้งแต่ 0.9% ขึ้นไป หรือเป็นการให้รับประทาน tab NaCl หรือให้จำกัดน้ำตามชนิดของภาวะ hyponatraemia
- 3) กรณีที่ไม่มีการรักษาภาวะ hyponatraemia ต้องมีผลการตรวจโซเดียมซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง
- 4) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุว่าเป็น hyponatraemia

27. กลุ่มอาการ Acidosis (E87.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 109 ข้อ 0451)

- 1) ภาวะ metabolic acidosis พิจารณาจากผลการตรวจ serum bicarbonate น้อยกว่า 20 mEq/L หรือ arterial blood gas (ABG) ระดับ pH ในเลือดต่ำกว่า 7.3
- 2) กรณีที่ acidosis เป็นอาการของภาวะ shock, diabetic ketoacidosis (DKA), diarrhea, sepsis และ renal failure ไม่ต้องให้รหัส E87.2
- 3) ถ้าภาวะ acidosis อธิบายไม่ได้จากภาวะในข้อ 2) ได้ชัดเจน สามารถให้รหัส E87.2 ร่วมด้วยได้
- 4) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุว่ามี acidosis

หมายเหตุ

- 1) ภาวะ metabolic acidosis ได้แก่ lactic acidosis, ketoacidosis เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่า



metabolic acidosis ให้ใช้รหัส E87.2 acidosis ยกเว้นถ้าวินิจฉัยเป็น diabetic ketoacidosis ให้ใช้ รหัส E10-E14 โดยให้รหัสหลักที่สี่เป็น .1 ในกรณีแพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ metabolic acidosis แต่เป็นอาการของภาวะอื่น เช่น septic shock, diarrhea, sepsis ไม่ต้องให้รหัส metabolic acidosis

2) ส่วนใน respiratory acidosis เป็นผลที่ตามมาของภาวะ hypoventilation ทำให้เกิด carbon dioxide คั่ง เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่า respiratory acidosis ที่ไม่ทราบสาเหตุ ให้ใช้รหัส E87.2 acidosis แต่ถ้าแพทย์ระบุสาเหตุควรให้เฉพาะรหัสการวินิจฉัยของสาเหตุนั้น เช่น G47.3 sleep apnoea เป็นต้น

28. กลุ่มอาการ Hyperkalaemia (E87.5)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 110 ข้อ 0453)

- 1) ภาวะ hyperkalaemia พิจารณาจากระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงกว่า 5 mEq/L
- 2) กรณี hyperkalaemia เป็นอาการของโรค เช่น chronic renal failure, hypoaldosteronism ถ้าแพทย์วินิจฉัยสาเหตุให้ใช้รหัสของโรคที่เป็นสาเหตุ โดยไม่ต้องให้รหัส E87.5 hyperkalaemia อีก ยกเว้น hyperkalaemia ที่มีอาการรุนแรง เช่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางคลื่นหัวใจ heart block ที่ต้องรักษาเร่งด่วน
- 3) มีการรักษาภาวะโปแตสเซียมสูงที่เหมาะสม กรณีที่ไม่มีการรักษาภาวะโปแตสเซียมสูง ต้องมีผลการตรวจโปแตสเซียมซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง
- 4) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุว่า hyperkalaemia

29. กลุ่มโรค Hypokalaemia (E87.6)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 110 ข้อ 0453)

- 1) ภาวะ hypokalaemia พิจารณาจากโปแตสเซียมในเลือดต่ำกว่า 3.5 mEq/L
- 2) กรณีที่ hypokalaemia เป็นอาการของภาวะท้องเดินให้ใช้รหัสของโรคที่เป็นสาเหตุ โดยไม่ต้องให้รหัส E87.6 hypokalaemia อีก
- 3) มีการรักษาด้วยการให้ KCl ทางหลอดเลือดดำหรือการรับประทาน กรณีที่ไม่มีบันทึกการรักษาภาวะโปแตสเซียมต่ำ ต้องมีผลการตรวจโปแตสเซียมซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง
- 4) ต้องมีการบันทึกคำวินิจฉัยของแพทย์ระบุว่า hypokalaemia

หมายเหตุ

1) ถ้าเป็น adverse effect จากได้รับยาขับปัสสาวะ ให้รหัส E87.6 hypokalaemia ร่วมกับรหัสสาเหตุภายนอกตามชนิดของยาขับปัสสาวะ

2) ถ้าเป็น toxic effect จากได้รับยาขับปัสสาวะเกินขนาด ต้องให้รหัสในกลุ่ม T50.- (โดยไม่ต้องให้รหัส E87.6 hypokalaemia) ร่วมกับรหัสสาเหตุภายนอกตามชนิดของยาขับปัสสาวะ



30. กลุ่มอาการ Volume overload (E87.7)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีประวัติเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ volume overload ได้แก่ acute renal failure, end stage renal disease, มีประวัติได้รับสารน้ำมากเกินไป โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ
- 2) ตรวจร่างกายพบมีน้ำหนักเพิ่ม บวม กดบวม
- 3) ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ทั้ง 2 ข้าง
- 4) jugular venous pressure สูง
- 5) chest x-ray พบ bilateral pulmonary infiltration

31. กลุ่มอาการ Hypoalbuminaemia (E88.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 110 ข้อ 0454)

- 1) มีระดับ albumin ในเลือดต่ำกว่า 3.5 g/dl
- 2) กรณีระบุสาเหตุของภาวะนี้ ให้รหัสของโรคที่เป็นสาเหตุตามที่แพทย์ระบุ โดยไม่ต้องให้รหัสของภาวะ hypoalbuminaemia แต่ถ้าแพทย์ไม่ระบุสาเหตุให้ใช้รหัส E88.0 disorders of plasma-protein metabolism, not elsewhere classified
- 3) มีการรักษาภาวะ hypoalbuminaemia โดยการให้ albumin หรือ plasma ทดแทนกรณี chronic kidney disease หรือโรคอื่นๆ ที่มีการให้ amino acid (ทั้งทางหลอดเลือดดำหรือการรับประทาน) ไม่ถือว่าเป็นการรักษาภาวะนี้เนื่องจากไม่สามารถเพิ่มค่า serum albumin ทันทีและอาจต้องการผลในแง่อื่นที่ไม่ใช่การเพิ่ม serum albumin
- 4) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุ hypoalbuminaemia

32. กลุ่มโรค Hypertensive heart disease (I11.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2011 หน้า 145 ข้อ 0904)

- 1) มีประวัติความดันโลหิตสูงมานาน ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้หรือรักษาไม่สม่ำเสมอ
- 2) มีการวินิจฉัยแยกภาวะโรคหัวใจอื่นไปแล้ว
- 3) ตรวจ echocardiogram พบ diastolic heart failure
- 4) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุ hypertensive heart disease

33. กลุ่มโรค Hypertensive renal disease (I12.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2011 หน้า 145 ข้อ 0904)

- 1) มีประวัติความดันโลหิตสูงมานาน ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หรือรักษาไม่สม่ำเสมอ



- 2) มีระดับ creatinine สูงขึ้นตามลำดับ จากประวัติที่ผ่านมา ไม่ใช่ใน admission ครั้งนี้
- 3) ตรวจพบ proteinuria (แต่ภาวะโรคไตที่มี active urine sediment และ proteinuria มากกว่า 1 g/day ให้นึกถึงโรคไตจากสาเหตุอื่นมากกว่าจากความดันโลหิตสูง)
- 4) ถ้าบันทึกเป็น underlying disease ต้องมีการบันทึกในประวัติด้วยว่ามีการ progression ของค่า creatinine อย่างไร และผลการตรวจปัสสาวะที่เข้าได้
- 5) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุ hypertensive renal disease

34. กลุ่มโรค Unstable angina (I20.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guidelines 2011 หน้า 145 ข้อ 0905)

- 1) มีอาการแน่นหน้าอกขณะพักเป็นเวลานานกว่า 10 นาที เกิดในลักษณะ crescendo คือรุนแรงมากขึ้น นานขึ้นหรือบ่อยขึ้นเกิดเฉียบพลันและรับเข้าโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการนี้
- 2) ผล EKG มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจโดยมี ST depression, T wave inversion

หมายเหตุ

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

2) มีหลักฐานยืนยันจากผลการตรวจเพิ่มเติม เช่น ผล coronary angiogram หรือมี coronary imaging หรือ nuclear perfusion พบว่ามี significant coronary stenosis ให้ chronic stable angina (I20.9) เป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และให้ atherosclerotic heart disease (I25.1) เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม

35. กลุ่มโรค Old myocardial infarction (I25.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 147 ข้อ 0908)

- 1) ตรวจคลื่นหัวใจในการรักษาครั้งนี้พบ Q wave
- 2) หรือมีประวัติเคยเป็น myocardial infarction ในอดีต ซึ่งวินิจฉัยจากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจร่วมกับ cardiac enzyme
- 3) ปัจจุบันไม่มีอาการของโรคหัวใจ

หมายเหตุ

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

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



36. การวินิจฉัย Secondary pulmonary hypertension (I27.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 148 ข้อ 0910)

- 1) ต้องมีหลักฐานว่าเป็น pulmonary hypertension คือตรวจร่างกายพบ
 - 1.1 loud P2 , TR murmur
 - 1.2 ผล EKG, chest x-ray พบมี RV hypertrophy
 - 1.3 ผล chest x-ray พบมี pulmonary trunk โต
- 2) อาจจะมี heart failure ด้วยหรือไม่ก็ได้
- 3) มีผล Echocardiogram สนับสนุน
- 4) มีโรคที่เป็นสาเหตุ เช่น
 - 4.1 โรคหัวใจจะมี valvular heart disease ยกเว้น eisenmenger defect (Q21.8), eisenmenger complex (syndrome) (I27.8)
 - 4.2 โรคปอด ชนิด chronic lung disease ที่มี chronic hypoxemia หรือ โรค chronic thromboembolism (I27.2) chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with cor-pulmonale (I27.9)

37. กลุ่มโรค Congestive heart failure (I50.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

38. กลุ่มโรค Congestive heart failure Lt side heart (I50.1)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ตรวจร่างกายพบ clinical LV heart failure เช่น chest x-ray พบว่า pulmonary congestion
- 2) มีบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ระบุ congestive heart failure Lt side heart
- 3) ต้องมีการดูแลรักษาภาวะ heart failure ที่เหมาะสม

หมายเหตุ กรณีที่ไม่มีการบันทึกการวินิจฉัยที่ระบุรายละเอียดให้รหัส I50.9 heart failure, unspecified



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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีหลักฐานการตรวจร่างกายบ่งชี้ว่าเป็น brain stem syndrome
- 2) ต้องส่งตรวจ CT brain หรือ MRI brain พบว่ามี cerebral infarction หรือ cerebral haemorrhage หรือปกติ อาจให้รหัสกลุ่ม G46* เพื่อความละเอียดของข้อมูลการวินิจฉัยโรค

G46* vascular syndromes of brain in cerebrovascular diseases (I60-I67+)

G46.0* middle cerebral artery syndrome (I66.0+)

G46.1* anterior cerebral artery syndrome (I66.1+)

G46.2* posterior cerebral artery syndrome (I66.2+)

G46.3* brain stem stroke syndrome (I60-I67+)

syndrome:

- benedikt
- claude
- foville
- millard-gubler
- wallenberg
- weber

G46.4* cerebellar stroke syndrome (I60-I67+)

G46.5* pure motor lacunar syndrome (I60-I67+)

G46.6* pure sensory lacunar syndrome (I60-I67+)

G46.7* other lacunar syndromes (I60-I67+)

G46.8* other vascular syndromes of brain in cerebrovascular diseases (I60-I67+)

- 3) ในกรณีที่สามารรถระบุเส้นเลือดที่เป็นสาเหตุได้โดยดูจาก ประวัติ การตรวจร่างกาย ที่เข้าได้ neurological criteria ชัดเจน
- 4) CT brain หรือ MRI brain อาจ negative หรือเป็น old lesion ที่ไม่เกี่ยวกับอาการนี้ก็ได้

40. กลุ่มโรค Cerebral haemorrhage (I61.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ต้องมีผล CT brain หรือ MRI brain พบว่ามี cerebral haemorrhage
- 2) กรณีไม่มีผล CT brain แต่พบผู้ป่วย cerebrovascular accident (CVA) ที่มีอาการแสดงของการเพิ่มความดันในโพรงสมองอย่างรวดเร็วภายใน 6 ชั่วโมง เช่น coma, decerebration, decortication มีขนาด pupil ไม่เท่ากันและไม่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุบาดเจ็บทางสมองแพทย์วินิจฉัยเป็น cerebro -



vascular accident (CVA) ให้อหัส I64 stroke, not specified as haemorrhage or infarction
เพราะอาการข้างต้น อาจเกิดจาก massive cerebral infarction และอื่นๆ

41. กลุ่มโรค Cerebral infarction (I63.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) อาการและอาการแสดงเข้าได้กับโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
- 2) ต้องมีการส่งตรวจ CT brain หรือ MRI brain อาจมีผลปกติได้
- 3) ถ้าไม่มีการส่งตรวจ CT brain หรือ MRI brain ให้อหัส I64 stroke, not specified as haemorrhage or infarction

42. กลุ่มโรค Old cerebrovascular accident (I69.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติ cerebrovascular accident (CVA) และการตรวจร่างกายพบความผิดปกติทางระบบประสาทหลงเหลืออยู่ ให้อหัส I69.- sequelae of cerebrovascular disease
- 2) กรณีไม่พบภาวะของ cerebrovascular accident (CVA) หลงเหลืออยู่ ให้อหัสว่ามีประวัติเป็นโรคนี Z86.7 personal history of disease of the circulatory system
- 3) ให้กำหนดระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี หรือขึ้นอยู่กับอาการและปัญหาที่เป็นอยู่ว่ามีความเกี่ยวข้องกับโรคเดิมที่หลงเหลืออยู่

หมายเหตุ กรณีตรวจสอบพบว่ามีอาการให้อหัส I69.- sequelae of cerebrovascular disease คู่กับรหัส I61.- intracerebral haemorrhage หรือ I63.- cerebral infarction ผู้ตรวจสอบต้องทบทวนว่ามีอาการเกิดภาวะดังกล่าวในตำแหน่งอื่นๆ หรือไม่

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ใช้เงื่อนไขตามสมาคมออร์เวชซ์กำหนด คือ
 - 1.1 symptoms and signs of lower respiratory tract infection 3 in 5 ได้แก่ ไข้ $> 38.5^{\circ}\text{C}$, ไอ มีเสมหะ, dyspnea, pleuritic chest pain, consolidation or crackles
 - 1.2 acute onset (duration < 2 wk.)
 - 1.3 ผล film พบมี new pulmonary infiltration
- 2) กรณีผล film ปกติตอนแรกรับ
 - 2.1 ต้องมีบันทึกของแพทย์ว่าเป็น pneumonia
 - 2.2 ต่อมา มี clinical และการตรวจร่างกายที่ชัดเจนระบุถึงความผิดปกติว่าเป็น pneumonia
 - 2.3 หรือ film follow up ต่อมา ผิดปกติ



หมายเหตุ

- 1) การวินิจฉัย bacterial pneumonia ต้องมีข้อมูลสนับสนุนโดยตรวจหาเชื้อโดยการย้อมเสมหะด้วยสีกรัม ถ้าพบเชื้อแบคทีเรียจากการย้อมสีกรัมในเสมหะที่มีปริมาณพอเพียง (true sputum) คือพบเม็ดเลือดขาว และแบคทีเรียจำนวนมากพอ (ระดับ moderate ขึ้นไป) หรือพบแบคทีเรียภายในเซลล์ ในกรณีที่ตรวจไม่พบเชื้อแบคทีเรียจากการย้อมสีกรัมหรือการเพาะเชื้อ หรือไม่ได้ตรวจต้องมีบันทึกแพทย์
- 2) วินิจฉัย pneumonia ตามลักษณะที่พบในภาพรังสีทรวงอก เช่น bronchopneumonia หรือ lobar pneumonia
- 3) ในกรณีที่เพาะเชื้อขึ้นหลายชนิด แพทย์ต้องบันทึกคำวินิจฉัยว่าเชื้อชนิดใดเป็นต้นเหตุที่แท้จริง โดยพิจารณาจากการดำเนินโรคและการตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่ให้เชื้อบางชนิดที่ผล positive อาจไม่ใช่เชื้อที่ทำให้เกิดโรค แต่เป็นภาวะที่เรียกว่า colonization หรือ contamination

44. กลุ่มโรค Acute bronchitis (J20.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ประวัติ ไอเด่นชัด มีเสมหะ และอาจมีไข้ โดยไม่เกิดจาก upper respiratory tract infection
- 2) ตรวจร่างกายอาจฟังได้ crepitation
- 3) ผลตรวจ chest x-ray ผลปกติ

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

หมายเหตุ

- 1) กรณี case เก่า ถ้าแพทย์เขียนประวัติ known case COPD ต้องมีข้อมูลในเวชระเบียน ว่าเคยมีการดูแลรักษามาต่อเนื่อง หรือ มีผลการตรวจ investigation ที่ยืนยันการวินิจฉัย COPD เช่น chest x-ray หรือ spirometry
- 2) กรณี case ใหม่ ควรทำ spirometry ประกอบการวินิจฉัย



46. กลุ่มโรค Bronchiectasis (J47)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติ chronic productive cough (ระยะเวลาของ chronic productive cough คือตั้งแต่ 3 สัปดาห์เป็นต้นไป)
ร่วมกับตรวจร่างกายพบว่ามีลักษณะของ airway disease เช่น crepitation และ/หรือ rhonchi อาจตรวจพบ clubbing of fingers
- 2) ต้องมี chest film suspect bronchiectasis หรือมีผลการตรวจ high resolution CT (HRCT) chest
- 3) กรณีผู้ป่วยเก่า แพทย์เขียนประวัติ known case bronchiectasis ต้องมีข้อมูลในเวชระเบียนว่าเคยมีการดูแลรักษาต่อเนื่อง หรือมีผล chest x-ray ยืนยัน

47. กลุ่มโรค Pulmonary edema (J81)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

48. กลุ่มโรค Acute respiratory failure (J96.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีอาการทางสมอง เช่น ซึม ปวดและเวียนศีรษะ หมดสติ ชัก ตรวจพบมีลักษณะเขียวบริเวณริมฝีปาก และปลายมือปลายเท้า
- 2) มีระดับแรงดันออกซิเจน (PaO_2) ลดลงต่ำกว่า 55 mmHg และ/หรือ ระดับแรงดันคาร์บอนไดออกไซด์ (PaCO_2) สูงกว่า 45 mmHg กรณีที่ไม่มีผล arterial blood gas อาจใช้ $\text{SpO}_2 < 88\%$ แทน
- 3) ต้องได้รับการรักษาโดย non-invasive ventilator หรือ artificial airway with mechanical ventilatory support หรือมีการบีบ ambu bag กรณี refer
- 4) กรณีที่มีการรับส่งต่อมาเพื่อการรักษาต่อเนื่อง และไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าผู้ป่วยยังคงมีภาวะ acute respiratory failure อยู่จริงตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1) 2) 3) ไม่ให้สรุปภาวะ acute respiratory failure

หมายเหตุ กรณีที่หลังผ่าตัดออกจากห้อง recovery room แล้วยังต้องใช้ artificial airway with mechanical ventilatory support ให้รหัสดังนี้

- 1) กรณีทำผ่าตัดที่ทรวงอกให้รหัส J95.1 acute pulmonary insufficiency following thoracic surgery



- 2) กรณีที่ทำผ่าตัดอื่น ๆ ให้รหัส J95.2 acute pulmonary insufficiency following nonthoracic surgery

49. กลุ่มโรค Gastritis และ Duodenitis

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 185-186 ข้อ 1115)

- 1) ถ้าแพทย์บันทึกการวินิจฉัย gastritis และ duodenitis ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจโดยการทำ endoscopy ถ้าไม่ได้ทำ endoscopy และผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้องส่วนบน ให้รหัส K30 dyspepsia
- 2) ถ้าผู้ป่วยมาด้วยอาการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร แพทย์ให้การวินิจฉัยได้ว่าเป็น haematemesis ให้รหัส K92.0 melaena ให้รหัส K92.1 หรือ gastrointestinal haemorrhage ให้รหัส K92.2
- 3) การแยกชนิดของ chronic gastritis ต้องอาศัยผลการตรวจทางพยาธิวิทยา แยกออกเป็น chronic superficial gastritis ให้รหัส K29.3 และ chronic atrophic gastritis ให้รหัส K29.4
- 4) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น portal hypertensive gastropathy ด้วย ให้รหัส K29.6 other gastritis เป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และ K76.6 portal hypertension เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม

50. กลุ่มโรค Hepatic encephalopathy (K72.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

51. กลุ่มโรค Cirrhosis of liver (K74.6)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) พิจารณา clinical เป็นหลัก โดยการตรวจร่างกายจะพบอาการที่เกิดจากการสูญเสียการทำงานของตับหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ (ในการพิจารณาควรมีหลักฐานบันทึกมากกว่า 3 อย่างขึ้นไป ถ้ามีน้อยกว่า 3 อย่าง ควรมีผล LFT หรือผล diagnostic imaging ประกอบ)
 - 1.1 jaundice
 - 1.2 spider nevi
 - 1.3 palmar erythema
 - 1.4 gynecomastia, testicular atrophy, decrease of libido
 - 1.5 parotid enlargement
 - 1.6 evidence of portal hypertension เช่น caput medusa ,haemorrhoids (รวมถึงอาจเคยทำ endoscopy พบ esophageal หรือ gastric varices)
 - 1.7 ตับเล็ก ม้ามโต จ้ำเลือด



- 1.8 edema, ascites
- 1.9 fetor hepaticus, flapping tremor
- 2) กรณีพบอาการดังกล่าวข้างต้นน้อยกว่า 3 อย่างต้องมีผล LFT ปกติ เช่น biochemical testing พบว่า มี hypoalbuminaemia, reverse A/G ratio, prolong PT เป็นต้น
- 3) อาจมีผล U/S liver หรือ MRI หรือ CT หรือ direct visualization evidence พบ small sized liver และ/หรือ hypertrophy of caudate lobe \pm splenomegaly \pm portal hypertension \pm ascites
- 4) อาจมีผล pathology ยืนยันการวินิจฉัย

หมายเหตุ

- 1) กรณีแพทย์บันทึกคำวินิจฉัย alcoholic cirrhosis of liver ต้องพิจารณาจากข้อมูลเบื้องต้นร่วมกับมีประวัติดื่มสุราเป็นประจำและต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน
- 2) กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ ascites ด้วยไม่ต้องให้รหัส R18 ascites นี้เพิ่ม เนื่องจากเป็น sign & symptom ของโรคนี้อยู่แล้ว ยกเว้นมีการรักษาเพิ่มเติมที่จำเพาะ เช่น abdominal paracentesis เป็นต้น
- 3) กรณีผู้ป่วยมีภาวะ portal hypertension ต้องลงรหัสในกรณีที่มีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น portal hypertensive gastropathy ให้รหัส K29.6 other gastritis ร่วมกับ K76.6 portal hypertension เป็นต้น
- 4) กรณีผู้ป่วยมีภาวะ coagulopathy และเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ มีภาวะเลือดออกผิดปกติ จากการสร้าง coagulation factor จากตับน้อยลง ทำให้ prothrombin time ยาวขึ้น จำเป็นต้องรักษาโดยให้ coagulation factor ให้รหัส D68.4 acquired coagulation factor deficiency

52. กลุ่มโรค Chronic pancreatitis (K86.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

53. กลุ่มโรค Acute pyelonephritis (ในผู้ใหญ่) (N10)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีไข้สูงหนาวสั่น (อุณหภูมิร่างกาย $> 38.3^{\circ}\text{C}$ หรือ $< 36.0^{\circ}\text{C}$) โดยไม่มีไข้จากสาเหตุอื่น อาจพบอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย
- 2) ตรวจ UA พบ pyuria ในผู้ชาย WBC > 5 cells/HPF (spun) และผู้หญิง WBC > 10 cells/HPF (spun)



54. กลุ่มอาการ Extrarenal azotemia (R39.2)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ภาวะที่มีการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว โดยตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า BUN : creatinine ratio มากกว่า 20 : 1
- 2) ในกรณีที่ BUN : creatinine ratio น้อยกว่า 20 : 1 แต่ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าการทำงานของไตดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 1-2 วัน เมื่อแก้ไขสาเหตุได้
- 3) อาจตรวจพบสาเหตุ ได้แก่ hypovolaemia ภาวะช็อก เป็นต้น

55. กลุ่มโรค Acute renal failure (N17.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM standard coding guideline 2011 หน้า 264 ข้อ 1405)

- 1) มีการเพิ่มของ BUN มากกว่าเดิม 10 mg/dL และ/หรือ creatinine เพิ่มมากกว่าเดิม 1 mg/dL ภายในระยะเวลาอันสั้น
- 2) ส่วนใหญ่มีปัสสาวะลดน้อยลงต่ำกว่า 30 ml/hr หรือ 400 ml/day หรืออาจเป็น non oliguric (urine > 400 ml/day) ก็ได้

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

56. กลุ่มโรค Acute on top chronic renal failure (N17.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 264 ข้อ 1405)

- 1) มีประวัติ chronic renal failure
- 2) มีการเพิ่มขึ้นของระดับ BUN, creatinine มากกว่าเดิม ซึ่งสูงอยู่แล้ว โดย BUN เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 10 mg/dL และ creatinine เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 mg/dL ภายในระยะเวลาอันสั้น
- 3) ให้การวินิจฉัยโรคหลักเป็น N17.9 acute renal failure, unspecified และการวินิจฉัยโรคร่วมเป็น N18.9 chronic kidney disease, unspecified แต่ถ้า acute renal failure มีสาเหตุที่จำเพาะมากกว่าให้เลือกสาเหตุนั้น ๆ เป็นการวินิจฉัยโรคหลัก

57. กลุ่มโรค Chronic renal failure (N18.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

Chronic renal failure หมายถึง มีความผิดปกติของไต เช่น micro- และ macroproteinuria ความผิดปกติของ sediment ความผิดปกติของผลการตรวจเลือดหรือปัสสาวะ ความผิดปกติของ ภาพรังสีไต มานานมากกว่า 3 เดือน แบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้



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

วิธีคำนวณค่า eGFR

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

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

Scr : ค่าCreatinine ใน serum (mg/dl)

Age : อายุ เป็น ปี

ผู้ป่วย chronic renal failure มาด้วยอาการ หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติได้มากมาย ไม่จำเป็นต้องลงรหัสอาการเหล่านั้น ยกเว้นที่กำหนดเฉพาะไว้ ได้แก่

- 1) volume overload (E87.7)
- 2) uremic encephalopathy (G92)
- 3) hyperkalaemia (E87.5) ที่มีอาการรุนแรง เช่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางคลื่นหัวใจ heart block ที่ต้องรักษาเร่งด่วน

นอกจากภาวะดังกล่าวข้างต้น เช่น ผู้ป่วยเป็น chronic renal failure มี hyponatraemia, hyperkalaemia, metabolic acidosis, hypocalcaemia, hyperphosphataemia hyperuricaemia จากผลทางห้องปฏิบัติการ โดยไม่มีอาการสำคัญทางคลินิก ก็ไม่ต้องลงรหัสว่าเป็นโรคร่วม

หมายเหตุ

1) การให้รหัส chronic renal failure ที่มีภาวะ volume overload ให้ N18.9 chronic renal failure เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคหลักให้ E87.7 volume overload เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม เนื่องจาก chronic renal failure เป็นชื่อโรคส่วน E87.7 volume overload เป็นอาการของโรค

2) ถ้ามีโรคหัวใจอยู่เดิมและให้รหัส I50.0 congestive heart failure แล้วไม่ต้องให้รหัส E87.7 ร่วมด้วย



58. กลุ่มอาการ Cardiogenic shock (R57.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มี clinical ของ shock ร่วมกับหลักฐานว่ามีโรคหัวใจ ไม่ว่าจะ เป็นเยื่อหุ้มหัวใจ ลิ้นหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ ระบบไฟฟ้าหัวใจ
- 2) ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg หรือลดลงมากกว่าเดิม 40 mmHg และ
- 3) poor tissue perfusion เช่น consciousness change, delayed capillary filling time, end organ failure

59. กลุ่มโรค Hypovolaemic shock (R57.1)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติ volume loss หรือ blood loss หรือ poor intake ชัดเจน
- 2) มี sign of volume depletion เช่น มีอาการ ปากแห้ง poor หรือ fair skin turgor หรือชีพจรเร็วกว่า 90 ครั้ง/นาที jugular venous pressure ต่ำ หรือ postural hypotension, delayed capillary filling time
- 3) ความดันโลหิต systolic ต่ำกว่า 90 mmHg หรือลดลงกว่าเดิมน้อยกว่า 40 mmHg (ในเด็กใช้เกณฑ์ความดันโลหิตตามอายุเด็ก)
- 4) ตอบสนองต่อการรักษา replace IV fluid ในปริมาณไม่น้อยกว่า 1,000 ml. หรือ 15- 20 ml/kg ในเวลา 1-2 ชั่วโมง

หมายเหตุ ไม่ควรให้ hypovolaemic shock เป็นการวินิจฉัยโรคหลัก ถ้ารู้สาเหตุของการเกิดภาวะ hypovolaemic shock



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(คัดลอกกรรม)

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณีไม่ทราบประวัติ หลักฐานไม่ชัดเจน ไม่สามารถแยกได้ว่าเป็น subarachnoid haemorrhage จาก trauma หรือ non-trauma ให้เชื่อตามคำวินิจฉัยของแพทย์ผู้สรุป เนื่องจากเป็นผู้ที่เห็นและได้ตรวจร่างกายผู้ป่วย กรณีที่เป็น trauma ต้องมีบันทึกของแพทย์ในเวชระเบียนระบุว่า traumatic subarachnoid haemorrhage หากไม่ระบุให้ดูบันทึกประวัติการเกิดอุบัติเหตุร่วมด้วย
- 2) การแยก trauma และ spontaneous subarachnoid haemorrhage จากประวัติ โดยดูจากอาการผู้ป่วย ถ้าเป็น spontaneous subarachnoid haemorrhage จะมีอาการปวดศีรษะก่อน ซึ่งสาเหตุอาจเป็น ruptured aneurysm, ruptured AVM, intracerebral haemorrhage และ intraventricular haemorrhage มีประมาณ 15-20 % ของผู้ป่วยที่เป็น spontaneous haemorrhage ที่ไม่ทราบสาเหตุ ดังนั้นการสรุปเวชระเบียนควรสรุปตามสาเหตุ subarachnoid haemorrhage
- 3) ผล CT brain , MRI brain หรือ lumbar puncture เป็นการให้วินิจฉัย subarachnoid haemorrhage เท่านั้น ไม่ได้บอกถึงสาเหตุ ดังนั้น การวินิจฉัยต้องใช้ทั้งประวัติและการทำ imaging ร่วมกัน

หมายเหตุ

- 1) การรักษาจำเป็นต้องรักษาตามสาเหตุ เช่น ถ้าเป็น aneurysm หรือ AVM อาจต้องผ่าตัด หรือ embolization เป็น intracerebral hematoma ก้อนใหญ่ อาจต้องผ่าตัด ถ้าเป็น intraventricular haemorrhage และมี hydrocephalus ร่วมด้วยอาจต้องใส่ ventricular drainage
- 2) ถ้าเป็นกรณีเกิดจากการบาดเจ็บให้รหัสเป็น S06.6 traumatic subarachnoid haemorrhage

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณีไม่ทราบประวัติ หลักฐานไม่ชัดเจน ไม่สามารถแยกได้ว่าเป็น cerebral haemorrhage จาก trauma หรือ non-trauma ให้เชื่อตามคำวินิจฉัยของแพทย์ผู้สรุป เนื่องจากเป็นผู้ที่เห็นและได้ตรวจร่างกายผู้ป่วย กรณีที่เป็น trauma ต้องมีบันทึกของแพทย์ในเวชระเบียนระบุว่า traumatic intracerebral haemorrhage หากไม่ระบุให้ดูบันทึกประวัติการเกิดอุบัติเหตุร่วมด้วย
- 2) ถ้าผล CT brain, MRI brain มีลักษณะ laceration หรือ ลักษณะ contusion เป็น cerebral haemorrhage จาก trauma ถ้าผล CT brain , MRI brain บันทึกว่าก้อนเลือดอยู่ในตำแหน่งที่ลึกเป็น haemorrhage จาก non-trauma



3) การแยก trauma และ spontaneous intracerebral haemorrhage จากประวัติและตรวจร่างกายผู้ที่เป็น spontaneous intracerebral haemorrhage จะมีประวัติปวดศีรษะ หรือแขนขาอ่อนแรงก่อนล้มลง ต่างจากการเป็น traumatic intracerebral haemorrhage ซึ่งมักจะไม่มีอาการอะไรก่อนอุบัติเหตุ หากเป็น spontaneous intracerebral haemorrhage ในผู้ป่วยที่มี hypertension ก็จะทำให้การวินิจฉัยว่าเป็น hypertensive intracerebral haemorrhage ซึ่งพบในตำแหน่งต่าง ๆ เช่น basal ganglion, thalamic, pontine, cerebellum และ subcortical white matter เวลาเขียนสรุปก็จะเขียนตามตำแหน่งที่มีเลือดออก เช่น thalamic haemorrhage นอกจากนี้ intracerebral haemorrhage อาจเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น brain tumor coagulopathy ก็ควรเขียนตามสาเหตุของเลือดออก
หมายเหตุ ถ้ากรณีเกิดจากการบาดเจ็บให้รหัสเป็น S06.3 traumatic intracerebral haemorrhage

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายดำ
- 2) มีการทำ endoscopy พบว่ามี esophageal varices with bleeding หรือทำ endoscopy แล้วไม่มีการบรรยายว่ามี bleeding แต่มีการรักษา เช่น ให้อยา sandostatin เป็นต้น และแพทย์สรุปการวินิจฉัย esophageal varices with bleeding
- 3) หรือกรณีมี re-bleeding หลังจากการจำหน่ายแล้วมา admit ใหม่ภายใน 10 วัน อาจไม่จำเป็นต้องทำ endoscopy ซ้ำ และมีการรักษาแบบ esophageal varices with bleeding
- 4) กรณีมีอาการของ upper GI bleeding แต่ไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 1) 2) และ 3) แต่ไม่ได้ทำ endoscopy ให้ผู้ตรวจสอบสรุปคำวินิจฉัยเป็น gastrointestinal haemorrhage, unspecified (K92.2)

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) พบ clinical ในการวินิจฉัย หรือพบบันทึกใน operative note ดังนี้
 - 1.1 acute appendicitis with generalized peritonitis (K35.2) บันทึกการตรวจร่างกาย พบมี guarding ทั้งสองฝั่ง และหรือบันทึกใน operative note พบมีการแตกของไส้ติ่ง ร่วมกับมีการกระจายของหนองในช่องท้อง
 - 1.2 acute appendicitis with localized peritonitis (K35.3) บันทึกการตรวจร่างกาย พบมี guarding หรือมี rebound tenderness ชัดเจน บริเวณ McBurney's point อาจพบการแตกของไส้ติ่งใน operative note (ไม่รวมที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดที่แพทย์บันทึกว่า accidental ruptured หรือ iatrogenic perforation)
- 2) ต้องรักษาโดยการผ่าตัด
- 3) กรณีที่ไม่รักษาโดยการผ่าตัด ต้องมีข้อบ่งชี้ ดังต่อไปนี้
 - 3.1 สถานภาพการจำหน่ายต้องไม่ใช่ improve หรือ approval



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

หมายเหตุ

- 1) กรณีไม่เข้าหลักเกณฑ์ให้สรุปเป็นกลุ่มโรค R10.- abdominal and pelvic pain
- 2) ถ้าแพทย์ไม่ระบุว่า เป็น generalized peritonitis ให้รหัส K 35.8 Acute appendicitis, other and unspecified

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 194 ข้อ 1129)

- 1) พบมีลักษณะทางคลินิกและต้องมีผลการตรวจน้ำในช่องท้องเข้าได้กับ primary peritonitis
- 2) ถ้า try tapping abdomen แล้ว fail ไม่สามารถสรุปเป็น primary peritonitis ได้
- 3) กรณีที่มีการผ่าตัดแล้วพบว่า มีโรคอื่นที่ทำให้เกิด peritonitis ไม่ต้องสรุป primary peritonitis
- 4) กรณีไม่เข้าหลักเกณฑ์ให้สรุปเป็นกลุ่มโรค R10.- abdominal and pelvic pain

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีอาการปวดท้องส่วนบนและปวดตลอดเวลา
- 2) ต้องมีการ investigation โดยตรวจพบสิ่งผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้
 - 2.1 serum amylase หรือ urine amylase หรือ serum lipase ตัวใดตัวหนึ่งมีค่าสูงกว่าปกติอย่างน้อย 3 เท่า
 - 2.2 มีการตรวจทางรังสีวินิจฉัยพบว่ามีลักษณะภาวะตับอ่อนอักเสบ ดังนี้
 - ก. CT-scan ที่บริเวณ pancreas อาจพบ pseudo-cyst หรือ
 - ข. ultrasound พบว่า pancreas ไตบวม น้ำ และอาจมีสีคล้ำดำ (hypoechogenicity) หรือ
 - ค. plain abdomen อาจพบ calcified pancreas
 - ง. และระบุว่า มีภาวะ pancreatitis จากการตรวจพิเศษโดยรังสีแพทย์
- 3) มีการรักษาโดย
 - 3.1 NPO
 - 3.2 ให้ IV fluid
 - 3.3 ให้หรือไม่ให้ antibiotic ก็ได้
 - 3.4 มีการติดตาม lab ที่จำเป็นต่อการรักษา
- 4) กรณีไม่เข้าหลักเกณฑ์ให้สรุปเป็นกลุ่มโรค R10.- abdominal and pelvic pain



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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีอาการ อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายดำ
- 2) กรณีต้องการบอกตำแหน่งที่เลือดออก ต้องมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม อาทิเช่น gastroscopy, colonoscopy, angiography, red blood cell scan
- 3) ถ้าผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นสีแดงสด (haematochezia) ถ้ามีปริมาณมาก พบการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ มักเป็นเลือดที่ออกอย่างรวดเร็วจากทางเดินอาหารส่วนบน ให้สรุปเป็น upper gastrointestinal bleeding (K92.0) แต่ถ้าปริมาณไม่มาก ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ มักออกจากทางเดินอาหารส่วนล่าง ให้สรุปเป็น lower gastrointestinal bleeding (K92.1) ถ้ามีทั้ง haematemesis หรือ melaena ให้สรุปเป็น haematemesis ซึ่งเป็นอาการที่รุนแรงกว่า
- 4) กรณีที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารโดยถ่ายอุจจาระสีดำปนแดง ไม่สามารถระบุตำแหน่งเลือดออกได้ ให้สรุปเป็น unspecified gastrointestinal bleeding (K92.2)

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 227 ข้อ 1250)

- 1) decubitus หรือ bed sore เป็นแผลที่เกิดจากการกดทับเป็นเวลานาน แบ่งตามระยะของโรค ดังนี้
Stage I decubitus ulcer and pressure area (L89.0) เป็นเพียงรอยแดง ยังไม่มีการสูญเสียผิวหนัง
Stage II decubitus ulcer (L89.1) มีรอยถลอก ตุ่มพอง มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วนในชั้น epidermis และ/หรือ dermis
Stage III decubitus ulcer (L89.2) มีการสูญเสียผิวหนังแบบ full thickness มีการทำลายของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังลึกถึงชั้น fascia
Stage IV decubitus ulcer (L89.3) มีการตายของกล้ามเนื้อ กระดูก หรืออวัยวะข้างเคียง เช่น เอ็น ปลูกหุ้มข้อ
- 2) หากมีผลเพาะเชื้อ ใช้รหัสกลุ่ม B95-B97 เสริม

หมายเหตุ

- 1) กรณีที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น infected decubitus ulcer ของปากมดลูก ให้รหัสเป็น N86 erosion and ectropion of cervix uteri
- 2) ถ้าแพทย์เขียนคำวินิจฉัยว่า bed sore ไม่ระบุระยะ ให้รหัสเป็น L89.9 decubitus ulcer and pressure area, unspecified



9. กลุ่มโรค Necrotizing fasciitis (M72.6)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีการบรรยายลักษณะบาดแผลว่ามีบวมแดงและต้องมี hemorrhagic bleb มีเนื้อตาย จะมีอาการชาเมื่อกดร่วมกับปวด หรืออาจไม่ปวด
- 2) อาจมีการทำ ultrasound high resolution ตรวจพบว่ามี fluid ในชั้น fascia
- 3) มีการรักษาโดยการทำให้ excisional debridement หรือ operative note มีการวาดรูปร่วมกับบรรยายลักษณะของบาดแผลว่ามีเนื้อตายถึงชั้น fascia หรือมี fluid ในชั้น fascia หากไม่มีการวาดรูปและบรรยายรายละเอียด แต่มีการสรุปว่ามีการทำให้ excisional debridement ต้องมีข้อมูลอื่นที่สนับสนุนถึงภาวะของ necrotizing fasciitis และการทำหัตถการนั้นๆ
- 4) กรณีไม่มีการทำให้ excisional debridement ให้ผู้ตรวจสอบสรุปเป็น cellulitis
- 5) หากไม่ได้ทำหัตถการหรือผ่าตัดใดๆ ต้องเป็นการจำหน่ายผู้ป่วยด้วย refer, not improve หรือ dead

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณีมีรอยโรคหลายตำแหน่ง ให้ผู้ตรวจสอบ สรุปรอยโรคที่รุนแรงที่สุดหรือรอยโรคที่ลึกสุดเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก
- 2) กรณีผล CT brain ระบุว่า brain oedema หรือ brain herniation ไม่ต้องให้รหัส G93.5 compression of brain หรือ G93.6 cerebral oedema

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ยืนยันด้วยการทำให้ exploration หรือ CT abdomen หรือ ultrasound abdomen
- 2) หากไม่สามารถหาสาเหตุของการเกิดให้วินิจฉัย retroperitoneal haematoma เป็นการวินิจฉัยโรคหลักได้
- 3) หากมีภาวะ retroperitoneal haematoma เกิดร่วมกับ fracture pelvis หรือ kidney ผู้ตรวจสอบไม่ต้องสรุป retroperitoneal haematoma เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม
- 4) กรณีไม่เข้าหลักเกณฑ์ให้สรุปเป็น S37.- injury of urinary and pelvic organs หรือเปลี่ยนเป็นกลุ่มอื่น ๆ แล้วแต่กรณี

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติ trauma อาจมีหรือไม่มี haematuria
- 2) มีการยืนยันโดยผล IVP หรือ ultrasound kidney หรือ CT abdomen



- 3) กรณีที่มีประวัติ trauma แต่ไม่มีผลตรวจตามข้อ 2 ให้สรุปได้เพียง injury of unspecified pelvic organ (S37.9)
- 4) กรณี kidney trauma แล้วมี haematuria ไม่ต้องให้รหัส S37.9 injury of unspecified pelvic organ เพิ่มเพราะ haematuria เป็น sign & symptom ของภาวะนี้อยู่แล้ว

13. กลุ่มโรค Burn (T29.- - T32.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

หลักฐานจากรายงานการผ่าตัด แพทย์ระบุว่า

- 1) haemorrhage complicating a procedure
- 2) anaemia from acute blood loss
- 3) มีบันทึก estimate blood loss

หมายเหตุ เมื่อมีการให้รหัส T81.0 haemorrhage and haematoma complicating a procedure แล้ว **ไม่ต้องให้รหัส D62 acute posthaemorrhagic anaemia** แม้ว่าจะพบผู้ป่วยมีภาวะ anaemia ร่วมด้วยเนื่องจากเป็นรหัสที่ exclude ต่อกัน

15. กลุ่มโรค Penetrating wound with retained foreign body, puncture wound right foot with retained nail

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) หากเป็นการติดเชื้อหลังจากการบาดเจ็บ ให้รหัสเป็น T79.3 post-traumatic wound infection, not elsewhere classified
- 2) หากมีผลเพาะเชื้อใช้ B95-B97 เสริม



- 3) กรณี wound infection จากสาเหตุต่างๆ และลุกลามจนถึงระดับ necrotizing fasciitis (M72.6) หรือ osteomyelitis (M86.-) ให้สรุปโรคในกลุ่มนั้น ๆ โดยไม่ต้องให้รหัส T79.3 post-traumatic wound infection, not elsewhere classified ร่วมด้วยถ้าประวัติการเกิดการบาดเจ็บไม่ชัดเจน
- 4) ระบุสาเหตุการบาดเจ็บร่วมด้วยเสมอ

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ ผลที่ตามมาของการบาดเจ็บ (sequelae of injury) ใช้หลักพิจารณา ดังนี้

- 1) กรณีการบาดเจ็บนั้นเกิดขึ้นภายใน 1 ปี หรือ 365 วัน ให้เป็นกลุ่ม current injury
- 2) กรณีการบาดเจ็บนั้นเกิดขึ้นนานกว่า 1 ปี หรือ 365 วัน ให้เป็นกลุ่ม sequelae of injury
- 3) กรณีการบาดเจ็บที่ระยะเวลาไม่ได้เนื่องจากนานมาก ให้เป็นกลุ่ม sequelae of injury
- 4) หากการบาดเจ็บนั้นเกิดขึ้นภายใน 1 ปี หรือ 365 วัน แต่แพทย์สรุปการวินิจฉัยว่าเป็น complete cord injury ให้ใช้รหัสกลุ่ม sequelae of injury เป็นการวินิจฉัยโรคร่วมได้ แต่ให้ปัญหาของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เพื่อการรักษาในคราวนั้นเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ กรณีการบาดเจ็บไขสันหลังระยะแรก ใช้หลักการพิจารณา ดังนี้

- 1) ตำแหน่งการบาดเจ็บของไขสันหลัง ส่วนใหญ่มักใช้ sensory loss ตามระดับ dermatome หรือใช้ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือผลตรวจด้วยคลื่นสนามแม่เหล็ก (MRI)
- 2) ลักษณะของอัมพาตจากการบาดเจ็บของไขสันหลังว่าเป็นแบบ quadriplegia (quadriparesis) หรือ paraplegia (paraparesis)
- 3) สรุปกลุ่มโรคตามระดับการบาดเจ็บของไขสันหลัง
- 4) ระบุสาเหตุการบาดเจ็บ และการบาดเจ็บร่วม

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบ กรณีผลที่ตามมาของการบาดเจ็บไขสันหลัง ใช้หลักการพิจารณา ดังนี้

- 1) สรุปกลุ่มโรคแทรกซ้อนของการบาดเจ็บไขสันหลัง เช่น ลักษณะอัมพาตว่าเป็นแบบ quadriplegia (quadriparesis) หรือ paraplegia (paraparesis) แผลกดทับ การติดขัดของทางเดินปัสสาวะ หรือ neurogenic bladder ที่เป็นปัญหาหลักที่นำผู้ป่วยมารับการรักษา
- 2) สรุปกลุ่ม sequelae of spinal cord injury เป็นการวินิจฉัยโรคร่วม
- 3) ระบุสาเหตุการบาดเจ็บ

หมายเหตุ

- 1) การให้รหัสการวินิจฉัยโรคหลักตามปัญหาหลักที่แพทย์สรุป
 - 1.1 ให้รหัส G82.3 กรณีบันทึกว่า flaccid quadriplegia หรือ flaccid quadriparesis
 - 1.2 ให้รหัส G82.0 กรณีบันทึกว่า flaccid paraplegia หรือ flaccid paraparesis
 - 1.3 ให้รหัส G95.8 กรณีบันทึกว่า neurogenic bladder due to spinal cord injury
 - 1.4 ให้รหัส T91.3 sequelae of spinal cord injury เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วมทุกครั้ง



2) การให้รหัสกรณีทราบสาเหตุของการบาดเจ็บไขสันหลัง

- 2.1 ให้รหัส Y85.0 sequelae of motorcycle accident เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม
- 2.2 ให้รหัส Y85.1 sequelae of transport accident เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม
- 2.3 ให้รหัส Y86 sequelae of accident เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม
- 2.4 ให้รหัส Y87.1 sequelae of assault เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม
- 2.5 ให้รหัส Y89.9 sequelae of unspecified cause เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(ออร์โธปิดิกส์)

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 258 ข้อ 1330)

nonunion หมายถึง ภาวะที่กระดูกไม่เชื่อมติดกันหลังจากกระดูกหัก จากการติดตามด้วยภาพถ่ายรังสีพบว่าไม่มี callus เชื่อมระหว่างปลายกระดูกที่หัก ส่วน pseudarthrosis หมายถึง การเกิด nonunion และเกิดการขยับระหว่างกระดูกที่ไม่ติด ทำให้เกิดเป็น false joint แต่ในปัจจุบันถือว่า nonunion กับ pseudarthrosis มีความหมายเดียวกัน ใน ICD-10 แบ่ง nonunion ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

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

การให้รหัส

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

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

หมายเหตุ ทั้ง 3 รหัส สามารถใช้ได้ทั้งกระดูก axial และ extremities

2. กลุ่มโรค Fracture pelvis (S32.8)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ต้องมีผล x-ray เพื่อประกอบการวินิจฉัย และ/หรือ สามารถเห็นบริเวณที่แตกหักนั้นด้วยตาเปล่า
- 2) กรณีที่ตรวจร่างกายพบ pelvic compression test+, tenderness แต่ไม่มีผล x-ray ยืนยัน ไม่สามารถ



สรุปว่าเป็น fracture pelvis ได้ แต่ให้สรุปเป็น unspecified injury of abdomen, lower back and pelvis (S39.9)

3. กลุ่มโรค Amputation / Near amputation

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีการขาดออกของระยางค์ซึ่งควรจะมี การเสียหายของ vital structure ได้แก่ กระดูก เส้นเลือด เส้นประสาท เส้นเอ็น และ / หรือ กล้ามเนื้อ
- 2) กรณีที่แพทย์ให้คำวินิจฉัยว่า finger tip injury เป็นการวินิจฉัยกำวมซึ่งใช้วินิจฉัยการบาดเจ็บของปลายนิ้วมือ ซึ่งมีเนื้อเยื่อหลายประเภท มีสาเหตุและกลไกของการบาดเจ็บที่ต่างกัน ดังนั้นผู้ตรวจสอบควรค้นหาหลักฐานลักษณะการบาดเจ็บให้เฉพาะเจาะจงเพื่อสามารถให้รหัสการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ดังนี้
 - 2.1 กรณีฟกช้ำที่ไม่ใช่ส่วนของเล็บ ให้รหัส S60.0 contusion of thumb or finger
 - 2.2 กรณีมีเลือดคั่งใต้เล็บ ให้รหัส S65.5 subungual hematoma of finger
 - 2.3 กรณีแผลเปิดที่ไม่ใช่ส่วนของเล็บ ให้รหัส S61.0 laceration of thumb or finger
 - 2.4 กรณีแผลเปิดที่บริเวณเล็บ ให้รหัส S61.1 laceration of nail bed
 - 2.5 กรณีปลายนิ้วขาด ให้รหัส S68.0 traumatic amputation of thumb or finger
 - 2.6 กรณีกระดูกปลายนิ้วแตก ให้รหัส S62.2 fracture of distal phalanx of thumb or finger

หมายเหตุ nearly / incomplete / complete amputation ให้เป็นรหัสเดียวกัน

4. กลุ่มโรค Compartment syndrome

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ต้องมี sign ของ muscle ischaemia (อย่างน้อย 1 อาการ)
 - 1.1 pain ปวดรุนแรง เข้าได้กับ intractable pain หรือ pain out of proportion และมี classic sign คือ เมื่อ stretch กล้ามเนื้อใน compartment นั้นๆ จะมี pain มากขึ้น มักจะคลำได้ว่ากล้ามเนื้อตึง tense/tight มากขึ้น
 - 1.2 pallor and pulselessness
 - 1.3 paresthesia
 - 1.4 paralysis
- 2) ต้องมีการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งเป็นการรักษาที่มากกว่าปกติ และไม่จำเป็นต้องทำ fasciotomy เท่านั้น
- 3) ต้องมีการบันทึกคำวินิจฉัยของแพทย์

หมายเหตุ

- 1) กรณีเกิดจาก trauma ให้รหัส T79.6 traumatic ischaemia of muscle
- 2) กรณีเกิดจาก non-trauma ให้รหัส M62.2 ischaemic infarction of muscle



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สถิติและนรีเวชกรรม)

1. กลุ่มโรคมะเร็งทางนรีเวช

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

ต้องมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ในกรณีของ choriocarcinoma พิจารณาจาก ประวัติ และผลการตรวจทางคลินิก ร่วมกับผลการตรวจระดับฮอร์โมน hCG.

หมายเหตุ

- 1) กรณีส่งตัวมารักษาต่อ และมีบันทึกว่าเป็นมะเร็งในหนังสือส่งตัวจากสถานพยาบาลอื่น หรือบันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ผู้ดูแล โดยต้องระบุตำแหน่ง ชนิด และการรักษาที่ได้รับ
- 2) กรณีที่มาตรวจติดตามต่อเนื่อง โดยไม่สามารถเรียกค้นดูประวัติการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งในครั้งแรกที่ผ่านมาในอดีตได้ แต่แพทย์ได้บันทึกในประวัติว่าเป็นโรคมะเร็งที่ระบุ ตำแหน่ง ชนิด และการรักษาที่ได้รับ

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุนอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

- 1) การตรวจทางคลินิก เช่น การตรวจภายใน
- 2) การตรวจพิเศษ เช่น ultrasound หรือ
- 3) ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

หมายเหตุ

- 1) กรณีที่ตรวจพบในขณะที่ทำผ่าตัด โดยที่อาจจะมีการผ่าตัดเอาเนื้องอกนั้นออกหรือไม่ก็ได้ เช่น การทำ caesarean section แล้วพบว่ามี myoma uteri ร่วมด้วย ซึ่งต้องมีการบันทึก operative note อย่างละเอียดและชัดเจน หากไม่มีการผ่าตัดให้การวินิจฉัยอื่น ๆ
- 2) กรณีที่แพทย์ตรวจพบ leiomyoma of uterus มากกว่า 1 ชนิดให้ D25.7 leiomyoma of uterus, multiple types เป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และให้รหัสการวินิจฉัยโรคร่วมว่าประกอบด้วยเนื้องอกชนิดใดบ้าง ตามการตรวจพบ
- 3) แพทย์ตรวจสอบการบันทึกการวินิจฉัยว่าเป็น leiomyoma of uterus ชนิดใด ตามการตรวจพบ ได้แก่
 - 1.1 submucous leiomyoma of uterus (D25.0)
 - 1.2 intramural leiomyoma of uterus (D25.1)
 - 1.3 subserosal leiomyoma of uterus (D25.2)



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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มารดามีการเจ็บครรภ์คลอด และ
- 2) กรณีการคลอดติดขัดจากการผิดปกติของส่วนนำของทารก โดยวินิจฉัยจากการตรวจภายในหรือการตรวจ เครื่องเสียงความถี่สูง (ultrasound) และแพทย์บันทึกการวินิจฉัยท่าของทารกที่ผิดปกตินั้น ให้สรุปเป็น obstructed labour due to malposition and malpresentation of fetus (O64.-)
- 3) กรณีการคลอดติดขัดสาเหตุจากความผิดปกติของอุ้งเชิงกรานของมารดา โดยวินิจฉัยจากการตรวจภายในของแพทย์หรือประวัติ ANC หรือ x-ray และแพทย์บันทึกการวินิจฉัยความผิดปกตินั้น ให้สรุปเป็น obstructed labour due to maternal pelvic abnormality (O65.-)

หมายเหตุ การให้รหัส O32.- maternal care for known or suspected malpresentation of fetus, O33.- maternal care for known or suspected disproportion จะให้ในกรณีที่ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นโดยต้องยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด อันเป็นเหตุให้ต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาหรือผ่าตัดคลอด

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

5.กลุ่มการคลอดก่อนมาถึงสถานพยาบาลกรณี Birth before arrival (BBA)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงมาจาก ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 347 – 348 ข้อ 2116)

- 1) กรณีการคลอดก่อนมาถึงสถานพยาบาล BBA ควรพบบันทึกการวินิจฉัยอย่างละเอียดว่าตรวจพบภาวะแทรกซ้อนอย่างไรหรือไม่ และบันทึกว่ามีการทำหัตถการที่เกี่ยวข้องกับคลอดในสถานพยาบาลหรือไม่ ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่ได้ทำหัตถการ เช่น ตัดสายสะดือ ทำคลอดรก เย็บแผล เป็นต้น จึงจะ



วินิจฉัยว่า birth before arrival ได้ ให้รหัส Z39.0 care and examination immediately after delivery

- 2) กรณีผู้ป่วยคลอดก่อนมาถึงสถานพยาบาลนั้น แต่ได้รับการทำหัตถการบางอย่างที่เกี่ยวกับการคลอดในสถานพยาบาล แม่แพทย์จะบันทึกคำวินิจฉัยว่าเป็น birth before arrival ให้ใช้รหัสเหมือนคลอดปกติในสถานพยาบาล
- 3) กรณีผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากสถานพยาบาลอื่นหลังคลอดพร้อมบุตรที่ป่วยโดยตัวผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ถ้าแพทย์รับไว้เพื่อให้บริการดูแลหลังคลอด ให้รหัส Z39.0 care and examination immediately after delivery แต่ถ้าแพทย์รับไว้เพื่อให้อยู่ดูแลบุตรที่ป่วย โดยไม่ได้ให้บริการดูแลหลังคลอด ให้รหัส Z76.3 healthy person accompanying sick person

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณีที่พบการบันทึกของแพทย์ว่า pregnancy with AIDS ให้รหัส O98.7 human immunodeficiency [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium ร่วมกับรหัส B20.- - B24
- 2) กรณีที่พบการบันทึกของแพทย์ว่า pregnancy with HIV +ve ให้รหัส ตามภาวะ/โรค ที่มารับการรักษาในครั้งนั้น เช่น กรณีที่มาคลอดปกติ ให้ O80.0 spontaneous vertex delivery เป็นการวินิจฉัยหลัก และ ให้ Z21 asymptomatic human immunodeficiency virus [HIV] infection status เป็นการวินิจฉัยร่วม
- 3) กรณีที่การตั้งครรภ์นั้น แพทย์บันทึกไว้เป็นสัญลักษณ์หรือรหัส เช่น pregnancy with precaution จะไม่สามารถให้รหัส เป็น HIV ได้

7. กลุ่มโรคในหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ Dengue haemorrhagic fever มีอาการตกเลือด และแท้ง

การให้ dengue haemorrhagic fever ในหญิงตั้งครรภ์ เป็นการวินิจฉัยหลัก abortion เป็นการวินิจฉัยรอง หรือ abortion เป็นการวินิจฉัยหลัก dengue haemorrhagic fever เป็นการวินิจฉัยรอง ขึ้นอยู่กับหลักฐานในเวชระเบียน ผู้ป่วยมาด้วยอาการของโรคใดก่อนการ admitted กรณีที่มาพร้อมกันให้ใช้หลักการใช้ทรัพยากรใดมากกว่า (ใช้หลักการเลือกการวินิจฉัยหลัก)

รหัสที่เกี่ยวข้อง :

- 1) O98.5 other viral diseases complicating pregnancy, childbirth and the puerperium
- 2) O03.- spontaneous abortion
- 3) A91 dengue haemorrhagic fever



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กุมารเวชกรรม)

1. กลุ่มโรค Dehydration ที่พบในเด็ก

- 1) mild dehydration
- 2) moderate dehydration
- 3) severe dehydration

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

ต้องมีบันทึกการตรวจร่างกายและอาการแสดง เพื่อใช้สนับสนุนการวินิจฉัย ตามตารางที่ 1 โดยสามารถให้สรุปวินิจฉัย dehydration ในเด็กได้ตั้งแต่มีภาวะ mild dehydration

ตารางที่ 1 การประเมินภาวะขาดน้ำจากอาการและอาการแสดงทางคลินิก

ความรุนแรง	Mild (3 - 5%)	Moderate (6 - 9%)	Severe (> 10%)
ชีพจร	ปกติ	เร็ว	เร็ว เบา
ความดันโลหิต	ปกติ	ปกติหรือต่ำลงมากกว่า 10 mmHg.	ต่ำ หน้ามืด Pulse pressure < 20 mmHg.
พฤติกรรม	ปกติ	กระสับกระส่าย	กระวนกระวายถึงซีมมาก
กระหายน้ำ	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
เยื่อบุปาก	ปกติ	แห้ง	แห้งจนเหี่ยว
น้ำตา	มีน้ำตา	ลดลง	ไม่มีน้ำตา, ตาลึกโหล
กระหม่อมหน้า	ปกติ	บวมเล็กน้อย	บวมมาก
ความยืดหยุ่นของผิวหนัง	ยังดีอยู่	เสียเล็กน้อยไม่คืนกลับ ในช่วง 2 วินาที	จับแล้วยังตั้งอยู่ นานเกิน > 4 วินาที
urine specific Gravity	> 1.020	> 1.020	> 1.030
urine output	ปัสสาวะออก น้อยลง	< 1 ml/hr.	< 0.5 ml/hr. หรือ ปัสสาวะไม่ออก
capillary refill	< 2 วินาที	2 - 3 วินาที	3 - 4 วินาที



หมายเหตุ ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 23 ข้อ 0111 ระบุไว้ว่าผู้ป่วย diarrhea อาจมีอาการขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง ซีพจรเร็ว มี postural hypotention หรือ prerenal azotemia (R39.2) เหล่านี้ถือว่าเป็นอาการของโรคไม่จำเป็นต้องบันทึกเป็นการวินิจฉัย ยกเว้น ตรวจพบอาการแสดงของภาวะช็อกให้วินิจฉัยว่า hypovolaemic shock (R57.1) ร่วมด้วย

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) กรณีผู้ป่วยเด็ก 0-15 ปี ให้มีโซเดียมที่ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 135 m/L โดยไม่นับรวมภาวะ pseudohyponatraemia
- 2) ต้องมีบันทึกการรักษาภาวะ hyponatraemia ทุกกรณี ไม่ว่าจะเป็นการให้ 0.9% NaCl หรือ 3% NaCl หรือเป็นการให้กินเกลือ ให้จ้ำกัตน้ำ หรือ กรณีที่ไม่มีการรักษาภาวะโซเดียมต่ำต้องมีผลการตรวจโซเดียมซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง
- 3) มีคำวินิจฉัยของแพทย์เป็น hyponatraemia

3. กลุ่มโรค Influenza 2009 (H1N1) (J10.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติไข้สูงและอาการทางระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย
- 2) ต้องมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ viral study ยืนยัน

4. กลุ่มโรค Viral pneumonia (J12.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีประวัติ ไข้ ไอ หายใจเร็ว (ตามเกณฑ์อายุ) และตรวจร่างกายอาจฟังได้ crepitation

อายุ	อัตราการหายใจ
0-2 เดือน	60 ครั้ง/นาที
2 เดือน – 1 ปี	50 ครั้ง/นาที
1-5 ปี	40 ครั้ง/นาที
5-10 ปี	30 ครั้ง/นาที

- 2) มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้
 - 2.1 chest x-ray อาจพบมีลักษณะเป็น interstitial infiltration
 - 2.2 lab CBC ลักษณะเข้าได้กับ viral infection
 - 2.3 โดยอาจจะมีหรือไม่มี viral study ก็ได้



5. กลุ่มโรค Acute bronchitis (J20.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ประวัติ ไอเด่นชัด อาจมีหรือไม่มีเสมหะ
- 2) ตรวจร่างกายอาจมีหรือไม่มี lung sign อาจมีหรือไม่มี wheezing or rhonchi ที่ชัดเจน
- 3) อาการมากกว่า URI แต่ไม่มีหายใจเร็ว (ตามเกณฑ์อายุ) ดังตารางแสดงอัตราการหายใจเด็ก

6. กลุ่มโรค WARI

WARI ประกอบด้วย 4 โรค คือ acute bronchiolitis, acute bronchitis, pneumonia และ asthma ในกรณีที่มีการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แพทย์ควรจะให้คำวินิจฉัยได้ ไม่ควรจะใช้คำว่า WARI แต่ถ้าไม่สามารถวินิจฉัยได้ อาจวินิจฉัย WARI โดยมี

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) อายุน้อยกว่า 5 ปี
- 2) มี wheezing เกิดขึ้นเวลามี respiratory tract infection วินิจฉัยที่ให้ คือ asthma unspecified (ICD-10 WHO J45.9) หรือ wheezing associated respiratory illness [WARI] (ICD-10-TM J44.2)

7. กลุ่มโรค Acute gastritis (K29.-) กรณีเด็กอายุ 0-15 ปี

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

เมื่อวินิจฉัยกรณี Acute gastritis (K29.-) ไม่จำเป็นต้องทำ EGD : Esophagogastroduodenoscopy

8. กลุ่มโรค Acute pyelonephritis (ในเด็ก)(N10)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ผล UA พบ pyuria (WBC \geq 20 /HPF) อาจไม่พบ pyuria กรณีที่มี obstruction หรือมี neutropenia
- 2) มีไข้สูงอุณหภูมิร่างกาย < 38.3 °C หรือ > 36.0 °C

หมายเหตุ ในเด็กเล็ก (อายุน้อยกว่า 2 ปี หรือเด็กที่ยังบอกให้ปัสสาวะไม่ได้) การวินิจฉัยโรคทางเดินปัสสาวะอักเสบ ค่อนข้างลำบากเนื่องจากมักมีการปนเปื้อนเวลาเก็บ และในเด็กเล็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ จะต้องตรวจหาความผิดปกติในทางเดินปัสสาวะอย่างอื่นด้วย โดยเฉพาะภาวะปัสสาวะไหลย้อนกลับ (vesicoureteric reflux) ดังนั้นถ้าสงสัยว่ามีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในเด็กเล็ก การเก็บปัสสาวะอย่างถูกวิธีมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ควรเก็บปัสสาวะซ้ำโดยวิธี suprapubic aspiration หรือ transurethral catheterization เท่านั้น ถ้าสามารถส่งปัสสาวะเพาะเชื้อได้ก็ให้ส่งด้วย กรณีไม่ชัดเจนให้ได้เพียง UTI : urinary tract infection (N39.0)



9. กลุ่มโรคภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและภาวะคลอดก่อนกำหนด

- 1) ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย หมายถึง ทารกที่น้ำหนักแรกคลอด < 2,500 gm. ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย หมายถึง ทารกที่น้ำหนักแรกคลอด < 2500 gm
- 2) prematurity หมายถึง เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ กรณีที่ไม่ทราบอายุครรภ์ ให้ใช้เกณฑ์ GA (*Ballard score) ร่วมกับประวัติ GA ของแม่
- 3) เปรียบเทียบน้ำหนักและส่วนสูงกับอายุครรภ์ (กราฟตามภาคผนวก)

Body Weight	GA(*Ballard score, ultrasound, LMP)	Weight	Hight	code	
<1000 gm.	<37 wk.	-	-	P07.0 extremely LBW	
1000-2499 gm.	<37 wk.	ปกติ	ปกติ	P07.1 other LBW	
		<10 percentile of GA	ปกติ	P05.0 light for gestational age	
	<10 percentile of GA	<10 percentile of GA	P05.1 small for gestational age		
	ปกติ	ปกติ	P05.2 fetal malnutrition		
	และมีการตรวจร่างกายที่เข้าได้กับลักษณะอาการของ malnutrition เช่น ผิวแห้ง ลอก loss of subcutaneous fat tissue				without mention of light or small for gestational age
	ปกติ	ปกติ		P05.9 slow fetal growth, unspecified*	
		และแพทย์วินิจฉัย IUGR			
≥ 2500 gm.	< 37 wk.	-	-	Z380	

10. กรณีเด็ก Preterm กลับมา Re-admit แต่น้ำหนักตัวยังต่ำกว่าเกณฑ์ หรือเด็ก Preterm ได้ส่งต่อไป รพ.อื่น หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

กรณีที่ 1 เด็ก preterm น้ำหนักน้อย (ยกตัวอย่าง เช่น เด็กน้ำหนักแรกคลอด 700 gms.) คลอดที่ รพ. A รักษาดีขึ้นแล้ว และมีปัญหา retinopathy of preterm ให้ย้ายกลับไปรักษาต่อที่ รพ.ใกล้บ้าน แต่ถ้า กลับมาใหม่ ครั้งที่ 2 เมื่อครบนัดรักษา retinopathy of preterm จึงให้ รพ.ใกล้บ้านส่งกลับมา admit ที่รพ. A อีกครั้ง (เด็กยังไม่ได้จำหน่ายกลับบ้าน) น้ำหนักตัวแรกรับที่ รพ. A = 1,500 gms. ให้ รพ. A สรุปการวินิจฉัยโรคหลักเป็น



retinopathy of preterm (H35.1) และให้การวินิจฉัยโรคร่วมเป็น disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified (P07.-) ตามน.แรกเกิดของเด็กเพื่อเป็นข้อมูลประกอบโรค ROP แต่ถ้าเด็กยังมีปัญหาของ premae ที่ active และต้องการการดูแลจากกุมารแพทย์ ให้โรคหลักเป็น P07.- (ตามน.แรกเกิดของเด็ก) และให้การวินิจฉัยโรคร่วมเป็น H351

กรณีที่ 2 เด็ก preterm น้ำหนักน้อย รักษาจนอาการดีขึ้นให้กลับบ้านได้ แต่ถ้าต้องกลับมารักษาอีกครั้งด้วย ปัญหาที่มึมนมได้น้อย น้ำหนักตัวกลับลดลงไปอีก (เช่น BW < 1,800 gms.) แพทย์ให้ admit ใหม่ ในการ admit ครั้งนี้ ให้สรุปการวินิจฉัยโรคหลักเป็นปัญหาที่พบเช่น under feeding of newborn (P92.3) ให้สรุปการวินิจฉัยโรคร่วมเป็น disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified (P07.-) ตามน.แรกเกิดของเด็ก

กรณีที่ 3 เด็ก preterm น้ำหนักน้อย รักษาที่รพ. A จนอาการดีขึ้นแต่ยังต้องเลี้ยงให้โต ไม่มี active problem แล้ว จึง refer ไปรพ. B รพ. B ให้สรุปการวินิจฉัยโรคหลักเป็น disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified (P07.-) ตามน.แรกเกิดของเด็ก (แต่ admission wt. จะเป็นน.ปัจจุบันของเด็ก) เพราะถือว่ารพ. B ยังต้องดูแลปัญหาเก่าต่อเนื่อง และไม่ต้องให้รหัส Z380 เป็นการวินิจฉัยร่วมเพราะเด็กไม่ได้เกิดที่รพ. B

11. กลุ่มโรค Birth asphyxia (P21.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ประวัติแรกคลอด
 - 1.1 ตรวจสอบหลักฐานการบันทึก apgar score ที่ 1 นาที่แรก เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยหลัก
 - 1.2 กรณีรับ refer หรือ Birth Before Arrival (BBA) แล้วไม่พบหลักฐานการบันทึกข้อมูล apgar score ที่ 1 นาที่ เป็นเท่าไร จะไม่สามารถสรุปการวินิจฉัยได้ว่าเป็น severe birth asphyxia (P21.0) หรือ P21.1 mild and moderate birth asphyxia หากมี clinical ที่เข้าได้กับ birth asphyxia ให้ดูหลักฐาน
 - 1.3 ข้อมูลอื่นสนับสนุน เช่น เด็กร้อง tone อ่อนจึงสามารถ ให้สรุปการวินิจฉัยเป็น birth asphyxia, unspecified (P21.9)
- 2) clinical ของ birth asphyxia
 - 2.1 ถ้ามีผล apgar score score ที่ 1 นาที่แรกในเวชระเบียน ก็ไม่จำเป็นต้องไปดู clinical อย่างอื่น
 - 2.2 พบบันทึกหลักฐานชัดเจน เช่น เด็กเขียว หายใจไม่สม่ำเสมอหรือ tone อ่อน
 - 2.3 การวินิจฉัยว่าเป็น severe birth asphyxia เมื่อผล apgar score ที่ 1 นาที่มีค่าเท่ากับ 0-3 mild and moderate birth asphyxia เมื่อผล apgar score ที่ 1 นาที่มีค่าเท่ากับ 4-7



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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) อายุครรภ์ ต้องเป็น preterm
- 2) มีอาการหายใจลำบาก เช่น ปีกจมูกบาน หายใจเร็วกว่า 60 ครั้ง/นาที grunting, retraction, moaning เป็นต้น
- 3) chest x-ray สำคัญที่สุด มีผลอ่าน film คือ hypoaeration , ground glass appearance หรือ white out lung
- 4) ระยะเวลาในการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ ไม่ควรดีขึ้นภายในหนึ่งวัน ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยได้รับสาร surfactant ก็อาจจะหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้ภายใน 1 วัน

หมายเหตุ

- 1) กรณีเด็ก premature มีอาการเหนื่อยหอบ มีการรักษา หากไม่มีผล chest x-ray ให้สรุปวินิจฉัยได้เพียง respiratory distress of new born, unspecified (P22.9)
- 2) ในกรณีของ เด็ก term ที่เป็น Infant of diabetic mother ซึ่งจะมีอาการเดียวกับ RDS รวมทั้ง film ก็เข้าได้กับ RDS ด้วย แพทย์สามารถวินิจฉัยเป็น RDS ได้เช่นกันเพราะ pathophysiology จะคล้ายๆกันให้รหัส P22.9 :respiratory distress of new born, unspecified

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด
 - 1.1) พบได้ทั้งในทารกเกิดครบกำหนดหรือทารกเกิดก่อนกำหนด
 - 1.2) ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่คลอดโดย caesarean section หรือ precipitate labour
- 2) หายใจหอบ อัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้ง/นาที อาจพบอาการหายใจลำบาก
- 3) chest x-ray อาจพบ hyperaeration, fluid ใน fissure หรือไม่พบก็ได้
- 4) รักษาด้วยการให้ออกซิเจน อาการมักดีขึ้นภายใน 3 วัน

หมายเหตุ ทารกที่เป็น transient tachypnea of the newborn ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ แต่บางรายที่มีอาการรุนแรง อาจจำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ

14. กลุ่มโรค Congenital pneumonia (P23.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) หายใจเร็วหอบ (อัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้ง/นาที) หรือหายใจลำบาก เกิดภายใน 48 ชั่วโมงหลังการคลอด หากเกิดหลังจากนี้ อาจเป็นผลจากการใส่ท่อช่วยหายใจได้ ก็จะจัดเป็น nosocomial pneumonia เกิดภายใน 48 ชม. หลังการคลอด หากเกิดหลังจากนี้ อาจเป็นผลจากการใส่ท่อช่วยหายใจได้ ก็จะจัดเป็น nosocomial pneumonia
- 2) ตรวจร่างกายฟังกปอด อาจได้ crepitation
- 3) มีประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น ภาวะติดเชื้อของมารดา premature rupture of membrane



- 4) มีผล chest x-ray เข้ากันได้กับภาวะ pneumonia
- 5) มีการรักษาภาวะ pneumonia
- 6) ต้องไม่เกิดจากการใส่ tube หรือเครื่องช่วยหายใจ

15. กลุ่มโรค Heart failure ทารกแรกเกิด (ในทารกแรกเกิด) (P29.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) มีอาการ dyspnea, tachycardia
- 2) ตรวจร่างกายพบ hepatomegaly อาจมี active precordium, lung อาจมี crepitation หรือ wheezing
- 3) มีการรักษาภาวะ heart failure เช่น จำกัดการให้สารน้ำ การให้ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น

16. กลุ่มโรค Sepsis of newborn (P36.-)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ต้องมีอาการทางคลินิกเข้าได้กับ sepsis เป็นสำคัญ ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับอย่างน้อย 3 ระบบ คือ
 - 1.1 GI : กินไม่ดี ท้องอืด, feed เหลือ, สำรอก
 - 1.2 Respiratory : หายใจเร็ว หอบ (อัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้ง/นาที) หรือ apnea (มากกว่า 60 ครั้ง/นาที)
 - 1.3 consciousness/well being ซึม อาจมีภาวะ hypothermia หรือ hyperthermia
- 2) ร่วมกับมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 2.1 ต้องตรวจพบ WBC มากกว่า 15,000 cell/mm³ หรือต่ำกว่า 5,000 cell/mm³ หรือมี band / total neutrophil มากกว่า 0.2
 - 2.2 มีการตรวจ hemoculture ซึ่งผลอาจ negative
- 3) ต้องมีการรักษาภาวะ sepsis โดยให้ antibiotic ทางเส้นเลือดดำอย่างน้อย 5 วัน

หมายเหตุ หากทารกแรกเกิดมีไข้จากสิ่งแวดล้อม ให้ใช้รหัส P81.0 environmental hyperthermia of newborn

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

หมายเหตุ ในกรณีทารกมีภาวะเหลือง (breast feeding jaundice, hypocaloric jaundice) ซึ่งมีสาเหตุหลักจากการที่มารดามีน้ำนมให้ทารกไม่เพียงพอในระยะแรกของชีวิต ให้ใช้ P59.8 neonatal jaundice from other specified causes



18.กลุ่มโรค Physiologic jaundice (P59.9) คือทารกที่มีลักษณะต่อไปนี้

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ไม่เหลืองในวันแรก
- 2) ค่า total bilirubin เกิน 12 mg% ใน term และ 15 mg% ใน preterm ในกรณีนี้ค่านึงถึงอายุทารกเป็นส่วนประกอบการพิจารณาด้วย
- 3) กรณีในเด็กที่ครบกำหนดและค่า total bilirubin ไม่เกิน 12 mg% และแพทย์สั่งการรักษาด้วย photo therapy ก่อน ไม่ต้องให้สรูปและให้รหัสเหตุการณ์

หมายเหตุ สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด ค่า total bilirubin ไม่เกิน 15 mg/dl แต่มีการรักษาด้วย photo therapy หรือ exchange transfusion เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด ภาวะ bilirubin encephalopathy (kernicterus) ให้วินิจฉัยว่า neonatal jaundice of prematurity (P59.0)

19.กลุ่มโรค Pathologic jaundice

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ในกรณีเป็น pathologic jaundice ควรจะลงการวินิจฉัยสาเหตุของ pathologic jaundice เช่น ABO incompatibility (P55.1), breast feeding jaundice (P59.8), G6PD deficiency (D55.0), breast milk jaundice (P59.3)
- 2) หากไม่สามารถสรูปสาเหตุที่แน่นอนได้ก็จะสรูปเป็น neonatal jaundice inconclusive caused (P59.9)

20. กลุ่มโรค Atrial septal defect (Q21.1),Tetralogy of Fallot (Q21.3), Ventricular septal defect (Q21.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

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

21. กลุ่มโรค Patent ductus arteriosus (Q25.0)

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) ต้องมีผลการตรวจ echocardiogram โดยเฉพาะในทารกแรกเกิดครบกำหนด
- 2) ถ้าไม่มีผลการตรวจ echocardiogram ต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้
 - 2.1 ต้องเป็นทารกแรกเกิดก่อนกำหนด (premature)



- 2.2 ตรวจร่างกายมี clinical มี tachycardia, active precordium, hepatomegaly หรือ ร่วมกับ wide pulse pressure
- 2.3 อาจตรวจพบ murmur (systolic murmur, upper left parasternal border) ก็ได้ เพราะการให้ positive pressure (ใส่เครื่องช่วยหายใจ) ก็ทำให้ไม่ได้ยินเสียง murmur
- 2.4 chest x-ray มี white out lung หรือ cardiomegaly หรือ congestion ร่วมกับการที่ทารกไม่สามารถ wean respirator ได้ หรือมีค่า PCO_2 สูง
- 2.5 มีการรักษา โดยให้ยา indomethacin หรือ ibuprofen หรือ diuretic หรือ restrict fluid ร่วมกับอาการดังกล่าวก็สามารถให้การวินิจฉัยได้

22. กลุ่มโรคในทารกแรกเกิดที่ได้รับผลกระทบจากการคลอด หรือการเจ็บป่วยของมารดา (รหัสกลุ่ม P00 – P04)

- เช่น แพทย์สรุป cephalhaematoma โดยอนุโลมว่าไม่จำเป็นต้องมีบันทึกในเวชระเบียนว่าเป็นผลจากการคลอด
- ห้ามสรุปเป็นการวินิจฉัยหลัก (Pdx) ไม่ต้องให้รหัส P00-P04



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา)

1. กลุ่มโรค Intubation granuloma of larynx

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

(อ้างอิงตาม ICD-10-TM Standard coding guideline 2011 หน้า 175 ข้อ 1024)

- 1) ประวัติแรกพบ พบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ และหลังจากถอดท่อช่วยหายใจมีอาการเสียงแหบ หรือ หายใจเหนื่อย
- 2) ผลตรวจร่างกาย พบ granuloma ที่ posterior larynx หรือ arytenoid process
- 3) มีบันทึกของแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น intubation granuloma of larynx

หมายเหตุ

- 1) หากบันทึกของแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น intubation granuloma of larynx ให้รหัส J95.8 other postprocedural respiratory disorders
- 2) ถ้าบันทึกเพียง granuloma of larynx จะให้รหัส J38.7 other diseases of larynx : abscess, cellulitis, disease NOS, necrosis, pachyderma, perichondritis, ulcer of larynx
- 3) หากบันทึกเป็น granuloma of vocal cords จะให้รหัส J38.3 other diseases of vocal cords : abscess, cellulitis, granuloma, leukokeratosis, leukoplakia of vocal cord (s)

2. กลุ่มโรค Laryngeal stenosis

Laryngeal stenosis หมายถึง การตีบของกล่องเสียงเกิดได้ทุกระดับ ทั้งที่ตีบแต่กำเนิด (congenital) และ ตีบในภายหลัง (acquired) ส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บทั้งภายนอกและภายใน เช่น จากการใส่ endotracheal tube ถ้าตีบแคบในระดับ supraglottic เรียกว่า laryngeal stenosis

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) พบการบันทึกประวัติ ว่าเป็นมาตั้งแต่กำเนิด (congenital) หรือเกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจมาเป็นเวลานาน หรือจากการได้รับอุบัติเหตุ หรือจากการทำหัตถการมาก่อน (post procedure)
- 2) ไม่ระบุสาเหตุ อาจพบบันทึกเพียง laryngeal stenosis



หมายเหตุ

- 1) กรณีเกิดจาก congenital ให้รหัส Q31.8 other congenital malformations of larynx absence, agenesis, atresia : of cricoid cartilage, epiglottis, glottis, larynx or thyroid cartilage cleft thyroid cartilage, congenital stenosis of larynx NEC, fissure of epiglottis, posterior cleft of cricoid cartilage
- 2) กรณีเป็น post procedure ให้รหัส J95.8 other postprocedural respiratory disorders
- 3) กรณีไม่ระบุสาเหตุ บันทึกเพียง laryngeal stenosis ให้รหัส J38.6 stenosis of larynx

3. กลุ่มโรค Tracheal stenosis

Tracheal stenosis หมายถึง การตีบแคบของท่อลม

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) พบการบันทึกประวัติ ว่าเป็นมาตั้งแต่กำเนิด (congenital) หรือเกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจมาเป็นเวลานาน หรือจากการได้รับอุบัติเหตุ หรือจากการทำหัตถการมาก่อน (post procedure)
- 2) ไม่ระบุสาเหตุ อาจพบบันทึกเพียง tracheal stenosis ร่วมกับ laryngeal stenosis

หมายเหตุ

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

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

Acute pulmonary insufficiency following nonthoracic surgery หมายถึง กรณีที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดไม่เพียงพอ หลังผ่าตัดที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดทรวงอก

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) หลังผ่าตัด ศัลยแพทย์ หรือวิสัญญีแพทย์ พิจารณาว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต่อเนื่อง
- 2) มีการใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยเริ่มเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยออกจาก recovery room
- 3) มีการบันทึกว่า post op(ระบุหัตถการ)on respirator



หมายเหตุ

- 1) กรณีใช้เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัดจะได้รหัส J95.2 acute pulmonary insufficiency following nonthoracic surgery หากไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่ต้องให้รหัส
- 2) กรณีนี้ไม่รวมการใส่ท่อ endotracheal tube ที่เกิดขึ้นก่อนการผ่าตัด และภายหลังยังจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

5. กลุ่มโรค Subglottic stenosis

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

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) พบการบันทึกประวัติ ว่าเป็นมาตั้งแต่กำเนิด (congenital) หรือเกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจมาเป็นเวลานาน หรือจากการได้รับอุบัติเหตุ หรือจากการทำหัตถการมาก่อน (post procedure)
- 2) ไม่ระบุสาเหตุ อาจพบบันทึกเพียง subglottic stenosis

หมายเหตุ

- 1) กรณีเกิดจาก congenital ให้รหัส Q31.1 congenital subglottic stenosis
- 2) กรณีเป็น subglottic stenosis จาก post procedure ให้รหัส J95.5 postprocedural subglottic stenosis

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

Acute upper airway obstruction หมายถึง ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน ตั้งแต่จมูก oropharynx hypopharynx, larynx และ trachea แบบเฉียบพลัน

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบต้องมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- 1) การซักประวัติ มีประวัติการหายใจลำบาก หายใจเสียงดัง เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันในระยะเวลาอันสั้น
- 2) การตรวจร่างกายขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการอุดกั้น อาจพบ การหายใจลำบาก (dyspnea) หายใจเสียงดัง (stridor) อาการเขียวคล้ำ (cyanosis)
- 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการขึ้นอยู่กับสาเหตุ เช่น film lateral soft tissue of neck
- 4) แนวทางการรักษา เช่น endotracheal intubation หรือ tracheostomy, bronchoscopy, fiberoptic laryngoscopy เป็นต้น
- 5) พบการบันทึกคำวินิจฉัยของแพทย์ว่ามี upper air way obstruction

หมายเหตุ

- 1) หากพบสาเหตุ ให้บันทึกสาเหตุเป็นการวินิจฉัยโรคหลัก และไม่ต้องให้ upper airway obstruction เป็นการวินิจฉัยร่วม กรณีที่ไม่พบสาเหตุให้ upper airway obstruction เป็นการวินิจฉัยหลักได้



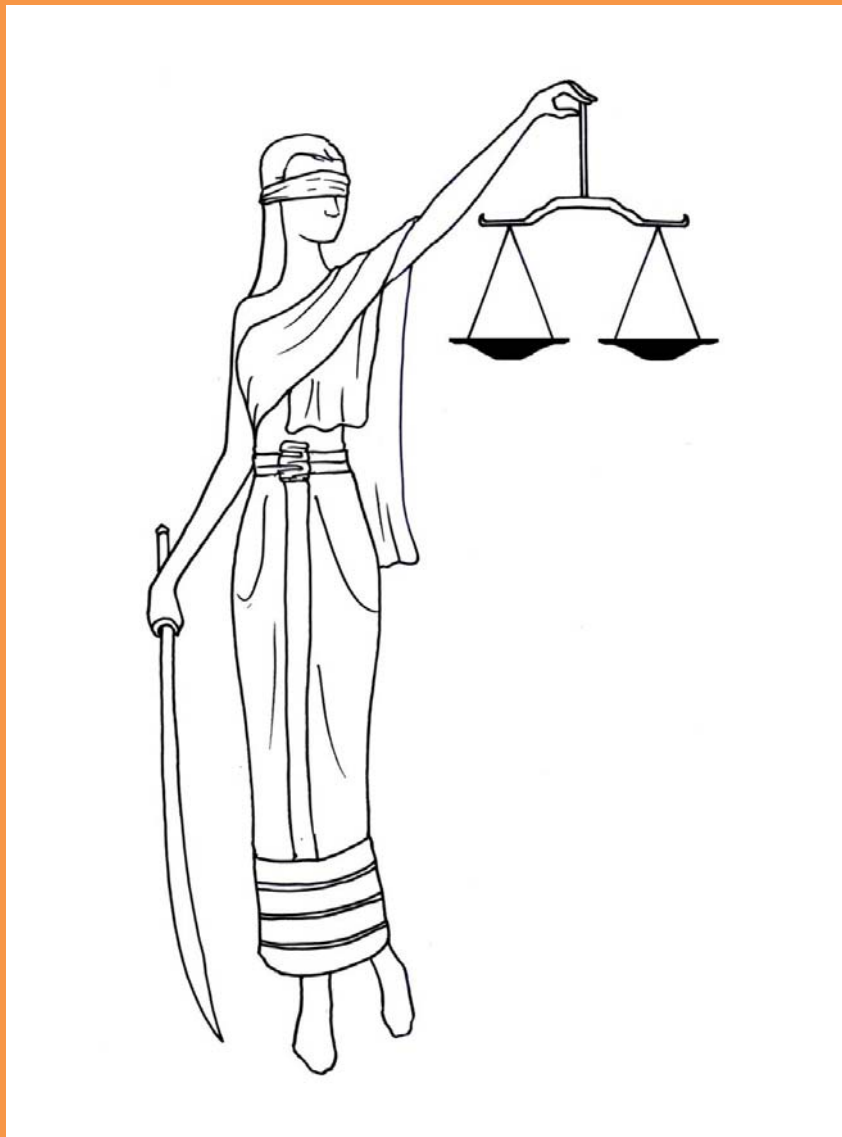
- 2) ภาวะ upper airway obstruction ให้รหัสเป็น J98.8 other specified respiratory disorders



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การสรุปและให้รหัสเหตุการณ์





แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางศัลยกรรมทั่วไป)

1. กลุ่มหัตถการ Cholecystectomy

Cholecystectomy หมายถึง การตัดเอาถุงน้ำดีซึ่งอยู่มี 2 เทคนิค ได้แก่ ผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Open Cholecystectomy : OC) และ ผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic Cholecystectomy : LC)

Cholecystectomy แบ่งตามลักษณะของการตัดถุงน้ำดีได้เป็น 2 แบบ ได้แก่ Total cholecystectomy เป็นการตัดถุงน้ำดีออกทั้งหมด และ Partial cholecystectomy เป็นการตัดถุงน้ำดีออกบางส่วน ซึ่งมักทำในรายที่ถุงน้ำดีฝังแน่นกับเนื้อตับหรือผู้ป่วยที่เป็นตับแข็ง (cirrhosis) ที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อเนื้อตับ แพทย์จะเหลื่อมผนังถุงน้ำดีบางส่วนที่ติดกับเนื้อตับไว้เพื่อลดการเสียเลือดจากการผ่าตัด

บางครั้งเริ่มต้นการผ่าตัดด้วยเทคนิค Laparoscope และจำเป็นต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้องภายหลังจะเรียกว่า Laparoscopic converted to Open cholecystectomy มีได้ 2 กรณี ได้แก่

1. กรณีที่ตัดถุงน้ำดีสำเร็จแล้ว แต่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ที่จำเป็นต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อแก้ไข เช่น บาดเจ็บต่อหลอดเลือด หรือ ท่อน้ำดี
2. กรณีที่ยังไม่สามารถตัดถุงน้ำดี และจำเป็นต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อตัดถุงน้ำดี

แนวทางการบันทึกของแพทย์(Auditor)

- กรณีผ่าตัดด้วยเทคนิค Laparoscope สำเร็จ ให้บันทึกว่า Laparoscopic cholecystectomy
- กรณีผ่าตัดด้วยเทคนิค Laparoscope แต่ไม่สำเร็จ และจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีผ่าตัดเป็น Open cholecystectomy ให้บันทึกว่า Laparoscopic converted to Open cholecystectomy
- กรณีผ่าตัดแบบ Partial cholecystectomy ให้บันทึกว่า Partial cholecystectomy ทุกครั้ง

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

- กรณีบันทึกหัตถการว่า Cholecystectomy หรือ Total cholecystectomy ให้รหัส 51.22
- กรณีบันทึกหัตถการว่า Laparoscopic (total) Cholecystectomy ให้รหัส 51.23
- กรณีบันทึกหัตถการว่า Partial cholecystectomy ให้รหัส 51.21
- กรณีบันทึกหัตถการว่า Laparoscopic partial Cholecystectomy ให้รหัส 51.24
- กรณีบันทึกหัตถการว่า Laparoscopic converted to Open Cholecystectomy ให้แยกเป็น 2 กรณี คือ
 1. กรณีตัดถุงน้ำดี (Total/Partial) สำเร็จแล้ว แต่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ทำให้ต้องเปิดหน้าท้องเพื่อแก้ไขภาวะนั้นๆ ให้รหัส 51.23 หรือ 51.24 ร่วมกับหัตถการอื่นที่เพิ่มเติมเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ
 2. กรณีที่ตัดถุงน้ำดี (Total/Partial) ไม่สำเร็จ และจำเป็นต้องเปิดหน้าท้องเพื่อตัดถุงน้ำดี ให้รหัส 51.22 หรือ 51.21



2. กลุ่มหัตถการ Exploration of common bile duct : CBD

การเปิดสำรวจทางเดินน้ำดีมีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ เพื่อค้นหาและแก้ไขสาเหตุของทางเดินน้ำดีอุดตัน และ เพื่อลดความดันทางเดินน้ำดีในกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขสาเหตุ

การเอานิวออกจากทางเดินน้ำดีสามารถทำได้ทั้งแบบการผ่าตัดเปิดท่อน้ำดีร่วมและนำนิวออก (Open common bile duct exploration) หรือ การใช้ endoscope เพื่อนำนิวออก (Endoscopic sphincterotomy and stone extraction) รวมถึงการทำ stone extraction ด้วย choledochoscope (เป็นหัตถการร่วมที่ทำได้ทั้งวิธี open หรือ laparoscopic cholecystectomy)

Open common bile duct exploration คือ การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง และเปิดบริเวณท่อน้ำดีเพื่อนำนิวออกโดยการใช้เครื่องมือพิเศษลากเอานิวออกมาหรืออาจจะดันให้นิวหลุดเข้าไปใน duodenum หลังจากนั้นอาจฉีดสี (T-tube cholangiogram) หรือ ใช้ choledochoscope ตรวจสอบว่าไม่มีนิวค้างอยู่แล้วจึงใช้สายยาง T-tube ใส่ไว้ประมาณ 2 สัปดาห์ก่อนที่จะฉีดสีซ้ำและเอา T-tube ออก

Endoscopic sphincterotomy and stone extraction คือ การใช้กล้อง endoscope ที่ใช้ในการทำ ERCP ร่วมกับเครื่องมือที่ใช้ในการทำ sphincterotomy ทำการตัดเพื่อเปิดให้บริเวณ sphincter of Oddi นั้นกว้างขึ้นเพื่อให้ก้อนนิวสามารถผ่านได้แล้วใช้เครื่องมือคล้องหรือลากเอานิวออกมา

Hepatocholedochostomy คือ การผ่าเปิดท่อน้ำดีและใส่ท่อระบายน้ำดีด้วยท่อที่เรียกว่า Stent (ไม่ใช่ T-tube)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ก. Exploration of CBD ต้องระบุว่าทำเพื่อวัตถุประสงค์อะไรมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เพื่อนำก้อนนิวในทางเดินน้ำดีออก (Stone removal)
2. เพื่อระบายทางเดินน้ำดีที่อุดตัน (Relieve obstruction) มีการใส่ท่อ T-tube ร่วมด้วยหรือไม่

ข. หัตถการเกี่ยวกับก้อนนิวในทางเดินน้ำดี มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. มีการผ่าเปิดท่อน้ำดีร่วม (ทั้งวิธี Open และ Laparoscopic surgery)
2. มีการใช้กล้องส่องท่อน้ำดี (choledochoscope)
3. มีการคล้องนิวออกทางกล้องส่องลำไส้ (ERC)

ค. T-tube insertion ต้องระบุให้ทราบว่าทำเพื่อวัตถุประสงค์อะไรมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. หลังเปิดท่อน้ำดีเพื่อนำก้อนนิวในทางเดินน้ำดีออก (Stone removal)
2. หลังเปิดท่อน้ำดีเพื่อระบายทางเดินน้ำดีที่อุดตัน (CBD decompression)
3. หลังเปิดท่อน้ำดีเพื่อสำรวจท่อน้ำดี แต่ไม่พบความผิดปกติร่วมอื่น
4. ใส่ท่อน้ำดีเพื่อวัตถุประสงค์อื่นเช่น complex pancreaticoduodenal injury

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ก. บันทึกรายงานการผ่าตัดระบุ Exploration of Common bile duct (CBD) ให้พิจารณาดังต่อไปนี้

1. ทางเดินน้ำดีอุดตันจากก้อนนิว และ รายงานการผ่าตัดระบุ Exploration of CBD to remove stone
 - กรณีทำหัตถการด้วยวิธี Open surgery ให้รหัส 51.41
 - กรณีทำหัตถการด้วยวิธี Open surgery และ มีการทำ stone extraction โดยการใช้



- choledochoscope ร่วมด้วย ให้รหัสหัตถการ 2 รหัสคู่กัน คือ 51.41 และ 51.88
- กรณีทำหัตถการด้วยวิธีกล้องส่อง (Endoscopic surgery และ Laparoscopic surgery) ให้รหัส 51.88
2. ทางเดินน้ำดีอุดตันจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่เนื้องอกและ รายงานการผ่าตัดกระเพาะ Exploration of CBD to decompression or relief obstruction
- กรณีทำหัตถการด้วยวิธี Open surgery ให้รหัส 51.42
 - กรณีทำหัตถการด้วยวิธี Endoscopic surgery และ Laparoscope ให้รหัส 51.87
3. ไม่ระบุว่าทางเดินน้ำดีอุดตัน
- กรณีเปิดท่อน้ำดีร่วมแล้วไม่ได้ทำหัตถการอื่นใดๆ ให้รหัส 51.51 (Open surgery) หรือ 51.11 (Laparoscopic surgery หรือ Endoscopic procedure)
 - กรณีรายงานการผ่าตัดกระเพาะ Intraoperative choledochoscope ให้รหัส 51.19
 - กรณีรายงานการผ่าตัดกระเพาะ Intraoperative cholangiogram ให้รหัส 87.53
- ข. บันทึกรายงานการผ่าตัดกระเพาะ T-tube insertion ให้ดูรายละเอียดดังต่อไปนี้
- กรณีทำหัตถการร่วมกับการเอาเนื้องอก (51.41) ไม่ต้องให้รหัสหัตถการเพิ่ม
 - กรณีทำหัตถการเพื่อระบายความดันทางเดินน้ำดี (51.42) ไม่ต้องให้รหัสหัตถการเพิ่ม
 - กรณีทำหัตถการร่วมกับ CBD exploration ที่ไม่ใช่การเอาเนื้องอก หรือ เพื่อระบายความดันทางเดินน้ำดีให้ รหัส 51.51
 - กรณีที่ไม่สามารถระบุวัตถุประสงค์ ให้รหัส 51.59

3.กลุ่มหัตถการ Suture of abdominal wall and peritoneum

1. Re-closure of postoperative disruption of abdominal wall หมายถึง การเย็บปิดแผลหน้าท้องกรณี ที่แผลผ่าตัด(Surgical wound) ที่เย็บปิดไว้มีการแยกออกถึงชั้น fascia (wound disruption หรือ wound dehiscence)

2. Delayed closure of granulating abdominal wound หมายถึง การเย็บปิดแผลหน้าท้องกรณีที่ยังไม่สามารถเย็บปิดแผลได้ในการผ่าตัดครั้งแรก เนื่องจากมีสาเหตุ มาจากแผลติดเชื้อ หรือ มีภาวะความดันในช่องท้อง เพิ่มขึ้น (abdominal compartment syndrome) ซึ่งต้องรักษาให้แผลดีขึ้นก่อนด้วยการทำแผลจนเกิดมี granulation tissue โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ขึ้นไป

กรณีที่เป็นการปิดแผลหน้าท้องชั่วคราว (Temporary closure) โดยใช้วัสดุอื่นๆ เช่น ผ้า หรือ พลาสติก หรือ ซิป เนื่องจากไม่สามารถแก้ไขพยาธิสภาพในช่องท้องได้ในการผ่าตัดเพียงครั้งเดียว หรือ มีภาวะ Abdominal compartment syndrome หลังจากควบคุมพยาธิสภาพได้แล้วจะทำการเย็บปิดผนังช่องท้องในภายหลัง โดยที่แผล อาจไม่มี granulation tissue

3. Other suture of abdominal wall หมายถึง การเย็บปิดแผลหน้าท้องที่ลึกกว่าชั้นผิวหนัง และไม่ใช่อันที่เกิดจากการผ่าตัด

4. Suture of peritoneum หมายถึง การเย็บในส่วนของ peritoneum เท่านั้น ใช้ในกรณีเย็บซ่อมเยื่อช่องท้องที่ฉีกขาด มักไม่ใช้ในการเย็บปิดแผลช่องท้องทั่วไป



แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- กรณีที่แพทย์เย็บปิดช่องท้องด้วยวิธี Retention suture ที่นอกเหนือจากการเย็บปิดแผลผ่าตัดในครั้งแรก (Primary closure) จะต้องบันทึกรายละเอียดของการเย็บปิดผนังช่องท้องด้วยวิธีนี้ว่าเพื่อ Re-closure abdomen หรือ เพื่อ Temporary closure
- กรณีที่แพทย์เย็บปิดชั้นผิวหนังเนื่องจากการปนเปื้อนของแผลผ่าตัดที่เปิดทิ้งไว้ 3-5 วัน หลังการผ่าตัดครั้งแรก ให้บันทึกว่า Delayed primary skin closure
- กรณีที่แพทย์เย็บปิดผนังหน้าท้อง ที่แผลผ่าตัดมี granulation tissue โดยทั่วไปใช้เวลาเกินกว่า 1-2 สัปดาห์ไปแล้ว ให้บันทึกว่า Delayed closure of granulating abdominal wound

แนวทางการให้รหัสเหตุการณ์

- ให้รหัส 54.61 กรณีที่รายงานการผ่าตัดระบุว่า Re-closure abdomen เพื่อรักษาภาวะแผลผ่าตัดหน้าท้องแยก (Wound disruption หรือ Wound dehiscence)
- ให้รหัส 54.62 กรณีที่รายงานการผ่าตัดระบุว่า Closure abdomen with plastic drape หรือ wrap หรือ vacuum หรือ ซิป แล้วทำการเย็บปิดผนังช่องท้องในภายหลัง
- ให้รหัส 54.62 กรณีที่รายงานการผ่าตัดระบุว่า เย็บปิดแผลหน้าท้องที่มี granulation tissue ซึ่งโดยทั่วไปใช้เวลาเกินกว่า 1-2 สัปดาห์ไปแล้ว
- กรณีเป็นการเย็บปิดชั้นผิวหนังเนื่องจากการปนเปื้อนของแผลผ่าตัดที่เปิดทิ้งไว้ 3-5 วัน หลังการผ่าตัดครั้งแรก ที่เรียกว่า Delayed primary skin closure ให้รหัส 86.59 (ไม่ใช่รหัส 54.62)
- กรณีบันทึกรายงานการผ่าตัดหรือสรุปเหตุการณ์ว่า Retention suture ผู้ให้รหัสต้องแยกให้ได้ว่าเป็นการเย็บปิดแผลผ่าตัดช่องท้องทันที (Primary closure) ซึ่งไม่ต้องให้รหัสเหตุการณ์เย็บปิดแผล หรือ เป็นการเย็บปิดช่องท้องเพื่อแก้ไขภาวะแผลผ่าตัดแยก ให้รหัส 54.61 หรือ เป็นการปิดช่องท้องชั่วคราวด้วยวัสดุอื่นๆ ให้รหัส 54.62
- กรณีบันทึกรายงานสรุปเหตุการณ์ ระบุ เย็บปิดแผลที่เกิดจากผนังหน้าท้องฉีกขาดที่ลึกกว่าชั้น skin (Suture of Lacerated wound of abdomen) ให้รหัส 54.63

4.กลุ่มเหตุการณ์ Colostomy

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

1. แพทย์ควรบันทึกรายงานการผ่าตัดให้ชัดเจนว่าเป็น Loop colostomy หรือ End colostomy สำหรับกรณี End colostomy ควรพิจารณาว่า โรค หรือ ภาวะของผู้ป่วยมีโอกาที่จะต่อลำไส้หรือแก้ไขกลับให้มีการขับถ่ายเหมือนเดิมอีกหรือไม่เพื่อจำแนกว่าเป็น Temporary colostomy หรือ Permanent colostomy
2. กรณี Hartmann procedure หรือ Hartmann resection ไม่ต้องบันทึกและสรุปเหตุการณ์เกี่ยวกับ colostomy เพิ่มเติม
3. กรณี Abdominoperineal resection (AP-resection หรือ APR) ไม่ต้องบันทึกและสรุปเหตุการณ์เกี่ยวกับ colostomy เพิ่มเติม
4. กรณี Anterior resection (AR) หรือ Low anterior resection (LAR) ต้องบันทึกและสรุปเหตุการณ์เพิ่มเติมว่ามีการผ่าตัด colostomy ร่วมด้วยหรือไม่



แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1. การผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่ไม่มีรหัสหัตถการเฉพาะ พิจารณาดังต่อไปนี้
 - กรณี Loop colostomy ให้รหัส 46.03 Exteriorization of large intestine
 - กรณี End colostomy ให้รหัส 46.11 Temporary colostomy หรือ 46.13 Permanent colostomy หรือ 46.10 Colostomy, not otherwise specified
2. กรณี Hartmann procedure หรือ Hartmann resection หมายถึง การตัดลำไส้ใหญ่ส่วน descending และ/หรือ ส่วน sigmoid และ/หรือ ส่วน upper rectum แล้วเปิดลำไส้ใหญ่เป็นทวารเทียมชนิด end colostomy และเย็บปิดลำไส้ใหญ่ส่วนปลายทิ้งไว้ในช่องท้องซึ่งแพทย์พิจารณาเย็บต่อลำไส้อีกครั้งในภายหลัง ให้รหัส 45.75 Left hemicolectomy และ 46.11 Temporary colostomy
3. กรณี Abdominoperineal resection (AP-resection หรือ APR) หมายถึง การตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรง (rectum) ผ่านทางแผลหน้าท้องร่วมกับการตัดทวารหนัก (Proctectomy) ผ่านทาง perineum ซึ่งผู้ป่วยต้องมีทวารเทียมทุกราย โดยไม่ต้องให้รหัสหัตถการ colostomy มีรายละเอียดดังต่อไปนี้
 - กรณีสรุปหัตถการเป็น Open surgery ให้รหัส 48.52 Open abdominoperineal resection of the rectum
 - กรณีสรุปหัตถการเป็น Laparoscopic surgery ให้รหัส 48.51 Laparoscopic abdominoperineal resection of the rectum
 - กรณีสรุปหัตถการโดยไม่ระบุว่าเป็น Open surgery หรือ Laparoscopic technic ให้รหัส 48.50 Abdominoperineal resection of the rectum, not otherwise specified
 - กรณีสรุปหัตถการเป็น Combined surgery (ทำทั้งแบบ Open และ แบบ Laparoscopic) ให้รหัส 48.59 Other abdominoperineal resection of the rectum
4. กรณี Anterior resection (AR) หรือ Low anterior resection (LAR) หมายถึง การตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรง ผ่านทางแผลหน้าท้อง ถ้าเย็บต่อลำไส้ใหญ่ในการผ่าตัดเดียวกันให้รหัส 48.63 Other anterior resection of rectum ในกรณีที่มีผ่าตัดเปิดทวารเทียมร่วมด้วย ให้รหัส 48.62 Anterior resection of rectum with synchronous colostomy ไม่ต้องให้รหัสหัตถการ colostomy อีก

5. กลุ่มหัตถการ Excisional debridement

Excisional debridement หมายถึง การตัดเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว (devitalized tissue) หรือ เนื้อตาย (necrosis) หรือ เนื้อพังผืดมีสีเหลือง (slough) ออกจากบาดแผลเปิด หรือ แผลติดเชื้อ หรือ แผลไฟไหม้

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

1. แพทย์ต้องบันทึกรายงานการผ่าตัดที่มีรายละเอียดของพยาธิสภาพว่า เนื้อตายที่จำเป็นต้องรักษาด้วยการตัดเลาะ (ไม่ใช่บันทึกการวินิจฉัยโรคว่าเป็นสิ่งตรวจพบ) และ มีรายละเอียดที่เชื่อได้ว่าการตัดเลาะเนื้อเยื่อจริง ดังนี้
 - 1.1 บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับบาดแผล โดยต้องประกอบด้วย
 - รายละเอียดของพยาธิสภาพ เนื้อเยื่อที่ตัด เช่น devitalization tissue, necrosis, slough
 - ลักษณะและขนาดของบาดแผล เช่น fresh bleeding tissue, viable tissue
 - ความลึกและชนิดของเนื้อเยื่อที่ตัด เช่น skin, subcutaneous tissue, fascia, muscle, bone



1.2 บันทึกรายละเอียดเทคนิคที่ใช้ในการทำหัตถการ เช่น excisional, trimming, brushing, scaring

หมายเหตุ กรณีรายงานการผ่าตัด มีการวาดรูปประกอบ โดยไม่มีรายละเอียดอื่นๆประกอบที่เชื่อได้ว่าเป็น Excisional debridement ให้สรุปเพียง Nonexcisional debridement

2. กรณีที่ทำที่ห้องผ่าตัดเล็ก (OR Minor) หรือ ที่หอผู้ป่วย (Bed side) ต้องมีบันทึกรายละเอียดของหัตถการ ให้เขียนเป็น Short Operative note หรือ Progress note โดยมีรายละเอียด ตามข้อ 1

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

- แพทย์ต้องสรุปหัตถการให้เฉพาะเจาะจงว่าเป็นการทำ Debridement หรือ Excisional debridement ถ้าระบุเพียง Debridement จะได้รับรหัส 86.28
- กรณีรายงานการผ่าตัด มีแต่การวาดรูปประกอบและระบุหัตถการว่า Debridement โดยไม่มี รายละเอียดอื่นๆประกอบที่เชื่อได้ว่าเป็น Excisional debridement ให้รหัส 86.28
- กรณีเป็นการทำหัตถการ Revision stump, Closed stump, Amputation ไม่ต้องให้ 86.22
- กรณีอุบัติเหตุ มี open wound ทำหัตถการ Debridement & suture ไม่ต้องให้รหัส 86.22
- กรณีที่เป็นการทำหัตถการ Debridement (nonexcisional & excisional) ในตำแหน่งที่มีรหัสหัตถการเฉพาะของตำแหน่งนั้นๆอยู่แล้ว ให้ใช้รหัสตามตำแหน่งที่ทำ ตาม ICD - 9 - CM ดังนี้

86.22 Excisional debridement of wound, infection, or burn

Removal by excision of: devitalized tissue
necrosis
slough

Excludes: debridement of:

abdominal wall (wound) (54.3)

bone (77.60-77.69)

muscle (83.45)

of hand (82.36)

nail (bed) (fold) (86.27)

nonexcisional debridement of wound, infection, or burn (86.28)

open fracture site (79.60-79.69)

pedicle or flap graft (86.75)

6. กลุ่มหัตถการ Esophagoscopy with Foreign body removal

Esophagoscopy with Foreign body removal หมายถึง การส่องกล้องดูหลอดอาหาร โดยสอดกล้องผ่านทางปากและลำคอเข้าสู่หลอดอาหาร และใช้คีบเอาสิ่งแปลกปลอมที่ติดอยู่ในหลอดอาหารออก

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- กรณีที่เป็นการส่องกล้องดูหลอดอาหาร และใช้คีบเอาสิ่งแปลกปลอมที่ติดอยู่ในหลอดอาหารออก ให้สรุปการทำหัตถการว่า Esophagoscopy with Foreign body removal



- กรณีที่เป็นการส่องกล้องดูหลอดอาหาร โดยไม่ได้เอาสิ่งแปลกปลอมที่ติดอยู่ในหลอดอาหารออก ให้สรุปการทำหัตถการว่า Esophagoscopy

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

- กรณีที่แพทย์ระบุ Esophagoscopy with Foreign body removal ให้รหัส 98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision โดยไม่ต้องให้รหัส 42.23

- กรณีที่แพทย์ระบุ Esophagoscopy โดยไม่ได้เอาสิ่งแปลกปลอมที่ติดอยู่ในหลอดอาหารออก ให้รหัส 42.23 Other Esophagoscopy เพียงรหัสเดียว

7. กลุ่มหัตถการ Endoscopic thyroidectomy

Endoscopic thyroidectomy เป็นวิธีการใหม่ การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ด้วยกล้อง ไม่มีแผลเป็นที่คอ แต่มีแผลผ่าตัดเล็กซ่อนอยู่บริเวณรักแร้ หรือ บริเวณหน้าอก กรณีที่แพทย์ใช้การผ่าตัดวิธีนี้ ให้รหัสตามหัตถการที่ทำ (เนื่องจากยังไม่มีรหัสเฉพาะสำหรับ Endoscopic thyroidectomy) เช่น Thyroid lobectomy ให้รหัส 06.2 Unilateral thyroid lobectomy

8. กลุ่มหัตถการ Omental graft

Simple closure of gastric ulcer or duodenal ulcer with omental graft หมายถึง หัตถการที่ทำเพื่อซ่อมรูรั่วทะลุของแผลกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม โดยเย็บปิดแผลรวมกับนำบางส่วนของ omentum มาเสริมความแข็งแรงของรอยเย็บ

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

รายงานบันทึกการผ่าตัดต้องมีรายละเอียดของหัตถการสำคัญ

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ไม่ต้องให้รหัสหัตถการ omental graft เพิ่ม (รหัส 54.74 Other repair of omentum) เนื่องจาก รหัสหัตถการนี้ หมายถึง การเย็บซ่อมแซม omentum ไม่ใช่หัตถการ ที่นำ omentum ไปเสริมความแข็งแรงของแผลเย็บที่อวัยวะอื่น

9. กลุ่มหัตถการ Peritoneal toilet

Peritoneal toilet หรือ บางครั้งแพทย์ระบุว่า Abdominal toilet หมายถึง หัตถการที่ทำเพื่อลดการปนเปื้อนภายในช่องท้อง โดยสำรวจทั่วช่องท้องเพื่อเอาสิ่งปนเปื้อน เช่น fibrin, peritoneal fluid หรือ เศษอาหารออกแล้วล้างช่องท้องด้วยน้ำเกลืออุ่นแล้วดูดออกให้หมดก่อนเย็บช่องท้อง

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

รายงานบันทึกการผ่าตัดต้องมีรายละเอียดของหัตถการสำคัญ ที่สามารถให้รหัสหัตถการที่มีความจำเพาะกว่า Exploratory laparotomy



แนวทางการให้รหัสหัตถการ

กรณีที่ทำหัตถการ Peritoneal toilet ร่วมกับ การผ่าตัดอื่นๆภายในช่องท้อง ไม่ต้องให้รหัสหัตถการนี้ร่วมด้วย

ตัวอย่างการให้รหัส

หลังการทำหัตถการ Simple closure of GU perforation with omental graft เพื่อเย็บปิดรูรั่วของแผลกระเพาะอาหารแล้วแพทย์จะสำรวจช่องท้องทุกส่วนเพื่อนำสิ่งปนเปื้อนเช่น fibrin, peritoneal fluid หรือเศษอาหารออกแล้วล้างช่องท้องด้วยน้ำเกลืออุ่นแล้วดูดออกให้หมด

กรณีผ่าตัดเปิดช่องท้องที่ทำหัตถการ Peritoneal toilet เพียงอย่างเดียว

ตัวอย่างการให้รหัส

ผ่าตัดเปิดช่องท้องเนื่องจากให้วินิจฉัยก่อนผ่าตัดว่า Peritonitis ผลตรวจพบตับอ่อนมีลักษณะบวมไม่มีเนื้อตายร่วมกับน้ำสีแดงใสในช่องท้อง ให้วินิจฉัยหลังผ่าตัดเป็น Acute edematous pancreatitis ได้ทำการดูดน้ำในออกจนหมดและล้างด้วยน้ำเกลือก่อนเย็บปิดช่องท้อง แพทย์สรุปหัตถการว่า Exploratory laparotomy to peritoneal toilet ให้รหัส 54.11 Exploratory laparotomy หรือ 54.12 Reopening of recent laparotomy site แล้วแต่กรณี แต่ถ้ามีการวาง drain ด้วย ให้รหัส 54.19 Other laparotomy

10. กลุ่มหัตถการ Paraffinoma of Penis

ภาวะที่เกิดจากการฉีดสารเข้าอวัยวะเพศชายเพื่อเพิ่มขนาดอวัยวะเพศ สารที่ใช้ฉีดถือว่าเป็น สารแปลกปลอม สารแปลกปลอมที่พบได้บ่อย ได้แก่ น้ำมัน (น้ำมันมะกอก, เบบี้ออย, น้ำมันพีช) ยารักษาโรค (ยาฉีดฆ่าเชื้อยาฉีดต่างๆ) พาราฟิน เป็นต้น ผลของการฉีดก็คือ อวัยวะเพศชายส่วนที่ไม่ได้ทำงาน (ส่วนของผิวหนัง) ขยายใหญ่ขึ้น แต่อวัยวะเพศชาย ส่วนที่ทำงาน (ส่วนของลำแกนกลาง) เท่าเดิม เมื่อเวลาผ่านไปสารแปลกปลอมจะกระตุ้นทำให้ร่างกายเกิดการสร้างเนื้อเยื่อพังผืด จนเกิดการแข็งตัวและหนาขึ้นเรื่อยๆจนเกิดการใช้งานอวัยวะเพศชายไม่ได้ เกิดการหมดสภาพ เพราะส่วนที่ใช้งานไม่ได้หนาตัวมากกว่าแกนกลางส่วนที่ใช้งานได้ รักษาโดยการผ่าตัด

ผ่าตัดครั้งที่ 1 Removal of paraffinoma (Stage I) เป็นหัตถการผ่าตัดเพื่อลอกเอาเนื้อเยื่อที่เกิดพังผืดของอวัยวะเพศชายออกทำให้ไม่มีผิวหนังคลุม

ผ่าตัดครั้งที่ 2 Scrotal flap (Stage II) เป็นหัตถการตัดเลาะผิวหนังของถุงอัณฑะเพื่อนำมาปิดคลุมผิวหนังอวัยวะเพศชายหลังจากที่ได้ตัดเลาะผิวหนังของอวัยวะเพศชายที่เป็นพังผืดออกไปแล้ว

หมายเหตุ

Construction of penis (64.43) คือ การสร้างอวัยวะเพศชายสำหรับผู้ชายที่ไม่มีอวัยวะเพศ หรือ ผู้ที่ถูกตัดอวัยวะเพศทิ้งไป

Reconstruction of penis (64.44) คือ การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะเพศชาย ซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพของอวัยวะเพศชายเอง หรือ จากการผ่าตัดครั้งก่อน รวมถึงการทำให้ขนาดอวัยวะเพศใหญ่ขึ้นในผู้ชาย

Sex transformation (64.5) คือ การทำอวัยวะเพศชายเทียมในผู้หญิงแปลงเพศ

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- แพทย์บันทึกและสรุปหัตถการให้ชัดเจนว่าเป็นการผ่าตัดครั้งที่ 1 (stage 1) หรือการผ่าตัดครั้งที่ 2(stage 2)
- การผ่าตัดครั้งที่ 1 ให้สรุปหัตถการเป็น Excision/Remove paraffinoma



- การผ่าตัดครั้งที่ 2 ให้สรุปหัตถการเป็น Repair penis with scrotal flap ไม่ควรสรุป Scrotal flap ที่อาจทำให้สับสน กับ 61.49 Other repair of scrotum and tunica vaginalis

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

- บันทึกการผ่าตัดระยะ Remove paraffinoma ให้รหัสหัตถการเป็น 64.2 Local excision or destruction of lesion of penis
- บันทึกการผ่าตัดระยะ การผ่าตัด Scrotal flap ให้รหัสหัตถการเป็น 64.49 Other repair of penis

11. กลุ่มหัตถการ Percutaneous nephrostomy :PCN มีหัตถการหลายหัตถการที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1.Percutaneous nephrostomy (PCN) คือ การใส่สายสวนผ่านทางผิวหนังเข้าไปในกรวยไตที่โตเนื่องจากมีท่อปัสสาวะอุดตันเป็นการช่วยระบายน้ำปัสสาวะออกทางผิวหนังชั่วคราว

2.Percutaneous nephrostomy without fragmentation คือ การเจาะเข้าไปยังกรวยไตและนำนิ่วออกมา โดยไม่ได้ทำให้นิวแตก ก่อนเอานิ่วออก แพทย์นิยมบันทึกหัตถการนี้ว่า Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) หรือ Percutaneous pyelolithotomy (PCPL)

3.Percutaneous nephrostomy with fragmentation คือ การเจาะเข้าไปยังกรวยไตและนำนิ่วออกมา โดยทำให้นิวแตกก่อนเอานิ่วออก แพทย์บันทึกหัตถการนี้ว่า Lithotripsy หรือ Lithocast ร่วมด้วย

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- แพทย์ควรบันทึกรายงานการผ่าตัดและสรุปหัตถการ โดยให้ ระบุรายละเอียดที่ชัดเจนว่า เป็นหัตถการที่ทำขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ดังนี้
 - ก. ใส่ท่อระบายน้ำปัสสาวะ สรุปหัตถการเป็น Percutaneous nephrostomy
 - ข. ร่วมกับคล้องก้อนนิ่วออก สรุปหัตถการเป็น Percutaneous nephrolithotomy หรือ Percutaneous pyelolithotomy
 - ค. ร่วมกับคล้องก้อนนิ่วออกหลังทำให้นิวแตก สรุปหัตถการเป็น Percutaneous nephrostomy with fragmentation หรือ Percutaneous nephrostomy with lithotripsy (lithocast)

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

- กรณีที่แพทย์บันทึกว่า Percutaneous nephrostomy ให้รหัสหัตถการเป็น 55.03
- กรณีที่แพทย์บันทึกว่า Percutaneous nephrolithotomy หรือ Percutaneous pyelolithotomy ให้รหัสหัตถการเป็น 55.03 เช่นเดียวกัน
- กรณีที่แพทย์บันทึกว่า Percutaneous nephrostomy with fragmentation หรือ Percutaneous nephrostomy with lithotripsy (lithocast) ให้รหัสหัตถการ 55.04 ต้องมีรายงานการผ่าตัดว่ามีหัตถการที่ทำให้นิวแตกร่วมด้วย



12. กลุ่มหัตถการ Peritoneal dialysis

Peritoneal dialysis คือ การล้างไตทางช่องท้อง มี 3 ชนิด

1. การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องชนิด ซีซีพีดี (continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD) เป็นการล้างไตทางช่องท้องที่นิยมมากที่สุดโดยผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้ทำการปล่อยน้ำยาล้างไตเข้าแซ่ในช่องท้องประมาณ 4-6 ชั่วโมงแล้วจึงปล่อยน้ำยาออก ทำซ้ำๆ อย่างน้อย 4 ครั้งต่อวันและน้ำยาล้างไตสุดท้ายก่อนนอนมักแช่ไว้ตลอดคืนจึงไม่รบกวนต่อการนอนหลับของผู้ป่วย

2. การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องชนิด ซีซีพีดี (continuous cyclo-assisted peritoneal dialysis, CCPD) เป็นการล้างไตทางช่องท้องโดยใช้เครื่องอัตโนมัติในการปล่อยน้ำยาเข้าออกช่องท้องขณะผู้ป่วยนอนหลับทำประมาณ 3-6 ครั้งต่อคืน และจะทำในช่วงเวลากลางวันอีก 1 ครั้งคือจะแช่น้ำยาล้างไตไว้ตลอดกลางวัน หรืออาจจะทำเพิ่มเป็น 2 ครั้งต่อช่วงเวลากลางวัน ถ้าต้องการเพิ่มการขจัดของเสียและลดภาวะน้ำเกินจากร่างกาย

3. การล้างไตทางช่องท้องแบบผสม ซีซีพีดี กับ ซีซีพีดี (CAPD และ CCPD) คือการล้างไตทางช่องท้องทั้งช่วงกลางวัน และกลางคืนมักทำในกรณีผู้ป่วยน้ำหนักตัวมากหรือผู้ป่วยที่มีผนังหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพการกรองของเสียต่ำหัตถการที่เกี่ยวข้องกับ Peritoneal dialysis มีดังต่อไปนี้

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

1. การผ่าตัดเพื่อวางสายสำหรับล้างไตข้างหนึ่งเข้าไปในช่องท้องโดยฝังสายไว้ในผนังหน้าท้อง และหัตถการคือ Creation of cutaneoperitoneal fistula สายที่ใช้นิยมเรียกว่า Tenckhoff catheter แพทย์มักเขียนว่า “Tenckhoff insertion” หรือ “TK insertion”

2. การผ่าตัดเพื่อถอดสายออกซึ่งเกิดได้ 2 กรณี คือ สายตัน หรือ การติดเชื้อ หัตถการที่เกี่ยวข้องได้แก่

2.1 การผ่าตัดเพื่อถอดสายออก โดยไม่มีหัตถการอื่นๆร่วมด้วย สรุพหัตถการเป็น Removal of peritoneal drainage device แพทย์มักเขียนว่า “Off TK catheter”

2.2 การผ่าตัดเพื่อถอดสายออก และ มีการเปลี่ยนสายใหม่ในคราวเดียวกัน ควรสรุพหัตถการเป็น Creation of cutaneoperitoneal fistula

2.3 กรณีที่แพทย์บันทึกว่า “Revision of TK catheter” ต้องตรวจสอบว่าเป็นการปรับแต่งสายเดิมหรือวางสายใหม่

- หากเป็นการปรับแต่งสายเดิมโดยการเปิดผ่านทางหน้าท้อง ควรสรุพหัตถการเป็น Incision of peritoneum with revision of TK catheter

- หากเป็นการวางสายใหม่ ควรสรุพหัตถการเป็น Creation of cutaneoperitoneal fistula

3. กรณีที่นัดมาผ่าตัดมาใส่สายใหม่ในคราวหลัง สรุพหัตถการเป็น Creation of cutaneoperitoneal fistula

4. การล้างไตทางหน้าท้องในโรงพยาบาล แบ่งเป็น

4.1 กรณีล้างไตทางช่องท้องโดยการแทงสายผ่านทางหน้าท้อง แล้วล้างไตเพื่อรักษาภาวะ Acute renal failure สรุพหัตถการเป็น Peritoneal dialysis (54.98)

4.2 กรณีเป็นการล้างไตทางช่องท้อง หลังจากการทำ Creation of cutaneoperitoneal fistula แล้วไม่ต้องสรุพหัตถการเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง แต่ให้บันทึกเป็นการวินิจฉัยโรคร่วม ดังนี้



-กรณีที่หน่วยบริการเป็นผู้ดูแลทำเปลี่ยนน้ำยาล้างไต (dialysate fluid) ให้กับผู้ป่วย สรุปรการวินิจฉัยโรคร่วมเป็น Care of other dialysis (Z49.2 ICD-10)

-กรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้เปลี่ยนน้ำยาล้างไต (dialysate fluid) ด้วยตนเอง สรุปรการวินิจฉัยโรคร่วมเป็น Dependence renal dialysis (Z99.2 ICD-10)

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1. กรณีที่แพทย์ระบุว่า Insertion of Tenckhoff catheter ให้รหัสหัตถการ 54.93 Creation of cutaneoperitoneal fistula

2. กรณีที่แพทย์ระบุว่า Removal of peritoneal drainage device หรือ “Off TK catheter ให้รหัสหัตถการ 54.95 Incision of peritoneum

3. กรณีที่แพทย์ระบุว่า Incision of peritoneum with revision of TK catheter (รวมทั้งในกรณี Revision ด้วยวิธี Laparoscope) ให้รหัสหัตถการ 54.95 Incision of peritoneum

4. กรณีที่แพทย์ระบุว่า Peritoneal dialysis ให้รหัสหัตถการ 54.98 Peritoneal dialysis

5. กรณีที่แพทย์ระบุว่า Care of other dialysis ให้รหัส Z49.2 Other dialysis

6. กรณีที่แพทย์ระบุว่า Dependence renal dialysis ให้รหัส Z99.2 Dependence renal dialysis

หมายเหตุ หัตถการ Creation of peritoneovascular shunt (รหัส 54.94) คือ การใส่สายเพื่อระบายน้ำในช่องท้องเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง ในปัจจุบันมีการใช้น้อยมาก



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางศัลยกรรมประสาท)

1. กลุ่มหัตถการ Craniotomy, Craniectomy, Burr hole

Craniotomy หมายถึง ตามความหมายดั้งเดิม Craniotomy เป็นหัตถการการเปิดกระโหลกศีรษะออกเป็นแผ่นเพื่อการรักษารอยโรคที่อยู่ภายใน เช่น เนื้องอกในสมอง ซึ่งต่างจาก Craniectomy ที่เป็นการเปิดกระโหลกศีรษะโดยใช้คีมตัดกระโหลกออกทีละชิ้นเล็กๆ ดังเช่นกรณีของการผ่าตัดบริเวณท้ายทอย (Suboccipital craniectomy) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน ประสาทศัลยแพทย์ส่วนใหญ่จะใช้คำว่า Craniotomy ในกรณีที่เปิดกระโหลกศีรษะออกเป็นแผ่น แล้วใส่กระโหลกกลับคืนที่เมื่อผ่าตัดเสร็จ แต่เมื่อใดที่ไม่ได้ใส่แผ่นกระโหลกศีรษะกลับคืนเนื่องจากสมองบวม จะใช้คำว่า Craniectomy

ในตารางรายการของ ICD-9-CM procedure มี Cranial decompression อยู่ภายใต้รหัส 01.24 Other Craniotomy ซึ่งหมายถึง การใช้นิยามของ Craniotomy ตามความหมายดั้งเดิม อย่างไรก็ตามในบางกรณีอาจใช้คำว่า Craniotomy ในความหมายกว้างๆ ถึงการทำผ่าตัดที่มีการกระทำใดๆ ต่อกะโหลกศีรษะ (Dorland's Medical dictionary 28th edition)

Burr hole หมายถึง การใช้เครื่องมือเจาะกระโหลกให้เป็นรู (ขนาดปกติประมาณ 1 ซม.) คำว่า Burr มาจากชื่อเครื่องมือเจาะที่ใช้มีหมุนชิ้นหนึ่งที่ใช้ขยายและเกลารอบให้เรียบ (Burr drill) หลังจากการเจาะด้วยสว่าน (Perforator drill) Burr hole อาจเป็นขั้นตอนแรกของการผ่าตัด Craniotomy หรือ Craniectomy

Tephrination หมายถึง การเจาะให้เป็นช่องกลม มีที่ใช้กับหลายส่วนของร่างกาย เช่น Sclera, sinus Cranial Trephination หรือ Trepanning เป็นวิธีผ่าตัดเปิดกระโหลกศีรษะในสมัยโบราณ โดยใช้เครื่องมือที่หัวตัดมีลักษณะคล้ายมงกุฎ ตัดกระโหลกออกเป็นแผ่นกลมขนาดเล็ก

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดให้ชัดเจนว่า

1. ผ่าตัดเปิดกระโหลกศีรษะด้วยวิธีไหน Burr hole, Craniotomy หรือ Craniectomy
2. เปิดเยื่อหุ้มสมอง (Dura) หรือไม่
3. เปิดผ่านเข้าไปในสมองหรือไม่
4. เข้าไปเพื่อทำอะไร เช่น Biopsy (Closed/Open), Removal หรือ Drainage (Hematoma, abscess hygroma, effusion) ในชั้นไหน, Excision รอยโรคชนิดไหน ในตำแหน่งใด มีการตัดบางส่วนของสมอง (Lobectomy) หรือไม่ มีการผ่าตัดเพื่อแก้ไขรอยโรคของส่วนอื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียง เช่น เส้นประสาท หรือ หลอดเลือดหรือไม่ ฯลฯ



แนวทางการให้รหัสหัตถการ

การให้รหัสการผ่าตัดทางประสาทศัลยศาสตร์ ให้พิจารณาจากรายละเอียดการสรุปเวชระเบียนของแพทย์ว่าการผ่าตัดนั้นทำในชั้นใด(ชั้นลึกที่สุด) และ ทำอะไร มีการผ่าเข้าไปในสมอง หรือไม่ ถ้าไม่ได้ผ่าเข้าไปในสมองมีการเปิด Dura หรือไม่ ข้อควรระวังคือ ต้องสังเกต Exclusion list ด้วย เพราะอาจต้องไปใช้รหัสเฉพาะ ตัวอย่างเช่น

Explore burr holes	01.24
Craniotomy and removal of extradural hematoma	01.24
Suboccipital craniectomy and evacuation of extradural hematoma	01.25
Craniectomy for compound fracture of skull	02.02
Craniectomy for compound fracture of skull with suture dura	02.02, 02.11
Craniectomy for compound fracture of skull with repair dura กรณีที่แพทย์บันทึกเพียง Repair dura โดยไม่อธิบายรายละเอียดอื่นๆ ให้ถือว่า คือ การทำ Simple suture	02.02, 02.12
Craniectomy for compound fracture of skull with dural graft	02.02, 02.12
Craniotomy for removal of acute subdural hematoma	01.31
Burr hole with irrigation (of chronic subdural hematoma) (with drainage)	01.31
(Burr hole with) ventricular drainage	01.26
Craniotomy for removal of intracerebral hematoma	01.39
Craniotomy with removal of meningioma, temporal region	01.51
Craniotomy with removal of brain tumor	01.59
Craniotomy with removal of pituitary tumor	07.61
Craniotomy with clipping aneurysm	39.51
Craniotomy with external decompression หมายถึง การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อลดความดันในโพรงสมอง มักมีการทำ Dural graft ร่วมด้วย	
กรณีที่แพทย์บันทึกว่า Craniotomy with external decompression	01.24
กรณีที่แพทย์บันทึกว่า Craniotomy with external decompression and dural graft	02.12
Decompressive (hemi)craniectomy	
กรณีที่แพทย์บันทึกว่า Decompressive (hemi)craniectomy	01.25
กรณีที่แพทย์บันทึกว่า Decompressive (hemi)craniectomy with dural graft	02.12
Craniotomy with internal decompression หมายถึง การตัดเนื้อสมองออกบางส่วน เพื่อลด ความดันในโพรงสมอง	01.59
Craniotomy / Craniectomy ถ้าเป็นการผ่าตัดนำทาง (Operative approach) ไม่ต้องให้รหัส	

2. กลุ่มหัตถการ Reopening of craniotomy site

Reopening of craniotomy site หมายถึง การผ่าตัด Craniotomy รวมทั้ง Craniectomy ซ้ำในตำแหน่งที่เคยทำผ่าตัดมาก่อน เพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่ สมองบวม การติดเชื้อ หรือมีเลือดคั่ง รวมถึงการผ่าตัดซ้ำในกรณีของเนื้องอกที่เกิดขึ้นใหม่ และการผ่าตัดแบบหลายขั้นตอน (Staged procedure)



แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ต้องบันทึกให้ชัดเจนว่าเป็นการผ่าตัดซ้ำในตำแหน่งที่เคยผ่าตัดมาก่อน (Re-open craniotomy หรือ Re-craniotomy) และ หัตถการอื่นที่ทำต่อเนื่อง เช่น Evacuation of subdural hematoma, Drainage of brain abscess, Removal of brain tumor

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

เนื่องจากรหัส 01.23 Reopening of craniotomy site เป็นรหัสที่ยกเว้นไม่ต้องให้ในกรณีที่เป็นการนำทางไปสู่การผ่าตัดอื่น (Omit code) จึงต้องให้รหัสการทำผ่าตัดอื่นที่มีรายละเอียดมากกว่า โดยไม่ต้องให้รหัส 01.23 ยกเว้นกรณีที่เมื่อให้รหัสแล้วได้รหัสในกลุ่ม 01.24 Other craniotomy หรือ 01.25 Other craniectomy เช่น Removal of extradural hematoma จึงให้รหัส 01.23

ตัวอย่างการให้รหัสหัตถการผ่าตัดสมอง

ตัวอย่างที่ 1

Summary	ICD 9 CM
Operation setting 1 Craniotomy with removal of Subdural hematoma, Right temporal	01.31 + 11
Operation setting 2 (Reopening) Craniotomy with removal of Extradural hematoma, Right temporal	01.23
Operation setting 3 Craniotomy with removal of Subdural hematoma, Left temporal	01.31 + 12

ตัวอย่างที่ 2

Summary	ICD 9 CM
Operation setting 1 1. Craniotomy with removal of Extradural hematoma, Right temporal 2. Craniotomy with removal of Extradural hematoma, Left occipital	} 01.24 + 21
Operation setting 2 (Reopening) Craniotomy with removal of Extradural hematoma, Left occipital	01.23 + 11
Operation setting 3 (Reopening) Craniotomy with removal of Extradural hematoma, Right temporal	01.23 + 12

3. กลุ่มหัตถการ Repair dura / Duraplasty

Repair dura / Duraplasty หมายถึง การซ่อมแซมเยื่อหุ้มสมองหรือไขสันหลังชั้นดورا โดยทั่วไปจะใช้ในการผ่าตัดที่มากกว่าการเย็บซ่อมแบบทั่วไป (Simple suture) แต่ก็ยังพบว่ามีการใช้คำนี้ผิดไปจากความหมายที่แท้จริง

เหตุผลของการซ่อมแซมเยื่อหุ้มสมอง ได้แก่ การปิดแผลฉีกที่เกิดจากการบาดเจ็บ, การซ่อมรอยรั่วของน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง (CSF fistula), การเย็บปิดกรณีที่มีสมองบวม รวมทั้งการเย็บซ่อมในผู้ป่วย Encephalocele



กรณีที่ไม่สามารถเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองแบบธรรมดา อาจต้องใช้เนื้อเยื่อหรือวัสดุอื่นมาเสริมได้แก่ Temporalis fascia, Fascia lata จากต้นขา, ดุราที่แช่แข็งจากผู้บริจาค หรือ วัสดุทดแทนดุรา/ดุราเทียม (Dural substitute/artificial dura) โดยปกติจะต้องเย็บให้แน่นจนไม่มีการรั่วของน้ำไขสันหลัง แต่ในบางกรณีก็อาจวางไว้ได้ดุราโดยไม่เย็บ (Subdural patch) หรือ ปิดด้วยกาว (Fibrin glue)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรสรุปการผ่าตัดให้ชัดเจนว่าทำการซ่อมเยื่อหุ้มสมองด้วยวิธีใด เป็นการเย็บปิดธรรมดา หรือทำ Dural graft และใช้วัสดุอะไรในการทำ graft

กรณีที่เป็นการปิดแผลฉีกที่เกิดจากการบาดเจ็บ

1. กรณีที่การซ่อมเยื่อหุ้มสมองด้วยวิธีเย็บปิดธรรมดา ให้บันทึกว่า Simple suture of dura mater of brain
2. กรณีที่การซ่อมเยื่อหุ้มสมองด้วยวิธีใช้เนื้อเยื่อหรือวัสดุอื่นมาเสริม และระบุวัสดุที่ใช้ในการทำ graft ให้บันทึกว่า Dural graft

หมายเหตุ หากแพทย์ระบุว่า Dural graft โดยไม่พบบันทึกการวินิจฉัยของ Tear dura ไม่ต้องสรุปการทำหัตถการ

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ใน ICD-9-CM แบ่งเป็น

02.11 Simple suture of dura mater of brain หมายถึง การเย็บปิดธรรมดา ซึ่งอาจเย็บแบบ Interrupted หรือ Continuous ก็ได้ ใช้ในกรณีการเย็บดุราที่ฉีกขาดจากการบาดเจ็บ หรือ เป็นผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

02.12 Other repair of cerebral meninges ใช้กับการซ่อมแซมดุราในกรณีอื่นๆ ที่ไม่ได้เย็บปิดดุราแบบธรรมดา

- คำที่ปรากฏในดัชนีสำหรับรหัสนี้ ได้แก่
- Closure, encephalocele
- Closure, fistula cerebrospinal fluid
- Closure, meningocele, cerebral
- Cranioplasty with synchronous repair of encephalocele
- Duraplasty
- Graft, grafting dura
- Graft, grafting meninges (cerebral)
- Meningorrhaphy (cerebral)
- Obliteration , cerebrospinal fistula
- Patch subdural, brain
- Repair cerebral meninges
- Repair encephalocele (cerebral)
- Repair meninges (cerebral) NEC
- Repair meningocele, cranial



Transplant, transplantation , dura

หมายเหตุ

1. การเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองที่เกิดจากการเปิดเยื่อหุ้มสมองเพื่อการผ่าตัดในชั้นที่ลึกลงไป ไม่ต้องให้รหัส repair dura แต่ถ้าไม่สามารถเย็บปิดเยื่อหุ้มสมองได้ และต้องปิดด้วยวิธี Dural graft ให้รหัส 02.12 รวมด้วย
2. การซ่อมแซมเยื่อหุ้มไขสันหลัง (Spinal dura) ใช้รหัสในกลุ่ม 03.5 Plastic operation on spinal cord structures.

4. กลุ่มหัตถการ Cranioplasty

Cranioplasty หมายถึง การผ่าตัดซ่อมแซมกะโหลกศีรษะส่วนที่ขาดหายไป (Skull หรือ cranial defect) เพื่อป้องกันอันตรายต่อสมองที่อยู่ข้างใต้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากการผ่าตัด ที่เกิดเนื่องจากการบาดเจ็บ แต่ก็อาจเกิดจากการผ่าตัดกรณีอื่นที่มีภาวะสมองบวมจนไม่สามารถปิดกะโหลกศีรษะกลับคืนได้

การซ่อมแซมกะโหลกศีรษะ อาจทำได้หลายวิธี ได้แก่ การใส่แผ่นกะโหลกเดิมของผู้ป่วยเอง (เก็บด้วยวิธีแช่แข็งหรือฝังไว้ในผนังหน้าท้อง), กระจกส่วนอื่นของผู้ป่วย เช่น ซีโครง, กระจกที่เก็บไว้ในธนาคารกระจก, Titanium plate หรือ mesh, Acrylic (PMMA) การผ่าตัดโดยส่วนใหญ่มักทำในช่วงหลังจากที่ผู้ป่วยหายจากโรคเดิม (เป็นการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งใหม่) แต่ในบางโอกาสอาจทำหลังจากที่สมองยุบวม ในช่วงเวลาที่ห่างจากการผ่าตัดครั้งแรกไม่นานนัก ซึ่งมักจะเป็นการใส่คืนกะโหลกเดิมของผู้ป่วยเอง

รหัส ICD-9-CM ในกลุ่ม 02.0 Cranioplasty **ไม่รวม** การผ่าตัดซ่อมแซมส่วนที่ขาดหายไปของกะโหลกศีรษะที่เป็นความผิดปกติแต่กำเนิด ได้แก่ Encephalomeningocele เนื่องจากต้องมีการซ่อมเยื่อหุ้มสมองด้วย (ใช้รหัส 02.12) แต่ **รวม** การผ่าตัดเพื่อแยกรอยเชื่อมกะโหลกศีรษะที่ติดกันแต่กำเนิด (Linear/ Strip craniectomy for Craniosynostosis)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรบันทึกรายละเอียดการทำผ่าตัด Cranioplasty ให้ชัดเจนว่าทำเพื่อแก้ไขอะไร ด้วยเทคนิคใด ใช้วัสดุหรือกระจกจากส่วนใดในการซ่อมแซม และสรุปหัตถการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

02.01 Opening of cranial suture หมายถึง การเปิดแยกรอยประสานของกะโหลกศีรษะที่ติดกันก่อนกำหนด ในผู้ป่วย Craniosynostosis เพื่อให้ศีรษะมีรูปร่างสมส่วนและสมองเจริญเติบโตได้ตามปกติ ชื่อวิธีการผ่าตัดดั้งเดิมที่แพทย์นิยมใช้ คือ Linear craniectomy, Strip craniectomy

02.02 Elevation of skull fracture fragments หมายถึง การผ่าตัดยกชิ้นกะโหลกศีรษะที่แตกยุบเพื่อให้กลับคืนสู่สภาพเดิม มีวัตถุประสงค์เพื่อไม่ให้ชิ้นกะโหลกกดทับสมอง อาจทำได้หลายวิธี เช่น เจาะรูที่กะโหลกศีรษะ (Burr hole) แล้วสอดเครื่องมือเข้าไปในชั้นเนื้อเยื่อหุ้มสมอง แล้วดึงกะโหลกที่ยุบขึ้น, ผ่าเปิดกะโหลกศีรษะรอบบริเวณที่ยุบเป็นแผ่นแล้วมาตกแต่งให้เหมือนเดิม (Craniotomy) หรือ ใช้คีมจับกะโหลกที่แตกออกทีละน้อย (Craniectomy) ให้รหัสเฉพาะ 02.02 โดยไม่ต้องให้รหัสในกลุ่ม 01.2 เนื่องจากเป็น Omit code

หากแพทย์สรุปการทำหัตถการเพียง Craniotomy โดยไม่หารายละเอียดการทำหัตถการอื่นๆ ให้ได้เพียงรหัส 01.24



ถ้ามีอันตรายต่อเยื่อหุ้มสมอง และ/หรือ สมองที่อยู่ข้างใต้ และมีการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะที่กล่าว สามารถเพิ่มรหัสหัตถการเหล่านั้นได้ เช่น Dural suture (02.11), Dural graft (02.12), Debridement of brain (01.59)

ตัวอย่างคำที่แพทย์ใช้เขียนในรายงานการผ่าตัดที่รวมอยู่ในรหัสนี้ ได้แก่

- Debridement of compound skull fracture (ไม่รวม Debridement of skull NOS (01.25))
- Decompression of skull fracture
- Reduction of skull fracture

02.03 Formation of cranial bone flap หมายถึง การซ่อมแซมกะโหลกศีรษะที่หายไปด้วยแผ่นกะโหลกซึ่งอาจตัดมาจากตำแหน่งอื่นของกะโหลกผู้ป่วยเอง

02.04 Bone graft to skull หมายถึง การซ่อมแซมกะโหลกศีรษะที่หายไป ด้วยชิ้นหรือเศษกระดูกในลักษณะของ Bone graft ซึ่งอาจได้จากกะโหลกของผู้ป่วยเอง เช่น ตัดจากบริเวณอื่น, เศษกระดูกที่ได้จากการทำ Craniectomy ด้วย Bone rongeur หรือ ผงกระดูกที่ได้จากเครื่องเจาะหรือตัดกระดูก รวมทั้งกระดูกในส่วนอื่นของร่างกาย เช่น กระดูกซี่โครง, กระดูกเชิงกราน และ กระดูกที่ได้จากธนาคารกระดูก (Bone bank)

ทั้งสองวิธีข้างต้น (02.03 และ 02.04) ไม่เป็นที่นิยมในปัจจุบัน

02.05 Insertion of skull plate หมายถึง การใส่กะโหลกเทียม โดยวัสดุที่ใช้ทำกะโหลกศีรษะเทียม ได้แก่ Polymethylmethacrylate (PMMA), Titanium plate, Titanium mesh, Bone cement เป็นต้น ซึ่งรวมทั้งการใส่ทดแทนอันเดิม (Revision) ด้วย

02.06 Other cranial osteoplasty หมายถึง การซ่อมแซมกะโหลกศีรษะแบบอื่นๆ รหัสนี้ใช้กับการทำ cranioplasty อื่น ๆ ที่ไม่มีรหัสเฉพาะเจาะจงในรายการย่อยอื่นของ 02.0 รวมถึง :

- Repair of skull, NOS
- Cranioplasty NOS
- Revision or replacement of bone flap of skull การใส่คืนกะโหลกศีรษะจากแผ่นกะโหลกเดิมที่แช่แข็งไว้ หรือจากธนาคารกระดูก
- Correction of synostosis
- Revision of cranial wounds

02.07 Removal of skull plate ถ้าเอากะโหลกศีรษะเทียมออกโดยไม่ได้เปลี่ยนอันใหม่

5. กลุ่มหัตถการ Lumbar puncture (Spinal tap)

Lumbar puncture (Spinal tap) หมายถึง การเจาะผ่านผิวหนังบริเวณกลางหลังส่วนบนแล้วเข้าไปถึงชั้นไตอะแร็กนอยด์ ซึ่งเป็นที่อยู่ของน้ำไขสันหลัง อาจเป็นได้ทั้งหัตถการเพื่อการวินิจฉัย หรือ เพื่อการรักษา

การเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic lumbar puncture) ได้แก่ การเก็บตัวอย่างของน้ำไขสันหลัง (CSF) แล้วนำไปวิเคราะห์ทางชีวเคมี, จุลชีววิทยา และเซลล์วิทยา หรือ อาจเป็นส่วนหนึ่งของการวินิจฉัยทางรังสี คือ การฉีดสารทึบแสงเข้าไปเพื่อตรวจช่องไขสันหลัง (Myelography)

การเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อการรักษา (Therapeutic lumbar puncture) มีวัตถุประสงค์ เพื่อลดความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะในบางกรณี เช่น subarachnoid hemorrhage, hydrocephalus, benign intracranial hypertension



ในบางครั้งแพทย์อาจเจาะหลังเพื่อฉีดยาบางชนิดเข้าไป เช่น การทำ spinal anesthesia, การให้ยาต้านจุลชีพ ยาเคมีบำบัด, แอลกอฮอล์ หรือ Phenol (เพื่อหยุดการทำงานของไขสันหลังใช้ในการรักษาอาการเกร็งหรืออาการปวดเรื้อรัง)

การทำ Myelography ในกรณีที่ใช้สารทึบแสงที่เป็น Oil เช่น Myodil[®] อาจต้องเจาะหลังเพื่อดูดเอาสารทึบแสงออกภายหลัง ในปัจจุบันไม่นิยมใช้สารทึบแสงในกลุ่มนี้แล้ว

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรบันทึกและสรุปการทำหัตถการให้ชัดเจนว่า Lumbar puncture นั้น ทำเพื่อเหตุใด

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

รหัส ICD-9-CM ที่เกี่ยวข้องกับการเจาะน้ำไขสันหลัง ประกอบด้วย

87.21 Contrast myelogram ใช้ในการตรวจทางรังสีโดยการฉีดสารทึบแสงเข้าไปในช่องกระดูกสันหลัง การเจาะหลังเป็นเพียงขั้นตอนเพื่อฉีดสารทึบแสงจึงไม่ต้องให้รหัสเพิ่มเติม

03.8 Injection of destructive agent into spinal canal ใช้ในกรณีการฉีดสารบางชนิด (Neurolytic agent) เช่น แอลกอฮอล์, Phenol เพื่อหยุดการทำงานของไขสันหลังอย่างถาวร

03.91 Injection of anesthetic into spinal canal for analgesia ใช้กับการฉีดยาแก้ปวด เช่น มอร์ฟีน เข้าไปในช่องกระดูกสันหลังชั้นเหนือดูรา(Epidural injection) หรือ ชั้นใต้เยื่ออะแร็กนอยด์ (Intrathecal injection) แต่ถ้าวทำเพื่อระงับความรู้สึกเจ็บปวดรวมกับการผ่าตัด เช่น Spinal anesthesia ไม่ต้องให้รหัส 03.91(Omit code)

03.92 Injection of other agent into spinal canal การฉีดสารอื่นๆเข้าไปในช่องกระดูกสันหลัง เช่น Steroid, น้ำเกลือแช่เย็น (Hypothermic / refrigerated saline), ยาต้านจุลชีพ, ยาเคมีบำบัด เป็นต้น อาจเพิ่มรหัสของสารที่ฉีด เช่น 99.21 Injection of antibiotic, 99.23 Injection of steroid, 99.25 Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance

กรณีที่มีการสอดสาย Catheter เข้าไปในช่องกระดูกสันหลังเพื่อฉีดยาอย่างต่อเนื่อง หรือ เป็นระยะเพื่อการรักษา หรือ บรรเทาอาการ ให้ใช้รหัส 03.90 Insertion of catheter into spinal canal for infusion of therapeutic or palliative substances ถ้ามีการฝังเครื่องมือในการปล่อยสารแบบเป็นครั้งๆให้รหัส 86.06 implantation of infusion pump ร่วมด้วย

03.31 Spinal tap ใช้ในกรณี

1. การเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อการวินิจฉัย ได้แก่ การเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อส่งตรวจทางเคมี การตรวจดูเซลล์ด้วยกล้องจุลทรรศน์ การตรวจและเพาะเชื้อ เป็นต้น
2. การเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อลดความดันในช่องกระโหลกศีรษะ
3. การเจาะเพื่อนำสารทึบแสงออกภายหลังการทำ Myelography (Lumbar puncture for removal of dye)
4. การเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อ กรณีอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสเหตุการณ์ทางสุติกรรม)

1. กลุ่มเหตุการณ์ Episiotomy (Episiotomy with subsequent episiorrhaphy)

Episiotomy หมายถึง การตัดฝีเย็บ (ตัดได้ตั้งแต่ 1- 4 degree) และ เย็บซ่อมแซมแผลที่เกิดจากการตัดฝีเย็บ ต่อเนื่องกันในการทำหัตถการครั้งนั้น (อ้างอิงจาก ICD 10 WHO)

หมายเหตุ กรณีเป็นการตั้งใจตัด episiotomy จะไม่ถือว่าเป็น 1- 4 perineum degree laceration tear การ tear ระดับใดก็ตามที่เกิดจากการตัด episiotomy จะไม่ถือเป็น perineum tear ยกเว้นมีการระบุที่ชัดเจนในเวชระเบียนว่า เป็นการฉีกขาดที่นอกเหนือ เพิ่มเติม

Repair of other current obstetric laceration (Epioperineorrhaphy)

Repair of other current obstetric laceration หมายถึง การเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บเนื่องจากการฉีกขาดของฝีเย็บ ในกรณีที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บ (episiotomy) หรือฉีกขาดเพิ่มเติมนอกเหนือจากการตัดฝีเย็บในระหว่างคลอด และรวมถึงกรณีที่มีการตัดฝีเย็บ มาจากโรงพยาบาลอื่นแล้วมารับการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ ที่อีกโรงพยาบาลหนึ่งด้วย

2. กลุ่มเหตุการณ์ Repair of laceration of rectum and sphincter ani

Repair of laceration of rectum and sphincter ani หมายถึง การเย็บซ่อมแซมฝีเย็บเนื่องจากการฉีกขาดของฝีเย็บลึกถึงเยื่อ rectum และ/หรือ sphincter ani ในกรณีที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บ (episiotomy) หรือ ฉีกขาดเพิ่มเติมนอกเหนือจากการตัดฝีเย็บ (episiotomy) ในระหว่างคลอด

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- บันทึกเหตุการณ์ที่ทำไว้ใน summary of labor หรือ ในเวชระเบียนส่วนอื่นให้ชัดเจนว่า มีการทำ Episiotomy ถึงระดับไหน และในกรณีที่มีการฉีกขาดเพิ่มขึ้นจากระดับที่ตัด ให้บันทึกด้วยว่า มีการฉีกขาดเพิ่มขึ้นจากการตัดฝีเย็บถึงระดับไหน

- กรณีไม่มีการบันทึกว่า มีการฉีกขาดระดับที่ 3 หรือ 4 ให้ถือว่าเป็นการฉีกขาดที่เกิดจากการ episiotomy

แนวทางการให้รหัสเหตุการณ์

- กรณีบันทึกเหตุการณ์ว่า Episiotomy และ ไม่มีระบุว่ามีอาการฉีกขาดเพิ่มขึ้น ให้รหัส 73.6 Episiotomy
- กรณีมีการตัด episiotomy แล้วไม่ได้มีการเย็บซ่อมทันที เช่น ต้องมีการล้วงรก หรือ มีการ C/S เนื่องจากไม่สามารถคลอดได้ แล้วไปเย็บแผล episiotomy ภายหลัง ก็ให้รหัส 73.6 เช่นกัน
- กรณีบันทึกเหตุการณ์ว่า Episiotomy และ มีการฉีกขาดเพิ่มขึ้นในระดับ 2 degree ให้รหัส 73.6 ร่วมกับ 75.69 Repair of other current obstetric laceration
- กรณีที่มีการตัดฝีเย็บมาจากโรงพยาบาล ก แล้วมารับการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บจากโรงพยาบาล ข ให้รหัส 75.69 Repair of other current obstetric laceration



- กรณีบันทึกหัตถการว่า Episiotomy และ มีการฉีกขาดเพิ่มขึ้นในระดับ 3 - 4 degree ให้รหัส 73.6 ร่วมกับ 75.62 Repair of current obstetric laceration of rectum and sphincter ani

3. กลุ่มหัตถการ Suture of laceration of vulva or perineum

Suture of laceration of vulva or perineum หมายถึง การเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ หรือ ช่องคลอด ที่มีสาเหตุจากการได้รับบาดเจ็บซึ่งไม่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ การได้รับอุบัติเหตุ หรือ ถูกข่มขืน

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- บันทึกหัตถการที่ทำในเวชระเบียน หรือ Operative note
- บันทึกสาเหตุของการบาดเจ็บในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียน

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 71.71 Suture of laceration of vulva or perineum

4. กลุ่มหัตถการ Evacuation hematoma of episiotomy

Evacuation hematoma of episiotomy หมายถึง การผ่าระบายเลือด (hematoma) ที่ขังออกจากแผลฝีเย็บ ในกรณีที่เกิด hematoma ภายหลังจากเย็บแผล ฝีเย็บไปแล้ว

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกหัตถการที่ทำในเวชระเบียน หรือ Operative note

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

- ให้รหัส 75.91 Evacuation of obstetrical incisional hematoma of perineum ในกรณีที่ทำ evacuation hematoma แล้ว เย็บปิดแผลทันที ซึ่งถ้าหลังจากทำ evacuation hematoma ได้เปิดแผลไว้แล้วเย็บปิดภายหลัง เมื่อเย็บแผลภายหลัง จะให้รหัส 75.69 Repair of other current obstetric laceration (secondary repair of episiotomy) เพิ่มเติม

5. กลุ่มหัตถการ Evacuation hematoma of vagina

การผ่าระบายเลือด(hematoma) ที่ vulva หรือ perineum ซึ่ง hematoma นั้นไม่ได้สัมพันธ์กับการทำ episiotomy

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีบันทึกไว้ในเวชระเบียน ถ้าทำใน OR ต้องบันทึกใน operative note

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

- กรณี hematoma เกิดจากการคลอดบุตร ให้รหัส 75.92 Evacuation of other hematoma of vulva or vagina



- กรณีไม่สัมพันธ์กับการคลอดบุตร ควรใช้รหัส 71.09 Other incision of vulva and perineum
การผ่าตัดในกลุ่มสูติศาสตร์อื่นๆที่ยังไม่มีรหัส

การผ่าตัดในกลุ่มสูติศาสตร์อื่นๆที่ยังไม่มีรหัสหัตถการที่เฉพาะเจาะจง

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 75.99 Other

6.กลุ่มหัตถการ Manually assisted delivery

การช่วยคลอดในกรณีที่การคลอดดำเนินไปตามกลไกการคลอดปกติ และ/หรือ มีการทำคลอดรก (Crede' maneuver) หรือไม่ก็ได้ รวมถึงกรณีที่ทำคลอดรกเพียงอย่างเดียว เช่น รับrefer มาจาก รพ.อื่น เนื่องจากรกค้าง แต่รับมาแค่ทำคลอดรกเท่านั้น

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีการบันทึกการทำหัตถการไว้ในเวชระเบียน

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

- ให้รหัส 73.59 Other manually assisted delivery (เป็นขั้นตอนปกติของการทำคลอด และเป็น non-OR procedures จะให้รหัส หรือ ไม่ให้รหัสนี้ก็ได้ไม่ถือว่าผิด)

7.กลุ่มหัตถการ Manual rotation of fetal head

ใช้มือหมุนศีรษะทารกเพื่อเปลี่ยน position ของศีรษะทารกในช่องคลอด เช่น กรณีเปลี่ยนท่า OP เป็น OA

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีการอธิบายรายละเอียดการทำหัตถการในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียนโดยแพทย์

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 73.51 Manual rotation of fetal head

8.กลุ่มหัตถการ Operation on fetus to facilitate delivery

Operation on fetus to facilitate delivery เป็นการช่วยคลอดในกรณีการคลอดติดขัด โดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น การหักกระดูกไหปลาร้ากรณีที่คลอดไหล่ยากทั้งในกรณีที่เด็กมีชีวิตและเสียชีวิต (Clavicotomy), การเจาะระบายน้ำในสมองทารกหัวบวม (hydrocephalus) เพื่อลดขนาดศีรษะทารก (Needling of hydrocephalic head)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- ต้องมีการบันทึกหัตถการในเวชระเบียนว่ามีการทำจริง
- ถ้าเป็นการทำหัตถการใน OR ต้องบันทึกใน operative note



แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 73.8 Operation on fetus to facilitate delivery

9.กลุ่มหัตถการ External Cephalic Version : ECV

การเปลี่ยนท่าของทารกที่อยู่ในครรภ์ด้วยวิธีการหมุนจากภายนอกทางหน้าท้อง โดยการหมุนเปลี่ยนจากท่าก้น เป็นส่วนนำ ให้มีศีรษะเป็นส่วนนำแทน เพื่อเตรียมให้ทารกคลอด (Normal delivery)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีการบันทึกในเวชระเบียนว่ามีการทำหัตถการ External version

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 73.91 External version

10.กลุ่มหัตถการ Termination of pregnancy by intrauterine injection

การฉีดน้ำเกลือเข้มข้น หรือ prostaglandin เข้าไปในถุงน้ำคร่ำ เพื่อให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงก่อนอายุครรภ์ ครบ 20 สัปดาห์ (อ้างอิงจาก WHO)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนว่ามีการทำจริง โดยมักจะมีบันทึกไว้ว่าฉีดสารอะไรปริมาณเท่าใดเข้าไปใน Amniotic sac

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 75.0 Intra - amniotic injection for abortion

11.กลุ่มหัตถการ Amniocentesis

การเจาะถุงน้ำคร่ำเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติต่างๆ เช่น ความผิดปกติในระดับโครโมโซมของทารกในครรภ์ ตรวจวินิจฉัยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย การตรวจหาสารเคมีบางอย่าง เช่น alpha-fetoprotein (AFP) เพื่อช่วยในการ วินิจฉัยโรคไขสันหลังเปิด (opened spina bifida)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนส่วนใดส่วนหนึ่ง ส่วนใหญ่จะอยู่ใน OPD card เนื่องจากเป็นการทำแบบ OPD เป็นส่วนใหญ่

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

- ให้รหัส 75.1 Diagnostic amniocentesis ถ้าเป็น Amniocentesis for therapeutic purpose ก็สามารถใช้รหัส 75.1 ได้เช่นเดียวกัน (ตาม index ของหนังสือ ICD-9 CM)



12.กลุ่มหัตถการ Intrauterine transfusion

การเจาะผ่านหน้าท้องเข้าไปในมดลูกของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อทำ exchange transfusion ผ่านทาง umbilical cord หรือ ผ่านทาง intraperitoneal cavity ของทารก โดยมักจะทำในครรภ์มีภาวะ Fetal anemia และ/หรือ heart failure โดยหัตถการนี้มักทำในโรงพยาบาลในคณะแพทยฯเป็นส่วนใหญ่

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ต้องมีบันทึกในเวชระเบียน มักเป็นการทำใน OR จึงควรมี operative note

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 75.2 Intrauterine transfusion

13.กลุ่มหัตถการ Fetal blood sampling

Fetal blood sampling มีความหมายดังนี้

1. เจาะเลือดจากหนังศีรษะเด็ก ตรวจดู pH ของเลือดว่ามี fetus distress หรือไม่ ทำตอน membrane rupture แล้ว
2. Cordocentesis เป็นการเจาะผ่านหน้าท้องเพื่อเก็บเลือดจากสายสะดือเด็กเพื่อตรวจ เช่น ตรวจ chromosome study หรือ thalassemia study

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- ในกรณีแรก จะต้องมีกรบันทึกไว้ในเวชระเบียนส่วนใดส่วนหนึ่ง
- ในกรณี Cordocentesis มักจะมีบันทึกใน OPD card เนื่องจาก มักจะทำเป็น OPD case

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 75.33 Fetal blood sampling and biopsy

14.กลุ่มหัตถการ Amnioinfusion

การเจาะถุงน้ำคร่ำ เพื่อให้สารน้ำ (0.9%NSS) เพิ่มปริมาณน้ำคร่ำ ในภาวะที่การตั้งครรภ์มีน้ำคร่ำน้อยกว่าปกติ จนอาจมีผลกระทบต่อทารกได้ (ทำหัตถการนี้กรณีที่แพทย์ผู้ทำคลอดประเมินแล้วว่าเด็กยังไม่มี ความผิดปกติ) หรือ เป็นการเจาะเข้าไปในถุงน้ำคร่ำเพื่อฉีดยาปฏิชีวนะ หรือ เป็นการฉีด hypertonic saline เพื่อ termination of pregnancy ในกรณีการตั้งครรภ์นั้นอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ (ในกรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ให้ใช้ รหัส 75.0)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ต้องมีการบันทึกไว้ในส่วนใดส่วนหนึ่งของเวชระเบียน

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

- ให้รหัส 75.37 Amnioinfusion
Code also injection of antibiotic (99.21)



15.กลุ่มหัตถการ การล้วงรกกรณีที่ไม่รอรกคลอด

กรณีทารกคลอดออกมาแล้วตัดสายสะดือ หลังจากนั้นระบุว่า มีการดึงรกออกเป็นการช่วยคลอดในระยะที่ 3 (Active Management in the Third Stage of Labour : AMTSL) แต่พบว่า รกติด หรือ umbilical cord ขาด จึงมีการล้วงรกเลยโดยไม่รอให้ครบ 30 นาที

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ต้องมีการบันทึกรายละเอียดในเวชระเบียนว่า ดึงแล้วรกติด หรือ umbilical cord ขาด โดยการคลอดในระยะที่ 3 ยังไม่ถึง 30 นาที

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

- ให้รหัสล้วงรก 75.4 Manual removal of retained placenta แต่ไม่ต้องให้รหัสการวินิจฉัย “รกค้าง” (retained placenta : O72.0)
- ถ้า Auditor ไม่พบหลักฐานว่ามีการล้วงรกด้วยสาเหตุใด แต่มีหลักฐานว่ามีการล้วงรกจริงก็ให้รหัส 75.4 ได้

16.กลุ่มหัตถการ Lysis of adhesions in pelvic cavity

การแก้ไขพังพืดของเยื่อช่องท้องในอุ้งเชิงกรานบริเวณมดลูก

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- มีบันทึกการผ่าตัดว่า มีการทำ Lysis of adhesions in pelvic cavity และ มีการวินิจฉัยว่า มีการยึดติด หรือ พังพืดของเยื่อช่องท้อง เพื่อให้สอดคล้องกับการทำผ่าตัด

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 54.59 Other lysis of peritoneal adhesions

17.กลุ่มหัตถการ Laparoscopic Salpingectomy for ectopic pregnancy

การผ่าตัดผ่านกล้อง เพื่อรักษาครรภ์นอกมดลูกที่ท่อนำไข่

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์บันทึกใน Operative note ว่าทำ Laparoscope Salpingectomy

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 54.21 Laparoscopy และ 66.62 Salpingectomy with removal of tubal pregnancy



18.กลุ่มหัตถการ Manual Vacuum Aspiration (MVA)

การใช้กระบอกดูดสุญญากาศ (manual vacuum aspirator) ดูดชิ้นเนื้อออกจากโพรงมดลูก

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์มีการบันทึกว่ามีการทำ MVA ในเวชระเบียน

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัสกลุ่ม 69.5 โดยแยกเป็น

- 69.51 Aspiration curettage of uterus for termination of pregnancy
- 69.52 Aspiration curettage following delivery of abortion
- 69.59 Other aspiration curettage of uterus (เช่น การทำ MVA เพื่อเก็บ endometrium หรือ uterine content เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา)

19.กลุ่มหัตถการ Menstrual Regulation (MR)

เป็นการรักษาภาวะขาดประจำเดือน โดยไม่ได้มีการตรวจว่า มีการตั้งครรภ์หรือไม่ โดยใช้ manual vacuum aspirator ดูดในโพรงมดลูก

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ต้องมีการบันทึกไว้ในเวชระเบียน

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 69.6 Menstrual extraction or regulation

20.กลุ่มหัตถการ Conization of cervix

เป็นการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย เพื่อตัดเอา squamocolumnar junction และบริเวณที่ผิดปกติทั้งหมด มาตรวจทางพยาธิวิทยาซึ่งอาจเป็นการใช้วิธี cold-knife conization หรือ laser conization

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีบันทึกรายละเอียดการทำ conization ในเวชระเบียน โดยบันทึกใน Operative note

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 67.2 Conization of cervix



21.กลุ่มหัตถการ Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP) / Large Loop Excision of the Transformation Zone (LLETZ)

การผ่าตัดปากมดลูก โดยใช้ขดลวดที่มีกระแสไฟฟ้า เพื่อนำชิ้นเนื้อของปากมดลูกที่ผิดปกติออกมาตรวจ วินิจฉัยรอยโรคของปากมดลูกระยะก่อนมะเร็ง ในคนไข้ที่มีผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หรือ เพื่อการรักษาในกรณีที่การวินิจฉัยสมบูรณ์แล้ว

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- มีบันทึกรายละเอียดการทำ LEEP ในเวชระเบียน โดยบันทึกรายละเอียดการทำใน Operative note หรือ OPD card

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 67.32 Destruction of lesion of cervix by cauterization
Electroconization of cervix
LEEP (loop electrosurgical excision procedure)
LLETZ (large loop excision of the transformation zone)

22.กลุ่มหัตถการ Tubal Ligation (TL)หรือ Tubal Sterilization (TS)

การผูกท่อนำไข่ ไม่ได้มีการตัดส่วนหนึ่งส่วนใดของท่อนำไข่ หรือไม่ได้ระบุวิธีการทำหมันไว้

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกใน Operative note ว่า Tubal ligation (TL) หรือ Tubal sterilization(TS)

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 66.39 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes

23.กลุ่มหัตถการ Tubal Resection (TR)

วิธีทำหมันหญิง โดยการผูกและตัดแยกท่อนำไข่ออกจากกัน

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกใน Operative note ว่า Tubal resection หรือ TR

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes



24.กลุ่มหัตถการ Pomeroy operation

ใช้วิธีการคล้องท่อนำไข่จากนั้นผูกแล้วตัดออกจากกัน

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกใน Operative note ว่า Pomeroy operation

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes

25.กลุ่มหัตถการ Modified Pomeroy operation

วิธีการหนีบท่อนำไข่ แล้วผูก และตัดท่อนำไข่

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกใน Operative note ว่า Pomeroy หรือ Modified Pomeroy operation

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes

26.กลุ่มหัตถการ Total Abdominal Hysterectomy (TAH / Bilateral Salpingo-Oophorectomy (BSO)

เป็นการผ่าตัดมดลูก ปากมดลูก และ ตัดปีกมดลูกรวมทั้งรังไข่ทั้ง 2 ข้างออกผ่านทางหน้าท้อง

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีการบันทึกใน Operative note ว่ามีการผ่าตัด TAH with BSO

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัสหัตถการ 2 รหัส ดังนี้

- 68.49 Other and unspecified total abdominal hysterectomy
- 65.61 Other removal of both ovaries and tubes at same operative episode

27.กลุ่มหัตถการ Hysteroscope for remove IUD

การส่องกล้องผ่านทางปากมดลูก เพื่อนำห่วงอนามัยออกจากโพรงมดลูก

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกในรายงานการผ่าตัด

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัสหัตถการ 2 รหัส ดังนี้



- 68.12 Hysteroscopy และ 97.71 Removal of intrauterine contraceptive device

28.กลุ่มหัตถการ Salpingoplasty or Tuboplasty

เป็นการผ่าตัดท่อนำไข่ ที่ได้รับการทำหมันไปแล้ว เพื่อ restore potency of fallopian tubes

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ต้องมีบันทึกไว้ใน operative note และ มีบันทึกไว้ในเวชระเบียนว่า เป็นการผ่าตัดแก้หมัน

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 66.79 Other repair of fallopian tube

29.กลุ่มหัตถการ Salpingo-salpingostomy

Salpingo-salpingostomy เป็นการผ่าตัดท่อนำไข่ที่ตัน แล้วต่อส่วนที่ตีเข้าด้วยกัน

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- ต้องมีบันทึกไว้ใน operative note และ มีบันทึกไว้ในเวชระเบียนว่า ไม่ได้เป็นการตันของท่อนำไข่จากการทำหมัน

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 66.73 Salpingo-salpingostomy



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางกุมารเวชกรรม)

1.กลุ่มหัตถการ Umbilical Arterial Catheterization (UAC)

Umbilical Arterial Catheterization หมายถึง การใส่สายสวนทาง Umbilical artery เพื่อนำเลือดไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ ให้สารน้ำ

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ระบุการทำหัตถการใน progress note หรือ Doctor's order

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 38.91 Arterial catheterization

2.กลุ่มหัตถการ Umbilical Vein Catheterization (UVC)

Umbilical Vein Catheterization หมายถึง การใส่สายสวนทาง Umbilical vein เพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในเด็ก หรือ นำเลือดไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ระบุการทำหัตถการใน progress note หรือ Doctor's order

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 38.92 Umbilical vein catheterization

3.กลุ่มหัตถการ Venous Catheterization

Venous Catheterization หมายถึง การใส่สาย Catheter เข้าไปถึงเส้นเลือดดำส่วนกลาง

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ระบุการทำหัตถการใน progress note หรือ Doctor's order

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 38.93 Venous catheterization , not elsewhere classified

ข้อควรระวัง : กรณีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้รหัส 99.18



4.กลุ่มหัตถการ Non invasive positive airway pressure (NCPAP, NIMV, BiPAP, NPCPAP , NIPPV)

Non invasive positive airway pressure หมายถึง การให้แรงดันบวกเพื่อช่วยหายใจแก่ผู้ป่วย ชนิดต่างๆ โดยผ่านทาง face mask, nasal prong, nasal cannula, nasal mask etc.

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกหัตถการ ใน Progress Note และ Doctor's order

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 93.90 Non invasive mechanical ventilation

5.กลุ่มหัตถการ Invasive positive airway pressure

(Mode of ventilation ต่างๆ: CPAP, CMV, IMV, AC, SIMV, PTV, HFOV, Flow cycle SIMV/AC)

Invasive positive airway pressure หมายถึง การให้แรงดันบวกเพื่อช่วยหายใจแก่ผู้ป่วย ชนิดต่างๆ โดยผ่านทาง endotracheal tube (96.04) tracheostomy (31.1-31.29)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกหัตถการใน Progress Note หรือ Doctor's order

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 96.7- Other continuous invasive mechanical ventilation โดยแบ่งตามระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

1. กรณีไม่ระบุเวลา ให้รหัส 96.70 Continuous mechanical ventilation of unspecified duration
2. กรณีระยะเวลาน้อยกว่า 96 ชั่วโมง ให้รหัส 96.71 Continuous mechanical ventilation for less than 96 consecutive hours
3. กรณีระยะเวลาเท่ากับหรือมากกว่า 96 ชั่วโมง ให้รหัส 96.72 Continuous mechanical ventilation for 96 consecutive hours or More

หมายเหตุ Mode of ventilation ต่างๆ มีดังนี้

Continuous Mandatory Ventilation (CMV) / Intermittent Mandatory Ventilation (IMV)

Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation (SIMV)

Assisted controlled ventilation (AC) / Patient trigger ventilation (PTV)

Flow cycle SIMV/ Flow cycle AC / High Frequency Oscillatory Ventilation (HFOV)



6.กลุ่มหัตถการ Nitric oxide inhalation (iNO)

Nitric oxide inhalation หมายถึง การให้แก๊สไนตริกผ่านเครื่องช่วยหายใจ เพื่อช่วยลด pulmonary pressure

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

บันทึกหัตถการใน Progress Note และ Doctor's order

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 00.12 Administration of inhaled nitric oxide

7.กลุ่มหัตถการ Transfusion of coagulation factors

Transfusion of coagulation factors หมายถึง การให้ส่วนประกอบของเลือดในผู้ป่วยที่ต้องการ ปัจจัยการแข็งตัวของเลือด เช่น ในผู้ป่วยโรค Hemophilia ผู้ป่วยที่มีภาวะ DIC (Disseminated Intravascular Coagulation)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีคำสั่งแพทย์ระบุว่าให้ Cryoprecipitate หรือให้ Coagulation factors เพื่อช่วยในการแข็งตัวของเลือด

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 99.06 Transfusion of coagulation factors

8.กลุ่มหัตถการ Transfusion of plasma

Transfusion of plasma หมายถึง การให้พลาสมาในผู้ป่วย

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีคำสั่งของแพทย์ที่ระบุว่าให้ Aged plasma หรือ FFP

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 99.07 Transfusion of other serum

9.กลุ่มหัตถการ Injection of gamma globulin

Injection of gamma globulin หมายถึง การให้ intravenous immunoglobulin (IVIG) หรือ hepatitis B immunoglobulin (HBIG)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีคำสั่งของแพทย์ที่ระบุว่าให้ intravenous immunoglobulin หรือ hepatitis B immunoglobulin



แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 99.14 Injection of gamma globulin

10.กลุ่มหัตถการ Transfusion of granulocyte

Transfusion of granulocyte หมายถึง การให้เม็ดเลือดขาวสกัด

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีคำสั่งของแพทย์ที่ระบุว่าให้ granulocyte

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 99.09 Transfusion of other substance

11.กลุ่มหัตถการ Total Parenteral Nutrition (TPN) / Peripheral Parenteral Nutrition (PPN)

Total Parenteral Nutrition :TPN / Peripheral Parenteral Nutrition :PPN หมายถึง การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ เช่น 10⁺% Dextrose ร่วมกับ amino acid, fat, K₂HPO₄/KCl, Calcium อาจให้วิตามิน ร่วมด้วย

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

มีคำสั่งแพทย์ว่าให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ เช่น 10⁺% Dextrose, amino acid, fat 1-3.5 g/kg/day, KCl /K₂HPO₄, Calcium อาจให้วิตามิน ร่วมด้วย

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัส 99.15 Parenteral infusion of concentrated nutritional substances

ข้อควรระวัง : การให้ albumin เพียงชนิดเดียวไม่ถือว่าเป็นการให้ TPN (99.15) ต้องให้รหัส 99.18

ชนิดของสารอาหารทางหลอดเลือดดำ

- ผลิตภัณฑ์ amino acid : aminoleban, aminoplasmal, aminosol-10, Vaminolact
Aminovent infant
- ผลิตภัณฑ์ fat : intralipid, lipovenos, SMOF, Omegaven, lipofundin, clinoleic acid
- ผลิตภัณฑ์วิตามิน : OMVI

หมายเหตุ การให้รหัสหัตถการในผู้ป่วยเด็ก ให้ดูข้อมูลประกอบในการให้รหัสจาก 2 ส่วน เพื่อยืนยันว่ามีการให้การ
รักษา หรือ ทำหัตถการนั้น ได้แก่

1. Doctor 's order และ Progress note
2. Nurse's note และ Medication sheet



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสเหตุการณ์ทางอายุรกรรม)

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

TACE หรือ TOCE ถือเป็นหัตถการเดียวกัน โดยก่อนหน้านั้นนิยมใช้ ชื่อหัตถการ TOCE แต่ปัจจุบันนิยมเรียก TACE มากกว่า **Chemoembolization** เป็นการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดกั้นหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งตับ โดยผู้ป่วยที่จะใช้วิธีนี้ มะเร็ง ไม่ควรแพร่กระจายออกนอกตับ ควรจะเป็นมะเร็งก้อนเดี่ยว และ อยู่ใกล้กับหลอดเลือดดำของตับ ไม่ควรมี portal vein thrombosis (relative contraindication) เพราะจะทำให้เกิด liver failure ได้ สำหรับยาต้านมะเร็งที่นิยมใช้ในวิธีนี้ คือ doxorubicin mitomicin และ cisplatin

TACE เป็นการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดดังกล่าว ผ่านทางหลอดเลือดแดงเข้าไปสู่บริเวณที่มีโรครออยู่ โดยตรงแล้วอุดกั้นหลอดเลือดนั้น เพื่อไม่ให้เลือดไปเลี้ยงก้อนเนื้ออกได้อีก วิธีการทำโดยการใส่สายสวนเล็กๆ เข้าไปทางหลอดเลือดแดงบริเวณแขนหรือขาหนีบ แล้วบังคับให้สายสวนเคลื่อนไปสู่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงก้อนเนื้ออกที่ตับ (selective Angiography) เมื่อได้เส้นเลือดที่ต้องการแล้ว แพทย์จะฉีดยาเคมีบำบัดเข้าไปสู่ก้อนเนื้ออกของตับ ซึ่งนิยมผสมยากับ lipiodol 5-20 มล. แล้วอุดหลอดเลือดเส้นนั้นซึ่งมีวิธีการอุดหลายแบบ แต่ที่นิยมใช้เป็นสาร Jel foam

ในบางครั้งอาจมีการทำเฉพาะ embolization อย่างเดียวโดยไม่ได้ให้ยาเคมีบำบัด หรือ บางครั้งถ้าพบว่ามี shunt ระหว่างเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงตัวเนื้ออกกับระบบอื่น แพทย์จะหลีกเลี่ยงการผสมยากับ lipiodol เพราะอาจเกิด systemic emboli จาก lipiodol ได้

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

Percutaneous Ethanol Injection หมายถึง การฉีดแอลกอฮอล์เข้าก้อนมะเร็งตับ ใช้ได้ทั้งกรณี Primary or Secondary malignant neoplasm เป็นการฉีดสาร Ethanol เข้าทำลายเซลล์มะเร็งตับ

การทำ Direct Ablation ด้วยวิธีอื่น

การทำ Direct Ablation ด้วยวิธีอื่น เช่น Radio-Frequency, Microwave, Magnetic wave, Cryotherapy คือ การใช้เข็มแทงผ่านผิวหนังโดยตรง เพื่อเข้าไปทำลาย เซลล์มะเร็งที่เนื้อตับ

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ควรบันทึกรายละเอียดของหัตถการที่ทำ ว่าทำด้วยวิธีใด ใช้สาร หรือ ยาเคมีบำบัดชนิดใด



แนวทางการให้รหัสหัตถการ

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

3.กลุ่มหัตถการ Insertion of endotracheal tube

Insertion of endotracheal tube หมายถึง การใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางปาก หรือ ทางจมูกเข้าสู่หลอดลม

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ควรบันทึกว่า มีการใส่ ET – tube ตั้งแต่เมื่อใด และ ไปสิ้นสุดเมื่อไร

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1. กรณีใส่ท่อช่วยหายใจในรพ.ก ให้รหัส 96.04 ด้วย
2. กรณีใส่ท่อช่วยหายใจจากรพ.ก แล้ว refer มารพ.ข รพ.ข ไม่ต้องให้รหัส 96.04
3. กรณีใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อการผ่าตัดในห้องผ่าตัดและยังจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจออกมาที่ ward หรือ ICU
ไม่ต้องให้รหัส 96.04
4. กรณีใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อการช่วยชีวิต (CPR) สามารถให้รหัสหัตถการ 96.04 ร่วมด้วยได้

4.กลุ่มหัตถการ Ventilator support

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1. กรณีใส่เครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่า 96 ชั่วโมง ให้รหัส 96.71
2. กรณีใส่เครื่องช่วยหายใจ มากกว่าหรือเท่ากับ 96 ชั่วโมง ให้รหัส 96.72
3. กรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และ ช่วยหายใจ โดยการป้อน Ambu bag หรือ on transport ventilator ในระหว่างที่มีการ Transfer ผู้ป่วยไปหน่วยบริการอื่น ไม่ต้องให้รหัสหัตถการ 96.71 เนื่องจากเป็นกระบวนการของการส่งต่อ



4. กรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อทำ CPR แล้วผู้ป่วยเสียชีวิต ไม่ต้องให้รหัส 96.71

หมายเหตุ

ในภาวะที่ผู้ป่วยมีการใช้เครื่องช่วยหายใจแล้วมีการหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ ต่อมามีการใช้เครื่องช่วยหายใจอีกในการนอนโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน การนับระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ถูกต้องในการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น คือ การรวมระยะเวลา (ชั่วโมง-วัน) ของการใช้เครื่องช่วยหายใจแต่ละครั้งตั้งแต่เริ่มใส่เครื่องช่วยหายใจ จนถึงเวลาที่ถอดเครื่องช่วยหายใจ (extubation)

ในกรณีที่ใช้วิธีการช่วยหายใจแบบ noninvasive ventilation ให้ใช้รหัส 93.90

หลักการนับชั่วโมงในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรณีที่ 1:

กรณี Admit แล้วใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้นับชั่วโมงตั้งแต่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไปจนถึงถอดท่อช่วยหายใจออก (T5-T1)



หลักการนับชั่วโมงในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรณีที่ 2:

กรณีใส่ท่อช่วยหายใจมาจากที่อื่น ก่อน Admit แล้ว ใส่เครื่องช่วยหายใจ และ Refer ไปที่อื่น ให้นับชั่วโมงตั้งแต่ Admit จนถึง Refer หรือ Discharge (T9 – T0)



หลักการนับชั่วโมงในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรณีที่ 3:

กรณี Admit แล้วใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่เครื่องช่วยหายใจ ต่อมาทำ tracheostomy เริ่ม weaning และ ถอดเครื่องช่วยหายใจ ให้นับชั่วโมง ตั้งแต่ใส่ท่อช่วยหายใจ จนถึง ถอดเครื่องช่วยหายใจ (T4 –T1)



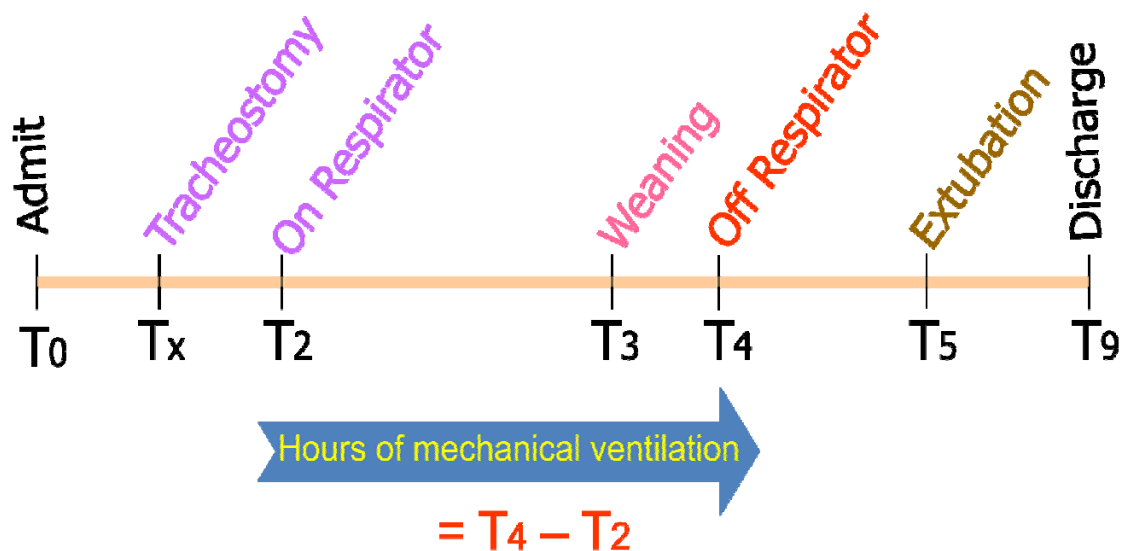
หลักการนับชั่วโมงในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรณีที่ 4:

กรณี Admit แล้ว ทำ tracheostomy ใส่เครื่องช่วยหายใจ ต่อมา weaning แล้ว ถอดเครื่องช่วยหายใจ ให้นับชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มใส่เครื่องช่วยหายใจ จนถึง ถอดเครื่องช่วยหายใจ (T4 – T2)

Tracheostomy

To calculate the number of hours of continuous mechanical ventilation during a hospitalization, begin counting the duration when mechanical ventilation is started. The duration ends when the mechanical ventilator is turned off (after the weaning period).





หลักการนับชั่วโมงในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กรณี 5:

กรณีผู้ป่วย on tracheostomy ก่อน Admit และหลัง admit ใส่เครื่องช่วยหายใจ ต่อมา Refer หรือ Discharge (T9 -T0) ให้นับชั่วโมงตั้งแต่ Admit จนถึงเวลาที่ Refer หรือ Discharge



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(การสรุปและให้รหัสหัตถการทางอายุรกรรมหัวใจ)

กลุ่มหัตถการที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดและหัวใจ

(Cardiovascular and Peripheral Intervention)

A. Cardiac procedure หัตถการที่เกี่ยวข้องกับหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

1. Coronary arteriography or coronary arteriogram เป็นการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตัน โดยการฉีดสารทึบแสงเพื่อตรวจหลอดเลือดหัวใจ ถ้ามีการตีบค่อนพิจารณาทำการขยายหลอดเลือด หรือที่เรียกว่า การทำบอลลูนต่อไป (PCI) โดยแพทย์จะใช้สายสวนขนาดเล็ก(ประมาณ 2 มม.) ใส่เข้าไปตามหลอดเลือดแดงจาก บริเวณขาหนีบหรือแขน จนถึงหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ(Coronary artery) แล้วฉีดสารทึบแสงเข้าทางสายสวนนั้น เพื่อตรวจดูว่ามีการตีบแคบหรือตันของหลอดเลือดโคโรนารีบริเวณใดหรือไม่ โดยทั่วไปเส้นเลือดมี 2 ข้าง คือ เส้นด้านซ้าย(left coronary) ซึ่งแตกออกเป็น left anterior descending(LAD) และ left circumflex(LCX) และ เส้นด้านขวา(right coronary,RCA) จึงต้องใช้สายสวน 2 เส้น เพื่อเข้าไปทางเส้นซ้ายและเส้นขวา การฉีดสีโดยทั่วไป ส่วนใหญ่ใช้ judkins technique และใช้เป็นชื่อวิธีใส่สายสวนทางเส้นเลือด ขวาและซ้าย โดยใช้ตัวย่อคือ JR-JL (Rt. & Lt. judkins technique) และใช้คู่กับวิธีแทงเส้นเลือด ที่เรียกว่า Seldinger technique แพทย์จะบันทึกผลการตรวจ หลอดเลือดหัวใจว่า ตีบกี่เส้น และ ตีบกี่เปอร์เซ็นต์ ตามปกติ เรานับเส้นเลือดหัวใจ เป็น 3 เส้นหลัก คือ จากด้านซ้าย 2 เส้น และด้านขวา 1 เส้น ถ้ามีการตีบมากกว่าห้าสิบเปอร์เซ็นต์เส้นใดเส้นหนึ่ง ถือว่าเส้นนั้นตีบ แต่โดยทั่วไปจะมี รายงานการตีบ ในใบรายงานว่าผลเป็นอย่างไร รวมทั้ง มีระบุวิธีการทำไว้ชัดเจน และ ระบุว่าใช้สายสวนกี่เส้น เช่น

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

□ Coronary arteriography using two catheters มีการใช้สายสวนทั้งเส้นซ้ายและเส้นขวา ซึ่งโดยส่วนใหญ่จำเป็นต้องทำวิธีนี้เพราะต้องดูหลอดเลือดให้ครบทั้งสองฝั่ง

ควรตรวจสอบในใบบันทึกการทำหัตถการว่า แพทย์ใช้เทคนิคอะไร หรือ ใช้สายสวนกี่เส้น

ตัวอย่างใบบันทึกการทำหัตถการ : Coronary arteriography by judkins technique

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

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

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

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

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

RCA: was total occlusion at ostium without SVG graft.



2. Coronary arterioplasty or coronary angioplasty (PCI/PTCA) คือ การรักษาโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบหรือตัน วิธีนี้จะต้องมีการทำ coronary angiogram มาก่อน โดยอาจทำในการนอนโรงพยาบาลครั้งก่อน และมาทำการรักษาครั้งนี้ด้วย PCI หรือ ทำต่อเนื่องในครั้งเดียวกันเลยก็ได้ วิธีทำโดยการใส่ balloon หรือลูกโป่งเล็กๆ อยู่บริเวณปลายของสายสวน ซึ่งบอลลูนนี้จะใส่เข้าไปในหลอดเลือดแดงที่ตีบอยู่ หลังจากนั้นแพทย์จะดันให้ลูกโป่งพองออกตรงตำแหน่งที่ตีบ แรงกดของลูกโป่งก็จะดันผนังหลอดเลือดที่ตีบนั้นให้ขยายออก ทำให้เลือดสามารถไหลผ่านไปเลี้ยงหัวใจได้มากขึ้น แพทย์มักบันทึกว่า “Pre dilatation/Post dilatation with balloon, PCI Balloon Inflated @ at

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

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

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

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

แพทย์อาจระบุยี่ห้อของขดลวดค้ำยันที่ใช้ แต่ไม่แนะนำให้ระบุเฉพาะยี่ห้อ เนื่องจากยี่ห้อของขดลวดค้ำยัน (stent) มีจากหลายบริษัท ผู้ให้รหัสอาจเลือกรหัสไม่ถูกต้อง

แพทย์อาจบันทึกสรุปการทำหัตถการดังนี้

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

ควรตรวจสอบบันทึกการทำหัตถการให้แน่ใจว่า

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



ตัวอย่างใบบันทึกการทำหัตถการ : PTCA with Stent

Cath Reports:

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

Findings:

LCA: no significant left main lesion but 95% stenosis of proximal to mid LAD was notes. 80% stenosis of mid LCx were also observed.
with collaterals from LCA to distal RCA notes.
RCA: 70-80% stenosis of PDA (diffuse disease).
Ventriculogram: EF 35%, anterior, apical, inferior, septal wall akinesia.

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

<h1>Intervention Notes</h1>	
Name:	
MRN: 1623303	Proc: D- Cardiac Diag (Coronary)
11:26:37	PCI Physician: Anuruck MD. : operator-1 ^ 03-09
11:27:07	{Cardiac Site} PCI AT LAD (Mid to distal) ^ 03-09
11:27:23	Insert Guiding -SL 4 - 6F advanced to target vessel. ^ 03-09
11:28:03	Insert Guide Wire -Runthrough HC - .014" x Standard advanced to target vessel.
11:28:34	Insert Balloon -Sapphire - 2.5 x .20. mm. across target lesion. ^ 03-09
11:28:43	PCI Balloon Inflated @ at ..LAD 8 Atm for 15 Secs ^ 03-09
11:28:48	PCI Balloon Inflated @ at ..LAD 8 Atm for 5 Secs ^ 03-09
11:30:33	Insert DES [Drug Eluting Stent] : Taxus Liberte [Paclitaxel] - 2.5 x .28. mm. ^ 03-09
11:30:34	across target lesion. ^ 03-09
11:30:45	DES deployed at ..LAD 14 Atm for 15 Secs ^ 03-09
11:31:31	Insert Balloon -Hiryu - 2.5 x 15.. mm. across target lesion. ^ 03-09
11:32:16	PCI Balloon Inflated @ at ..LAD 18 Atm for 5 Secs ^ 03-09
11:32:32	PCI Balloon Inflated @ at ..LAD 18 Atm for 7 Secs ^ 03-09
11:32:49	PCI Balloon Inflated @ at ..LAD 20 Atm for 5 Secs ^ 03-09
11:33:12	PCI Balloon Inflated @ at ..LAD 26 Atm for 15 Secs ^ 03-09
11:33:34	PCI Balloon Inflated @ at ..LAD 26 Atm for 10 Secs ^ 03-09
11:41:20	RESULT : Good Result ^ 03-09

4. Angiocardiology of heart structure หมายถึง การฉีดสารทึบแสงเพื่อตรวจการบีบตัวของ Heart structure แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่า มีการฉีดสารทึบแสงตรวจ Heart structure ส่วนใด เช่น

- Angiocardiology of right heart structure การฉีดสีเข้าไปในส่วนของ หัวใจห้องล่างขวาเพื่อดูลักษณะการทำงาน และดูภาวะลิ้นหัวใจบางชนิด ของหัวใจด้านขวา มักใช้ในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นต้น
- Angiocardiology of left heart structure การทำหัตถการนี้ใช้ร่วมกับ การตรวจวินิจฉัย หลอดเลือดหัวใจ coronary angiogram เพื่อดูการบีบตัวของหัวใจล่างซ้าย และดูลิ้นหัวใจทางฝั่งซ้ายว่ารั่วหรือไม่ บางครั้งอาจใช้คำว่า LV angiogram ให้ดูในรายงานของการทำ coronary angiogram ว่ามีการทำหัตถการนี้หรือไม่โดยส่วนใหญ่ถ้ามีการทำ coronary angiogram เพียงอย่างเดียว มักจะมีการทำ LV angiogram ร่วมด้วย แต่ถ้ามีการทำ



coronary angiogram ร่วมกับ PCI มักจะไม่ทำ LV angiogram ในครั้งเดียวกันนี้เนื่องจากจะได้รับสารทึบแสงมากเกินไป

□ Combined right and left heart angiocardiology คือ การทำทั้งสองชนิด

5. Cardiac catheterization หมายถึง การวัดแรงดัน(Pressure) ใน cardiac chambers ต่างๆ พร้อมกับดูดเลือดประมาณ 1 c.c. เพื่อนำมาหาค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) เพื่อตรวจหาความผิดปกติทางสรีรวิทยา เช่น VSD, ASD, PDA เป็นต้น แบ่งเป็น Left heart, Right heart, combined cardiac catheterization แพทย์มักจะบันทึกผลการวัดความดันโดยสังเกตจาก แพทย์จะบันทึกค่าแรงดัน(Pressure) และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ที่วัดได้จาก cardiac chambers ต่างๆ ควรระบุให้ชัดเจนว่ามีการตรวจใน cardiac chambers ส่วนใด เช่น

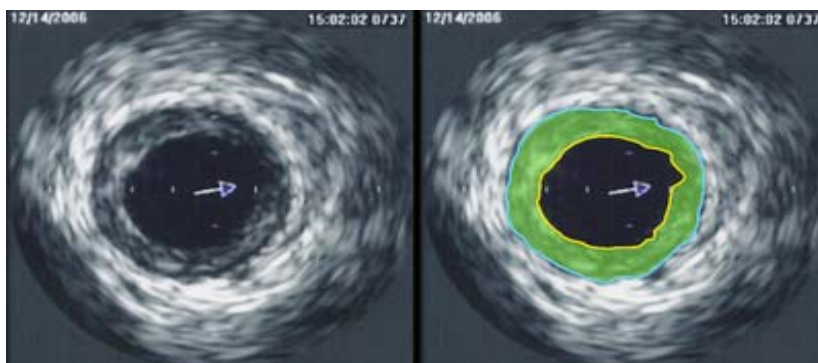
□ Right heart cardiac catheterization 37.21

□ Left heart cardiac catheterization 37.22

□ Combined right and left heart cardiac catheterization 37.23

ควรตรวจสอบบันทึกการวัดความดัน (Pressure) และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ในใบบันทึกการทำหัตถการ

6. Intravascular Coronary Ultrasonography :IVUS หมายถึง การใช้หัวตรวจ ultrasound ขนาดเล็กติดที่ปลายสายสวนหัวใจผ่านเข้าไปตามสายสวนตัวนำไปยังบริเวณหลอดเลือด coronary ที่ต้องการตรวจ เพื่อตรวจสอบสภาพอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ โดยภาพที่ได้มีความละเอียดสูงและสามารถหมุนดูได้รอบ 360 องศา จะทำให้เห็นภาคตัดขวางของผนังเส้นเลือดในชั้นต่างๆ จึงมองเห็นผนังหลอดเลือดหัวใจและภายในหลอดเลือดหัวใจได้อย่างชัดเจน ช่วยให้แพทย์หัวใจสามารถตรวจพยาธิสภาพหลอดเลือดหัวใจได้อย่างละเอียดกว่าการฉีดสีธรรมดา เพื่อช่วยดำเนินการขยายหลอดเลือดหัวใจตีบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอาจใช้ติดตามผลการรักษาได้ถ้าหากมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การฉีดสีหรือการทำบอลลูนไม่จำเป็นต้องใช้ IVUS ทุกครั้งขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของแพทย์ว่า ผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถวินิจฉัยหรือรักษาได้ตามวิธีปกติ



การทำ Ultrasound นอกจาก IVUS แล้วยังมีการตรวจอีกชนิดหนึ่งเรียกว่า Intracardiac echocardiography ใช้ตัวย่อว่า ICE เป็นการใส่ หัวอัลตราซาวด์ขนาดเล็กใส่เข้าไปในหลอดเลือดดำผ่านไปที่หัวใจห้องขวา เพื่อใช้ช่วยดูตำแหน่งของหัวใจ มักใช้ร่วมกับการทำหัตถการ ที่ทำกับลิ้นหัวใจ (mitral valvuloplasty) หรือหัตถการการปิดรูรั่วของหลอดเลือดหัวใจ (ASD closure)



7. Insertion of Intra aortic balloon pump :IABP หมายถึง การใส่สายสวนที่มีบอลลูน เข้าหลอดเลือดแดงใหญ่ ร่วมกับใช้เครื่องเพิ่มสมรรถภาพของหัวใจ เพื่อป้องกันการทำงานของหัวใจในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะ shock เพื่อ ช่วยเพิ่ม coronary blood flow และ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย

8. การตรวจพิเศษโดยวัดความดันในหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery pressure measurement) หมายถึง การใช้ลวดชนิดพิเศษใส่เข้าไปในหลอดเลือดหัวใจผ่านทางสายสวน ในกรณีที่ฉีดสีหลอดเลือดหัวใจแล้วผลการฉีดสีไม่ชัดเจน (ส่วนใหญ่ประมาณ 50 % ถึง 60 %) แพทย์จะใช้ลวดชนิดพิเศษนี้วัดความดันภายในหลอดเลือดหัวใจส่วนปลายหลังจากจุดเทียบกับความดันในหลอดเลือดแดงทั่วไปโดยค่าที่ได้ออกมาจะเป็นค่าสัดส่วน ถ้าสัดส่วนความดันได้น้อยกว่า 0.80 (FFR < 0.80) ถือว่ามีการตีบของหลอดเลือดจุดนั้นจริง สมควรที่จะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจในจุดนั้น ๆ (FFR ย่อมาจาก Fractional flow reserve study) ใช้รหัส 0059 intravascular measurement of coronary arteries. หัตถการนี้มีประโยชน์ คือ ทำให้ลดอัตราการทำบอลลูนหลอดเลือดหัวใจที่จำเป็นลงไป

แนวทางกรให้รหัสหัตถการ

1. coronary arteriography or coronary arteriogram
 - ถ้าแพทย์บันทึกว่า Coronary arteriography by judkins technique using single catheter
ให้รหัส 88.55 : Coronary arteriography using single catheter
 - ถ้าแพทย์บันทึกว่า Coronary arteriography by judkins technique using two catheter
ให้รหัส 88.56 : Coronary arteriography using two catheters
 - ถ้าแพทย์บันทึกว่า Coronary arteriography หรือ CAG ในกรณีที่ไม่สามารถหารายละเอียดเพิ่มเติมว่าใส่เส้นเลือดกี่เส้น
ให้รหัส 88.57 : Other and unspecified coronary arteriography
2. Angiocardiology of heart structure
 - ถ้าแพทย์บันทึกว่า Angiocardiology of right heart
ให้รหัส 88.52 : Angiocardiology of right heart structure
 - ถ้าแพทย์บันทึกว่า Angiocardiology of left heart
ให้รหัส 88.53 : Angiocardiology of left heart structure
 - ถ้าแพทย์บันทึกว่า Combined right and left heart angiocardiology
ให้รหัส 88.54 : Combined right and left heart angiocardiology
3. Coronary arterioplasty or coronary angioplasty กรณีที่มีการทำ angioplasty ควรตรวจสอบบันทึกการทำหัตถการให้แน่ใจว่า มีการทำ ที่ vessel หรือ ที่ตำแหน่ง ให้รหัสดังนี้
 - 00.66 Percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA] or coronary atherectomy ร่วมกับ number of vessels treated ได้แก่
 - * 00.40 Procedure on single vessel or Number of vessels, unspecified
 - * 00.41 Procedure on two vessels
 - * 00.42 Procedure on three vessels
 - * 00.43 Procedure on four or more vessels



* 00.44 Procedure on vessel bifurcation

หมายเหตุ : กรณีที่มีการทำหัตถการ Percutaneous coronary artery intervention (PCI) ที่มี lesion มากกว่า 1 ตำแหน่ง ในหลอดเลือด (Vessel) เส้นเดียวกัน ให้รหัสหัตถการเพื่อระบุ ตำแหน่ง และ จำนวนครั้ง ดังนี้

00.66 Percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA] ร่วมกับ 00.40 + 21 Procedure on single vessel มีการทำบอลูน 2 ตำแหน่งในเส้นเลือดเดียวกันและ ในครั้งเดียวกัน

4. Insertion of coronary stent ควรตรวจสอบบันทึกของแพทย์ ให้ชัดเจนว่า เป็นขดลวดชนิดเคลือบยา หรือ ชนิดไม่ได้เคลือบยา และ ใช้ขดลวดค้ำยันกี่เส้น

● ให้รหัส 36.06 Insertion of non-drug-eluting coronary artery stent(s) กรณีที่แพทย์ใช้ขดลวด ชนิดไม่ได้เคลือบยา

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

ร่วมกับ number of vascular stents inserted ดังนี้

* 00.45 Insertion of one vascular stentor Number of stents, unspecified

* 00.46 Insertion of two vascular stents

* 00.47 Insertion of three vascular stents

* 00.48 Insertion of four or more vascular stents

5. Intravascular Coronary Ultrasonography กรณีที่แพทย์บันทึกว่ามีการทำ IVUS ให้รหัส

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

6. Insertion of Intra aortic balloon pump กรณีที่แพทย์บันทึกว่ามีการทำ IABP ให้รหัส

● 37.61 Implant of pulsation balloon

7. Injection or infusion of thrombolytic agent กรณีที่แพทย์บันทึกว่ามีการฉีดยาละลาย thrombolytic agent ควรตรวจสอบให้ชัดเจนว่า เป็นการฉีดเข้าทาง Intravenous หรือ Intracoronary artery โดยให้รหัส

● 99.10 injection or infusion of thrombolytic agent กรณีที่ ฉีดเข้าทาง Intravenous

● 36.04 Intracoronary artery thrombolytic infusion (รวมถึงการฉีดยาละลาย Platelet Inhibitor) กรณีที่ ฉีดเข้าทาง Intracoronary artery

● 99.20 Injection or infusion of Platelet Inhibitor กรณีที่ฉีดเข้าทาง Intravenous

● Intravascular ultrasound of coronary vessel (IVUS) ใช้ 0024 ส่วน intracardiac echocardiography (ICE) ใช้ 3728

● intravascular measurement of coronary arteries. หรือ FFR ใช้รหัส 0059

ข้อควรระวัง

การวินิจฉัยและการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไม่ควรมีการให้รหัส การทำ cardiac catheterization (37.21 – 37.23) มาร่วมด้วยอีก เพราะการทำ cardiac catheterization มักใช้วินิจฉัยและรักษาในโรคหัวใจพิการแต่



กำเนิด (congenital heart disease) มักจะมี coder เข้าใจผิดใส่รหัสนี้เข้าไปในกลุ่มหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่เสมอ ยกเว้น มีหลักฐานการวัดแรงดันใน cardiac chamber

B. Peripheral vascular procedure

หัตถการที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดแดงอื่นๆ ประกอบด้วย

Percutaneous transluminal angioplasty : PTA หมายถึง หัตถการเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดแดงอื่นๆ ที่นอกเหนือจากหลอดเลือดแดงโคโรนารี เช่น Peripheral artery, Head & neck artery, Carotid artery, Pre cerebral artery, Intracranial artery โดยการเจาะรูผ่านทางผิวหนัง เพื่อใส่สายสวนหลอดเลือดที่มี balloon หรือ ลูกโป่งเล็กๆ อยู่บริเวณปลายของสายสวน ซึ่งบอลูนนี้จะใส่เข้าไปในหลอดเลือดแดงที่ตีบอยู่ หลังจากนั้นแพทย์จะดันให้ลูกโป่งพองออกตรงตำแหน่งที่ตีบ แรงกดของลูกโป่งก็จะดันผนังหลอดเลือดที่ตีบนั้นให้ขยายออกทำให้เลือดสามารถไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะนั้นๆ ได้มากขึ้น

หัตถการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

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

แนวทางการบันทึกของแพทย์(Auditor)

ใช้แนวทางเดียวกับ Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA)

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

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



ให้รหัส 88.48 : Arteriography of femoral and other lower extremity arteries

2. Arterioplasty or angioplasty of non coronary artery

2.1. Percutaneous transluminal angioplasty of

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

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

2.2. Percutaneous transluminal angioplasty of

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

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

2.3. Percutaneous transluminal angioplasty of cerebral (intracranial) arteries

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

3. Insertion of non coronary stent

3.1. Percutaneous insertion of carotid artery stent(s)

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

3.2. Percutaneous insertion of extracranial artery stent(s), basilar stent, vertebral stent

ให้รหัส 00.64 : Percutaneous insertion of other precerebral (extracranial) artery stent(s)

3.3. Percutaneous insertion of intracranial vascular stent(s)

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

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

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

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

mesenteric artery, peripheral artery, renal artery, Bare stent(s), Bonded stent(s), drug-coated stent(s)

ให้รหัส 39.90 : Insertion of non-drug-eluting peripheral vessel stent(s)

ร่วมกับ รหัสหัตถการ number of vascular stents inserted ดังนี้

* 00.45 Insertion of one vascular stent or Number of stents, unspecified

* 00.46 Insertion of two vascular stents



- * 00.47 Insertion of three vascular stents
- * 00.48 Insertion of four or more vascular stents

number of vessels treated ดังนี้

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

C. Treatment for cardiac arrhythmia

Pacemaker replacement หมายถึง การใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจสำหรับรักษาภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ เพื่อให้ระบบการไหลเวียนของเลือดอยู่ในภาวะปกติ หรือ ใกล้เคียงปกติมากที่สุดทั้งในขณะที่พักและขณะออกกำลังกาย โดยทั่วไปเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือชนิดชั่วคราว และ ชนิดถาวร

1. เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจชนิดชั่วคราว (temporary pacemaker)

1.1 Transcutaneous pacemaker เป็นเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดตัวเครื่องอยู่ภายนอกร่างกายมีอิเล็กโทรดแปะติดอยู่ที่ผิวหนังด้านหน้า และด้านหลังของอกด้านซ้ายอย่างละแผ่น เป็นชนิดที่ใช้ง่ายที่สุด ไม่ต้องผ่าตัดหรือแทงหลอดเลือด เหมาะสำหรับการใช้งานในกรณีฉุกเฉินเพื่อแก้ไขภาวะหัวใจหยุดเต้น แต่อาจทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดเนื่องจากกระตุ้นผ่านกล้ามเนื้อและกระดูก

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

2. เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจชนิดถาวร (permanent pacemaker)

เป็นการผ่าตัดฝังเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ โดยวิธีการผ่าตัดเข้าทางหลอดเลือดดำบริเวณหน้าอกระหว่างกระดูกไหปลาร้ากับราวนม หรืออาจฝังทางหน้าท้องก็ได้ แล้วสอดสายสอดเข้าไปตามหลอดเลือดดำจนถึงตำแหน่งของห้องหัวใจที่แพทย์ต้องการ ปลายสายสอดจะไปสัมผัสกับผนังด้านในของหัวใจ ส่วนตัวกำเนิดสัญญาณไฟฟ้าจะฝังอยู่ที่ผิวหนังบริเวณทรวงอกด้านบน โดยแพทย์จะควบคุมการเต้นของเครื่องให้เหมาะสมกับการเต้นของหัวใจในผู้ป่วยแต่ละราย จุดประสงค์เพื่อปล่อยกระแสไฟฟ้าไปกระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจให้ทำงานด้วยอัตราการเต้นตามปกติ

การทำงานของเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ แบ่งเป็น 2 ชนิด

1. แบบกำหนดอัตราเร็วคงที่ (fixed-rate mode หรือ asynchronous mode) เครื่องจะเปลี่ยนสัญญาณไฟฟ้าออกมาช่วยการเต้นของหัวใจตลอดเวลา ด้วยอัตราที่เท่ากันตลอดไม่ว่าผู้ป่วยจะมีอัตราการเต้นของหัวใจตนเองมากน้อยเพียงใด มีข้อเสีย คือ เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ง่าย

2. แบบอัตโนมัติทำงานสัมพันธ์กับกระแสไฟฟ้าภายในหัวใจ (demand pacemaker) เครื่องจะไม่ทำงานจนกว่าอัตราการเต้นของหัวใจผู้ป่วยช้ากว่าที่เครื่องกำหนด เนื่องจากมีระบบรับสัญญาณเพิ่มในตัวเครื่อง ซึ่งเมื่อรับ



สัญญาณคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยเองได้แล้ว ก็จะยับยั้งไม่ให้เกิดการปล่อยกระแสไฟฟ้าออกมากระตุ้นหัวใจ โดยสายสื่อ มีหน้าที่ปล่อยกระแสไฟฟ้าและรับสัญญาณคลื่นไฟฟ้า (R wave) ของผู้ป่วย เมื่อได้รับสัญญาณก็จะส่งกลับไปทำการรับ สัญญาณของตัวเครื่องเพื่อยับยั้งไม่ให้ปล่อยกระแสไฟออกมากระตุ้น ข้อดี คือ ส่งกระแสไฟฟ้าไปกระตุ้นหัวใจเท่าที่ จำเป็น และไม่แย่งชิงจังหวะการเต้นกับของผู้ป่วย

ชนิดของเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ สามารถแบ่งได้เป็น 3 แบบ

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

2. Dual chamber pacemaker หมายถึง การส่งสัญญาณไฟฟ้ากระตุ้นการเต้นของหัวใจจะเกิดที่ห้องหัวใจ ทั้ง 2 ห้อง ช่วยให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่างเป็นไปตามลำดับ ทำให้หัวใจห้องบนไล่เลือดลงสู่หัวใจ ห้องล่างก่อนที่หัวใจห้องล่างจะบีบตัวเพื่อไล่เลือดไปเลี้ยงร่างกาย ซึ่งทำงานใกล้เคียงกับการทำงานปกติของหัวใจ ใกล้เคียงธรรมชาติมากที่สุด เช่น DVI(AV sequential) จะกระตุ้นทั้งหัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่าง แต่รับสัญญาณที่ หัวใจห้องล่างเท่านั้น ถ้าหัวใจเต้นตามปกติสัญญาณจะถูกส่งจากหัวใจห้องล่างกลับไปยังเครื่องกระตุ้นหัวใจ ทำให้ เครื่องไม่ส่งสัญญาณไฟฟ้าออกไป แต่ถ้าไม่มีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างก่อนกำหนดของเครื่อง เครื่องจะปล่อย กระแสไฟฟ้าออกไปทั้งที่หัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่าง แต่ช่วงเวลาที่กระแสไฟฟ้าส่งถึงหัวใจห้องล่างจะช้ากว่าหัวใจ ห้องบนเล็กน้อย เป็นผลให้มีการเต้นที่สัมพันธ์กัน หรือ แบบ DDO (fully automatic pacemaker) การทำงานคล้าย แบบ DVI แต่สามารถรับและส่งสัญญาณได้ทั้งหัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่าง

3. Biventricular pacemaker หรือเรียกว่า Cardiac resynchronization therapy (CRT) เป็นการใส่ เครื่องกระตุ้นหัวใจเพื่อให้หัวใจทั้งสองห้อง ทั้งซ้ายและขวาทำงานประสานกันอย่างสอดคล้องกัน โดยใส่สายเข้าไปที่ หัวใจทั้งห้องสองห้องและกำหนดเวลาให้บีบตัวสัมพันธ์กัน ใช้ในผู้ป่วยที่เป็นหัวใจวายเรื้อรัง

Automate Defibrillator (AICD) คือการฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจ เข้าไปที่ห้องหัวใจโดยตรง ใช้ในกรณีผู้ป่วย ที่มีไฟฟ้าหัวใจเต้นผิดปกติ (ventricular tachycardia หรือ ventricular fibrillation) เครื่องจะทำการ อ่านคลื่น หัวใจและช็อคด้วยตัวเองเมื่อพบความผิดปกติในผู้ป่วย หัวใจวายเรื้อรัง (chronic heart failure)ที่มีข้อบ่งชี้ในการใส่ ทั้งเครื่อง CRT และ AICD จะรวมเครื่องสองเครื่องนี้เข้าเป็นเครื่องเดียวกันและเรียกเครื่องนี้ว่า CRTD

แนวทางการบันทึกของแพทย์(Auditor)

การบันทึกการทำหัตถการของแพทย์ ควรระบุให้ชัดเจน ดังนี้

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



2. ชนิดของเครื่องกระตุ้นหัวใจ
 - 2.1. เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจชนิดชั่วคราว (temporary pacemaker)
 - * transcutaneous pacemaker
 - * transvenous pacemaker
 - 2.2. เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจแบบถาวร (permanent pacemaker)
3. ประเภทการทำงานของเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ สำหรับเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจแบบถาวร
 - 3.1. สัญญาณไฟฟ้ากระตุ้นการเต้นของหัวใจเกิดที่ห้องหัวใจห้องใดห้องหนึ่ง (single chamber pacemaker)
 - 3.2. สัญญาณไฟฟ้ากระตุ้นการเต้นของหัวใจเกิดที่ห้องหัวใจทั้ง 2 ห้อง (dual chamber pacemaker)
โดยอาจจะบุเป็นรหัสของเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจชนิดถาวร มีชื่อเรียกย่อๆว่า NBG Code ประกอบด้วย 5 ตำแหน่งดังนี้
 - ตำแหน่งที่ 1 แสดงถึงห้องหัวใจที่ถูกกระตุ้น
 - ตำแหน่งที่ 2 แสดงถึงห้องหัวใจที่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจสามารถรับสัญญาณจากผู้ป่วย
 - ตำแหน่งที่ 3 แสดงถึงการตอบสนองของเครื่องต่อสัญญาณที่ได้รับจากหัวใจผู้ป่วย
 - ตำแหน่งที่ 4 แสดงถึงว่าเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจสามารถที่จะถูกปรับค่าต่างๆ ตามที่ต้องการ
 - ตำแหน่งที่ 5 แสดงถึงการทำหน้าที่แก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ตัวอย่างเช่น

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



7. VVIR: Adaptive-rate VVI pacemaker with escape interval controlled adaptively by one or more unspecified variables
8. DDDR: Programmable DDD pacemaker with escape interval controlled adaptively by one or more unspecified variables หมายถึง เครื่องจะกระตุ้นหัวใจทั้งห้องบนและห้องล่าง หัวใจทั้ง 2 ห้องสามารถรับและส่งสัญญาณได้ เป็นทั้งแบบส่งสัญญาณยับยั้งการปล่อยกระแสไฟฟ้าและส่งสัญญาณให้เกิดการปล่อยกระแสไฟฟ้า และเครื่องสามารถปรับอัตราการปล่อยกระแสไฟฟ้าให้สัมพันธ์กับกิจกรรมของผู้ป่วยขณะนั้นๆ

Pacemaker nomenclature

Revised NBG code for pacing nomenclature

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

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

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

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



- 37.81 Initial insertion of single-chamber device, not specified as rate responsive เช่น VVI, AAI
- 37.82 Initial insertion of single-chamber device, rate responsive Rate responsive to physiologic stimuli other than atrial rate เช่น WVIR,AAIR
- 37.83 Initial insertion of dual-chamber device Atrial ventricular sequential device เช่น DVI,DDI, DDIR, DDDR
- 37.85 Replacement of any type pacemaker device with single-chamber device, not specified as rate responsive
- 37.86 Replacement of any type of pacemaker device with single-chamber device, rate responsive Rate responsive to physiologic stimuli other than atrial rate
- 37.87 Replacement of any type pacemaker device with dual-chamber device Atrial ventricular sequential device
- 37.89 Revision or removal of pacemaker device

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

- 3. กรณีใส่เครื่อง CRT ใช้รหัส 00.50 (implantation of cardiac resynconization total system) AICD ใช้รหัส 37.94 Implantation or replacement of automatic cardioverter/defibrillator, total system [AICD] CRTD ใช้รหัส 00.51 (implantation of cardiac resynconization defibrillator total system)

Cardiopulmonary resuscitation

Cardiopulmonary resuscitation หมายถึง การทำหัตถการกู้ชีพ ในภาวะ Cardiac arrest

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

- 1. กรณีมีการทำ Cardioversion ร่วมด้วย ให้รหัส 99.62 Other electric countershock of heart
- 2. กรณีไม่มีการทำ Cardioversion ให้รหัส 99.63 Closed chest cardiac massage
- 3. กรณีไม่มีการบันทึกรายละเอียดในข้อ 1 และ 2 ให้รหัส 99.60 Cardiopulmonary resuscitation, not otherwise specified



Trades name of Coronary Artery Stents

Trades name of drug eluting stent (DES)	Trades name of non drug eluting stent (BMS)
<ul style="list-style-type: none">• Axxion• Coroflex piece• Costar• Cypher• Endeaver• Excel• Firebird• Liberte• Paclitaxel• Pronova• Rapamune• Supralimus• Taxus• Xience V• Yukon	<ul style="list-style-type: none">• Chopin2• Chrono cobalt crome carbostent• Coroflex blue• Driver• Flexmaster• Gazelle• Genous• Liberte• Mustang• Pixel• Presillion• Prokinetic• Prolink• Tecnic• Tsunami gold• Ultra• Vision• Zeta



Trade name of Platelet inhibitor/Thrombolytic agent

Platelet inhibitor	Thrombolytic agent
<ul style="list-style-type: none">● NovoSeven® [Novo Nordisk] [Novo Nordisk] - factor viia, recombinant● Argatroban● Drotrecogin alfa (activated)● Fondaparinux sodium● Integrilin® [MSD] [DKSH] - eptifibatide● Tirofiban● Intelence® [Janssen-Cilag] [DKSH] - etravirine	<ul style="list-style-type: none">● Actilyse® [Boehringer Ingelheim] [Zuellig] - alteplase● Alteplase● Anistreplase● Reteplase● Streptase® [sanofi-aventis] [DKSH] - streptokinase● Streptokinase● Thromboflux® [Bharat Serums and Vaccines] [Cosma Medical] - streptokinase● Metalyse® [Boehringer Ingelheim] [Zuellig] - tenecteplase● Tenecteplase● Urokinase



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางออร์โธปิดิกส์)

1.กลุ่มหัตถการ Partial Knee replacement

Partial Knee replacement หมายถึง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าบางส่วนในผู้ป่วยที่มี osteoarthritis บริเวณข้อเข่าและลูกสะบ้าที่ยังเป็นเพียงบางส่วนหรือยังไม่รุนแรงจนต้องผ่าตัด total knee replacement

แบ่งการผ่าตัด เป็น 3 ประเภท คือ

1.Unicompartmental knee arthroplasty เป็นการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะ medial หรือ lateral compartment arthritis

2.Bicompartmental knee Arthroplasty ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่มี medial compartment arthritis ร่วมกับ patellofemoral arthritis

3.Arthroplasty for patellofemoral arthritis เป็นการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา patellofemoral arthritis

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

1.กรณีผ่าตัดเฉพาะ medial หรือ lateral compartment arthritis บันทึกว่า Unicompartmental Knee Arthroplasty

2.กรณีผ่าตัดเฉพาะ medial compartment arthritis ร่วมกับ patellofemoral arthritis บันทึกว่า Bicompartmental Knee Arthroplasty

3.กรณีเป็นการผ่าตัดเปลี่ยนผิวลูกสะบ้าไปพร้อมกับการทำ Total Knee Arthroplasty บันทึกว่า Total Knee Arthroplasty

- กรณีเป็นการผ่าตัดเฉพาะ Patellofemoral บันทึกว่า Patellofemoral arthroplasty
- กรณีเป็นการผ่าตัดเฉพาะ กระดูกงอกที่เสื่อมออก ตกแต่งให้กระดูกลูกสะบ้าเข้ารูป โดยไม่มีการเปลี่ยน หรือ ใส่อุปกรณ์ใดๆ บันทึกว่า Patelloplasty

หมายเหตุ การผ่าตัดทั้ง 2 กรณี (Patellofemoral arthroplasty & Patelloplasty) ให้ใช้รหัส 78.46

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

การผ่าตัดทั้ง 3 ประเภท ให้รหัส 81.54 Total knee replacement

2.กลุ่มหัตถการ Revision of knee replacement

Revision of knee replacement หมายถึง การผ่าตัดในกรณีที่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งเมื่อใช้งานไประยะหนึ่ง จะเกิดการหลุดหลวม หรือ เกิดการติดขัดจึงต้องผ่าตัดซ่อมแซมที่ส่วนใดส่วนหนึ่ง (เอาข้อเทียมส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดออก)



แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดให้ชัดเจนว่า มีการผ่าตัด เปลี่ยน component ส่วนใด แต่ต้องเป็น component ที่เคยทำผ่าตัดมาแล้ว

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1. ให้รหัส 00.80 revision of knee replacement, total (all component) สำหรับการผ่าตัดซ่อมแซม เปลี่ยนอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมทั้งหมด 3 ส่วน ทั้งวัสดุเทียมครอบต้นขาส่วนปลาย, หน้าแข้งส่วนบน และ ลูกสะบ้า

2. ให้รหัส 00.81 revision of knee replacement, tibial component สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะส่วน วัสดุที่รองรับบนกระดูกหน้าแข้งส่วนบนซึ่งอาจจะเป็นการผ่าตัดโลหะ tibial baseplate ร่วมกับ tibial insert (liner) ซึ่งเป็น polyethylene

3. ให้รหัส 00.82 revision of knee replacement, femoral component สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนโลหะ ส่วนครอบกระดูกต้นขาส่วนปลาย ซึ่งอาจจะเป็นการผ่าตัดร่วมกับการเปลี่ยน tibial insert ก็ได้

4. ให้รหัส 00.83 revision of knee replacement, patellar component สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนวัสดุ เทียมส่วนลูกสะบ้า

5. ให้รหัส 00.84 revision of knee replacement, tibial insert (liner) สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนวัสดุเทียม รองรับข้อส่วนที่อยู่เหนือโลหะครอบบนกระดูก tibia ซึ่งนิยมใช้วิธีนี้ร่วมกับในการรักษาการติดเชื้อของข้อเข่าเทียม

6. กรณีที่แพทย์เปลี่ยนอุปกรณ์ทั้ง 2 ด้าน แต่ไม่ได้เปลี่ยนอุปกรณ์ผิวลูกสะบ้า (เนื่องจากยังไม่มีรหัสที่เหมาะสม ใน ICD-9-CM)ให้ใช้รหัส 00.81 revision of knee replacement, tibial component ร่วมกับ 00.82 revision of knee replacement, femoral component เนื่องจากเป็นรหัสที่ได้ข้อมูลครบถ้วนมากกว่า

7. ให้รหัส 84.57 removal of cement spacer ร่วมกับ ในกรณีที่เป็นการผ่าตัดเพราะการติดเชื้อ และต้องมีการถอดอุปกรณ์ออกทั้งหมด และ ใส่ cement spacer ไว้ เมื่ออาการติดเชื้อดีขึ้น จึงนัดมาถอด cement spacer ออก และใส่อุปกรณ์ชุดใหม่

8. ให้รหัส 80.06 Arthrotomy for removal of (Knee) prosthesis without replacement ในกรณีที่เป็นการผ่าตัดเพราะการติดเชื้อ และต้องมีการถอดอุปกรณ์ออกทั้งหมด แล้วมีการใส่ Cement spacer เมื่ออาการติดเชื้อดีขึ้น จึงนัดมาใส่อุปกรณ์ชุดใหม่ภายหลัง ให้รหัส 84.56 Insert of cement spacer ร่วมกับ

3.กลุ่มหัตถการ Revision of hip replacement

Revision of hip replacement หมายถึง การผ่าตัดในผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Total hip replacement) เมื่อใช้งานหลายปี อาจเกิดการหลุดหลวมจนต้องผ่าตัดซ่อมแซมที่ส่วนใดส่วนหนึ่ง (เอา ข้อเทียมส่วนใดส่วนหนึ่งหรือ ทั้งหมดออก)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรบันทึกว่ารายละเอียดการผ่าตัดให้ชัดเจนว่า มีการผ่าตัดซ่อมแซม component ส่วนใด

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1. ให้รหัส 00.70 revision of hip replacement, both acetabular and femoral component สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทั้งหมด 2 ส่วน ทั้งส่วนเบ้าสะโพก และ ส่วนแกนต้นขา



2. ให้รหัส 00.71 revision of hip replacement, acetabular component สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะส่วน acetabular shell ซึ่งอาจจะเป็นการผ่าตัด ร่วมกับการเปลี่ยน cup หรือ liner , หรือ ร่วมกับการเปลี่ยนส่วน femoral head ก็ได้

3. ให้รหัส 00.72 revision of hip replacement, femoral component สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะส่วน femoral stem ซึ่งอาจจะเป็นการผ่าตัด ร่วมกับการเปลี่ยน femoral head หรือ ร่วมกับการเปลี่ยน acetabular liner

4. ให้รหัส 00.73 revision of hip replacement, acetabular liner and/or femoral head only สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะ acetabular liner และ/หรือ femoral head

5. ให้รหัส 80.05 Arthrotomy for removal of (Hip) prosthesis without replacement ในกรณีที่เป็น การผ่าตัดเพราะการติดเชื้อ และ ต้องมีการถอดอุปกรณ์ออกทั้งหมด เมื่ออาการติดเชื้อดีขึ้น จึงนำมาสักรุ่น ชุดใหม่ ภายหลัง ถ้ามีการใส่ Cement spacer ให้รหัส 84.56 Insert of cement spacer ร่วมด้วย

6. รหัส 81.53 Revision of hip replacement, not otherwise specified เป็นรหัสที่ไม่ควรใช้ เนื่องจาก มีรหัสที่สมบูรณ์กว่า คือ 00.70 – 00.73

ICD-9-CM ยังกำหนดให้มีการให้รหัสเสริมเพื่อบอกชนิดของวัสดุของ liner และ femoral head ว่าเป็น polyethylene, ceramic หรือ metal ให้ลงรหัสเสริมดังนี้

1. ให้รหัสเสริม 00.74 hip bearing surface, metal on polyethylene เมื่อใช้เข้าชนิดที่ทั่วไป คือ หัว femoral head เป็นโลหะ (metal) และ ส่วน liner เบ้าสะโพกเป็นสารสังเคราะห์ทำด้วยพลาสติก ความหนาแน่นสูงพิเศษสีขาว หรือ เขียวอ่อน (polyethylene, UHMWPE)

3. ให้รหัสเสริม 00.75 hip bearing surface, metal on metal เมื่อใช้เข้าชนิดพิเศษเพื่อลดแรงเสียดทาน โดยออกแบบให้หัวโลหะสกับเบ้า liner ที่เป็นโลหะ

4. ให้รหัสเสริม 00.76 hip bearing surface, ceramic on ceramic เมื่อใช้เข้าชนิดพิเศษเพื่อลดแรงเสียดทาน โดยออกแบบให้หัว femoral head เป็นสารเครื่องเคลือบสกับเบ้า liner ที่เป็นสารเครื่องเคลือบด้วยกัน

5. ให้รหัสเสริม 00.77 hip bearing surface, ceramic on polyethylene เมื่อใช้เข้าที่ออกแบบให้ หัว femoral head เป็นสารเครื่องเคลือบสกับเบ้า liner ชนิดธรรมดาที่ทำด้วย polyethylene

6. ในกรณีที่ทำ Total hip arthroplasty (THA) แล้วมี malfunction จนต้องทำ revision ใน Admission เดียวกัน ให้รหัส การวินิจฉัยโรคหลัก คือ M16.- รหัสการวินิจฉัยโรครอง คือ T84.0, Y79.2 และรหัสหัตถการ 81.51 ร่วมกับ 00.7-

4. กลุ่มหัตถการ Other exploration and decompression of spinal canal

Other exploration and decompression of spinal canal หมายถึง การทำ Laminectomy อย่างเดียว

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ต้องบันทึกในใบบันทึกการผ่าตัด ว่า มีการทำ Laminectomy

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1. ถ้าแพทย์บันทึกการผ่าตัด decompressive laminectomy, laminoplasty, laminotomy ให้รหัส 03.09 Other exploration and decompression of spinal canal



2. ในกรณีการทำผ่าตัด replacement and revision of posterior spinal motion preservation device(s) ต้องมีการให้รหัส 84.80 – 84.85 (เป็นรหัสใหม่ที่เพิ่มใน ICD 9 CM version 2010) ร่วมด้วย

3. ในกรณีการทำผ่าตัดหมอนรองกระดูก เช่น หมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาทระดับเอว แพทย์มักจะเขียนว่า laminectomy + disectomy L4-5 ให้ใช้รหัส 80.51 Excision of intervertebral disc (Omit code 03.09) และ ถ้าหากมีการทำ spinal fusion ให้ใส่รหัส 81.00 - 81.08 ร่วมด้วย

5.กลุ่มหัตถการ Spinal fusion

Spinal fusion หมายถึง การเชื่อมข้อกระดูกสันหลังให้กระดูกสันหลังคงรูปอยู่กับที่ที่เราต้องการ เช่น จากโค้งให้ตรงนอกจากนี้ ยังเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการขยับเลื่อน หรือ ผิดรูปร่าง มากไปกว่าเดิมหลังการผ่าตัด

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ต้องระบุการผ่าตัดที่สามารถสื่อได้ว่าการทำ Fusion โดยมีรายละเอียดการผ่าตัดที่ชัดเจนตั้งแต่เทคนิคทางเข้าการผ่าตัด ว่าเป็นทาง anterior, posterior หรือ lateral transverse process ทำที่ spinal ส่วนใด และ ต้องระบุจำนวน vertebra ที่ fusion ด้วย

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1.กรณี fusion บริเวณ cervical spine ถ้าไม่ระบุรายละเอียด แต่ทราบว่าทำ fusion มักหมายถึง anterior approach (indexชี้) ให้รหัส 81.02 Other cervical fusion , anterior technique

2.กรณี fusion บริเวณ lumbar spine ถ้าไม่ระบุรายละเอียด แต่ทราบว่า ทำfusion มักหมายถึง posterior approach (indexชี้) ให้รหัส 81.08 Lumbar and lumbosacral fusion, posterior technique

3.กรณี spinal fusion ในส่วน lumbar ที่ทำส่วนใหญ่ มักจะมีคำว่า PLF (posterolateral fusion) , PLIF (posterior lumbar interbody fusion) , TLIF (Transforamen interbody fusion) ให้รหัส 81.08

4.กรณีบันทึกการผ่าตัดว่า anterior (cervical) decompression (disectomy) + interbody fusion (IBF) +/- cervical plate ให้รหัส 80.51 + 81.02 และ ต้องระบุจำนวน vertebra ที่ fusion (81.62 - 81.64) และ ถ้ามีการใส่ cervical cage ให้รหัส 84.51 Insertion of interbody spinal fusion device ร่วมด้วย

5.กรณีบันทึกการผ่าตัดว่า Decompressive (lumbar) laminectomy + PLF +/- pedicular screw (อาจจะระบุเป็นยี่ห้อ) ให้รหัส 03.09 + 81.08 + 84.51 และ ต้องระบุจำนวน vertebra ที่ fusion (81.62 - 81.64)

6.กรณีบันทึกการผ่าตัดว่า Decompressive (lumbar) laminectomy + PLIF +/- pedicular screw (อาจจะระบุเป็นยี่ห้อ) ให้รหัส 80.51 + 81.08 + 84.51 และ ต้องระบุจำนวน vertebra ที่ fusion

7.กรณี fusion ถ้ามีการใส่กระดูกเทียม (hydroxyapatite) ให้รหัส 84.52 Insertion of recombinant bone morphogenetic protein เนื่องจากไม่มีรหัสที่เฉพาะเจาะจง

8.กรณี fusion ถ้ามีการนำกระดูกจากบริเวณ iliac crest มาทำเป็น bone graft ให้รหัส 77.79 ร่วมด้วย (ดูการบันทึกรายละเอียดใน operative note)



9.กรณี บันทึกการผ่าตัด มีข้อมูลระบุแค่ว่า ใส่ pedicular screw แต่ไม่ระบุว่า fusion (ซึ่งโดยส่วนใหญ่การใส่ pedicular screw มักจะมีการทำ fusion ด้วยแต่ไม่ใช่ทุกกรณี) ให้รหัส 84.51 อย่างเดียว (รหัส 84.51 รวม Screw, Rod ด้วย) ซึ่งรหัส 84.51 Insertion of interbody spinal fusion device หมายถึง หัตถการที่มีการใส่อุปกรณ์ เพื่อทำหน้าที่เชื่อมยึดกระดูกสันหลัง ได้แก่ wire, screws, cables, plated และ rods

10.กรณี บันทึกการผ่าตัด มีข้อมูลระบุว่าใส่ pedicular screw ที่ lumbar spine แต่ไม่ระบุว่า fusion ให้ผู้ให้รหัสสอบถามแพทย์ และ/หรือตรวจสอบเวชระเบียน ว่ามีการทำ fusion หรือไม่ ถ้าไม่มีการทำ fusion ให้รหัส 84.51 อย่างเดียว แต่ถ้าระบุว่า fusion แต่ไม่ระบุวิธีการ ให้รหัส 84.51 + 81.08 ได้

6.กลุ่มหัตถการ Repair tendon of hand

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ต้องระบุรายละเอียดการทำผ่าตัดให้ชัดเจน ว่าเป็นการทำทันที หรือ ภายหลัง

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1. ถ้าเป็น Primary, immediate repair
 - ให้รหัส 82.44 other suture of flexor tendon of hand กรณีทำผ่าตัด Flexor tendon
 - ให้รหัส 82.45 other suture of other tendon of hand กรณีทำผ่าตัด extensor tendon
2. ถ้าเป็นการ Repair ภายหลัง ไม่ได้ทำทันที หมายรวมทั้ง การทำ Secondary repair ธรรมดา และการทำ Second stage reconstruction
 - ให้รหัส 82.42 Delayed suture flexor tendon of hand กรณีทำผ่าตัด Flexor tendon
 - ให้รหัส 82.43 Delayed suture of other tendon of hand กรณีทำผ่าตัด extensor tendon
3. ถ้าเป็นการ Reconstruction flexor tendon of hand
 - กรณี first stage ให้รหัส 82.79 Plastic operation on hand with other graft or implant
 - กรณี second stage ให้รหัส 82.42 Delayed suture flexor tendon of hand กรณีทำผ่าตัด Flexor tendon
4. กรณีมี Contaminated wound ร่วมกับ tendon injury of hand เช่น Blast injury of hand สามารถให้รหัสหัตถการ 86.22 Excisional debridement of wound, infection or burn หรือ 86.28 Nonexcisional debridement of wound, infection or burn ร่วมด้วยได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรายละเอียดข้อมูลใน Operation note

7.กลุ่มหัตถการ Reattachment of hand tendon

ในเรื่องของการ repair tendon หรือ reattachment ถ้าใน ICD-9-CM มีรหัสเฉพาะให้ใช้รหัสนั้น เช่น Mallet finger ที่ส่วนใหญ่การขาดมักขาดใกล้ที่เกาะ หรือเป็นการกระชากขาดของที่เกาะ ควรใช้รหัส 82.84 Repair of mallet finger (ไม่ใช่รหัส 82.53)

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

การให้รหัสการจัดกระดูกและข้อเคลื่อน (Reduction of fracture and dislocation) เป็นการให้รหัสการจัดกระดูกที่รวมไปถึงการใส่ cast และ splint, การทำ traction ด้วย Kirschner wire, Steinmann pin ให้รหัสเป็น 79.- ตามด้วยตำแหน่งของอวัยวะที่ทำการรักษาในตำแหน่งที่ 4 ดังนี้



0 unspecified site	6 tibia and fibula Leg NOS
1 humerus	7 tarsal and metatarsals Foot NOS
2 radius and ulna Arm NOS	8 phalanges of foot
3 carpals and metacarpals Hand NOS	9 other specified bone
4 phalanges of hand	
5 femur	

รหัสกลุ่ม 79.- มีรหัสร่วมด้วย คือ ในกรณีที่มีการใส่ external fixation device ให้รหัส (78.10 – 78.19)
ร่วมด้วย และ ชนิดของ fixator device ให้รหัส (84.71 – 84.73) ร่วมด้วย ถ้าทราบว่าเป็นชนิดไหน

1. กรณีทำหัตถการ Close reduction

- Close reduction with internal fixation ให้รหัส 79.1(0 – 9) Closed reduction of fracture with internal fixation
- Close reduction without internal fixation ให้รหัส 79.0(0 – 9) Closed reduction of fracture without internal fixation ในกรณีนี้ไม่ต้องให้รหัส การใส่ Cast และ Splint เพิ่มอีก

2. กรณีทำหัตถการ Open reduction

- Open reduction with internal fixation ให้รหัส 79.3(0 - 9) Open reduction of fracture with internal fixation
- Open reduction without internal fixation ให้รหัส 79.2(0 - 9) Open reduction of fracture without internal fixation

3. กรณีทำหัตถการ Reduction of Separation epiphysis with or without internal fixation

- กรณีทำแบบ Close reduction ให้รหัส 79.4(0 - 2, 5, 6, 9) Closed reduction of separated epiphysis
- กรณีทำแบบ Open reduction ให้รหัส 79.5(0 - 2, 5, 6, 9) Open reduction of separated epiphysis

4. กรณีทำหัตถการ Debridement open fracture ให้รหัสเป็น 79.6(0 - 9)

5. กรณีทำหัตถการ Reduction dislocation

- กรณีทำแบบ Close reduction (รวม Skeletal traction) ให้รหัส 79.7 (79.70 – 79.79) Closed reduction of dislocation
- กรณีทำแบบ Open reduction (รวม Internal & External Fixation devices) ให้รหัส 79.8 (79.80 – 79.89) Open reduction of dislocation

6. กรณีเป็นการทำ Internal fixation ที่ไม่ได้มีการ Reduction fracture

ให้รหัสเป็น 78.5 ตามด้วยตำแหน่งของอวัยวะที่ทำการรักษาในตำแหน่งที่ 4 (รวมการใส่อุปกรณ์ในกรณีที่มีการ Prophylactic, Reinsert, Revision of displacement and broken fixation device)

0 unspecified site	5 femur
1 scapula, clavicle, and thorax [ribs and sternum]	6 patella
2 humerus	7 tibia and fibula
3 radius and ulna	8 tarsals and metatarsals



- 4 carpals and metacarpals
- 9 other Pelvic bones Phalanges (of foot) (of hand) Vertebra

8.กลุ่มหัตถการ Remove fixation device

Remove fixation device หมายถึง การเอาเหล็กออก

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1. กรณีเป็นการ Remove internal fixation และ external fixation (รวมกรณี remove Minifixation) ให้รหัส 78.6 Removal of implanted devices from bone โดยตามด้วยตำแหน่งของอวัยวะที่ทำการเอาออกดังนี้
 - 0 unspecified site
 - 1 scapula, clavicle, and thorax [ribs and sternum]
 - 2 humerus
 - 3 radius and ulna
 - 4 carpals and metacarpals
 - 5 femur
 - 6 patella
 - 7 tibia and fibula
 - 8 tarsals and metatarsals
 - 9 other Pelvic bones Phalanges (of foot) (of hand) Vertebra
2. กรณีเป็นการ Remove external device ให้รหัส 97.88

หมายเหตุ

คู่มือ ICD-9-CM Procedure 2010 Coders, Desk reference ได้อธิบายการให้รหัสไว้ดังนี้

84.51 Insertion of interbody spinal fusion device

Description

This code describes the procedures used to surgically implant devices used in spinal fixation such as wires, screws, cables, plates, or rods. The patient is placed in the position dictated by the failure. The physician makes a midline incision overlying the damaged section. The fascia paravertebral muscles and ligaments are retracted. A number of reparative techniques may be used depending on the device and site. The physician closes the muscles, fascia and skin with layered sutures.

82.79 Plastic operation on hand with other graft or implant

Description

The physician excises a flexor tendon in a finger or hand and implants a synthetic rod for delayed tendon graft. The physician excises the overlying skin and dissects to the tendon. The tendon is freed. The proximal and distal ends are severed and the tendon is removed. The physician implants a synthetic rod so the surrounding tissue will form a natural tube for a tendon.



graft. The operative incision is closed. The closed this code is reported once for each rod that is implanted.

82.42 Delayed suture flexor tendon of hand

Description

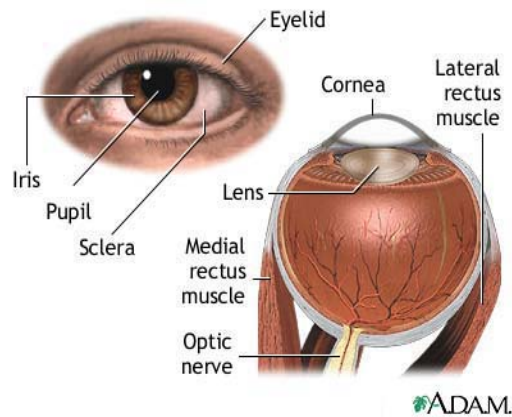
The physician repairs or advances a single flexor tendon, a fibrous band, between flexor muscle and bone following initial repair. The physician incises the skin overlying the medial incise phalanx and dissects to the tendon. The tendon is repaired with sutures or advanced and sutured to improve joint function. If a graft is needed for secondary repair, it is obtained from the palmaris longus tendon or from the foot. The incision is sutured in layers



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(การสรุปและให้รหัสหัตถการทางจักษุ)

หัตถการทางจักษุแบ่งตามส่วนประกอบของตาที่สำคัญเป็น



1. หัตถการของเปลือกตาและคิ้ว (Eyelid and eyebrow)
2. หัตถการของระบบน้ำตา (Lacrimal system)
3. หัตถการของเยื่อตา (Conjunctiva)
4. หัตถการของกระจกตา (Cornea)
5. หัตถการของม่านตา ชิเลียรีบอดี ตาขาว และช่องหน้าม่านตา (Iris, ciliary body, sclera and anterior chamber)
6. หัตถการของแก้วตา (Lens)
7. หัตถการของจอตา คอโรยด์ วุ้นตา และช่องหลังของตา (Retina, choroid, vitreous and posterior chamber)
8. หัตถการของกล้ามเนื้อนอกตา (Extraocular muscle)
9. หัตถการของเบ้าตา และลูกตา (Orbit and eyeball)

ชนิดของหัตถการ (Root of operation) ที่ใช้ในการทำหัตถการทางจักษุ ได้แก่

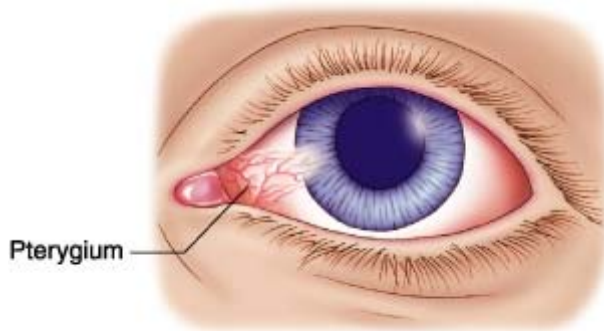
1. Diagnostic procedures (หัตถการเพื่อการวินิจฉัย)
2. Incision (การกรีด)
3. Excision or destruction (การตัดหรือการทำลาย)
4. Repair (การซ่อมแซม)
5. Reconstruction (การเสริมสร้าง)
6. Other procedures (หัตถการอื่นๆ) เช่น
 - Removal (การเอาสิ่งแปลกปลอมออกจากตา)
 - Manipulation (การจัดการเกี่ยวกับทางเดินน้ำตา)



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

หัตถการทางจักษุที่ทำบ่อย เช่น

1.กลุ่มหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการลอกต้อเนื้อ (pterygium excision)



คำจำกัดความ

ต้อเนื้อ เกิดจากเยื่อぶตาออกขึ้นไปบนกระจกตา เกิดได้ทั้งบริเวณหัวตาและหางตา สาเหตุเกิดจากการระคายเคืองเรื้อรังของเยื่อぶตาจากฝุ่นละอองหรือรังสีอัลตราไวโอเล็ต ทำให้เกิดการเคืองตา ตามัวจากกระจกตาเบี้ยวทำให้เกิดสายตาสั้นหรือถ่างออกมาจนถึงบริเวณกลางกระจกตา จะบังตาทำให้มองไม่เห็น การรักษาทำได้โดยการตัดหรือลอกออก อาจร่วมกับการทำเนื้อเยื่อปลูกถ่าย (graft) หรือใช้แร่กัมมันตภาพรังสีวางหลังการลอก เพื่อป้องกันการกลับเป็นใหม่

หัตถการที่เกี่ยวข้องกับการลอกต้อเนื้อ ได้แก่

- 11.31 Transposition of pterygium (เป็นการเปลี่ยนตำแหน่งหัวของต้อเนื้อ โดยการลอกออกจากผิวกระจกตาแล้วเอาไปเย็บติดไว้ด้านบนของขอบกระจกตา ปัจจุบันไม่เป็นที่นิยมเพราะยังมองเห็นเป็นต้อเนื้ออยู่บริเวณขอบกระจกตา)
- 11.32 Excision of pterygium with corneal graft (ในรายที่เป็นมาก ต้องตัดบางส่วนของกระจกตาออก จึงต้องทำ corneal graft ร่วมด้วย)
- 11.39 Other excision of pterygium (ใช้สำหรับการทำแบบ Simple pterygium excision หรือวิธีอื่นที่ไม่ใช่ 11.31 หรือ 11.32)

หัตถการอื่นๆที่อาจทำร่วมด้วย เพื่อลดการกลับเป็นใหม่ของต้อเนื้อ ได้แก่

- 10.44 Other free graft to conjunctiva (graft ที่ใช้อาจเป็น conjunctiva, mucous membrane, amniotic membrane)
- 10.49 Other conjunctivoplasty (เมื่อใช้วิธีอื่นนอกเหนือจากการใช้ free graft)



92.21 Superficial radiation (เมื่อมีการวางแร่ร่วมด้วย)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

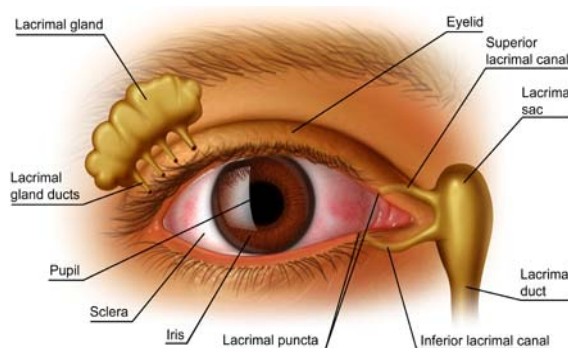
แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่าทำด้วยเทคนิคอะไร และมีการทำหัตถการอื่นเพื่อป้องกันการกลับเป็นใหม่ร่วมด้วยหรือไม่ เพื่อให้สามารถให้รหัสได้ถูกต้อง

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัสที่เฉพาะเจาะจงและครบถ้วนตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น

การวินิจฉัยของแพทย์	การให้รหัส
Excision and transposition of pterygium	11.31
Excision of pterygium with corneal graft	11.32
(Simple) Excision of pterygium	11.39
With Strontium radiation	92.21
With amniotic membrane/conjunctival graft	10.44
With transposition of conjunctiva	10.49

2.กลุ่มหัตถการสำหรับผู้ป่วยทางเดินน้ำตาตัน (Dacryostenosis)



คำจำกัดความ

ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับทางเดินน้ำตาตันจะมีอาการน้ำตาไหล มีขี้ตาเป็นหนอง หรือมีการอักเสบของบริเวณถุงน้ำตา เกิดขึ้นเนื่องจากการอุดตันที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบทางเดินน้ำตา(lacrimal passage) ซึ่งประกอบด้วย รูเปิดทางเดินน้ำตา (lacrimal punctum) ท่อน้ำตาส่วนต้น (lacrimal canaliculi) และท่อน้ำตาต่อจมูก (nasolacrimal duct) ทำให้น้ำตาไม่สามารถไหลจากตาลงสู่ช่องจมูกตามปกติได้ ถ้าเป็นการอุดตันที่ทางเดินน้ำตาส่วนต้น (punctum and canaliculi) จะมีอาการน้ำตาไหลอย่างเดียว ถ้าเป็นการอุดตันที่ทางเดินน้ำตาส่วนปลาย (nasolacrimal duct) มักจะพบมีการติดเชื้อร่วมด้วย สาเหตุของการอุดตันอาจเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด การติดเชื้อเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ การฉีกขาดจากอุบัติเหตุ หรือมีเนื้องอกอุดตัน



การรักษาทำโดยการเจาะเปิดทางเดินน้ำตาตามตำแหน่งที่อุดตัน เพื่อให้น้ำตาสามารถไหลผ่านได้สะดวก
หัตถการที่เกี่ยวข้องได้แก่

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

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่าทำหัตถการอะไร ที่ส่วนไหนของทางเดินน้ำตา เพื่อให้สามารถให้รหัสได้ถูกต้อง

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัสที่เฉพาะเจาะจงตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น

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



3.กลุ่มหัตถการสำหรับผู้ป่วยต้อหิน (Glaucoma)

คำจำกัดความ

ต้อหิน หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของขั้วประสาทตาและลานสายตา โดยอาจมีความดันตาปกติหรือสูงกว่าปกติก็ได้ ซึ่งผู้ป่วย อาจมีอาการปวดตาเฉียบพลัน, ตามัว ในกลุ่มที่มีภาวะต้อหินเฉียบพลัน (Acute angle closure glaucoma : AACG) หรือ มีอาการตามัวช้าๆ จากการสูญเสียลานสายตาโดยไม่มีอาการใดๆ ก็ได้ (Normal tension glaucoma : NTG, Chronic glaucoma)

การรักษาในปัจจุบัน มีทั้งการใช้ยา, เลเซอร์ และ/ หรือ การผ่าตัดเพื่อลดความดันตา หัตถการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาต้อหิน ได้แก่

- 12.5 Facilitation of intraocular circulation คือ การทำหัตถการภายในลูกตาเพื่อเปิดทางระบายน้ำออกจากตา
- 12.6 Scleral fistulization หมายถึง การทำหัตถการโดยการเปิดช่องบริเวณตาขาวเพื่อให้มีทางระบายน้ำจากในลูกตาออกสู่ภายนอก (ใต้ชั้นเยื่อบุตา)
- 12.7 Other procedures for relief of elevated intraocular pressure คือการทำหัตถการอื่นๆเพื่อลดความดันภายในลูกตา

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่าทำหัตถการอะไร และใช้วิธีอะไร มีการเปิดช่องระบายน้ำที่ตาขาวหรือไม่

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัสที่เฉพาะเจาะจงตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น

การวินิจฉัยของแพทย์	การให้รหัส
Trabeculectomy	12.64 (ไม่ต้องให้รหัส iridectomy ร่วมด้วย)
Glaucoma drainage device	12.79
Trabeculectomy with Glaucoma drainage device	12.64 + 12.79
Surgical revision of filtering bleb	12.66
Laser suture lysis of filtering bleb / Needling bleb	12.79
With subconjunctival injection of MMC/ 5-FU	10.91 + 99.25
Cyclocryotherapy	12.72
Cyclophotocoagulation	12.73

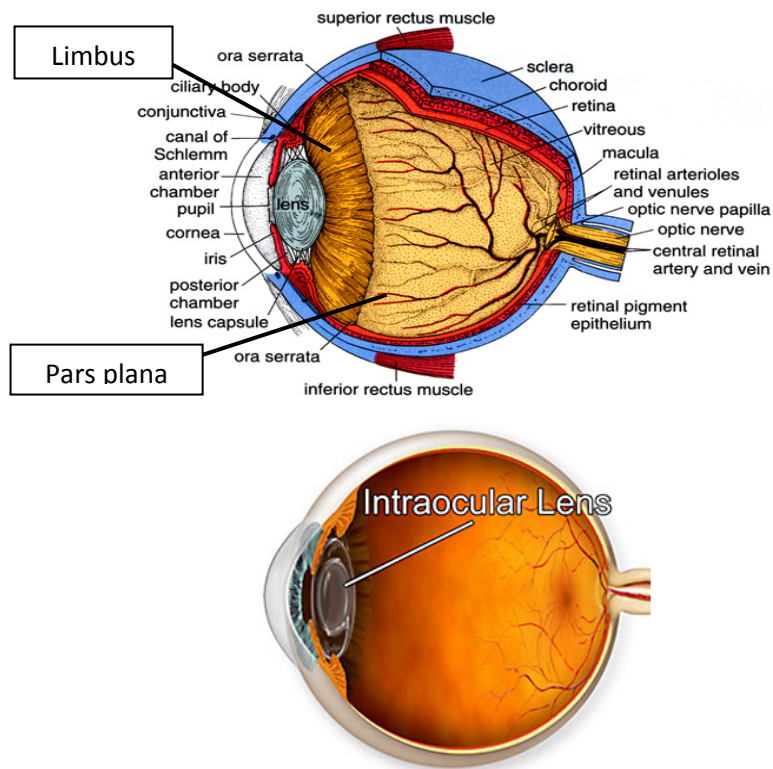
หมายเหตุ การวาง Mitomycin C หรือ 5-FU ร่วมในขณะผ่าตัด Trabeculectomy ไม่มีการให้รหัสหัตถการเพิ่ม



4.กลุ่มหัตถการสำหรับผู้ป่วยต้อกระจก (Cataract)

คำจำกัดความ

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



การรักษาทำโดยการเอาแก้วตาที่ขุ่นออก และใส่เลนส์ตาเทียมเข้าไปแทนที่ ก็จะสามารถมองเห็นได้ วิธีที่จะไปเอาแก้วตาที่ขุ่นออกทำได้หลายวิธี อาจเป็นการทำโดยการใช้เครื่องมือผ่าตัดธรรมดา หรือใช้เครื่องสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ตำแหน่งแผลผ่าตัดอาจเข้าทางด้านหน้าบริเวณขอบตาดำ (limbus) หรือทางด้านหลังของขอบตาดำบริเวณพาร์ส แพลนา (pars plana)

การเอาแก้วตาออกทำได้ 2 แบบ คือ

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



- 13.11 Intracapsular extraction of lens by temporal inferior route เป็นการเอาแก้วตาออกพร้อมถุงหุ้มโดยออกทางด้านขมับล่าง ใช้ในรายที่เคยมีการทำหัตถการที่เกี่ยวกับต้อหินในบริเวณด้านบนหรือด้านข้างของกระจกต้ามามาก่อน ซึ่งปัจจุบันไม่มีข้อบ่งใช้ในการทำหัตถการนี้
- 13.19 Other intracapsular extraction of lens เป็นการเอาแก้วตาออกพร้อมถุงหุ้มโดยผ่านทางด้านบนของตา
2. Extracapsular extraction of lens เป็นการเอาแก้วตาออกแบบเหลือถุงหุ้มไว้เพื่อเป็นที่รองรับเลนส์ตาเทียมที่ใส่เข้าไปแทนที่ เป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้ในการลอกต้อกระจกในปัจจุบัน มีหัตถการที่เกี่ยวข้อง คือ
- 13.2 Extracapsular extraction of lens by linear extraction technique เป็นการเอาแก้วตาออกแบบเหลือถุงหุ้มโดยการเอาออกในแนวตรง
- 13.3 Extracapsular extraction of lens by simple aspiration (and irrigation) เป็นการเอาแก้วตาออกแบบเหลือถุงหุ้มโดยการล้างและดูดออกแบบธรรมดา
- 13.4 Extracapsular extraction of lens by fragmentation and aspiration technique เป็นการเอาแก้วตาออกแบบเหลือถุงหุ้มโดยการทำให้แตกเป็นชิ้นเล็กและดูดออก ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่
- 13.41 Phacoemulsification and aspiration of cataract เป็นการทำให้ต้อกระจกแตกเป็นชิ้นเล็กด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและดูดออก
 - 13.42 Mechanical phacofragmentation and aspiration of cataract by posterior route เป็นการทำให้ต้อกระจกแตกเป็นชิ้นเล็กโดยใช้เครื่องกลไกและดูดออกทางด้านหลัง (pars plana) มักต้องทำร่วมกับการตัดวุ้นตาออกด้วย (pars plana vitrectomy) จึงไม่จำเป็นต้องสรุปหรือให้รหัสเกี่ยวกับการตัดวุ้นตา
 - 13.43 Mechanical phacofragmentation and other aspiration of cataract เป็นการทำให้ต้อกระจกแตกเป็นชิ้นเล็กโดยใช้เครื่องกลไกและดูดออกแบบอื่น เช่น Anterior lensectomy (ออกทาง limbus)
- 13.51 Extracapsular extraction of lens by temporal inferior route เป็นการเอาแก้วตาออกแบบเหลือถุงหุ้มโดยออกทางด้านขมับล่าง
- 13.59 Other extracapsular extraction of lens เป็นการเอาแก้วตาออกแบบเหลือถุงหุ้มแบบอื่นเช่น การเอาต้อกระจกออกโดยการทำให้แตกเป็นชิ้นเล็กโดยไม่ใช้เครื่องกลไก

หัตถการที่เกี่ยวข้องกับการใส่เลนส์ตาเทียม ได้แก่

- 13.70 Insertion of pseudophakos, not otherwise specified เป็นการใส่เลนส์เทียมแบบอื่นๆ เช่น Insertion of phakic intraocular lens
- 13.71 Insertion of intraocular lens prosthesis at time of cataract extraction, one-stage เป็นการใส่เลนส์ตาเทียมพร้อมกับการเอาต้อกระจกออก
- 13.72 Secondary insertion of intraocular lens prosthesis เป็นการใส่เลนส์ตาเทียมภายหลังการเอาต้อกระจกออก

หัตถการที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาจากเลนส์ตาเทียม ได้แก่

- 13.8 Removal of implanted lens ใช้ในกรณีที่เอา Intraocular lens ที่ใส่อยู่เดิมออกจากตา
- 13.90 Operations on lens, Not Elsewhere Classified ใช้ในกรณีที่แพทย์ทำ Reposition of intraocular lens



แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่าเอาต้อกระจกออกแบบไหน และใช้วิธีอะไร มีการใส่เลนส์ตาเทียมหรือไม่ และในกรณีที่มีโรคแทรกซ้อนจากการเอาต้อกระจกออกและมีการทำหัตถการของจักษุเพิ่มเติม แพทย์ควรสรุปเพิ่มว่าเป็นการทำหัตถการของจักษุวิธีไหน

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

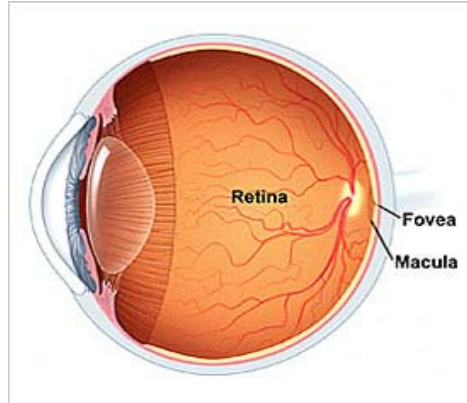
ให้รหัสที่เฉพาะเจาะจงตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น

การวินิจฉัยของแพทย์	การให้รหัส
Intracapsular cataract extraction (ICCE)	13.19
Extracapsular cataract extraction (ECCE)	13.2
Lens aspiration or Irrigation of traumatic cataract	13.3
Phacoemulsification (PE)	13.41
Pars plana lensectomy (PPL) with pars plana vitrectomy (PPV)	13.42 + 14.74 (PPV) หมายเหตุ จะไม่สามารถเบิกค่าอุปกรณ์ของเครื่องตัดจักษุราคา 9,000 บาทได้ เพราะเป็นการทำโดยใช้เครื่องสลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง
Anterior lensectomy	13.43
Manual phacoemulsification or Small incision cataract extraction	13.59
With insertion of intraocular lens	13.71 (ให้ร่วมกับรหัสการลอกต้อกระจกเสมอ)
Secondary insertion of intraocular lens	13.72 (ใช้ในรายที่เคยทำหัตถการเอาแก้วตาออกแล้ว)
With anterior vitrectomy (anterior approach) (ในกรณีที่มีโรคแทรกซ้อนจากการลอกต้อกระจก และมีการทำ Mechanical anterior vitrectomy ร่วมด้วย)	14.73
Removal of dropped lens/nucleus by PPV Or Removal of posterior dislocated lens by PPV	14.74 Par plana vitrectomy: (posterior approach)
Removal of IOL with Replacement (new IOL)	13.8 + 13.72 (Secondary insertion)
Reposition of IOL (with or without sclera fixation) ใช้ IOL อันเดิม	13.90 (Operations on lens, NEC)

หมายเหตุ การทำ Sclera fixation of IOL ไม่มีรหัสเฉพาะ ให้ได้เพียงการใส่ Primary หรือ Secondary โดยไม่ระบุวิธีการทำ (สามารถบันทึกวิธีการใส่ IOL ไว้ใน Operative note เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตรวจเวชระเบียน)

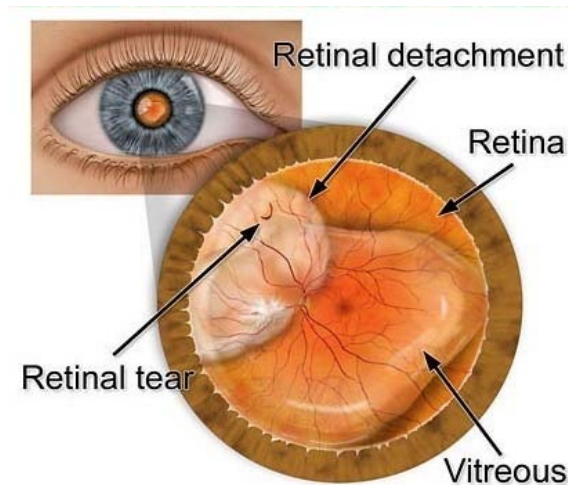


5.กลุ่มเหตุการณ์เกี่ยวกับจอตา (Retina) และวุ้นตา (Vitreous)



คำจำกัดความ

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



วุ้นตาเป็นสารใสคล้ายเจลที่อยู่ในลูกตาส่วนหลัง ทำหน้าที่ให้แสงผ่าน ให้สารอาหารแก่จอตา และเป็นตัวช่วยพยุงลูกตาให้ทรงรูปร่างได้ ถ้าวุ้นตาขุ่นอาจจากเส้นเลือดที่จอตาแตก หรือเกิดจากความเสื่อมของวุ้นตาเอง จะทำให้ตามัว หรือถ้ามีการหดตัวของวุ้นตาอาจทำให้เกิดแรงดึงรั้งที่จอตา ทำให้จอตาฉีกและลอกได้

การรักษาอาจทำได้โดยการจี้รอยโรค หรือรอยฉีกของจอตาด้วยวิธีต่าง การทำให้จอตาที่ลอกกลับไปติดใหม่มักต้องทำร่วมกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวุ้นตาเสมอเช่น การตัดวุ้นตา การใส่สิ่งทดแทนวุ้นตา หรือการฉีดยาเข้าวุ้นตา

การรักษาโรคของจอตาด้วย Laser การให้รหัสเหตุการณ์ จะขึ้นอยู่กับชนิดของรอยโรค เช่น เป็นรอยโรคของจอตา หรือ จอตาฉีก หรือจอตาลอก ไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการนำ Laser ไปใช้ ไม่ว่าจะ เป็น LIO หรือ Endolaser



หัตถการที่เกี่ยวข้อง

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

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่าทำหัตถการอะไร เพื่อรักษาจอตาฉีก หรือจอตาลอก ทำโดยวิธีไหน และมีการทำหัตถการของวุ้นตาร่วมด้วยหรือไม่

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

ให้รหัสที่เฉพาะเจาะจงและครบถ้วนตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น

การวินิจฉัยของแพทย์	การให้รหัส
Focal or pan retinal photocoagulation	14.24
Destruction of chorioretinal lesion by cryotherapy	14.22
Repair of retinal tear by laser indirect ophthalmology (LIO) / endolaser	14.34 (ใช้ในรายที่ยังไม่มี retinal detachment)
Repair of retinal detachment by laser indirect ophthalmology (LIO) / endolaser	14.54
Repair of retinal detachment by cryotherapy with drainage	14.52 (ไม่ต้องให้รหัส drainage เพิ่ม เพราะ include อยู่ในรหัส 14.5-แล้ว)
Repair of retinal detachment by sclera buckling procedure (SBP)	14.41
Repair of retinal detachment by sclera buckling procedure (SBP) with PPV	14.49 (ไม่ต้องให้รหัส 14.41 for SBP, 14.74 for PPV เพิ่ม และรวมการใช้ air tamponade)
Anterior vitrectomy by open sky technique	14.71
Anterior vitrectomy	14.73
Par plana vitrectomy (PPV)	14.74

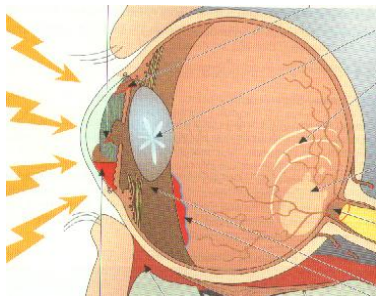


การวินิจฉัยของแพทย์	การให้รหัส
Injection of vitreous substitute (gas, liquid, silicone oil)	14.75
Intravitreal medications (antibiotic, steroid, anti-VEGF)	14.79
Membrane peeling	14.9

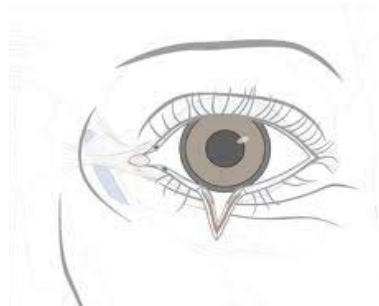
6.กลุ่มเหตุการณ์เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ตา (Eye injury)

คำจำกัดความ

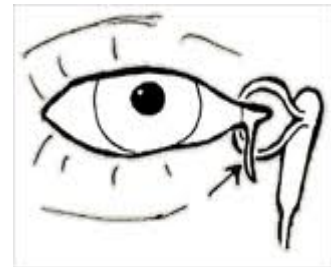
การบาดเจ็บที่ตาอาจเกิดจากแรงกระแทก วัตถุมีคม สัตว์กัด หรือสารเคมีต่างๆ ทำให้เกิดบาดแผลชนิดต่างๆ ของส่วนประกอบของตาและอวัยวะเคียงลูกตา ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและสาเหตุของการบาดเจ็บ ในรายที่มีการฉีกขาดของเปลือกตาดำจะมีอาการฉีกขาดของส่วนประกอบที่สำคัญในเปลือกตาร่วมด้วยเช่น เยื่อตา (conjunctiva) ที่อยู่ด้านในของเปลือกตา ท่อน้ำตาส่วนต้น (lacrimal canaliculi) บริเวณขอบเปลือกตา (lid margin) และ กล้ามเนื้อลิเวเตอร์ (levator muscle) ในเปลือกตาบนการทำหัตถการใดๆบริเวณเปลือกตาจะต้องคำนึงถึงส่วนต่างๆเหล่านี้ให้สามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ



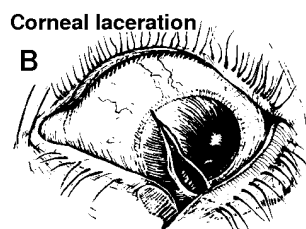
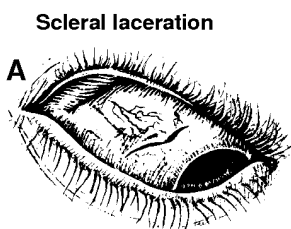
Traumatic hyphema



Laceration of lid margin, full thickness



Laceration of lower canaliculi



Fracture of orbital floor



เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องในการบาดเจ็บของตา ได้แก่

- 08.81 Linear repair of laceration of eyelid or eyebrow เป็นการซ่อมแซมบาดแผลลึกขาดของผิวหนังบริเวณตาหรือบริเวณคิ้ว
- 08.82 Repair of laceration involving lid margin, partial thickness
- 08.83 Other repair of laceration of eyelid, partial thickness
- 08.84 Repair of laceration involving lid margin, full thickness
- 08.85 Other repair of laceration of eyelid, full thickness
- 08.89 Other eyelid repair (ในกรณีที่ไม่วะบุรายละเอียด)
- 08.34 Repair of blepharoptosis by other levator muscle techniques (สำหรับการซ่อมแซมกล้ามเนื้อลิเวเตอร์ (levator muscle))
- 09.73 Repair of canaliculus
- 10.6 Repair of laceration of conjunctiva
- 11.51 Suture of corneal laceration
- 12.81 Suture of laceration of sclera
- 12.91 Therapeutic evacuation of anterior chamber
- 15.7 Repair of injury of extraocular muscles
- 16.82 Repair of rupture of eyeball (Repair of multiple structures of eye)
- 76.79 Other open reduction of facial fracture (include orbital rim or wall)
- 76.92 Insertion of synthetic implant in facial bone

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรระบุให้ชัดเจนว่าทำการซ่อมแซมที่ส่วนไหนของตา และระบุรายละเอียดของเหตุการณ์ที่ทำ เพื่อให้สามารถให้รหัสได้ถูกต้อง

แนวทางการให้รหัสเหตุการณ์

ให้รหัสที่เฉพาะเจาะจงตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น

การวินิจฉัยของแพทย์	การให้รหัส
Repair eyelid laceration	08.89 (ไม่วะบุรายละเอียด)
Repair eyelid involve lid margin, full thickness	08.84
With repair of canaliculi	09.73
With repair levator muscle	08.34
Repair corneal laceration	11.51
Repair scleral laceration	12.81
Repair corneal and scleral laceration	16.82
Repair fracture of orbital floor	76.79
With insertion of orbital implant	76.92



7. กลุ่มหัตถการทางจักษุโดยใช้แสงเลเซอร์

คำจำกัดความ

ปัจจุบันมีการใช้แสงเลเซอร์ชนิดต่างๆในการทำหัตถการทางจักษุเป็นจำนวนมาก แต่รหัสหัตถการทางจักษุที่ใช้
อยู่ (ICD-9-CM volume 3) มีที่ระบุเฉพาะเจาะจงเพียงบางหัตถการเท่านั้น เพราะฉะนั้นในหัตถการที่ไม่มีรหัสเฉพาะ
สำหรับการทำโดยเลเซอร์ ให้ใช้รหัสเดียวกับการทำโดยการผ่าตัด

หัตถการที่ทำโดยเลเซอร์ที่มี ได้แก่

12.41 Destruction of lesion of iris, nonexcisional (include cauterization, cryotherapy,
photocoagulation)

12.73 Cyclophotocoagulation

14.24 Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation

14.34 Repair of retinal tear by laser photocoagulation

14.54 Repair of retinal detachment by laser photocoagulation

คำย่อของหัตถการทางจักษุที่พบบ่อย เช่น

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



คำย่อของหัตถการ	การให้รหัส
PPL (Pars plana lensectomy)	13.42 Mechanical phacofragmentation and aspiration of cataract by posterior route
PRP (Pan retinal photocoagulation)	14.24 Destruction of chorioretinal lesion by laser photocoagulation
YAG capsulotomy	13.66 Mechanical fragmentation of secondary membrane (after cataract)



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(การสรุปและให้รหัสหัตถการทาง โสต ศอ นาสิก)

1.กลุ่ม Sinus surgery

Sinus surgery หมายถึง การทำผ่าตัดไซนัส (โพรงอากาศข้างจมูก) แบ่งได้เป็น

- 1.การผ่าตัดโพรงอากาศข้างจมูกด้วยกล้องขยาย (rigid endoscope) เรียกว่า “endoscopic sinus surgery” มักใช้คำย่อว่า ESS หรือ FESS (Functional endoscopic surgery)
- 2.การผ่าตัดด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่าตัด (operating microscope) เรียกว่า “microscopic sinus surgery” หรือ MSS

ทั้งสองคำนี้ “endoscopic sinus surgery” และ “microscopic sinus surgery” เป็นคำเรียกรวม เพราะมีการผ่าตัดหลายโพรงอากาศ

3.External approach แบ่งออกเป็น

- 3.1 Frontal trephination เป็นวิธีการผ่าตัด frontal sinus โดยเข้าทาง anterior wall ของ frontal sinus บริเวณหัวคิ้ว
- 3.2 External ethmoidectomy เป็นวิธีการผ่าตัด ethmoid sinus โดยเข้าทาง lacrimal fossa
- 3.3 Caldwell - Luc Operation เป็นวิธีการผ่าตัด maxillary sinus โดยเข้าทาง canine fossa ใต้เหงือก

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- 1.แพทย์ควรหลีกเลี่ยงการบันทึกว่า FESS, ESS, CWL, MSS หรือ microdebrider โดยลำพัง
- 2.Operative note ของแพทย์ต้องบรรยายละเอียดและตำแหน่งการผ่าตัด ว่าเป็นการส่องตรวจ หรือ ตัดเนื้อเยื่อ เช่น polypectomy, Ethmoidectomy, Excision of lesion of maxillary sinus Sphenoidectomy, Frontal sinusotomy

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

โดยทั่วไปจะให้รหัสแตกต่างกันในแต่ละข้างที่ทำ รหัสในการผ่าตัด Sinus ด้วยการส่องกล้อง มีดังนี้

- 1.กรณีส่องกล้องตรวจเฉพาะในโพรงจมูกเพื่อการวินิจฉัยโดยไม่ได้ระบุรายละเอียดใดๆ ให้รหัส 21.21 Rhinoscope
- 2.กรณีส่องกล้องตรวจโพรงไซนัส เพื่อการวินิจฉัย ซึ่งมักเป็นการทำหลังการผ่าตัด ให้รหัส 22.19 Other diagnostic procedures on nasal sinus
- 3.หากมีการทำหัตถการอื่นร่วมด้วยกับการส่องกล้องทำผ่าตัดไซนัส ให้ใช้รหัสหัตถการนั้นเลย ไม่ต้องให้รหัส 21.21 หรือ 22.19 เช่น
 - Biopsy พยาธิสภาพในโพรงจมูกให้รหัส 21.22 Biopsy of nose
 - Biopsy พยาธิสภาพในโพรงไซนัสให้รหัส 22.11 Close [Endoscopic] [needle] biopsy of nasal sinus



- ตั้ดริตตีตวงจุมุก (nasal polyp) ให้รหัส 21.31 Nasal polypectomy
- 4.กรณีเจาะเข้าสู่โพรงอากาศแมกซิลารี (Maxillary sinus) ทางจุมุก โดยไม่ทำหัตถการอื่น ให้รหัส 22.2 Intranasal antrotomy / Inferior turbinate antrotomy
- 5.กรณีทำผ่าตัด Sinus
 - 5.1 Sinusotomy หมายถึง การผ่าตัดเปิดโพรงอากาศข้างจุมุก โดยไม่มีหัตถการอื่นเพิ่ม ให้ตรวจสอบดูว่า ไซนัสที่ทำผ่าตัดนั้น เป็นไซนัสตำแหน่งใด รหัสที่ได้จะเป็นดังนี้
 - กรณีที่ไม่ระบุตำแหน่ง จะได้รับรหัส 22.50 Sinusotomy, not otherwise specified
 - กรณีเป็นที่ Ethmoid จะได้รับรหัส 22.51 Ethmoidotomy
 - กรณีเป็นที่ Sphenoid จะได้รับรหัส 22.52 Sphenoidotomy
 - กรณีเป็นหลาย sinus จะได้รับรหัส 22.53 Incision of multiple nasal sinuses
 - กรณีเป็นที่ Frontal sinus จะได้รับรหัส 22.41 Frontal sinusotomy
 - 5.2 Sinusectomy หมายถึง การผ่าตัด air cell หรือ เยื่อโพรงอากาศข้างจุมุก ซึ่งจะรวมถึงการทำ turbinectomy ด้วยแล้ว ไม่ต้องให้รหัส turbinectomy เพิ่ม
 - กรณีที่ไม่ระบุตำแหน่ง จะได้รับรหัส 22.60 Sinusectomy, not otherwise specified
 - กรณีเป็นที่ Maxillary จะได้รับรหัส 22.61 Excision of lesion of maxillary sinus with Caldwell-Luc approach หรือ 22.62 Excision of lesion of maxillary sinus with other approach ขึ้นกับวิธีการผ่าตัด
 - กรณีเป็นที่ Ethmoid จะได้รับรหัส 22.63 Ethmoidectomy
 - กรณีเป็นที่ Sphenoid จะได้รับรหัส 22.64 Sphenoidectomy
 - กรณีเป็นที่ Frontal sinus จะได้รับรหัส 22.42 Frontal sinusectomy
 - ในกรณี Operative note บันทึกโดยใช้คำย่อ FESS/ESS/MSS/Microdebrider โดยไม่มี บันทึกรายละเอียดการผ่าตัดให้รหัส 22.60 Sinusectomy, not otherwise specified
- 6.การทำผ่าตัด uncinectomy ร่วมกับการทำผ่าตัดอย่างอื่น เช่น ethmoidectomy, polypectomy, antrotomy ไม่จำเป็นต้องให้รหัส uncinectomy ยกเว้นทำเฉพาะ uncinectomy กรณีนี้ควรให้รหัส 21.1 Incision of nose
- 7.Turbinectomy จะให้รหัสเมื่อไม่ทำร่วมกับการผ่าตัด sinus เช่น การใช้ Radiofrequency (RF) turbinectomy ให้รหัส 21.61 Turbinectomy by diathermy or cryosurgery
- 8.Caldwell-Luc Operation การให้รหัสขึ้นกับรายละเอียดของการทำผ่าตัด เช่น
 - มีการตัดเยื่อภายในโพรงอากาศ maxillary ออกทั้งหมด ให้รหัส 22.31 Radical maxillary antrotomy
 - หากเปิดเข้าโพรงอากาศ maxillary แพทย์มักจะใช้คำย่อว่า CWL โดยไม่มีระบุว่ามีการทำหัตถการอื่น ให้รหัส 22.39 Other external maxillary antrotomy Exploration of maxillary antrum with Caldwell-Luc approach



- ถ้ามีการตัดพยาธิสภาพในโพรงอากาศ maxillary ให้รหัส 22.61 Excision of lesion of maxillary sinus with Caldwell- Luc approach
- กรณีที่ใช้ Caldwell-Luc approach เพื่อทำผ่าตัดอย่างอื่นที่ไม่ใช่การทำผ่าตัดภายในโพรงอากาศ maxillary ได้แก่ การผูก internal maxillary artery เพื่อรักษา epistaxis ให้รหัส 21.05 Control of epistaxis by (transantral) ligation of the maxillary artery
- ถ้าขยายรูเปิดของโพรงอากาศ maxillary ให้รหัส 22.9 Other operation on nasal sinus

2.กลุ่มหัตถการ Tympanoplasty

Tympanoplasty หมายถึง การทำผ่าตัดซ่อมแซมเยื่อแก้วหูโดยทำร่วมกับเอาเชื้อโรคออกจากหูชั้นกลาง เพื่อให้การได้ยินดีขึ้น โดยวิธีการทำให้การนำเสียงที่ผ่านเข้ามาในหูเกิดการสั่นสะเทือน ส่งต่อไปยังระบบประสาทหู เพื่อแปลงพลังคลื่นเสียง ให้สามารถรับทราบความเข้มของเสียง ความหมาย ใช้ติดต่อสื่อสารได้ ทั้งนี้ขึ้นกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยนั้นๆ

3.กลุ่มหัตถการ Myringoplasty

Myringoplasty (การทำผ่าตัดปะแก้วหู) หมายถึง การทำผ่าตัดซ่อมแซมเยื่อแก้วหูอย่างเดียว

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- 1.ควรมีข้อมูลว่าเคยผ่าตัดมาก่อนหรือไม่
- 2.ควรบันทึกใน Operative note ระบุตำแหน่งที่วาง graft ด้วย

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1.ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจาก แพทย์บันทึกไม่ละเอียด อาจเขียนสั้นๆ เพียง Myringoplasty หรือ เขียน T-plasty ซึ่งควรติดตามหาหลักฐานการบันทึกใน Operative note ให้พบว่าวาง graft บนอะไร ถ้าพบว่า มีการใช้ graft วางปะบนแก้วหูที่ทะลุนั้น ให้รหัส 19.4 Myringoplasty

2.ในกรณี มีประวัติว่าเคยผ่าตัดปะแก้วหู แล้วปะไม่ติด จึงทำการผ่าตัดปะแก้วหูใหม่อีกครั้ง ในเวลาหลายเดือนต่อมา แพทย์บันทึก Myringoplasty หรือเขียน T-plasty ใน Operative note เท่านั้น รหัสหัตถการในการทำ ผ่าตัดปะแก้วหูใหม่นี้ ให้ได้เป็นรหัส 19.6 Revision of tympanoplasty ไม่ว่าจะวาง graft ที่ตำแหน่งใด

3.ใน Operative note ที่แพทย์บรรยายการทำผ่าตัด T-plasty มักไม่ระบุ type ให้หาหลักฐานการบันทึก ว่าแพทย์วาง Graft บนอวัยวะใด จะทำให้สามารถเลือกรหัสหัตถการที่เหมาะสม ซึ่งมีรหัสของการทำหัตถการดังนี้

- การทำผ่าตัดในกรณีที่แก้วหูทะลุขนาดใหญ่ จนไม่เหลือขอบในห้วง Graft ได้ จึงต้องไปวางบนกระดูกหู malleus or incus ให้รหัส 19.52 Type II tympanoplasty
- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีแก้วหูทะลุอีกเสบเรื้อรังมานาน จนกระดูกหู Malleus และ Incus ถูกกัดกร่อน เสื่อมสภาพไป จึงต้อง Remove ออกไป เหลือแต่กระดูกหูชั้นที่ 3 คือ Stapes ไว้ให้วาง Graft ให้รหัส 19.53 Type III tympanoplasty
- หากพบว่ามีการวาง Graft บน foot plate ของกระดูกหู Stapes ซึ่งอาจจะเสื่อมสภาพ หรือ ถูกหัก ออกไปแล้ว จะให้รหัส 19.54 Type IV tympanoplasty



- หากพบว่ามี การผ่าตัดเจาะกระดูกหูชั้นใน Semi circular canal ก่อนแล้ววาง Graft จะให้รหัส 19.55 Type V tympanoplasty

4.กลุ่มหัตถการ Mastoidectomy

Mastoidectomy หมายถึง การกรอโพรงกระดูกหลังใบหู (mastoid) เนื่องจากมีพยาธิสภาพของการอักเสบเรื้อรัง จากโรคหูน้ำหนวกลุกลามเข้าไปในโพรงกระดูก mastoid จนกลายเป็นชนิดอันตรายรุนแรง หรือเป็นหนองซ้ำอาจทะลุเข้าไปในสมอง อันตรายต่อชีวิตได้ การผ่าตัดจะทำมากขึ้นขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคหูน้ำหนวกซึ่งอาจมีการทำหัตถการอื่นพร้อมกัน เช่น tympanoplasty หรือ การผ่าตัดตกแต่งหูชั้นนอก การทำ Skin graft ร่วมด้วย

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

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรลงรายละเอียดของการผ่าตัดใน Operative note ไว้ให้ชัดเจน

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

- 1.Simple mastoidectomy ให้รหัส 20.41
- 2.Radical mastoidectomy ให้รหัส 20.42
- 3.Bondi's mastoidectomy ให้รหัส 20.49 Other mastoidectomy
- 4.กรณีที่มีการทำ Skin graft ร่วมด้วย ต้องให้รหัส 18.79 Skin graft ร่วมด้วย
กรณีที่มีการทำ tympanoplasty ร่วมด้วย ต้องให้รหัส ในกลุ่ม 19.4-19.55 ร่วมด้วย และต้องดูรายละเอียดการบันทึกของแพทย์ว่ามีการวาง graft ที่ใด จะได้ให้รหัสได้เฉพาะถูกต้อง
- 5.การผ่าตัด mastoid อื่นๆ ที่ไม่ใช้การทำผ่าตัด Simple mastoidectomy, Radical mastoidectomy เช่น modified radical mastoidectomy, Atticoantrostomy กรณีที่ไม่ระบุรายละเอียดบันทึกเพียง mastoidectomy จะให้รหัส 20.49 Other mastoidectomy



6.การทำ Decompression facial nerve ให้รหัส 04.42 ถ้า Approach โดยทาง mastoid ก็ควรจะให้รหัส 20.49 Other mastoidectomy ร่วมด้วย เพราะในการทำ Decompression facial nerve ในส่วนนี้ต้องเข้าทาง mastoid bone

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

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

5.กลุ่มหัตถการ Hearing Aids

กรณีคนไข้สูญเสียการได้ยินสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน โดยใช้เครื่องช่วยฟัง ซึ่งปัจจุบันมีหลายชนิด

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรบันทึกให้ละเอียดว่าใช้เครื่องช่วยฟังชนิดใด

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

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

6.กลุ่มหัตถการ Direct laryngoscopy and Bronchoscopy

Direct laryngoscopy and Bronchoscopy หมายถึง หัตถการที่ใช้ในการส่องตรวจและวินิจฉัย และยังเป็นช่องทางในการผ่าตัดแก้ไขการตีบแคบของกล่องเสียง และ หลอดลม Direct laryngoscopy หรือย่อว่า DL และ bronchoscopy เป็นการใช้เครื่องมือตรวจกล่องเสียงและหลอดลม ถ้ามีการทำผ่าตัดผ่านทางเครื่องมือนี้ ให้ใช้รหัสการผ่าตัดนั้นๆ โดยไม่ต้องให้รหัสของ direct laryngoscopy และ bronchoscopy เช่น

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



- 31.98 Dilation of larynx
- 31.92 Lysis of adhesions of trachea
- 31.92 Lysis of adhesions of trachea using laser

ยกเว้นการส่องตรวจดูเท่านั้น ซึ่งให้รหัสตามตำแหน่งที่ตรวจ เช่น

- 31.42 Laryngoscopy
- 31.42 Fiberoptic laryngotracheoscopy
- 31.42 Tracheoscopy using rigid endoscope ในกรณีใช้ bronchoscope ตรวจเฉพาะบริเวณ Trachea

7.กลุ่มหัตถการ Tracheostomy

Temporary tracheostomy หมายถึง การผ่าตัดเปิดทางเดินหายใจจากภายนอกเข้าสู่หลอดลมคอโดยผ่านผนังคอด้านหน้าเพื่อช่วยในการหายใจหรือดูดเสมหะเมื่อเจาะคอแล้วจะใส่ท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy tube) ซึ่งเมื่อถอดท่อหลอดลมค่อออกแล้วรูที่คอจะปิดได้เอง

Permanent tracheostomy หมายถึง การผ่าตัดเปิดทางเดินหายใจจากภายนอกเข้าสู่หลอดลมคอโดยมีการเย็บผนังหลอดลมกับชั้นผิวหนัง ร่วมกับ มีการเย็บปิดกั้นทางเดินหายใจจากส่วนบน ทำให้เกิดรูเปิดถาวรที่ผิวหนัง โดยจะใส่ท่อหลอดลมคอร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ มักทำในกรณีที่คนไข้มี Obstructive sleep apnea (OSA) และ ไม่สามารถแก้ไขโดยวิธีอื่นๆได้ เป็นหัตถการที่ทำน้อยมากในปัจจุบัน

Revision tracheostomy หมายถึง การผ่าตัดแก้ไขรูเปิดทางเดินหายใจจากภายนอกเข้าสู่หลอดลมคอตีบแคบทุกกรณี โดยการผ่าตัดแก้ไขแผลเป็นหรือเนื้อเยื่อส่วนเกิน รวมทั้งการใช้ flap

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

- กรณี 31.1 ระบุการทำหัตถการใน Operative note หรือ progress note
- กรณี 31.29 Permanent tracheostomy และ 31.74 Revision tracheostomy ต้องมีการบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดดังกล่าวข้างต้น

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

การให้รหัสหัตถการ การเจาะคอ ให้ดูจากรายละเอียดการผ่าตัด เพื่อแยกว่าเป็นแบบชั่วคราว หรือ ถาวร ไม่ใช่ดูจากระยะเวลาในการใช้ท่อเจาะคอ

- กรณีเจาะคอทั่วไปครั้งแรกหรือรูที่คอปิดไปนานแล้วที่หัตถการระบุ Tracheostomy ให้รหัส 31.1 Temporary tracheostomy รวมทั้งการเจาะคอโดยวิธีเจาะและขยายรูเจาะคอด้วยอุปกรณ์ Percutaneous dilatational tracheostomy(PDT) ให้รหัส 31.1 Temporary tracheostomy
- กรณีเจาะคอผ่านทาง cricothyroid membrane หรือ cricothyrotomy เพื่อช่วยในการหายใจให้รหัส 31.1 Temporary tracheostomy
- การให้รหัส 31.29 ต้องระบุหัตถการเป็น Permanent tracheostomy ร่วมกับ ตรวจสอบบันทึกรายงานการผ่าตัดดังกล่าวข้างต้น



- กรณีเป็นการผ่าตัดเย็บปิดรูที่ trachea ที่ไม่สามารถปิดได้เอง หลังจาก Off Tracheostomy tube ให้รหัส 31.72 Closure of external fistula of trachea (Closure of tracheotomy)
- กรณีเป็นการเปลี่ยน Tracheostomy tube ให้รหัส 97.23 Replacement of tracheostomy tube
- กรณีเป็นการถอด Tracheostomy tube ออก ให้รหัส 97.37 Removal of tracheostomy tube
- กรณี Revision tracheostomy ให้รหัส 31.74 Revision tracheostomy

8.กลุ่มหัตถการ Sialoadenectomy

Sialoadenectomy หมายถึง การผ่าตัดต่อมน้ำลายขนาดใหญ่ได้แก่ ต่อม้ำลายหน้าหู (parotid gland), ต่อม้ำลายใต้คาง (Submandibular/submaxillary gland), ต่อม้ำลายใต้ลิ้น (Sublingual gland)

Partial Sialoadenectomy หมายถึง การตัดต่อมน้ำลายออกเพียงบางส่วน เช่น Superficial parotidectomy

Complete Sialoadenectomy หมายถึง การตัดต่อมน้ำลายออกทั้งหมด เช่น Total parotidectomy, Submandibular extirpation

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ต้องบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดว่ามีการตัดต่อมน้ำลายออกทั้งหมดหรือบางส่วน การตัดเนื้อเยื่ออื่นข้างเคียง เช่น ต่อม้ำลายเหลือง การ identified nerve

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1. Complete Sialoadenectomy หรือ Total Sialoadenectomy จะต้องมีการบันทึกการสรุปและรายละเอียดการผ่าตัดดังกล่าวข้างต้น ให้รหัส 26.32 Complete Sialoadenectomy
2. Partial Sialoadenectomy จะต้องมีการบันทึกการสรุปและรายละเอียดการผ่าตัดดังกล่าวข้างต้น ให้รหัส 26.31 Partial Sialoadenectomy
3. กรณีที่ไม่ระบุรายละเอียดของการผ่าตัดให้รหัส 26.30 Sialoadenectomy, not otherwise specified
4. กรณีแพทย์บันทึกเพียง Excision mass ที่ต่อมน้ำลาย ให้รหัส 26.29 Other excision of salivary gland lesion
5. กรณีที่มีการใช้ nerve monitor ระหว่างการผ่าตัด ให้รหัส 00.94 Intra-operative neurophysiologic



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (การสรุปและให้รหัสหัตถการทางรังสี)

1. กลุ่มหัตถการ Radiotherapy

1. แบ่งชนิดตามแหล่งกำเนิดของรังสี แบ่งออกเป็น

- จากกัมมันตภาพรังสี ได้แก่ Co-60, Ra-226, Ir-192, Cs-137 เป็นต้นโดยรังสีที่ได้จากกัมมันตภาพรังสีเหล่านี้ ได้แก่ รังสีแกมมา และรังสีเบต้า
- จากเครื่องกำเนิดรังสี ได้แก่ เครื่อง X-ray และเครื่องเร่งอนุภาคต่างๆ เช่น linear accelerator (Linac), Cyclotron โดยรังสีได้จากเครื่องกำเนิดรังสีเหล่านี้ได้แก่ รังสีเอ็กซ์ และอิเล็กตรอน รวมทั้ง Particle beam ต่างๆ

2. แบ่งตามวิธีการใช้รังสี

- Teletherapy: เป็นการรักษาที่ต้นกำเนิดรังสีอยู่ห่างจากพื้นที่ที่รักษา เช่น เครื่องฉายรังสีด้วย Co-60, เครื่อง Linac เป็นต้น
- Brachytherapy: เป็นการรักษาที่ต้นกำเนิดรังสีอยู่ชิดติดหรืออยู่ภายในบริเวณที่จะรักษา ซึ่งมักใช้คำย่อคือ BCT (ทั้งนี้ไม่ควรเขียนคำย่อ BCT เนื่องจากเป็นคำย่อที่ไม่เป็นสากล) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ
 - Intracavitary implantation หมายถึง การสอดใส่แร่กัมมันตรังสีเข้าไปในอวัยวะที่เป็นโพรง เช่น การใส่แร่ใน CA cervix
 - Interstitial implantation หมายถึง การฝังแร่กัมมันตรังสีเข้าไปในอวัยวะหรือตัวโรค เช่น การฝังแร่ใน CA prostate
 - Mould หมายถึง การวางแร่กัมมันตรังสีบนตัวโรค เช่น การใช้ใน Keloid
- Systemic therapy: เป็นการรักษาโดยการฉีด หรือการกิน รังสีเข้าไปเพื่อทำการรักษา เช่น ไอโอดีน-131, ฟอสฟอรัส-32

การฉายรังสีอาจมีเทคนิคการฉายรังสีหลายๆเทคนิค เช่น Conventional RT, 3DCRT (3-dimension conformal RT), IORT (Intra Operative RT), IMRT (Intensity Modulated RT), IGRT (Image guided RT) แต่ให้ถือเครื่องมือที่ให้การรักษาเป็นหลักในการให้รหัสต่างๆ เพราะไม่มีรหัสเฉพาะของเทคนิคของการฉายรังสี

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

ควรบันทึกวิธีการรักษา ชนิดของเครื่องและชนิดของรังสีที่ใช้

1. ในเวชระเบียนควรมีบันทึกจำนวนครั้ง ระยะเวลา และปริมาณรวมรังสีที่ได้รับทั้งหมด
2. ควรระบุให้ชัดเจนกรณีที่ผู้ป่วยหยุดพักฉายแสงในการรักษา

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

กรณีสรุปหัตถการว่า RT หรือ XRT โดยไม่ระบุชนิดของเครื่อง ให้รหัส 92.29 Other radiotherapeutic procedure



1. กรณีสรุปหัตถการว่า cobalt-60 หรือเขียนเป็น co-60 ให้รหัส 92.23 Radioisotopic teleradiotherapy
2. กรณีสรุปหัตถการว่า ใช้เครื่องมือชนิด linac (linear accelerator) หรือ เขียนในรูปพลังงานรังสีเป็น MV หรือ X เช่น 6 MV, 10 X ให้รหัส 92.24 Teleradiotherapy using photons
3. กรณีสรุปหัตถการว่า ใช้เครื่องมือชนิด electron หรือ เขียนสั้นๆ “e” หรือ เขียนในรูปพลังงานรังสีเป็น MeV เช่น 10 MeV ให้รหัส 92.25 Teleradiotherapy using electrons
ข้อควรระวัง รหัส 92.26 Tele RT of other particulate RT → Neutron, Proton ในปัจจุบันยังไม่มีที่ใช้
4. กรณีสรุปหัตถการว่า มีการใส่แร่หรือฝังแร่ไม่ว่าจะใช้เครื่องมือชนิดใดก็ตาม ให้รหัส 92.27 Implantation or insertion of radioactive elements
5. กรณีสรุปหัตถการว่า มีการใช้เทคนิคการฉายรังสีแบบ SRS (Stereotactic Radio Surgery) และ SRT (Stereotactic Radio Therapy) หากไม่มีการสรุปเครื่องมือที่ใช้ ให้รหัส 92.39 Stereotactic radiosurgery, not elsewhere classified (ผู้ป่วยอาจมีการใส่ head frame ร่วมด้วย ให้รหัส 93.59 Other immobilization, pressure, and attention to wound)

รังสีรักษา	ICD-9-CM
Conventional RT 3DCRT(3-dimension conformal RT) IMRT (Intensity Modulated RT) IGRT(Image guided RT) 4D + IGRT	92.21: superficial RT 92.22: orthovoltage RT 92.23: Radioisotopic tele RT → Co-60, I-125, Radioactive Cs 92.24: Tele RT using Photon → Linac 92.25: Tele RT using electron 92.26: Tele RT of other particulate RT → Neutron, Proton
Brachytherapy	92.27: Implantation or insertion of radioactive elements
IOERT (Intra Operative RT)	92.41: Intra-operative electron radiation therapy
SRS → 1 Fx (Stereotactic Radio Surgery) SRT → >1Fx (Stereotactic RadioTherapy)	92.31: Single source photon → Linac, High energy x-ray 92.32: Multi-source photon → Co-60, Gamma 92.33: Particulate → Particle beam, Proton 93.59: stereotactic head frame

2.กลุ่มหัตถการ Nuclear medicine

เวชศาสตร์นิวเคลียร์ หมายถึง การนำสารกัมมันตรังสี (radionuclides) มาใช้ในทางการแพทย์ แบ่งคร่าวๆ ออกเป็น 2 อย่าง คือ

1. การตรวจวินิจฉัยโรค แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ
 - 1.1 การตรวจวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยโดยตรง (In vivo techniques)
 - 1.2 การตรวจวินิจฉัยโรคนอกร่างกายผู้ป่วย (In vitro techniques)



2. การรักษาโรค

การใช้ตรวจวินิจฉัยโรค หรือ การรักษาโรคนั้นจะมีการฉีดสารเภสัชรังสี (Radiopharmaceuticals) คือ สารประกอบ หรือ ยาที่เกิดจากการติดฉลากสารกัมมันตรังสีกับสารเคมีต่างๆ เช่น Technitium-99m - methylenediphosphonate ($^{99m}\text{TC-MDP}$) ซึ่งจะแตกต่างกันตามแต่อวัยวะหรือวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

แพทย์ควรบันทึกอวัยวะที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคให้ชัดเจน

1. ส่วนในการรักษาแพทย์มักเขียนชื่อสารเภสัชรังสี และปริมาณที่ใช้ ซึ่งบ่งบอกเป็นนัยว่าแพทย์ให้การ รักษาโรค เช่น I-131 150 mCi ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1. กรณีเป็นการตรวจวินิจฉัยโรค ให้รหัสหัตถการตามอวัยวะต่างๆที่ทำการตรวจวินิจฉัย
2. กรณีเป็นการรักษาด้วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ให้รหัส 92.28: Injection or instillation of radioisotope

เวชศาสตร์นิวเคลียร์	ICD-9-CM
Thyroid scan (pertechnetate) Thyroid uptake	92.01: Thyroid scan and radioisotope function studies
Liver scan (Phytate) Liver scan (RBC) SPECT Hepatobiliary (DISIDA)	92.02: Liver scan and radioisotope functional study
Renal scan (DMSA) Captopril renogram Flucemide renogram	92.03: Renal scan and radioisotope functional study
Gastric emptying GI scan (Albumin) Meckel's scan GI bleeding (RBC)	92.04: GI scan and radioisotope functional study
Heart SPECT MIBI TL 201 (myocardial perfusion scan) MUGA scan Venogram scan (circular time scan or functional study)	92.05: Cardiovascular and hematopoietic scan and radioisotope function study
Parathyroid (MIBI + pertechnetate) Parathyroid (MIBI) Parathyroid scan	92.13: Parathyroid scan
Bone scan	92.14: Bone scan
Lung scan	92.15: Pulmonary scan
Lymphatic scan (Dextrans)	92.16: Scan of lymphatic system



เวชศาสตร์นิวเคลียร์	ICD-9-CM
Total body scan I-131 Total body scan MIBI	92.18: Total body scan
Tc – 99m – WBC In – 111 Octreoscan (neuroendocrine origin) Gallium scan (Ga - 67 –citrate)	92.18: Total body scan
Testicular scan	92.19: Scan of other site
Rx CA Thyroid with I – 131 Rx Sm – 153 50 mCi Rx Hyperthyroid with I – 131 Rx Sr-89	92.28: Injection or instillation of radioisotope

3.กลุ่มหัตถการ รังสีวินิจฉัย

Magnetic resonance imaging (MRI) หมายถึง เครื่องมือที่ใช้สำหรับสร้างภาพอวัยวะภายในร่างกาย โดยอาศัยหลักการของคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและคลื่นวิทยุ แล้วนำสัญญาณที่ได้มาประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์

Magnetic Resonance Angiography (MRA) คือเครื่องมือที่ใช้สำหรับสร้างภาพหลอดเลือดแดงภายในร่างกาย โดยอาศัยหลักการของคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและคลื่นวิทยุ แล้วนำสัญญาณที่ได้มาประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์

Magnetic Resonance Venography (MRV) หมายถึง เครื่องมือที่ใช้สำหรับสร้างภาพหลอดเลือดดำภายในร่างกาย โดยอาศัยหลักการของคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและคลื่นวิทยุ แล้วนำสัญญาณที่ได้มาประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์

MR Spectroscopy เป็นเทคนิคการวัดและวิเคราะห์สารเคมีในจุดต่างๆ ของสมอง หรือ ต่อมลูกหมาก เช่น MR spectroscopy of Brain จะทำร่วมกับ MRI brain ในรายที่ผู้ป่วยพบความผิดปกติในสมอง และไม่สามารถบอกได้ว่า ความผิดปกติดังกล่าวเกิดจากสาเหตุใด เพื่อตอบคำถามว่า เกิดจากเนื้องอก สมองขาดเลือด หรือ จากการอักเสบของเนื้อสมอง และยังช่วยบอกความรุนแรงของมะเร็งได้ (tumor aggressiveness)

แนวทางการบันทึกของแพทย์ (Auditor)

1. แพทย์ควรบันทึกอวัยวะที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย
2. สำหรับการทำ MRV หรือ MRA ควรระบุให้ชัดเจนว่าดูตรงส่วนไหน บริเวณใดของร่างกาย

แนวทางการให้รหัสหัตถการ

1. ให้รหัสตามอวัยวะที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย
2. สำหรับการทำ MRV หรือ MRA นั้นให้รหัสตามอวัยวะที่ทำการตรวจ เช่น
 - MRV Femoral v. ให้รหัส 88.94
 - MRI of musculoskeletal, MRA abdominal aorta ให้รหัส 88.97 MRI of other and unspecified sites
3. การตรวจ MRI Heart screening ASD (Atrium septum defect) ให้รหัส 88.92 MRI of chest and myocardium



4. การตรวจ MR Urography (full tracts) ให้รหัส 88.97 MRI of other and unspecified sites

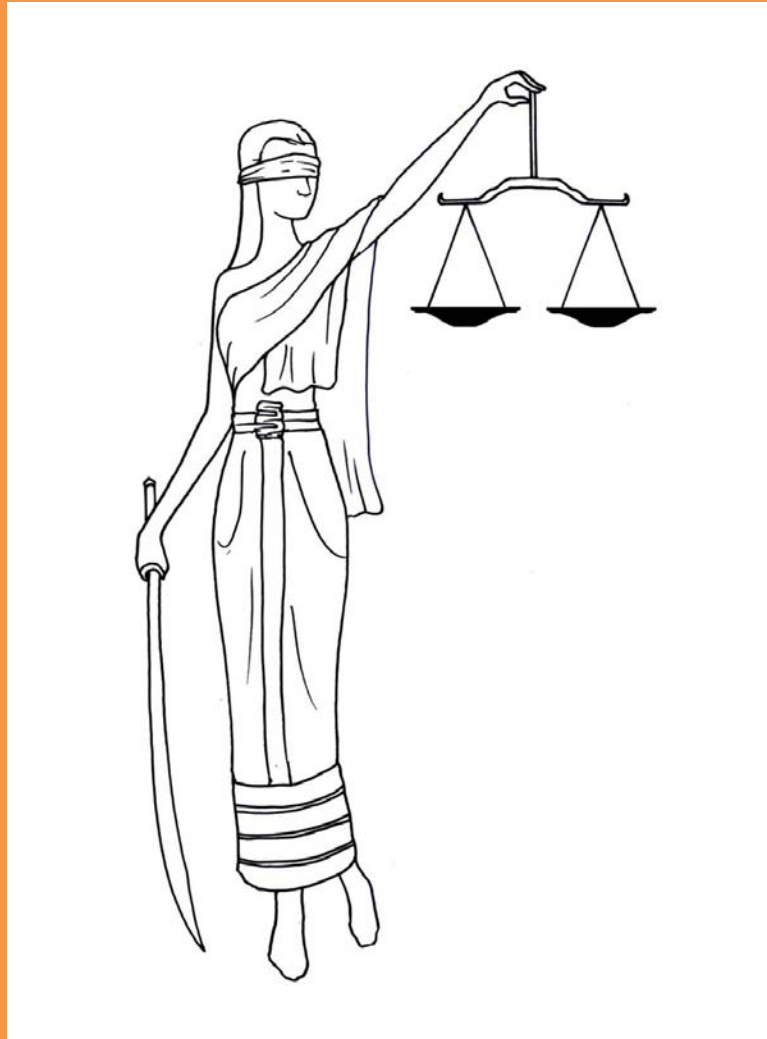
รังสีวินิจฉัย	ICD-9-CM
MRI Brain / MRA Brain MRI Brain + CSF flow MRI Pituitary gland MRI Cranial nerve Functional MR MR Cisternography	88.91: MRI of brain and brain stem
MRI Chest MRI Heart screening ASD MRI Heart + perfusion MRA Pulmonary MRI Heart CgHD / cine	88.92: MRI of chest and myocardium
MRI spine MR Myelography + spine	88.93: MRI of spinal canal
MRI Bone MRI Brachial plexus MRI Sacral plexus MRA Femoral artery / Peripheral run off	88.94: MRI of musculoskeletal
MRI Prostate MRI Prostate with special coil	88.95: MRI of pelvic, prostate, and bladder
MR Urography (full tracts)	88.97: MRI of other and unspecified sites ➔ abdomen, eye, orbit, face, neck
MRI Orbits MRI PNS MRI Nasopharynx / Oropharynx MRI Neck / Larynx / Thyroid glands MRI IAC MRI Breasts MRI abdomen MRA Renal artery MRCP + upper abdomen MRA Carotid	88.97: MRI of other and unspecified sites ➔ abdomen, eye, orbit, face, neck



รังสีวินิจฉัย	ICD-9-CM
MRV Chest / Portal v./ Femoral v. MRA Thoracic / abdominal aorta	88.92: MRI of chest and myocardium ➔ chest and thoracic 88.97: MRI of other and unspecified sites ➔ abdomen, eye, orbit, face, neck 88.94: MRI of musculoskeletal
MR spectroscopy มักจะดูใน brain, prostate	88.91: MRI of brain and brain stem 88.95: MRI of pelvic, prostate, and bladder
CT Brain artery (CTA brain) CT Brain vein (CTV brain)	87.03: Computerized axial tomography of head
CT Pulmonary artery (CTA pulmonary) CT Pulmonary vein (CTV pulmonary) CT Thoracic vein (CTV thoracic) CT Thoracic aorta (CTA thoracic)	87.41: Computerized axial tomography of thorax
CT Abdominal aorta (CTA abdominal)	88.01 : Computerized axial tomography of abdomen
CT Renal artery (CTA renal)	87.71 : Computerized axial tomography of kidney
CT Femoral artery / Peripheral run off CT Femoral vein CT Upper Extremity artery CT Upper Extremity vein	88.38 : Other computerized axial tomography



ภาคผนวก





American Health Information Management Association Standards of Ethical Coding

Introduction

The Standards of Ethical Coding are based on the American Health Information Management Association's (AHIMA's) Code of Ethics. Both sets of principles reflect expectations of professional conduct for coding professionals involved in diagnostic and/or procedural coding or other health record data abstraction.

A Code of Ethics sets forth professional values and ethical principles and offers ethical guidelines to which professionals aspire and by which their actions can be judged. Health information management (HIM) professionals are expected to demonstrate professional values by their actions to patients, employers, members of the healthcare team, the public, and the many stakeholders they serve. A Code of Ethics is important in helping to guide the decision-making process and can be referenced by individuals, agencies, organizations, and bodies (such as licensing and regulatory boards, insurance providers, courts of law, government agencies, and other professional groups).

The AHIMA Code of Ethics (available on the AHIMA web site) is relevant to all AHIMA members and credentialed HIM professionals and students, regardless of their professional functions, the settings in which they work, or the populations they serve. Coding is one of the core HIM functions, and due to the complex regulatory requirements affecting the health information coding process, coding professionals are frequently faced with ethical challenges. The AHIMA Standards of Ethical Coding are intended to assist coding professionals and managers in decision-making processes and actions, outline expectations for making ethical decisions in the workplace, and demonstrate coding professionals' commitment to integrity during the coding process, regardless of the purpose for which the codes are being reported. They are relevant to all coding professionals and those who manage the coding function, regardless of the healthcare setting in which they work or whether they are AHIMA members or nonmembers.

These Standards of Ethical Coding have been revised in order to reflect the current healthcare environment and modern coding practices. The previous revision was published in 1999.

Standards of Ethical Coding

Coding professionals should:

1. Apply accurate, complete, and consistent coding practices for the production of high-quality healthcare data.
2. Report all healthcare data elements (e.g. diagnosis and procedure codes, present on admission indicator, discharge status) required for external reporting purposes (e.g. reimbursement and other administrative uses, population health, quality and patient safety



- measurement, and research) completely and accurately, in accordance with regulatory and documentation standards and requirements and applicable official coding conventions, rules, and guidelines.
3. Assign and report only the codes and data that are clearly and consistently supported by health record documentation in accordance with applicable code set and abstraction conventions, rules, and guidelines.
 4. Query provider (physician or other qualified healthcare practitioner) for clarification and additional documentation prior to code assignment when there is conflicting, incomplete, or ambiguous information in the health record regarding a significant reportable condition or procedure or other reportable data element dependent on health record documentation (e.g. present on admission indicator).
 5. Refuse to change reported codes or the narratives of codes so that meanings are misrepresented.
 6. Refuse to participate in or support coding or documentation practices intended to inappropriately increase payment, qualify for insurance policy coverage, or skew data by means that do not comply with federal and state statutes, regulations and official rules and guidelines.
 7. Facilitate interdisciplinary collaboration in situations supporting proper coding practices.
 8. Advance coding knowledge and practice through continuing education.
 9. Refuse to participate in or conceal unethical coding or abstraction practices or procedures.
 10. Protect the confidentiality of the health record at all times and refuse to access protected health information not required for coding-related activities (examples of coding-related activities include completion of code assignment, other health record data abstraction, coding audits, and educational purposes).
 11. Demonstrate behavior that reflects integrity, shows a commitment to ethical and legal coding practices, and fosters trust in professional activities.

Revised and approved by the House of Delegates 09/08

All rights reserved. Reprint and quote only with proper reference to AHIMA's authorship.

Resources

(updated April 2013)

[AHIMA Code of Ethics](#)

[ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting](#)

[AHIMA's position statement on Quality Health Data and Information](#)

[AHIMA's position statement on Consistency of Healthcare Diagnostic and Procedural Coding](#)

AHIMA Practice Brief titled "[Managing an Effective Query Process](#)"



How to Interpret the Standards of Ethical Coding

The following ethical principles are based on the core values of the American Health Information Management Association and the AHIMA Code of Ethics and apply to all coding professionals. Guidelines for each ethical principle include examples of behaviors and situations that can help to clarify the principle. They are not meant as a comprehensive list of all situations that can occur.

1. **Apply accurate, complete, and consistent coding practices for the production of high-quality healthcare data.**

Coding professionals and those who manage coded data shall:

1.1. Support selection of appropriate diagnostic, procedure and other types of health service related codes (e.g. present on admission indicator, discharge status).

Example:

Policies and procedures are developed and used as a framework for the work process, and education and training is provided on their use.

1.2. Develop and comply with comprehensive internal coding policies and procedures that are consistent with official coding rules and guidelines, reimbursement regulations and policies and prohibit coding practices that misrepresent the patient's medical conditions and treatment provided or are not supported by the health record documentation.

Example:

Code assignment resulting in misrepresentation of facts carries significant consequences.

1.3. Participate in the development of institutional coding policies and ensure that coding policies complement, and do not conflict with, official coding rules and guidelines.

1.4. Foster an environment that supports honest and ethical coding practices resulting in accurate and reliable data.

Coding professionals **shall not**:

1.5. Participate in improper preparation, alteration, or suppression of coded information.

2. **Report all healthcare data elements (e.g. diagnosis and procedure codes, present on admission indicator, discharge status) required for external reporting purposes (e.g. reimbursement and other administrative uses, population health, public data reporting, quality and patient safety measurement, research) completely and accurately, in accordance with regulatory and documentation standards and requirements and applicable official coding conventions, rules, and guidelines.**

Coding professionals **shall**:

2.1. Adhere to the ICD coding conventions, official coding guidelines approved by the Cooperating Parties,¹ the CPT rules established by the American Medical Association, and



any other official coding rules and guidelines established for use with mandated standard code sets.

Example:

Appropriate resource tools that assist coding professionals with proper sequencing and reporting to stay in compliance with existing reporting requirements are available and used.

2.2. Select and sequence diagnosis and procedure codes in accordance with the definitions of required data sets for applicable healthcare settings.

2.3. Comply with AHIMA's standards governing data reporting practices, including health record documentation and clinician query standards.

3. **Assign and report only the codes that are clearly and consistently supported by health record documentation in accordance with applicable code set conventions, rules, and guidelines.**

Coding professionals **shall**:

3.1. Apply skills, knowledge of currently mandated coding and classification systems, and official resources to select the appropriate diagnostic and procedural codes (including applicable modifiers), and other codes representing healthcare services (including substances, equipment, supplies, or other items used in the provision of healthcare services).

Example:

Failure to research or confirm the appropriate code for a clinical condition not indexed in the classification, or reporting a code for the sake of convenience or to affect reporting for a desired effect on the results, is considered unethical.

4. **Query provider (physician or other qualified healthcare practitioner) for clarification and additional documentation prior to code assignment when there is conflicting, incomplete, or ambiguous information in the health record regarding a significant reportable condition or procedure or other reportable data element dependent on health record documentation (e.g. present on admission indicator).**

Coding professionals **shall**:

4.1. Participate in the development of query policies that support documentation improvement and meet regulatory, legal, and ethical standards for coding and reporting.

4.2. Query the provider for clarification when documentation in the health record that impacts an externally reportable data element is illegible, incomplete, unclear, inconsistent, or imprecise.

4.3. Use queries as a communication tool to improve the accuracy of code assignment and the quality of health record documentation, not to inappropriately increase



reimbursement or misrepresent quality of care.

Example:

Policies regarding the circumstances when clinicians should be queried are designed to promote complete and accurate coding and complete documentation, regardless of whether reimbursement will be affected.

Coding professionals **shall not**:

4.4. Query the provider when there is no clinical information in the health record prompting the need for a query.

Example:

Query the provider regarding the presence of gram-negative pneumonia on every pneumonia case, regardless of whether there are any clinical indications of gram-negative pneumonia documented in the record.

5. **Refuse to change reported codes or the narratives of codes so that meanings are misrepresented.**

Coding professionals **shall not**:

5.1. Change the description for a diagnosis or procedure code or other reported data element so that it does not accurately reflect the official definition of that code.

Example:

The description of a code is altered in the encoding software, resulting in incorrect reporting of this code.

6. **Refuse to participate in or support coding or documentation practices intended to inappropriately increase payment, qualify for insurance policy coverage, or skew data by means that do not comply with federal and state statutes, regulations and official rules and guidelines.**

Coding professionals **shall**:

6.1. Select and sequence the codes such that the organization receives the optimal payment to which the facility is legally entitled, remembering that it is unethical and illegal to increase payment by means that contradict regulatory guidelines.

Coding professionals **shall not**:

6.2. Misrepresent the patient's clinical picture through intentional incorrect coding or omission of diagnosis or procedure codes, or the addition of diagnosis or procedure codes unsupported by health record documentation, to inappropriately increase reimbursement, justify medical necessity, improve publicly reported data, or qualify for insurance policy coverage benefits.



Examples:

A patient has a health plan that excludes reimbursement for reproductive management or contraception; so rather than report the correct code for admission for tubal ligation, it is reported as a medically necessary condition with performance of a salpingectomy. The narrative descriptions of both the diagnosis and procedures reflect an admission for tubal ligation and the procedure (tubal ligation) is displayed on the record.

A code is changed at the patient's request so that the service will be covered by the patient's insurance.

Coding professionals **shall not**:

6.3. Inappropriately exclude diagnosis or procedure codes in order to misrepresent the quality of care provided.

Examples:

Following a surgical procedure, a patient acquired an infection due to a break in sterile procedure; the appropriate code for the surgical complication is omitted from the claims submission to avoid any adverse outcome to the institution.

Quality outcomes are reported inaccurately in order to improve a healthcare organization's quality profile or pay-for-performance results.

7. **Facilitate interdisciplinary collaboration in situations supporting proper coding practices.**

Coding professionals **shall**:

7.1. Assist and educate physicians and other clinicians by advocating proper documentation practices, further specificity, and re-sequence or include diagnoses or procedures when needed to more accurately reflect the acuity, severity, and the occurrence of events.

Example:

Failure to advocate for ethical practices that seek to represent the truth in events as expressed by the associated code sets when needed is considered an intentional disregard of these standards.

8. **Advance coding knowledge and practice through continuing education.**

Coding professionals **shall**:

8.1. Maintain and continually enhance coding competency (e.g., through participation in educational programs, reading official coding publications such as the Coding Clinic for ICD-9-CM, and maintaining professional certifications) in order to stay abreast of changes in codes, coding guidelines, and regulatory and other requirements.



9. **Refuse to participate in or conceal unethical coding practices or procedures.**

Coding professionals **shall**:

9.1. Act in a professional and ethical manner at all times.

9.2. Take adequate measures to discourage, prevent, expose, and correct the unethical conduct of colleagues.

9.3. Be knowledgeable about established policies and procedures for handling concerns about colleagues' unethical behavior. These include policies and procedures created by AHIMA, licensing and regulatory bodies, employers, supervisors, agencies, and other professional organizations.

9.4. Seek resolution if there is a belief that a colleague has acted unethically or if there is a belief of incompetence or impairment by discussing their concerns with the colleague when feasible and when such discussion is likely to be productive. Take action through appropriate formal channels, such as contacting an accreditation or regulatory body and/or the AHIMA Professional Ethics Committee.

9.5. Consult with a colleague when feasible and assist the colleague in taking remedial action when there is direct knowledge of a health information management colleague's incompetence or impairment.

Coding professionals **shall not**:

9.6. Participate in, condone, or be associated with dishonesty, fraud and abuse, or deception. A non-exhaustive list of examples includes:

- Allowing inappropriate patterns of retrospective documentation to avoid suspension or increase reimbursement
- Assigning codes without supporting provider (physician or other qualified healthcare practitioner) documentation
- Coding when documentation does not justify the diagnoses and/or procedures that have been billed
- Coding an inappropriate level of service
- Miscoding to avoid conflict with others
- Adding, deleting, and altering health record documentation
- Copying and pasting another clinician's documentation without identification of the original author and date
- Knowingly reporting incorrect present on admission indicator
- Knowingly reporting incorrect patient discharge status code
- Engaging in negligent coding practices



10. **Protect the confidentiality of the health record at all times and refuse to access protected health information not required for coding-related activities (examples of coding-related activities include completion of code assignment, other health record data abstraction, coding audits, and educational purposes).**

Coding professionals **shall**:

- 10.1. Protect all confidential information obtained in the course of professional service, including personal, health, financial, genetic, and outcome information.
- 10.2. Access only that information necessary to perform their duties.

11. **Demonstrate behavior that reflects integrity, shows a commitment to ethical and legal coding practices, and fosters trust in professional activities.**

Coding professionals **shall**:

- 11.1. Act in an honest manner and bring honor to self, peers, and the profession.
- 11.2. Truthfully and accurately represent their credentials, professional education, and experience.
- 11.3. Demonstrate ethical principles and professional values in their actions to patients, employers, other members of the healthcare team, consumers, and other stakeholders served by the healthcare data they collect and report.

¹ The Cooperating Parties are the American Health Information Management Association, American Hospital Association, Centers for Medicare & Medicaid Services, and National Center for Health Statistics.

Source:

AHIMA House of Delegates. "AHIMA Standards of Ethical Coding." (September 2008).



แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะโลหิตจาง

ความหมายของภาวะซีด

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

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

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

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



โรคฉี่หนู

บทนำ เลปโตสไปโรสิส มีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียรูปเกลียว (spirochete) ใน genus leptospira ก่อเกิดโรคในมนุษย์โดยมีสัตว์ทะเลโดยเฉพาเป็นพาหะ ที่สำคัญเชื้อ leptospira เข้าสู่ร่างกายมนุษย์ทางผิวหนัง เยื่อบุต่างๆ รวมทั้งเยื่อตาและปอด มักมีประวัติ สัมผัสน้ำจากแหล่งที่ปนเปื้อนปัสสาวะของสัตว์จำพวกสัตว์ทะเล หรือแหล่งน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อดังกล่าวอยู่ มักพบในเกษตรกร หรือบริเวณที่มีอุทกภัย น้ำจากแหล่งน้ำท่วม เชื้อจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่น้อยกว่า 3 สัปดาห์

ลักษณะทางคลินิก

1 ระยะแรกหรือ leptospiremic phase เป็นระยะที่มี septicemia เป็นช่วงสัปดาห์แรกของความเจ็บป่วยใน ระยะนี้กินเวลาประมาณ 5-7 วัน เริ่มต้นด้วยไข้สูง (อุณหภูมิร่างกายประมาณ 38-40 องศาเซลเซียส) หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ตาแดง (conjunctival suffusion) แบบไม่มีขี้ตา ปวดท้อง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน จากนั้นอาการไข้และอาการอื่นๆ ที่เกิดในช่วง leptospiremic phase จะดีขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

2 ระยะที่ 2 (Immune phase) พบได้ตั้งแต่วันที่ 3 จนถึงวันที่ 30 ของความเจ็บป่วยจะมีอาการดีซ่าน ตัวเหลือง ตาเหลือง ไตวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการทางเดินหายใจ เยื่อหุ้มสมองอักเสบชนิด aseptic meningitis เยื่อตาอักเสบ (conjunctival suffusion) และ/หรือ มีเลือดออกในเยื่อตา กลัวแสง (photo tenderness) โดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณน่อง (claf pain) ต่อน้ำเหลืองโต ตับม้ามโต

การวินิจฉัยทางคลินิก ผู้ป่วยที่อยู่ในข่ายสงสัยมีการติดเชื้อ เลปโตสไปโรสิส

- 1 มีประวัติเสี่ยง สัมผัสน้ำจากแหล่งน้ำท่วม หรือมีอาชีพเสี่ยงในการสัมผัสโรค ร่วมกับ
- 2 มีอาการไข้เฉียบพลันและอาการอื่นๆ ที่พบในเลปโตสไปโรสิส

หากมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่นตาเหลือง ตัวเหลือง หรือไตวาย หรือหอบ จำเป็นต้อง rule out sepsis จาก cholangitis staphylococcus E coli Melioidosis Scrub Typhus และ Malaria ก่อนแล้วจึงพิจารณาการรักษาแบบ เลปโตสไปโรสิส

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC UA (เบื้องต้น)

- 1 ประเมินความรุนแรงของโรคเพื่อวางแผนการรักษา ดูแผนภาพที่ 1 และ 2)
- 2 ในกรณีอาการไม่รุนแรง ให้การรักษาเบื้องต้น
- 3 ในกรณีที่มีอาการรุนแรง หรือกรณีรักษาเบื้องต้นแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อน ควรย้ายเข้าหอวิกฤต หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบวิกฤตได้

การรักษาจำเพาะ

Mild Leptospirosis

Doxycycline 100 mg po bid 7 days

Ampicillin 500-700 mg po q 6 hrs



Amoxycyclin 500 mg po q 6 hrs

Azithromycin 1 gm po 1st dose then 500 mg po bid at 2nd, 3rd day

Moderate to severe Leptospirosis

Penicillin G 1.5 mu IV q 6hrs X7 days

Ceftriaxone 1 gm IV q 24 hrs X7 days

Cefotaxime 1 gm IV q 6 hrs X 7 days

การปฏิบัติตน

1 ให้นอนพักผ่อนนาน 3-5 วันหรือจนกว่าจะหาย

2 กินยาตามแพทย์สั่ง ดื่มน้ำมากๆ ทานอาหารอ่อน

3 ฝ้าดูอาการรุนแรง เช่น ไข้สูงตลอด อาเจียน เพ็ลีย หอบ เหนื่อย ไอเสมหะปนเลือด มีภาวะเลือดออก ผิดปกติ ปัสสาวะออกน้อย ชีวมลหรือระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ ฯลฯ ถ้าสงสัยพบแพทย์เพื่อตรวจซ้ำ

การป้องกัน

1 การป้องกันการสัมผัสเชื้อก่อโรคที่อาจปนเปื้อนในน้ำท่วมขัง เช่น หลีกเลี่ยงการย่ำน้ำเป็นเวลานาน โดยเฉพาะรายที่มีบาดแผลที่ผิวหนัง หรือสวมรองเท้าบูทที่เหมาะสมซึ่งสามารถป้องกันน้ำได้

2 ผลวิจัยที่มีในปัจจุบัน พบว่า ยา Doxycycline ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ แต่ช่วยลดความรุนแรงของโรคในรายที่ติดเชื้อแล้ว อีกทั้งรับประทานยาเพื่อการป้องกันต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละครั้งจนหมดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในฤดูฝน หรือภาวะน้ำท่วมทั่วไปที่ไม่สูงมาก (1-5%) ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ยา Doxycycline ในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรสิส

3 ผู้ที่หลีกเลี่ยงการย่ำน้ำเป็นเวลานานๆ ไม่ได้ เช่น เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครที่เข้าไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วม เป็นต้น ในพื้นที่เคยมีประวัติการระบาดของโรคเลปโตสไปโรสิส อาจพิจารณาการให้กินยาป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ ยา doxycycline ขนาด 200 มก ต่อเนื่องสัปดาห์ละครั้งต่อเนื่องจนหมดภาวะเสี่ยง เพื่อลดความรุนแรงของโรค บุคคลที่ได้รับยาดังกล่าวจะต้องได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ควรได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยและไม่ละเลยการป้องกันตัวเองจากโรคเลปโตสไปโรสิสด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การแต่งกายปกปิดมิดชิด หลีกเลี่ยงให้บาดแผลสัมผัสกับแหล่งน้ำที่ไม่สะอาด เช่น น้ำอุทกภัย เป็นต้น

4 ผู้ประสบภัยหรือเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือผู้ประสบภัย(ไม่ว่าจะกินยาป้องกันหรือไม่) ที่มีอาการไข้ หรืออาการผิดปกติ ควรพบแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาให้การรักษาโรคเลปโตสไปโรสิสอย่างทันที่และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

5 จัดเตรียมพื้นที่พักพิงชั่วคราว รวมทั้งแนวทางการกำจัดขยะ ส้วม เพื่อไม่ให้แหล่งแพร่โรค น้ำดื่ม น้ำใช้ ฯลฯ สำหรับผู้ประสบภัยไว้ล่วงหน้า

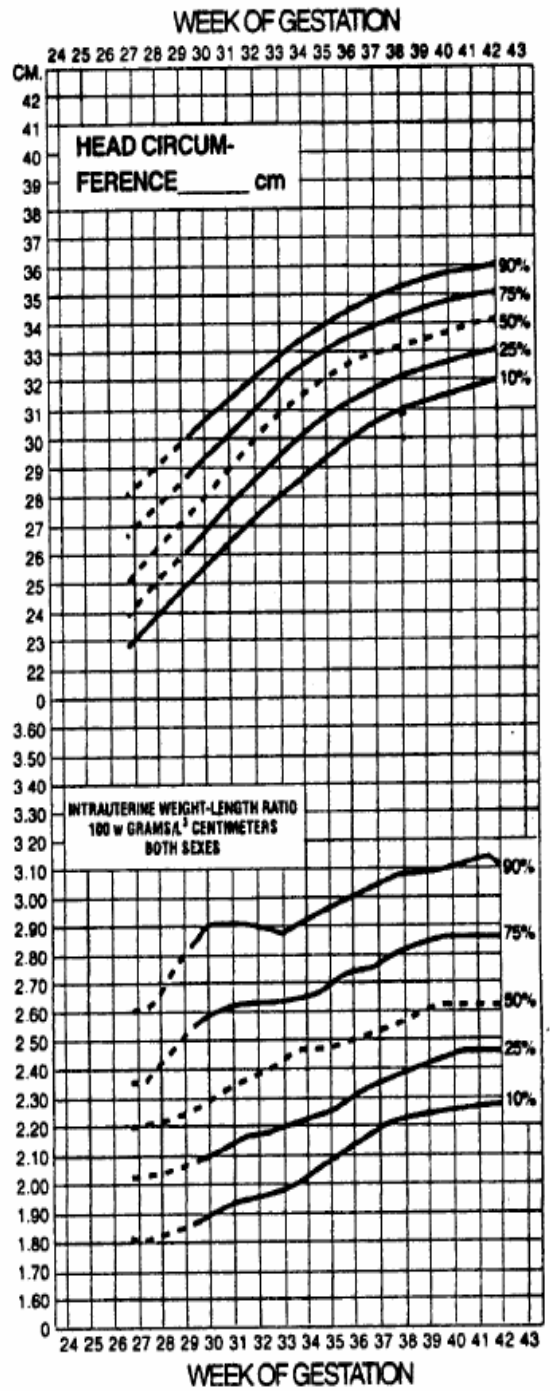
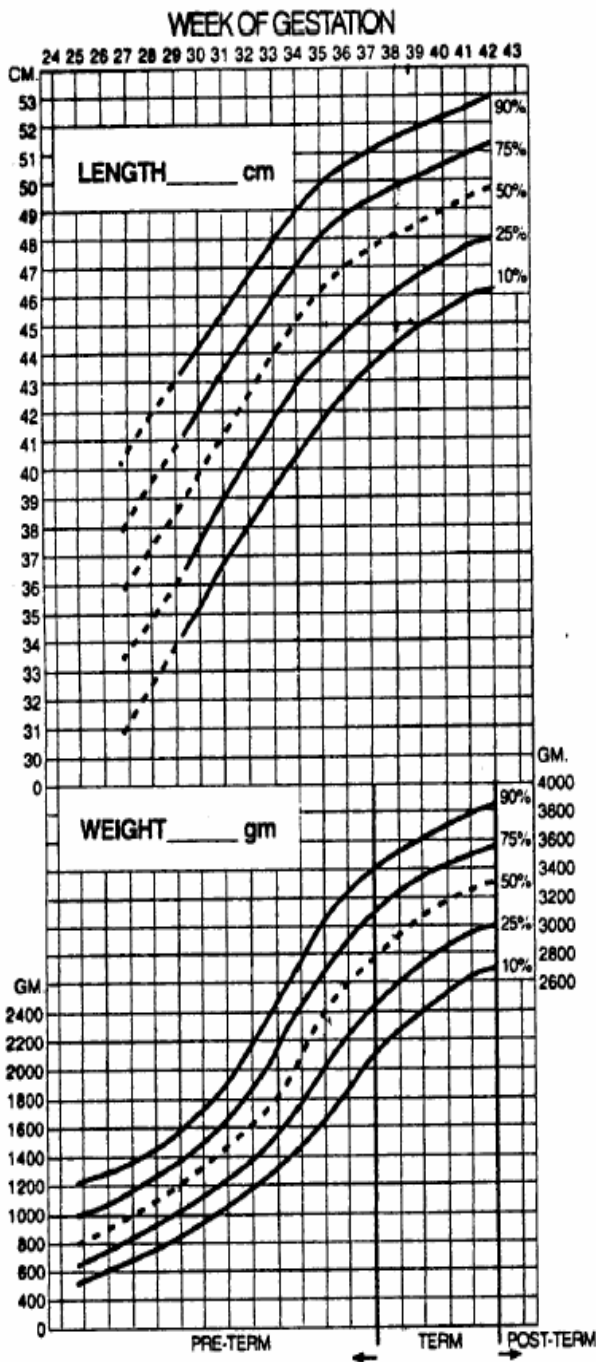


ข้อควรระวัง

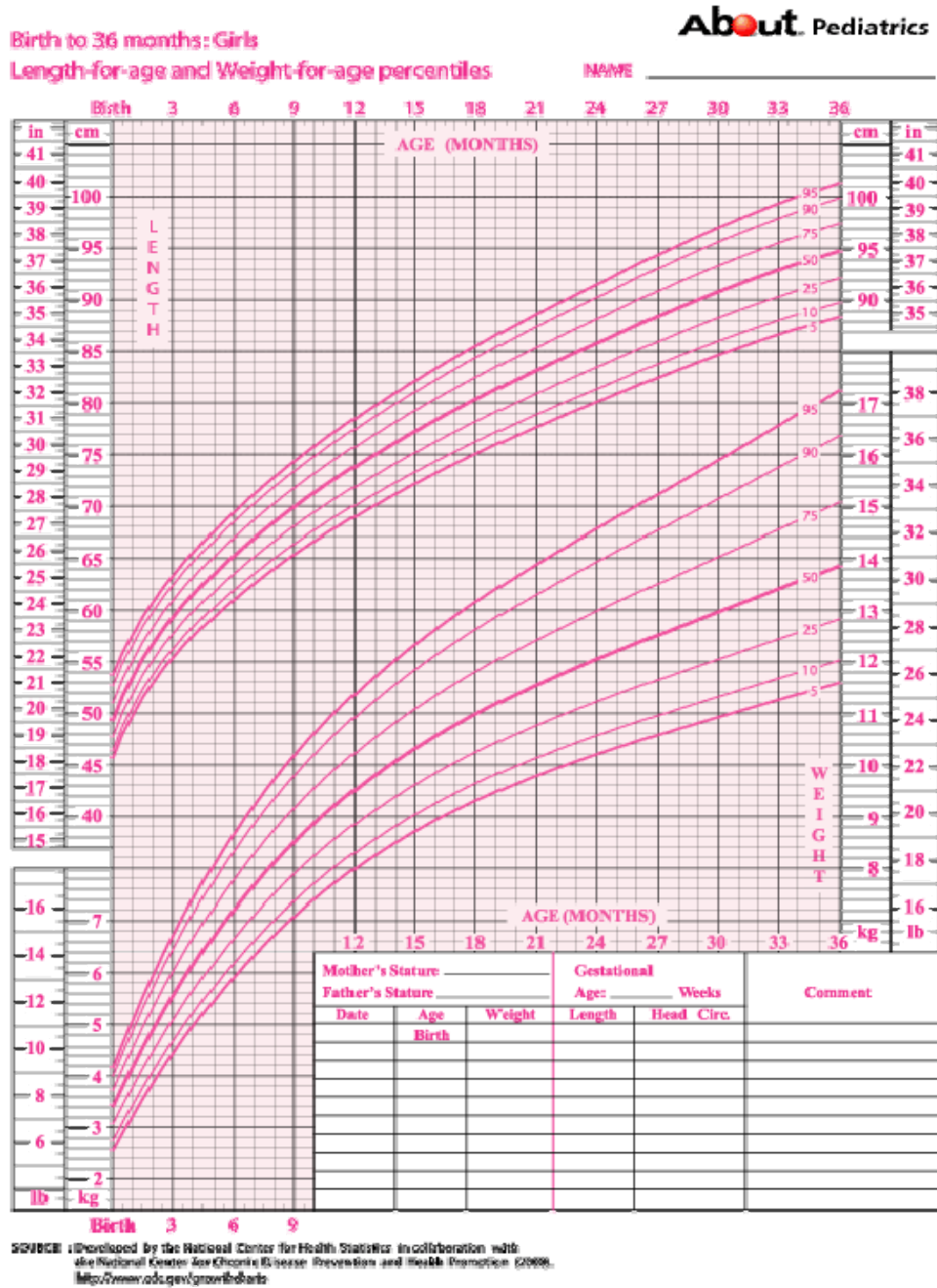
1 การให้ยา doxycycline ต้องรับประทานพร้อมหรือหลังอาหารทันที ดื่มน้ำตามมากๆ เพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน จุกแน่นหน้าอก และห้ามนอนทันที (อย่างน้อย 30 นาที) เพราะอาจทำให้เกิดหลอดอาหารอักเสบ รวมทั้งงดดื่มนมหลังกินยา

2 บุคคลที่มีข้อห้ามในการให้ยา doxycycline เช่น หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร แพ้ยา ฯลฯ ต้องได้รับข้อมูลการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ด้วยวิธีอื่นๆ

ที่มา : แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อต่างๆ ในภาวะฉุกเฉินสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับ 1 วันที่ 11 พฤศจิกายน 2554



แบบประเมินการเจริญเติบโตในทารกแรกเกิด





การประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary Assessment (SA)

- 0 Agreement : ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับ การสรุปการวินิจฉัยและ การสรุปหัตถการใน Discharge Summary
- 1 Principal diagnosis (PDx)
 - 1a Missing principal diagnosis : ไม่สรุป Pdx.
 - 1b Incorrect principal diagnosis : สรุป Pdx. ไม่ถูกต้อง
 - 1c Non-specific principal diagnosis : สรุป Pdx. ไม่เฉพาะเจาะจง
 - 1d Unjustified principal diagnosis : สรุป Pdx. โดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน
- 2 Additional diagnosis (Co-morbidity and Complication : CC)
 - 2a Missing Additional diagnosis (Co-morbidity and Complication) : ไม่สรุป CC
 - 2b Incorrect Additional diagnosis (Co-morbidity and Complication) : สรุป CC ไม่ถูกต้อง (รวมกรณีสรุป Other Dx. มา เป็น CC หรือ สรุป CC เป็น Other Dx)
 - 2c Non-specific Additional diagnosis (Co-morbidity and Complication) : สรุป CC. ไม่เฉพาะเจาะจง
 - 2d Unjustified Additional diagnosis (Co-morbidity and Complication) : สรุป CC. โดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน
- 3 Operation (Op) : รวมถึง Non OR procedure ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG หรือการเบิกจ่ายชดเชย
 - 3a Missing Operation : ไม่สรุป Op
 - 3b Incorrect Operation : สรุป Op. ไม่ถูกต้อง
 - 3c Non-specific Operation : สรุป Op. ไม่เฉพาะเจาะจง
 - 3d Unjustified Operation : สรุป Op. โดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน
- 5 Not – summarized : ไม่มีการสรุปเวชระเบียน
- 6 Other problem : ปัญหาอื่น ซึ่งอาจทำให้ การวินิจฉัย หรือ หัตถการ ของ Doctor และ Auditor ต่างกัน ลายมืออ่านไม่ออก เขียนไม่ชัด หรือสรุปโรคกำกวม ใช้คำย่อที่ไม่เป็นที่รู้จักหรือแพร่หลาย โดยทั่วไป

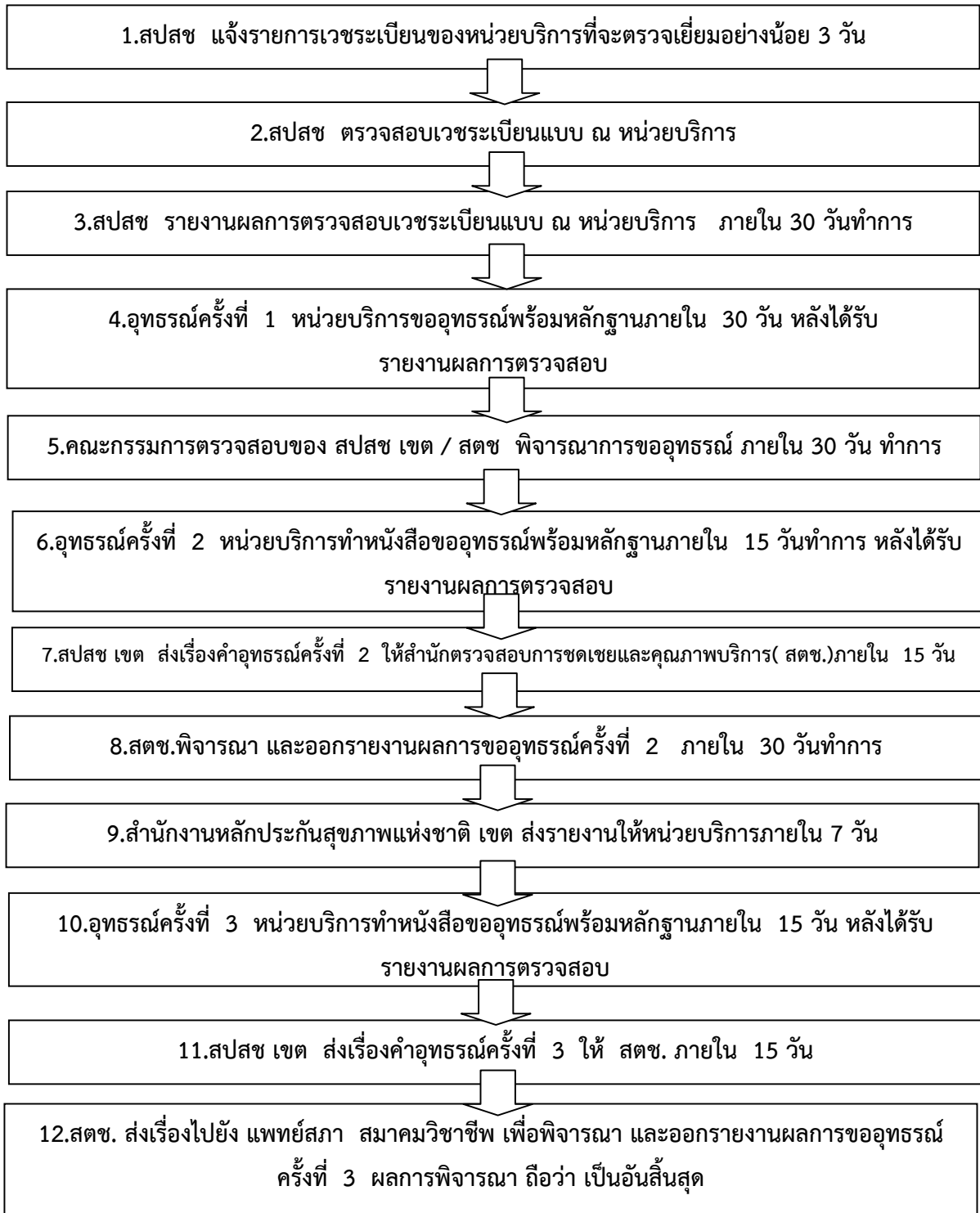


การประเมินการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส Code Assessment (CA)

- 0 Agreement : ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการ
- 1 Principal diagnosis (PDX)
 - 1a Missing Principal diagnosis code : ไม่ให้รหัส Pdx.
 - 1b Incorrect Principal diagnosis code : ให้รหัส Pdx. ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรคและหัตถการ
 - 1c Non-specific Principal diagnosis code : ให้รหัส Pdx. ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสโรคและหัตถการ
- 2 Additional diagnosis (Co-morbidity and Complication : CC)
 - 2a Missing Additional code (Co-morbidity and Complication : CC) : ไม่ให้รหัส CC
 - 2b Incorrect Additional code (Co-morbidity and Complication : CC) : ให้รหัส CC ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรคและหัตถการ
 - 2c Non-specific Additional code (Co-morbidity and Complication : CC) : ให้รหัส CC ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสโรคและหัตถการ
 - 2d Unjustified Additional code (Co-morbidity and Complication : CC) : เพิ่มรหัส CC ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรคและหัตถการ
- 3 Incorrect Operation code
 - 3a Missing Operation code : ไม่ให้รหัส op.
 - 3b Incorrect Operation code : ให้รหัส op. ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรคและหัตถการ
 - 3c Non-specific Operation code : ให้รหัส op. ไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสโรคและหัตถการ
 - 3d Unjustified Operation code: เพิ่มรหัส op. โดยไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรคและหัตถการ
- 6 Other problem : ปัญหาอื่น ซึ่งอาจทำให้ การวินิจฉัย หรือ หัตถการ ของ Doctor และcoder ต่างกัน



ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน แบบ ณ หน่วยบริการ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ





ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน แบบ ณ รวมศูนย์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ





เล่ม ๑๒๖ ตอนพิเศษ ๕๑ ง หน้า ๑๔ ราชกิจจานุเบกษา ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๒

ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและการหักค่าใช้จ่าย
กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง
พ.ศ. ๒๕๕๒

โดยที่สมควรกำหนด หลักเกณฑ์การหักค่าใช้จ่ายกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง เพื่อให้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไป
อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ (๔) และมาตรา ๒๖ (๖) แห่งพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติในการ
ประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๑ ให้ออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย
การบริหารจัดการกองทุนและการหักค่าใช้จ่าย กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. ๒๕๕๒”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในข้อบังคับนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามมาตรา ๔๔
แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการพิจารณาหักค่าใช้จ่าย

“เอกสารหลักฐาน” หมายความว่า เวชระเบียน หรือพยานหลักฐาน หรือข้อมูลอื่นใด
ที่หน่วยบริการใช้เป็นหลักฐานเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากสำนักงาน หรือที่สำนักงานใช้เป็นหลักฐาน
ประกอบการเบิกจ่ายค่าใช้จ่าย

ข้อ ๔ ให้หน่วยบริการที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากสำนักงาน จัดทำเอกสารหลักฐาน
เพื่อประกอบการเบิกจ่าย ให้สำนักงานสามารถตรวจสอบได้



หน้า ๑๕

เล่ม ๑๒๖ ตอนพิเศษ ๕๑ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๒

ข้อ ๕ เมื่อหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากสำนักงาน ให้สำนักงานตรวจเอกสารหลักฐานและจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการจ่ายค่าใช้จ่ายที่ใช้บังคับอยู่ในขณะนั้น

ข้อ ๖ ถ้าสำนักงานตรวจสอบพบในภายหลังว่า การเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง หรือผิดพลาดคลาดเคลื่อน จะด้วยเหตุอันใดก็ตาม สำนักงานอาจจ่ายเงินเพิ่มหรือเรียกเงินคืนก็ได้ ดังนี้

(๑) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า หน่วยบริการใดเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วน ให้สำนักงานแนะนำเพื่อให้หน่วยบริการนั้นเรียกเก็บค่าใช้จ่ายไปยังสำนักงานตามสิทธิที่หน่วยบริการพึงได้รับ

(๒) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า หน่วยบริการใดเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริง โดยผิดพลาดอันเกิดจากความไม่เข้าใจ หรือความไม่รู้ หรือความเลินเล่อของหน่วยบริการ ให้สำนักงานเรียกเงินส่วนที่เกินไปนั้นคืนได้ทันที

(๓) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วเชื่อได้ว่า หน่วยบริการใดจงใจเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริง ไม่ว่าจะเป็นการสุจริตหรือทุจริตในวงราชการ หรือสุจริตหรือทุจริตโดยไม่มีหลักฐานในวงราชการ หรือมีการเพิ่มหรือลดการวินิจฉัยโรคโดยไม่มีหลักฐาน หรือมีการเพิ่มหรือลดการโดยไม่มีหลักฐาน หรือกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงานต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการมากเกินไปกรณี ให้สำนักงานเสนอคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาหักค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากส่วนที่เรียกคืนตาม (๒)

ข้อ ๗ ในการตรวจสอบของสำนักงานตามข้อบังคับนี้ สำนักงานอาจแต่งตั้งคณะทำงานตรวจสอบในระดับจังหวัด หรือระดับเขตพื้นที่ หรือระดับสำนักงาน เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายได้ตามความเหมาะสม

ข้อ ๘ ให้สำนักงานแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาหักค่าใช้จ่าย จำนวนไม่เกินเจ็ดคน เพื่อทำหน้าที่พิจารณาว่าจะหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการหรือไม่ หากหักค่าใช้จ่ายจะหักเป็นจำนวนเท่าใด ทั้งนี้ หากเป็นกรณีจงใจเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริง ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรง คณะกรรมการมีอำนาจสั่งให้ชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายอื่นใดที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้ก่อนก็ได้ ตามที่เห็นสมควร



หน้า ๑๖

เล่ม ๑๒๖ ตอนพิเศษ ๕๑ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๒

ข้อ ๕ ภายในสามปีนับแต่วันที่ให้มีคำสั่งหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการใดครั้งหลังสุด ถ้าหน่วยบริการนั้นยังมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริงซ้ำอีก ให้คณะกรรมการมีอำนาจหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการเป็นเสมือนค่าปรับได้อีกด้วย

การหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการเป็นจำนวนเท่าใด ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงระดับความร้ายแรงหรือพฤติกรรมแห่งการกระทำในแต่ละครั้งเป็นเกณฑ์ แต่ต้องไม่เกินสิบเท่าของจำนวนเงินที่หน่วยบริการเรียกเก็บเกินจริงในการให้บริการในครั้งนั้น และไม่เกินหนึ่งแสนบาท

การเรียกเงินคืนหรือการหักค่าใช้จ่ายตามข้อบังคับนี้ สำนักงานอาจดำเนินการด้วยวิธีหักค่าใช้จ่ายจากเงินที่หน่วยบริการพึงได้รับจากสำนักงานก็ได้

ข้อ ๑๐ ในกรณีที่หน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับคำสั่งให้คืนเงินตามข้อ ๖ (๒) ให้มีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการ ภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่ง

หลักเกณฑ์ วิธีการอุทธรณ์ และวิธีพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่ง อนุโลมใช้ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนดในมาตรา ๖๑ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

คำวินิจฉัยอุทธรณ์ของคณะกรรมการให้เป็นที่สุด

ข้อ ๑๑ เงินที่ได้รับจากการเรียกคืนหรือหักค่าใช้จ่ายตามข้อบังคับนี้ เป็นเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของสำนักงานจะจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการตามระบบปกติ และอาจใช้ในการพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการและระบบการตรวจสอบหน่วยบริการ เพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อ ๑๒ การตรวจสอบและการหักค่าใช้จ่ายตามข้อบังคับนี้ ให้เริ่มใช้กับเอกสารหลักฐานของผู้มีสิทธิที่ได้รับบริการจนถึงสิ้นสุดการรักษาและถูกจำหน่ายออกจากหน่วยบริการ ตั้งแต่วันที่ข้อบังคับนี้มีผลใช้บังคับเป็นต้นไป

ข้อ ๑๓ ให้เลขาธิการเป็นผู้รักษาการและมีอำนาจในการวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามข้อบังคับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

วิทยา แก้วภราดัย

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ที่ ๑๙๑/๒๕๕๖
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาหักค่าใช้จ่าย

เพื่อให้การหักค่าใช้จ่ายกรณีที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง
เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ (๑๒) มาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๘ ของข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและการหักค่าใช้จ่าย กรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. ๒๕๕๖ และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๒/๒๕๕๑
เมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๑ เลขที่คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

- ข้อ ๑ ให้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาหักค่าใช้จ่าย ประกอบด้วย
- | | |
|--|----------------------|
| (๑) นายแพทย์ยุทธ โพธารามิก | เป็นประธานคณะกรรมการ |
| (๒) ศาสตราจารย์พลโทพิศาล เทพสิทธา | เป็นอนุกรรมการ |
| (๓) พลตำรวจตรีชุมศักดิ์ พงษ์พานิช | เป็นอนุกรรมการ |
| (๔) รองศาสตราจารย์เกษียรจิราพร ลิ้มปานานนท์ | เป็นอนุกรรมการ |
| (๕) แพทย์หญิงประภา วงศ์แพทย์ | เป็นอนุกรรมการ |
| (๖) ผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | เป็นเลขานุการ |

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (๑) พิจารณาว่าจะหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการหรือไม่ หากหักค่าใช้จ่ายจะหักเป็นจำนวน
เท่าใด
- (๒) พิจารณาสั่งให้ชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายอื่นใดที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้ก่อน ในกรณีที่
หน่วยบริการจงใจเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริง ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรง
- (๓) หักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการเป็นเสมือนค่าปรับ ในกรณีที่หน่วยบริการใดเรียกเก็บ
ค่าใช้จ่ายเกินจริงซ้ำอีก นับแต่วันที่ให้มีคำสั่งหักค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการดังกล่าวครั้งหลังสุดภายในสามปี



-๒-

(๔) พิจารณาอุทธรณ์ กรณีที่หน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับคำสั่งให้คืนเงิน เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจสอบแล้วพบว่า หน่วยบริการใดเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริง โดยผิดหลงอันเกิดจากความไม่เข้าใจ หรือความไม่รู้ หรือความเลินเล่อของหน่วยบริการ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรียกเงินส่วนที่เกินไปนั้น

(๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๒

(นายประทีป ธนกิจเจริญ)
รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่

พ.ศ. ๒๕๕๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยคำแนะนำของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๕๗ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ลงวันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๖

(๒) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๔๗

(๓) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ (ฉบับที่ ๓) ลงวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๔๗

(๔) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ (ฉบับที่ ๔) ลงวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๔๘

(๕) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ (ฉบับที่ ๕) ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐

ข้อ ๒ ให้ผู้ดำรงตำแหน่งดังต่อไปนี้ เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

- (๑) เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๒) รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๓) ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



- (๔) ผู้อำนวยการอาวุโส ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ และผู้เชี่ยวชาญ ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ
- (๕) ผู้อำนวยการสำนักเลขาธิการและประชาสัมพันธ์
- (๖) เจ้าหน้าที่ระดับตั้งแต่เจ้าหน้าที่อาวุโสขึ้นไปของสำนัก ดังต่อไปนี้
- (ก) สำนักกำกับคุณภาพและประเมินผลลัพธ์คุณภาพ
 - (ข) สำนักบริหารงานทะเบียนหลักประกันสุขภาพ
 - (ค) สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
 - (ง) สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
 - (จ) สำนักกฎหมาย
 - (ฉ) สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ
 - (ช) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ - ๑๓
- (๗) เจ้าหน้าที่ระดับตั้งแต่เจ้าหน้าที่อาวุโสขึ้นไป ที่ได้รับมอบหมายจากเลขาธิการสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ทำหน้าที่ ตรวจสอบการชดเชยหรือตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ
ค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ
- (๘) ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานประกันสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติสาขาจังหวัด ทุกจังหวัด
- ข้อ ๓ ประกาศนี้ ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๗ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๗

(นายประดิษฐ์ สิ้นสวัสดิ์)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



**แนวทางการพิจารณาอัตราการปรับตามข้อบังคับ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและ
การหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง
พ.ศ. 2552**

คณะอนุกรรมการพิจารณาหักค่าใช้จ่าย ได้มีมติที่ประชุมครั้งที่ 1/2557 วันศุกร์ที่ 23 ธันวาคม 2556 เรื่อง การแนวทางการกำหนดอัตราค่าปรับดำเนินงานตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. 2552 ข้อ 6 (3) กรณีที่มีการตรวจสอบแล้วเชื่อได้ว่าหน่วยบริการใดจงใจเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินจริงไม่ว่าจะเป็นกรณีการสรุปโรคมามากเกินหลักฐานในเวชระเบียน หรือสรุปการทำหัตถการโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน หรือมีการเพิ่มรหัสการวินิจฉัยโรคโดยไม่มีหลักฐาน หรือมีการเพิ่มรหัสหัตถการโดยไม่มีหลักฐาน หรือกระทำการอื่นใดอันเป็นเหตุให้สำนักงาน ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการ มติเห็นชอบให้นำข้อมูลการผลการตรวจสอบเวชระเบียนในกรณีดังต่อไปนี้

- เพิ่มโรคโดยไม่มีหลักฐาน (SA=2D)
- การเพิ่มรหัสโรคโดยไม่ได้ตามมาตรฐาน (CA=2D)
- จำนวนการเปลี่ยนแปลงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์
- ร้อยละการเปลี่ยนแปลงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

จัดทำเป็นเกณฑ์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean) โดยมีเกณฑ์ประเมิน 3 ระดับ เป็นอัตราประกอบการพิจารณาการปรับหน่วยบริการที่เบิกจ่ายเกินตามข้อบังคับ 6(3) และโดยสรุปให้ใช้คะแนนที่รวมได้คิดเป็นร้อยละและเปรียบเทียบกับจำนวนการปรับร้อยละ 100 เท่ากับปรับในอัตรา 10 เท่า ปรับลดตามสัดส่วนของคะแนน



ตารางการกำหนดคะแนนประเมินเพื่อการคิดอัตราค่าบริการปรับตามข้อบังคับ

	คะแนน	สรุปโรค โดยไม่มีหลักฐาน (SA= 2D)	ให้รหัสโรคเกิน ไม่ได้ตามมาตรฐาน (CA =2D)	จำนวนน้ำหนัก สัมพัทธ์เปลี่ยนแปลง	ร้อยละการ เปลี่ยนแปลง น้ำหนักสัมพัทธ์
ร้ายแรง มาก	3	ร้อยละ 90 ขึ้นไป	ร้อยละ 70 ขึ้นไป	600 หน่วยขึ้นไป	ร้อยละ 60 ขึ้นไป
ร้ายแรง ปานกลาง	2	ร้อยละ 70-89	ร้อยละ 40-69	300-599 หน่วย	ร้อยละ 40-59
ร้ายแรง	1	ร้อยละ 50-69	ร้อยละ 20-39	100-299 หน่วย	ร้อยละ 20-39

ตัวอย่างการประเมินอัตราปรับ

	คะแนน	สรุปโรค โดยไม่มีหลักฐาน (SA= 2D)	ให้รหัสโรคเกิน ไม่ได้ตามมาตรฐาน (CA =2D)	จำนวนน้ำหนัก สัมพัทธ์เปลี่ยนแปลง	ร้อยละการ เปลี่ยนแปลง น้ำหนักสัมพัทธ์
ร้ายแรงมาก	3	ร้อยละ 90 ขึ้นไป	ร้อยละ 70 ขึ้นไป	600 หน่วยขึ้นไป	ร้อยละ 60 ขึ้นไป
ร้ายแรง ปานกลาง	2	ร้อยละ 70-89	ร้อยละ 40-69	300-599 หน่วย	ร้อยละ 40-59
ร้ายแรง	1	ร้อยละ 50-69	ร้อยละ 20-39	100-299 หน่วย	ร้อยละ 20-39
ตัวอย่าง การประเมินผลอัตราปรับ ณ โรงพยาบาล ก.					
ข้อมูล รพ ก.		75.99	54.64	2221.8184	52.19
คะแนนรวม (คะแนนเต็ม 12 คะแนน)	9	2	2	3	2
ร้อยละ		75.00			
อัตราปรับ		7.5 เท่า			



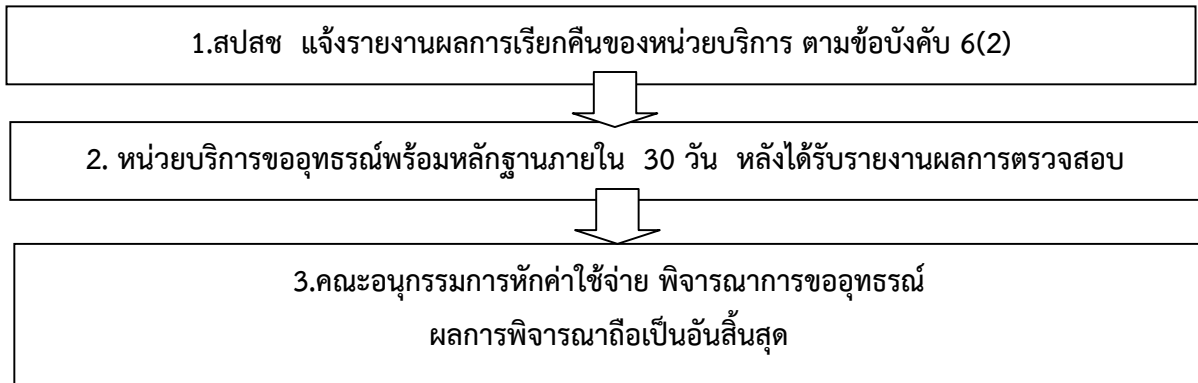
ตัวอย่างการคำนวณค่าปรับรายเวชระเบียน

สูตรการคำนวณ = Adj.rw เปลี่ยน X อัตราจัดสรร IPDต่อ 1 adjrw ของเขตนั้นๆ X จำนวนอัตราปรับ
ตัวอย่าง = Adj.rw เปลี่ยน X 7,600 บาท X 7.5

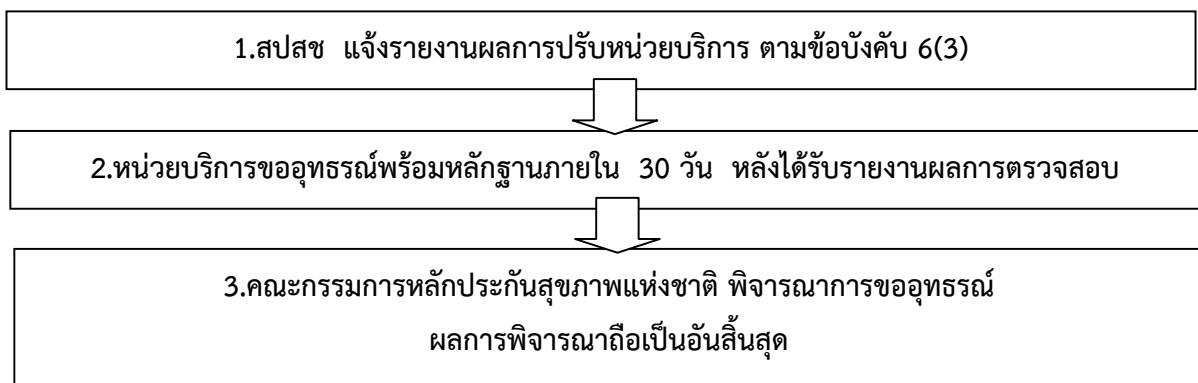
HN	AN	Adj.rw ก่อน Audit	Adj.rw หลัง Audit	Adj.rw เปลี่ยนแปลง	อัตราปรับ 7.5 เท่า แต่ไม่เกิน 100,000.00 บาท
5415151	5434142	4.9288	3.5874	-1.3414	76,459.80
4806618	5434049	2.1158	0.8036	-1.3122	74,795.40
4718180	5434517	2.3273	0.6881	-1.6392	93,434.40
5319073	5432579	1.6098	0.6156	-0.9942	56,669.40
5413440	5432922	2.4607	0.4309	-2.0298	100,000.00
4711621	5430653	4.6265	2.4949	-2.1316	100,000.00
5216016	5432791	1.6098	0.6156	-0.9942	56,669.40
รวมเงินทั้งสิ้น					558,028.40



ขั้นตอนการอุทธรณ์ กรณีการเรียกเงินคืนตามข้อบังคับ 6(2)



ขั้นตอนการอุทธรณ์ กรณีการปรับหน่วยบริการกรณีเรียกเกินเกินจริง ตามข้อบังคับ 6(3)





แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีอุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้า และรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน ในการตรวจสอบการจ่ายชดเชย กรณีอุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้า และรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานของ สปสช.เขต ในการดำเนินการตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีอุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้า และรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน

แนวทางการตรวจสอบข้อมูลในเวชระเบียนและหลักฐานการจ่ายชดเชย

1. เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้า หรือรองเท้าผู้ป่วยเบาหวานในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 1) เป็นผู้ที่มีสิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - 2) มีการวินิจฉัยโรคเป็น เบาหวาน

เกณฑ์การพิจารณา

 - หลักฐานการตรวจสอบ สิทธิ สปสช.
 - หลักฐานการสรุปการวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยแพทย์ผู้รักษา ในเวชระเบียน
2. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีข้อบ่งชี้ในการได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้า หรือรองเท้าผู้ป่วยเบาหวานดังต่อไปนี้
 - 1) มีพยาธิสภาพของเท้าผิดปกติ (Deformity)

เกณฑ์การพิจารณา

 - หลักฐานบันทึกการตรวจสภาพเท้า หรือ รูปภาพเท้า ในเวชระเบียน ที่ระบุไว้ชัดเจนว่า มีความผิดปกติแบบใด เช่น Claw toe, Hallux valgus, Mallet toe, Charcot foot, Pes cavus
 - 2) มีพยาธิสภาพของเท้าที่มีปลายประสาทเสื่อม (Neuropathy)

เกณฑ์การพิจารณา

 - หลักฐานบันทึกผลการตรวจ Monofilament และ / หรือ รูปภาพเท้า ในเวชระเบียน ที่ระบุไว้ชัดเจนว่า พบความผิดปกติ
 - 3) มีผลการประเมินซีฟจร

เกณฑ์การพิจารณา

 - หลักฐานบันทึกผลการตรวจซีฟจร(Dorsalis pedis & Tibialis posterior) ในเวชระเบียน ที่ระบุไว้ชัดเจนว่า ซีฟจรปกติ ซีฟจรเบา หรือ คล้ำซีฟจรไม่ได้ (กรณีการสรุปความเสี่ยงในระดับ 3 จะต้องพบซีฟจรที่ผิดปกติ)



- 4) มีผลการจำแนกความเสี่ยงของเท้า(Risk category) ตามเกณฑ์
เกณฑ์การพิจารณา
- หลักฐานบันทึกผลสรุปการประเมินความเสี่ยงของเท้า ในเวชระเบียน ที่ระบุไว้ชัดเจนว่า เป็นความเสี่ยงระดับสูง หรือ ระดับ 2
 - กรณีไม่มีบันทึกผลสรุปการประเมินความเสี่ยงในเวชระเบียน แต่มีหลักฐานบันทึกผลการตรวจเท้าที่ครบถ้วน ให้ผู้ตรวจสอบเวชระเบียน เป็นผู้สรุปการประเมินความเสี่ยงว่าอยู่ในระดับใด
เกณฑ์การสรุปความเสี่ยง
 - กรณีรหัส 8612 ต้องมีระดับความเสี่ยง ที่ระดับ 2 โดยประเมินจาก
 1. การตรวจเท้า ต้องพบลักษณะเท้าผิดปกติ (deformity) เช่น Claw toe, Hallux valgus, Mallet toe Charcot foot, Pes cavus etc
 2. การตรวจ monofilament ต้องพบปลายประสาทเสื่อม(neuropathy)
 - กรณีรหัส 8813 , 8814 ต้องมีระดับความเสี่ยงที่ ระดับ 3 โดยประเมินจาก
 1. 8813 ต้องมีพยาธิสภาพของเท้าที่มีแผล (neuropathic ulcer, ischemic Ulcer)
 2. 8814 ต้องมีพยาธิสภาพของเท้าที่มีแผล และมีการตัดบางส่วน of เท้า (amputation)
- 5) ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเดินได้
เกณฑ์การพิจารณา
- หลักฐานบันทึกความสามารถในการเดิน ในเวชระเบียน ที่ระบุไว้ชัดเจน ที่สามารถเชื่อได้ว่าผู้ป่วยเดินได้
- 6) มีการให้ความรู้ในการดูแลเท้า
เกณฑ์การพิจารณา
- หลักฐานบันทึกรายละเอียดกิจกรรมการให้ความรู้ คำแนะนำ ในการดูแลเท้า ที่ระบุไว้ชัดเจนในเวชระเบียน
- 7) มีการติดตามผลการใช้อุปกรณ์พยุงส้นเท้าฯ หรือ รองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน(F/U)
เกณฑ์การพิจารณา
- หลักฐานบันทึกรายละเอียดผลการใช้อุปกรณ์พยุงส้นเท้าฯ หรือ รองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ในเวชระเบียน ที่ระบุไว้ชัดเจน ถึงประโยชน์ที่ได้รับ และความคุ้มค่าในการใช้ เช่น ความพึงพอใจในการใช้ ความถี่ในการใช้ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังใช้
 - กำหนดระยะเวลา F/U ที่ 3 เดือน (โดยนับจาก visit date จนถึง ณ.วันตรวจสอบ) ถ้า ณ วันตรวจสอบ ระยะเวลาไม่ถึง 3 เดือน ไม่พบหลักฐานการ F/U ให้พิจารณาผ่านเกณฑ์ในข้อนี้ และบันทึกในหมายเหตุว่า ยังไม่ถึงวัน F/U
 - กรณี ระยะเวลา ตั้งแต่ 3 เดือนเป็นต้นไป ไม่พบหลักฐานการ F/U พิจารณา ไม่ผ่านเกณฑ์
- 8) มีหนังสือรับรองการส่งจ่ายรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน



- เกณฑ์การพิจารณา
- หลักฐานบันทึกรายละเอียดในหนังสือรับรองการส่งจ่ายรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ครบทุกข้อ และ ลงนามโดยแพทย์ผู้ส่งจ่ายอุปกรณ์พยางค์สั้นเท้าๆ หรือ รองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน
 - กรณีไม่พบหนังสือรับรองการส่งจ่ายรองเท้าผู้ป่วยเบาหวานในเวชระเบียน (เฉพาะ รหัสอุปกรณ์ 8813, 8814) พิจารณาไม่ผ่านเกณฑ์
 - กรณีไม่พบหนังสือรับรองการส่งจ่ายรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้หลักฐาน คำสั่งจ่ายของแพทย์ ในเวชระเบียนแทนได้ (ให้เฉพาะรหัสอุปกรณ์ 8612)
 - กรณีไม่พบทั้งหนังสือรับรองการส่งจ่ายรองเท้าๆ และ คำสั่งจ่ายของแพทย์ในเวชระเบียน พิจารณาไม่ผ่านเกณฑ์
3. การเบิก – จ่ายอุปกรณ์ ต้องพบหลักฐานประกอบการเบิก – จ่าย ดังต่อไปนี้
- 1) คำสั่งการรักษาของแพทย์ในเวชระเบียน (doctor's order)
 - หลักฐานบันทึกคำสั่งการรักษาด้วย อุปกรณ์พยางค์สั้นเท้าๆ หรือ รองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ของแพทย์
 - กรณีมีหนังสือรับรองการส่งจ่ายรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้หนังสือรับรองฯ
 - 2) ใบจัดซื้ออุปกรณ์พยางค์สั้นเท้าๆ และ รองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน
 - 3) ใบเสร็จรับเงิน หรือ ใบสั่งยา
 - 4) บันทึกการรับอุปกรณ์รายบุคคล ที่ระบุ ชื่อ – สกุลผู้รับ วันที่ได้รับอุปกรณ์ และ ลายเซ็นผู้รับ
 - กรณีที่พบหลักฐานไม่ครบทั้ง 4 ข้อนี้ พิจารณาไม่ผ่านเกณฑ์
4. การพิจารณาว่าไม่เหมาะสมตามเกณฑ์การจ่ายตามประกาศฯของสปสช.
- 1) กรณีอุปกรณ์พยางค์สั้นเท้าและฝ่าเท้า (รหัส 8612) พบหลักฐานไม่เข้าเกณฑ์การจ่ายในข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - ไม่พบหนังสือรับรองการส่งจ่ายรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน และ doctor's order
 - ไม่พบหลักฐานการตรวจเท้า
 - ไม่พบหลักฐานการตรวจ Monofilament
 - ผลการจำแนกความเสี่ยงของเท้า (Risk category) ไม่เป็นไปตามเกณฑ์
 - ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้
 - ไม่พบบันทึกการติดตามผลการใช้อุปกรณ์พยางค์สั้นเท้าๆ และ รองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน (F/U)
 - ไม่พบหลักฐานการเบิก – จ่ายอุปกรณ์
 - 2) กรณีอุปกรณ์รองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน (รหัส 8813, 8814) พบหลักฐานไม่เข้าเกณฑ์การจ่ายในข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - ไม่พบหนังสือรับรองการส่งจ่ายรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน
 - ไม่พบหลักฐานการตรวจเท้า
 - ไม่พบหลักฐานการตรวจ Monofilament
 - ไม่พบหลักฐานการประเมินชีพจร
 - ผลการจำแนกความเสี่ยงของเท้า (Risk category) ไม่เป็นไปตามเกณฑ์
 - ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้



- ไม่พบบันทึกการติดตามผลการใช้อุปกรณ์พยางค์สั้นเท่าๆ และ รongเท้าผู้ป่วยเบาหวาน (F/U)
- ไม่พบหลักฐานการเบิก – จ่ายอุปกรณ์



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม กรณีข้อเช่าเทียม

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม กรณีข้อเช่าเทียม

ข้อตกลงในการใช้เอกสาร ในการพิจารณาผลการตรวจสอบการจ่ายชดเชยอุปกรณ์และอวัยวะเทียม กรณีข้อเช่าเทียม

1. แนวทางการตรวจสอบการจ่ายชดเชยอุปกรณ์และอวัยวะเทียม กรณีข้อเช่าเทียม ใช้ร่วมกับคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข เรื่องประเภทและอัตราาราคากลางค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และหลักเกณฑ์แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเช่าเทียม เพื่อเป็นข้อพิจารณาสำหรับผู้ตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยอุปกรณ์และอวัยวะเทียม กรณีข้อเช่าเทียม
2. แนวทางการตรวจสอบการจ่ายชดเชยอุปกรณ์และอวัยวะเทียม กรณีข้อเช่าเทียมนี้ เป็นการนำหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย ในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข เรื่องประเภทและอัตราาราคากลางค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบ

แนวทางการตรวจสอบการจ่ายชดเชยอุปกรณ์และอวัยวะเทียม กรณีข้อเช่าเทียม

การตรวจสอบกรณีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียม ให้พิจารณาจากข้อมูลการบันทึกและเอกสารต่างๆ ที่ปรากฏในหลักฐานที่มีการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานถือว่าไม่มีการดำเนินการในเรื่องนั้นๆ

1. เป็นผู้มิสิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เกณฑ์การพิจารณา

กรณีที่เป็นสิทธิอื่นๆที่ไม่ใช่สิทธิ ตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ ไม่เข้าเงื่อนไขการจ่ายชดเชยกรณีข้อเช่าเทียม ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. หลักฐานที่ต้องตรวจสอบมีดังต่อไปนี้

1) มีหลักฐานการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเช่าเทียม

เกณฑ์การพิจารณาให้พิจารณาจากหลักฐานต่อไปนี้

ต้องมีใบ Operative note ที่บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการทำผ่าตัดข้อเช่า

2) มีหลักฐานการจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ได้แก่

2.1 ข้อเช่าเทียม

เกณฑ์การพิจารณาให้พิจารณาจากหลักฐานต่อไปนี้



2.1.1 ต้องมี Sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม เก็บไว้ในเวชระเบียน ซึ่งผู้ตรวจสอบสามารถหาได้จาก Operative note หรือ OPD card

2.1.2 มีใบราคาสั่งซื้อเป็นหลักฐานรายบุคคล ที่ระบุจำนวนรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมพร้อมราคา ที่มีการใช้กับผู้ป่วยในครั้งที่มาใช้บริการเก็บไว้ในเวชระเบียน

2.1.3 กรณีที่เป็นข้อเช่าระบบ VMI มีใบสั่งซื้อของโครงการข้อเช่าเทียมผ่านองค์การเภสัชที่ระบุชนิดของข้อเช่า

1.) NEXGEN KNEE FLEX, Zimmer (ชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักสามารถเคลื่อนไหวได้)

2.) NEXGEN KNEE LPS, Zimmer, USA (ชนิดที่ส่วนรับน้ำหนักไม่สามารถเคลื่อนไหวได้)

2.2 สารยึดกระดูก

เกณฑ์การพิจารณา ให้พิจารณาจากหลักฐานต่อไปนี้

2.2.1 มี Sticker ที่ระบุชนิดของ Bone cement

2.2.2 ถ้าไม่มี Sticker ให้ดูใน Operation note ว่ามีการใช้ cement จริงและเป็นชนิดใด แต่ถ้าไม่พบหลักฐานว่ามีการใช้จริงให้ระบุว่า ไม่พบหลักฐานการใช้

2.2.3 กรณีไม่มี Sticker และไม่ระบุชนิดของสารยึดกระดูก (cement) ใน Operation note ให้ดูจาก Film x-ray ถ้าพบว่าใช้ สารยึดกระดูกจริง ให้พิจารณาดังนี้

1) หากหน่วยบริการเบิกชนิดผสมยาปฏิชีวนะ พิจารณาให้เป็นสารยึดกระดูกชนิดธรรมดา

2) หากหน่วยบริการเบิกสารยึดกระดูก 2 ชุด พิจารณาให้เพียง 1 ชุด

2.3 Screw

เกณฑ์การพิจารณา

ให้พิจารณาจาก Operation note, Film x-ray และใบสั่งยา ใบเบิก-จ่าย ที่หน่วยบริการจ่ายให้ผู้ป่วย (ไม่จำเป็นต้องมีการเซ็นรับจากผู้ป่วย)

2.4 เครื่องช่วยเดิน (Walking Aids) เช่น ไม้ค้ำยัน

เกณฑ์การพิจารณา

พิจารณาจากคำสั่งการจ่ายอุปกรณ์ของแพทย์ และใบสั่งยา ใบเบิก-จ่าย ที่หน่วยบริการจ่ายให้ผู้ป่วย (ไม่จำเป็นต้องมีการเซ็นรับจากผู้ป่วย) โดย

1) บันทึกคำสั่งการจ่ายอุปกรณ์ของแพทย์ในเวชระเบียน และ

2) ใบบันทึกการเบิกจ่ายเฉพาะรายบุคคล เช่น ใบเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์รายบุคคล หรือใบสั่งการรักษาของแพทย์ไปรับอุปกรณ์ บันทึกการจ่ายเครื่องช่วยเดินแก่ผู้ป่วย



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมสายสวนหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมสายสวนหลอดเลือดหัวใจฉบับนี้ เป็นข้อตกลงร่วมที่ทางสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ใช้เป็นแนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข เพื่อประกอบการตรวจสอบร่วมกับเกณฑ์การพิจารณาจ่ายชดเชยฯ ตามประกาศ สปสช.

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบการจ่ายชดเชย กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมสายสวนหลอดเลือดหัวใจ (Stent)

แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขกรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมสายสวนหลอดเลือดหัวใจ

1. ต้องเป็นผู้มีสิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เกณฑ์การพิจารณา
กรณีที่ตรวจสอบพบเป็นสิทธิอื่นๆ ได้แก่ ข้าราชการบำนาญ ประกันสังคม หรือสวัสดิการข้าราชการ ไม่เข้าเงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีสายสวนหลอดเลือดหัวใจ
2. ต้องมีหลักฐานการทำหัตถการหัวใจและหลอดเลือด
เกณฑ์การพิจารณาให้พิจารณาจากหลักฐานต่อไปนี้
ต้องพบหลักฐานการทำหัตถการหัวใจและหลอดเลือดในเวชระเบียน ได้แก่ บันทึกรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคหลอดเลือดหัวใจ (CAG report) หรือ รายงานการผ่าตัด (Catheterization report) ของแพทย์ที่ปรากฏอยู่ในเวชระเบียนผู้ป่วย หรือ แผ่น CD ข้อมูลการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty : PTCA) ของผู้ป่วยทุกรายที่ตรวจสอบ เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบทั้งกรณีที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่มีราคาสูงที่มี และ ไม่มี Sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (Serial number) ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม
3. กรณีที่มีการเบิกอุปกรณ์ Stent หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องที่มีราคาสูงที่มี Sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (Serial number) ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม



เกณฑ์การพิจารณา

3.1 ต้องพบ Sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (Serial number) ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม เก็บไว้ในเวชระเบียนโดยเก็บไว้ใน Operative note หรือ OPD card ให้ผู้ตรวจสอบทราบว่ามีการใช้กับผู้ป่วยในครั้งที่มาใช้บริการ

3.2 ใบราคาสั่งซื้ออุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่เป็นหลักฐานเฉพาะรายบุคคล/รวมอุปกรณ์ทุกชนิด

3.3 หลักฐานการจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นที่ระบุจำนวนรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม พร้อมราคา ที่มีการใช้กับผู้ป่วยในครั้งที่มาใช้บริการเก็บไว้ในเวชระเบียน

4. กรณีที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่มีราคาสูงที่ไม่มี Sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (Serial number) ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม

เกณฑ์การพิจารณา

4.1 มีหลักฐานใบราคาสั่งซื้ออุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่เป็นหลักฐานเฉพาะรายบุคคล หรือ

4.2 ใบราคาสั่งซื้อรวมอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชนิดของหน่วยบริการ พร้อมหลักฐานการจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นที่มีการใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคลในครั้งที่มาใช้บริการ เช่น ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ที่หน่วยบริการจ่ายให้กับผู้ป่วย และในหลักฐานต้องระบุจำนวนรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมพร้อมราคา



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขของคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน ในการตรวจสอบการจ่ายชดเชย กรณีอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง
2. เพื่อเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานของ สปสช.เขต ในการดำเนินการตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข กรณีอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

แนวทางการตรวจสอบข้อมูลในเวชระเบียนและหลักฐานการจ่ายชดเชย

1. เป็นผู้มีสิทธิได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยฟังตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- 1) เป็นผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีระดับความพิการอยู่ในเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดและได้รับการลงทะเบียนโดยระบุสิทธิย้อยคนพิการ (ท.74) หรือ
- 2) เป็นผู้ที่มีสิทธิตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เกณฑ์การพิจารณา

- หลักฐานการตรวจสอบสิทธิ สปสช.

2. การพิจารณาเป็นผู้สูญเสียการได้ยิน

มีการสูญเสียการได้ยินของหูทั้ง 2 ข้าง และมีการได้ยินที่ยังคงหลงเหลืออยู่ (Residual Hearing) หลังสิ้นสุดการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด โดยหูข้างที่ตีกว่าจะต้องมีค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินมากกว่าหรือเท่ากับ 40 dB และมีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1) ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาหรือการผ่าตัด
- 2) มีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด
- 3) การสูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อมอย่างเฉียบพลัน (Sudden sensorineural hearing loss : SSNHL) หลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 100 วัน
- 4) การสูญเสียการได้ยินที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อความหมาย และการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

- 5) การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาทางภาษาและการพูดในเด็กหรือมีความพิการซ้ำซ้อน

เกณฑ์การพิจารณา

- ถ้าพบมีระดับการได้ยินของหูข้างที่ตีกว่าน้อยกว่า 40 dB ให้พิจารณาว่าการใส่เครื่องช่วยฟังในครั้งนั้น ไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยของ สปสช.

- กรณีผลการตรวจการได้ยินหูข้างที่ตีกว่ามากกว่าหรือเท่ากับ 40 dB ต้องพบเหตุผลตามที่กล่าวมาในข้อที่ 1) – 5) ข้อใดข้อหนึ่งบันทึกในเวชระเบียน



3. การพิจารณาหลักฐานการตรวจ มีดังนี้

3.1 การตรวจโดยใช้โอโตสโคป (otoscopy) โดย โสต ศอ นาสิก แพทย์ เพื่อดูสภาพภายในช่องหู
เกณฑ์การพิจารณา

- ต้องพบบันทึกผลการตรวจโดยใช้โอโตสโคป (otoscopy) พร้อมลายเซ็นแพทย์กำกับ
- หลักฐานผลการตรวจโดยใช้โอโตสโคป(otoscopy) มีระยะเวลาห่างจากวันที่ใส่เครื่องช่วยฟัง ในครั้งนั้นนานไม่เกิน 6 เดือน

3.2 การตรวจการได้ยิน (Audiogram) ตามมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วย

1) ผู้ตรวจการได้ยิน มีดังนี้

- โสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือ
- นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย (Audiologist) หรือ
- เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ต้องปฏิบัติงานภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ หู คอ จมูก หรือ นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย

2) พบผลการตรวจการได้ยิน (Audiogram) ต่อไปนี้

- ผลการตรวจระดับการได้ยินทางอากาศ (Air conduction)
- ผลการตรวจระดับการได้ยินทางกระดูก (Bone conduction)
- ผลการตรวจการได้ยินด้วยเสียงพูด Speech reception threshold (SRT) and Phonetically balanced score (PB score)
- ในเด็กเล็กควรมีผลการตรวจการได้ยินระดับก้านสมอง ได้แก่ Auditory brain respond (ABR) หรือ Auditory steady state response (ASSR)

3) ห้องตรวจการได้ยิน

- ควรเข้าตรวจเยี่ยมห้องตรวจและเครื่องตรวจการได้ยิน ขอคู่มือหลักฐานเรื่องการสอบเทียบความถูกต้อง (Basic Calibration) ของเครื่องตรวจการได้ยินจากหน่วยงาน ที่ทำการปรับเทียบเครื่องมือเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อดูคุณภาพการตรวจการได้ยินในภาพรวมของหน่วยบริการ
- มีการทำ Audiogram ในห้องเก็บเสียง (Sound proof room) หรือตู้ตรวจการได้ยินที่ได้มาตรฐาน
- ห้องตรวจคัดกรองการได้ยินมีการวัดระดับเสียงสูงสุดที่ยอมรับได้ตามตารางแสดงระดับเสียงที่ยอมรับได้
- กรณีห้องตรวจการได้ยินไม่ใช่ห้องเก็บเสียง (Sound proof room) หรือตู้ตรวจการได้ยินที่ได้มาตรฐาน ต้องมีการวัดระดับเสียงรบกวน ซึ่งระดับเสียงรบกวนสูงสุดที่ยอมรับได้ตามตารางแสดงระดับเสียงที่ยอมรับได้



ตารางแสดงระดับเสียงรบกวนที่ยอมรับได้ ในห้องเก็บเสียง หรือตู้ตรวจการได้ยิน
(ฉบับเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพแก้ไขการพูดและแก้ไขการได้ยิน)
จัดทำโดยสมาคมโสต สัมผัสวิทยา และแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2554)

ความถี่ (เฮิรตซ์)	หูฟังชนิดครอบ (dB SPL)	ลำโพงหรืออุปกรณ์ตรวจทางกระดูก
125	39	35
250	25	21
500	21	16
1000	26	13
2000	34	14
4000	37	11
8000	37	14

เกณฑ์การพิจารณา

การตรวจการได้ยิน (Audiogram) ตามมาตรฐานวิชาชีพ

- ห้องตรวจการได้ยิน (Sound proof room) เป็นไปตามมาตรฐาน
 - พบบันทึกผลการตรวจการได้ยิน พร้อมลายเซ็นของผู้ตรวจการได้ยินกำกับ ได้แก่ โสต ศอ นาสิก แพทย์ หรือนักโสตสัมผัสวิทยา (Audiologist) หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย หรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งปฏิบัติงานภายใต้ความรับผิดชอบของ โสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย
 - กรณีผู้ตรวจการได้ยินเป็นพยาบาลหรือผู้ช่วยแพทย์ที่ได้รับการฝึกให้ทำหน้าที่ตรวจการได้ยิน ต้องมีการลงนามรับรองผลการตรวจโดย โสต ศอ นาสิกแพทย์ (ลายเซ็นแพทย์กำกับ) ในรายงานการตรวจการได้ยิน
- กรณีที่ผู้ตรวจสอบพบหน่วยบริการที่ตรวจการได้ยินโดยพยาบาลหรือผู้ช่วยแพทย์ ส.ป.ส.ช. มีสิทธิเรียกเจ้าหน้าที่รายนั้นๆมาประเมินวิธีการตรวจการได้ยิน รวมทั้งการตรวจประเมินที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเครื่องช่วยฟัง ซึ่งหน่วยบริการต้องให้ความร่วมมือต่อการประเมิน
- ผลการตรวจการได้ยิน (Audiogram) มีระยะเวลาห่างจากวันที่จ่ายเครื่องช่วยฟังนานไม่เกิน 6 เดือน
 - พบบันทึกผลการตรวจการได้ยิน (Audiogram) ได้แก่ Air conduction, Bone conduction, Speech reception threshold (SRT) และ Phonetically balanced score (PB score)
 - การตรวจการได้ยินในกรณีเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจการได้ยิน ต้องมีผลการตรวจการทำงานของหูชั้นกลาง (Acoustic immittance measurement), Auditory brainstem response (ABR) / Auditory steady state response (ASSR) เป็นอย่างน้อย ยกเว้นสามารถตรวจการได้ยินแบบใช้เสียงบริสุทธิ์ (Pure tone audiometry) และต้องมีผลการตรวจการได้ยินแบบใช้เสียงบริสุทธิ์ (Pure tone audiogram)



4. การพิจารณาการใส่เครื่องช่วยฟังสำหรับผู้สูญเสียการได้ยิน

การพิจารณาการใส่เครื่องช่วยฟังสำหรับผู้สูญเสียการได้ยิน มีดังนี้

1) การใส่เครื่องช่วยฟังสำหรับผู้สูญเสียการได้ยินในผู้ใหญ่ ต้องพิจารณาใส่ที่ละข้าง โดยนัดมาตรวจประเมินผล การใส่เครื่องช่วยฟังข้างแรกก่อน จึงจะพิจารณาใส่เครื่องช่วยฟังข้างที่สอง โดยมีระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยฟังข้างแรก และข้างที่สองห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน กล่าวคือ การใส่เครื่องช่วยฟังสำหรับผู้สูญเสียการได้ยินในผู้ใหญ่ให้พิจารณาใส่ ที่ละข้างการใส่พร้อมกันทั้งสองข้างโดยไม่มีการประเมินการใช้เครื่องช่วยฟังข้างแรกก่อน ถือว่าไม่เหมาะสมในการใส่ เครื่องช่วยฟัง ยกเว้นผู้สูญเสียการได้ยินที่มีประวัติการใส่เครื่องช่วยฟังมาแล้ว ทั้งสองข้าง และมีผลการประเมิน เครื่องช่วยฟังวิธี Functional gain เปรียบเทียบการใส่เครื่องช่วยฟังที่ผู้สูญเสียการได้ยินใส่เครื่องช่วยฟังทั้งสองข้าง พร้อมกัน กับกรณีผู้สูญเสียการได้ยินใส่เครื่องช่วยฟังหูข้างเดียว ซึ่งต้องพบว่า ค่า SRT มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นชัดเจน ในผู้ใหญ่ที่มีการสูญเสียการได้ยิน (Hearing level) ของหูข้างใดข้างหนึ่ง > 95 dB พิจารณาให้ใส่เครื่องช่วยฟังเพียง 1 ข้าง การใส่เครื่องช่วยฟังทั้ง 2 ข้าง มีประโยชน์น้อยมาก ยกเว้นผู้สูญเสียการได้ยินที่มีผลการประเมินเครื่องช่วยฟังวิธี Functional gain เปรียบเทียบการใส่เครื่องช่วยฟังที่ผู้สูญเสียการได้ยินใส่เครื่องช่วยฟังทั้งสองข้างพร้อมกัน กับกรณี ผู้สูญเสียการได้ยินใส่เครื่องช่วยฟังหูข้างเดียว ซึ่งต้องพบว่า ค่า SRT มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นชัดเจน)

2) ข้อพิจารณาสำหรับผู้ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยฟัง 2 ข้างขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ให้บริการโดยคำนึงถึงระดับ การได้ยิน ได้แก่

3.1) การใส่เครื่องช่วยฟังในเด็ก

- อายุน้อยกว่า 15 ปี

3.2) การใส่เครื่องช่วยฟังในผู้ใหญ่

- เคยมีประวัติการใส่เครื่องช่วยฟังทั้งสองข้างมาก่อน
- มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการใส่เครื่องช่วยฟัง พิจารณาจากมีการตรวจประเมินการ
- ทำงานของเครื่องช่วยฟังที่ใส่ข้างแรกก่อน หรือมีผลการประเมินเครื่องช่วยฟัง(Functional gain)ที่

แสดงว่าการใส่เครื่องช่วยฟังสองข้างมีค่า SRT ที่ดีกว่าการใส่เครื่องช่วยฟังข้างเดียวชัดเจน

- มีความพิการซ้ำซ้อน
- การประกอบอาชีพบางประเภทหรือผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อแยกทิศทาง ได้แก่ เลขาณุกา

พนักงานขับรถ อยู่ในวัยเรียน

เกณฑ์การพิจารณา

- พบหลักฐานข้อใดข้อหนึ่งตามเกณฑ์การพิจารณาการใส่เครื่องช่วยฟัง
- การพิจารณาจ่ายเครื่องช่วยฟัง 2 ข้างในครั้งเดียวกันได้ ต้องพบว่าผู้รับเครื่องช่วยฟังอายุน้อยกว่า 15 ปี หรือมีประวัติการใส่เครื่องช่วยฟังสองข้างและ/หรือมีผล Functional gain ที่แสดงว่าการใส่เครื่องช่วยฟัง สองข้างมีค่า SRT ที่ดีกว่าการใส่เครื่องช่วยฟังข้างเดียว) และพบหลักฐานว่ามีระดับการสูญเสียการได้ยิน เป็นไปตามหลักเกณฑ์ตามที่ สปสช. กำหนด



5. ผู้พิจารณาใส่เครื่องช่วยฟัง เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของ สปสช.

โสต ศอ นาสิกแพทย์ เป็นผู้พิจารณา ในการใส่เครื่องช่วยฟังให้กับผู้รับบริการ เนื่องจากโสต ศอ นาสิกแพทย์ เป็นผู้ให้การตรวจวินิจฉัยโรคครีกรักษาโรคแก่ผู้ที่มีการบกพร่องของการได้ยิน โดยโสต ศอ นาสิกแพทย์ จะอธิบายถึง ทางเลือกในการรักษาโรคต่างๆด้วยยา การผ่าตัด และพิจารณาในการใส่เครื่องช่วยฟัง

เกณฑ์การพิจารณา

- ผู้พิจารณาใส่เครื่องช่วยฟังต้องเป็นโสต ศอ นาสิกแพทย์
- และต้องพบคำสั่งการใส่เครื่องช่วยฟัง (Fitting of hearing aid) และลายเซ็นโสต ศอ นาสิกแพทย์

6. การเลือกเครื่องช่วยฟัง (Fitting of hearing aid) เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของ สปสช.

1) คุณสมบัติผู้ที่เลือกเครื่องช่วยฟัง

โสต ศอ นาสิก แพทย์

นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย

เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ต้องปฏิบัติงานภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ หู คอ จมูก หรือ นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย

2) เกณฑ์การเลือกเครื่องช่วยฟัง

ควรมีเครื่องช่วยฟังให้เลือกอย่างน้อย 2-3 เครื่อง(จากต่างบริษัท/ชื่อการค้าของเครื่องช่วยฟัง) ถ้าไม่มีให้เลือกมากกว่า 1 บริษัท ควรมีเหตุผลประกอบ และจัดให้มีในปีต่อไป

เกณฑ์การพิจารณา

- ผู้เลือกเครื่องช่วยฟังต้องมีคุณสมบัติ เป็น โสต ศอ นาสิก แพทย์ หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย หรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ปฏิบัติงานภายใต้ความรับผิดชอบของ โสต ศอ นาสิก แพทย์ หรือ นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย

- พบบันทึกการเลือกเครื่องช่วยฟัง ของผู้รับบริการภายใต้การกำกับของ โสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย หรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ปฏิบัติงานภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ หู คอ จมูก หรือ นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย พร้อมลายเซ็นโสต ศอ นาสิก แพทย์กำกับ

- กรณีในเด็กให้ โสต ศอ นาสิก แพทย์หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย เป็นผู้เลือก โดยอยู่ในดุลยพินิจของโสต ศอ นาสิก แพทย์หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมาย

7. การประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง

1) Subjective method

- การหาค่าความสามารถในการจำแนกคำพูด (Word recognition score) ด้วยการฟัง จากเครื่องช่วยฟังเปรียบเทียบ 2-3 เครื่อง (จากต่างบริษัท/ชื่อการค้าของเครื่องช่วยฟัง) ในกรณีที่ผู้สูญเสียการได้ยินสูญเสียการได้ยินในระดับรุนแรงให้ทดสอบหาค่าความสามารถในการจำแนกคำพูดด้วยการฟังขณะที่ใส่เครื่องช่วยฟังร่วมกับการอ่านริมฝีปาก (Speech reading)



- ทดสอบการได้ยินที่ดีขึ้นเมื่อใช้เครื่องช่วยฟัง (Functional gain) โดยปล่อยเสียงผ่านลำโพง (Sound field) ในขณะที่ใส่เครื่องช่วยฟัง และไม่ได้ใส่เครื่องช่วยฟัง
- ให้พิจารณาเลือกเครื่องช่วยฟังโดยใช้คุณภาพเสียงเป็นหลัก

2) Objective method

ผลการทำ Objective method โดยการใช้ Hearing aid analyser วัดการขยายเสียงภายในช่องหูของผู้สูญเสียการได้ยินขณะใส่เครื่องช่วยฟังที่ละเครื่อง แสดงผลเป็นรูปกราฟการขยายเสียงในแต่ละความถี่

เกณฑ์การพิจารณา

- ต้องพบหลักฐานผลการประเมินการทำงานเครื่องช่วยฟังด้วยวิธี Subjective method ดังนี้ พบบันทึกการหาค่าความสามารถในการจำแนกคำพูด (Word recognition score) ด้วยการฟังจากเครื่องช่วยฟังเปรียบเทียบ 2-3 เครื่อง (จากต่างบริษัท/ชื่อการค้าของเครื่องช่วยฟัง) ถ้าไม่มีให้เลือกมากกว่า 1 บริษัท ควรมีเหตุผลประกอบ และต้องมีผลการทดสอบการได้ยินโดยปล่อยเสียง Narrow band or warble tone ผ่านลำโพง (Sound field) ในขณะที่ใส่เครื่องช่วยฟังและไม่ได้ใส่เครื่องช่วยฟัง (Functional gain) และการตรวจการได้ยินโดยใช้เสียงพูด (ค่า SRT และ SRS/WRS) ขณะใส่เครื่องช่วยฟัง
- หรือพบหลักฐานผลการประเมินการทำงานเครื่องช่วยฟังด้วยวิธี Objective method โดยมีผลรูปกราฟการขยายเสียงในแต่ละความถี่ และให้ผู้ตรวจสอบเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสม

8. การบันทึกการติดตามการใช้เครื่องช่วยฟัง

ในช่วงระยะ 1-3 เดือนแรก ของการใส่เครื่องช่วยฟัง มีการติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟังในชีวิตประจำวัน หลังจากนั้น จึงติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟังเป็นระยะ เช่น 3 เดือน 6 เดือน โดยมีบันทึกต่อไปนี้

- 1) วันนัดผู้สูญเสียการได้ยินมาติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง หรือ
- 2) การตรวจประเมินการใช้เครื่องช่วยฟัง

เกณฑ์การพิจารณา

- พบบันทึกการนัดผู้สูญเสียการได้ยินมาติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง หรือการตรวจประเมินการใช้เครื่องช่วยฟัง โดยบันทึกผลการประเมินผลการใช้ เช่น ปัญหาที่พบและวิธีการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 1-3 เดือนแรกของการใส่เครื่องช่วยฟัง
- หรือพบบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมว่าไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้

9. หลักฐานการรับเครื่องช่วยฟังจากหน่วยบริการ

ดูได้จาก ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก หรือใบสั่งเวชภัณฑ์ผู้ป่วยนอก หรือใบเรียกเก็บจากบริษัทที่จำหน่ายเครื่องช่วยฟัง และสมุดบันทึกการเซ็นรับเครื่องช่วยฟัง เป็นต้น แต่ละหน่วยบริการจะมีเอกสารที่แตกต่างกัน ควรมีหลักฐานการเซ็นรับเครื่องช่วยฟัง

เกณฑ์การพิจารณา

- พบบันทึกหลักฐานการรับเครื่องช่วยฟังของผู้สูญเสียการได้ยิน หรือ นำเครื่องช่วยฟังมาคืนหน่วยบริการ หรือ Serial number เครื่องช่วยฟัง
- และพบหลักฐานราคาการซื้อเครื่องช่วยฟัง เช่น ใบเรียกเก็บจากบริษัทที่จำหน่ายเครื่องช่วยฟัง หรือใบจัดซื้อของหน่วยบริการ



10. อัตราการจ่ายชดเชย

เกณฑ์การพิจารณา

- สปสช. จะคิดราคาเครื่องช่วยฟังตามราคาที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริง บวกค่าดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด ไม่เกินเพดานราคากลางที่กำหนดในประเภทและอัตราราคากลางค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรค

11. แบบประเมินการให้บริการด้านสุขภาพ กรณีการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับผู้สูญเสียการได้ยิน

- ใช้ประกอบการตรวจสอบได้ ในกรณีที่ไม่พบหลักฐานในเวชระเบียนอื่นๆ ทั้งนี้ต้องพบบันทึกรายละเอียดผลการประเมินตามหัวข้อในแบบประเมินดังกล่าว โดยต้องมีการลงนามของ โสตศอนาสิก แพทย์กำกับ



แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกโรคหืด ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกโรคหืด
2. เพื่อพัฒนาระบบการตรวจสอบการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกโรคหืด ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารที่ใช้ในการตรวจประเมิน

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับบริการด้วยโรคหืด
2. เอกสารอื่นๆ ที่หน่วยบริการใช้สำหรับบันทึกการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลที่บันทึกการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด เอกสารการให้คำแนะนำหรือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เป็นต้น

แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคหืด

1. การประเมินประเภทของการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการแต่ละครั้ง ได้แก่ การเข้ารับบริการตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก การมารับบริการที่คลินิกโรคหืด และการมารับบริการแบบฉุกเฉิน (Unscheduled visit)
2. การประเมินการซักประวัติผู้ป่วยโรคหืด ประกอบด้วย
 - 2.1. การเกิดอาการหอบตอนกลางวัน
 - 2.2. การเกิดอาการหอบตอนกลางคืน
 - 2.3. การไอขยายหลอดลม
 - 2.4. การเข้ารับบริการฉุกเฉิน (Unscheduled visit)
 - 2.5. การนอนรพ.ด้วยอาการหอบ
3. การประเมินสถานะ การสูบบุหรี่
4. การประเมินการใช้ยาพ่น
5. การให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยและญาติ โดยอาจเป็นการสอนกลุ่ม หรือใช้เป็นเอกสารแผ่นพับประกอบครบถ้วนอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 1 ปีที่ผ่านมา หรือในช่วงเวลาที่ตรวจประเมิน ในเรื่องต่างๆ ดังนี้
 - 5.1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด
 - 5.2. ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ
 - 5.3. การดูแลเมื่อเกิดอาการกำเริบ
6. การตรวจประเมินสมรรถภาพปอด (PEFR: Peak flow expiratory rate)
7. ข้อมูลการรักษาโดยใช้ยา โดยพิจารณาจากการบันทึกข้อมูลที่มีการสั่งการรักษาด้วยยา ได้แก่
 - 7.1. การใช้ยา ICS (Inhaled Corticosteroid)
 - 7.2. การใช้ยากลุ่ม LABA (Long-acting b_2 -agonists) ชนิดรับประทาน และสูด
 - 7.3. การให้ยาผสม ICS และ LABA
 - 7.4. การใช้ยากลุ่ม SABA (short-acting b_2 -agonists), SAMA (short-acting muscarinic-agonist), /Antileukotriene modifie, Theophylline, ยากลุ่ม B2—agonists, Corticosteroid



8. ข้อมูลการนัดผู้ป่วยมารับการรักษาในครั้งต่อไป
9. การประเมินระดับการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วย
 - 9.1. การประเมินระดับการควบคุมโรคหืดในแต่ละ visit
 - 9.2. สรุปผลการประเมินในภาพรวมของผู้ป่วยแต่ละราย
 - 9.3. การประเมินระดับการควบคุมโรคหืด โดยประเมินจากอาการของโรค การใช้จ่ายยาขยายหลอดลม ผลกระทบของโรคหืดต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน การกำเริบของโรค และสมรรถภาพการทำงานของปอด โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามหนังสือแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขการดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ. 2551 แบ่งเป็น
 - Controlled หมายถึง ควบคุมอาการได้
 - Partly-controlled หมายถึง ควบคุมอาการได้ไม่ดี
 - Uncontrolled หมายถึง ควบคุมอาการไม่ได้ ดังนี้

ตารางที่ 3 ระดับการควบคุมโรคหืด

ลักษณะทางคลินิก	Controlled (ต้องมีทุกข้อ ต่อไปนี้)	Partly Controlled (มีอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้)	Uncontrolled
อาการช่วงกลางวัน	ไม่มี (หรือน้อยกว่า 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์)	มากกว่า 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์	มีอาการในหมวด partly controlled
มีข้อจำกัดของการ ออกกำลังกาศ	ไม่มี	มี	อย่างน้อย 3 ข้อ
อาการช่วงกลางคืนจน รบกวนการนอนหลับ	ไม่มี	มี	
ต้องใช้ยา reliever/ rescue treatment	ไม่มี (หรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์)	มากกว่า 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์	
ผลการตรวจ สมรรถภาพปอด (PEF or FEV1)	ปกติ	น้อยกว่า 80% predicted or personal best (if known)	
การจับหืดเฉียบพลัน (Exacerbation)*	ไม่มี	อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	

* อาการหอบหืดรุนแรงจนต้องได้รับการรักษาแบบฉุกเฉิน

10. การประเมินคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคหืด ว่าเป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการหรือไม่ โดยใช้แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข การดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ. 2551 เป็นแนวทางในการประเมิน โดยแบ่งเป็น
 - 10.1. ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน
 - 10.2. เป็นไปตามมาตรฐานขั้นต้น หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ ICS และมีการวัด PEFr ทุก visit ของการมารับบริการ



10.3. เป็นไปตามมาตรฐานขั้นสูง หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วนในด้านต่างๆ ดังนี้

- ได้รับ ICS และมีการวัด PEFr ทุก visit และ
- มีการซักประวัติการประเมินการใช้ยาพ่น การสูบบุหรี่ ทุก visit และ
- ได้รับการสอน/คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหืด ปัจจัยกระตุ้น และการดูแลเมื่อเกิดอาการครบทุกหัวข้อ
อย่างน้อยปีละครั้ง



การตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) กรณีการรักษาผู้ป่วยโรคควาซากิระยะเฉียบพลันด้วยยา Human normal immunoglobulin intravenous (IVIG)

การจ่ายชดเชยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เริ่มขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาราคาสูงตามความจำเป็นและไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้วางระบบการเข้าถึงยาและชดเชยยาในบัญชี จ (2) รวมทั้งจัดให้มีระบบการตรวจสอบการใช้จ่ายให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดเนื่องจากเป็นยาที่มีราคาแพงและมีแนวโน้มการสั่งจ่ายไม่ถูกต้องตามข้อบ่งชี้

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการตรวจสอบการเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการ การรักษาผู้ป่วยโรคควาซากิระยะเฉียบพลันด้วยยา Human normal immunoglobulin intravenous (IVIG) โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายชดเชย ยา IVIG ได้แก่ ความถูกต้องในการวินิจฉัยโรค ความถูกต้องของจำนวนยา IVIG ที่ใช้เปรียบเทียบกับจำนวนที่เบิกชดเชย รวมถึงระบบการอนุมัติการใช้จ่าย เป็นต้น
2. เพื่อตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการรักษาโรค acute Kawasaki disease ด้วยยา IVIG ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยก่อน ระหว่างและหลังการให้ยา รวมทั้งการนัดตรวจติดตาม

โดยมีเอกสารอ้างอิงที่ใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบ การเบิกจ่ายชดเชยและคุณภาพการให้บริการ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (2) ดังนี้

1. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2556
2. คู่มือการใช้จ่ายอย่างสมเหตุสมผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) โดย คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

ทั้งนี้ หน่วยบริการจะต้องจัดเตรียมเอกสารหลักฐาน เพื่อเตรียมสำหรับการตรวจสอบ ดังนี้

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Card) หรือสำเนา (ตามรายการเวชระเบียนที่ส่งมากับหนังสือของตรวจสอบเวชระเบียน) และบันทึกที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่วันที่แพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคควาซากิระยะเฉียบพลันจนถึงปัจจุบัน (หากเป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกหน้า)
2. เวชระเบียนผู้ป่วยใน ใน Admission ก่อน-หลัง ที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคควาซากิระยะเฉียบพลันทุกครั้ง
3. หลักฐานแสดงการมีสิทธิ UC และการใช้สิทธิ UC ใบส่งตัวเพื่อการรักษาต่อ (กรณีที่มีการส่งตัวจากหน่วยบริการอื่น)
4. หนังสือการอนุมัติก่อนการใช้จ่าย (Pre-Authorization) โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการมอบหมายในการสั่งจ่ายดังกล่าว



5. ใบรายงานผลหรือสำเนาใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางชีวเคมี/ทางพยาธิวิทยา ที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา (ทุกครั้งที่มีการส่งตรวจในผู้ป่วย) ได้แก่ CBC , Albumin , Urine analysis เป็นต้น (หากเป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกหน้า)
6. ใบรายงานผล หรือสำเนาใบรายงานผลการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัย ได้แก่ ใบรายงานผลการตรวจ Echocardiogram (หากเป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกหน้า)
7. ใบรายงานผลการตรวจการทำงานของหัวใจ/คลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือสำเนา ได้แก่ Echocardiography ทั้งก่อน - หลังผู้ป่วยได้รับยา IVIG และรวมถึง 2 เดือน หลังจากผู้ป่วยได้รับยา IVIG เป็นต้น (หากเป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกหน้า)
8. บันทึกการให้ยา IVIG ที่ระบุชื่อยา ขนาดของยา วิธีการใช้และจำนวนยาที่ใช้
9. ใบสั่งยา/เบิกยา IVIG หรือสำเนา ของผู้ป่วยรายที่ขอตรวจสอบ (หากเป็นสำเนาให้รับรองสำเนาทุกหน้า)

โดย สปสช. จะรับพิจารณาเอกสารที่หน่วยบริการจัดส่งให้ดำเนินการตรวจสอบในช่วงเวลาที่ดำเนินการตรวจสอบเท่านั้น และจะไม่รับพิจารณาเอกสารเพิ่มเติมในการอุทธรณ์ผลการตรวจสอบของหน่วยบริการในทุกกรณี



**แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ
ตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการในลักษณะการบริหารจัดการบริการเฉพาะ
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

วัตถุประสงค์

- 2.๑. เพื่อตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ
- 2.๒. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการจ่ายชดเชยในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะตามเงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการในลักษณะการบริหารจัดการบริการเฉพาะ
- 2.๓. เพื่อพัฒนาระบบการตรวจสอบการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลที่ใช้ในการตรวจประเมิน

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและ/หรือเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่เข้ารับการรักษารโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ณ หน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับการรักษาเพื่อนำนิ่วออกจากทางเดินปัสสาวะ 3 วิธี ได้แก่
 - 1.1. การรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเปิด (Opened Surgery)
 - 1.2. การรักษาด้วยเครื่องส่องกล้อง (Uretero-roscope with lithotripsy)
 - 1.3. การรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว (Extracorporeal shock wave lithotripsy หรือ ESWL)
2. เป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เป็นโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะและจำเป็นต้องรับการรักษาเพื่อนำนิ่วออกจากทางเดินปัสสาวะ

พิจารณาจากข้อมูลจากการบันทึกและเอกสารต่างๆ ที่ปรากฏในหลักฐานที่มีการให้บริการ กรณีไม่พบการบันทึกหรือขาดหลักฐานถือว่าไม่มีการให้บริการในเรื่องนั้นๆ

แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ

พิจารณาจากข้อมูลต่อไปนี้

1. วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะครั้งแรกก่อนทำการรักษา โดยระบุ วัน เดือน ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะครั้งแรก ตำแหน่งและชนิดของนิ่ว
2. ประวัติการรักษาที่ผ่านมา ก่อนช่วงเวลาทำการตรวจสอบ (ถ้ามี) เช่น การให้ยาละลายนิ่ว (chemolysis) ประวัติการทำ ESWL ระบุข้างที่ทำ และจำนวนครั้งที่ทำ ESWL ของไตแต่ละข้าง
3. การตรวจ เพื่อการวินิจฉัยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ที่ได้รับการตรวจมาแล้วก่อนหน้านี้ ไม่เกิน 3 เดือน ในครั้งที่เข้ารับการรักษา
4. การตรวจ เพื่อการวินิจฉัยเฉพาะ (Specific Investigation) ได้แก่ การตรวจ IVP, Plain KUB, Ultrasound, CT Scan และอื่นๆ เพื่อพิจารณาการผ่านเกณฑ์ หรือไม่ผ่านเกณฑ์การวินิจฉัยเฉพาะโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ของสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์



5. สรุปการวินิจฉัย (Final Diagnosis) ก่อนการรักษา โดยระบุตำแหน่งของนิ่ว จำนวนก้อน ขนาด (หน่วยเป็น ซม.) และชนิดของนิ่ว ว่าเป็นชนิดที่บรังสี (opaque stone/Radiopaque) หรือชนิดไม่บรังสี (non-opaque stone/Radiolucent)
6. การรักษาในช่วงเวลาที่ตรวจสอบ พิจารณาจาก
 - 6.1. การวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis)
 - 6.2. การวินิจฉัยโรคอื่น (Secondary diagnosis)
 - 6.3. การผ่าตัดหรือการหัตถการ (Procedure)
 - 6.4. ประเภทของการจ่ายชดเชยค่าบริการ ในลักษณะการบริหารจัดการบริการเฉพาะ ตามราคากลางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ดังนี้
 - 6.4.1. Class 1 หมายถึง การบริการรักษาด้วยการผ่าตัด (Opened surgery) ราคากลางจ่ายเหมา 25,000 บาท ได้แก่ Total Nephrectomy (Opened and Laparoscopic) (55.51), Partial Nephrectomy (Opened and Laparoscopic) (55.4), Nephrolithotomy (Anatrophic nephrolithotomy: ANL และ Modified ANL) (55.01), PCNL (55.03, 55.04), Pyelolithotomy (55.11) และ Ureterolithotomy (Opened and Laparoscopic) (56.2)
 - 6.4.2. Class 2 หมายถึง การบริการรักษาด้วยเครื่องส่องกล้อง (Uretero-roscope with Lithotripsy) ราคากลางจ่ายเหมา 16,000 บาท ได้แก่ URSL (56.0), TUL (57.0), SPL, PCCL (57.19), Ureteral meatotomy + TUL (56.1+57.0), Removal of calculus from urethra by incision (58.0), Removal of calculus from urethra without incision (58.6)
 - 6.4.3. Class 3 หมายถึง การบริการรักษาด้วยเครื่องสลายนิ่ว (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy: ESWL) (98.51) ราคากลางจ่ายเหมา 6,500 บาท
 - 6.5. ผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษา
 - 6.6. สรุปการรักษาในช่วงเวลาที่ตรวจสอบ โดยพิจารณาตามเงื่อนไขของ Class, Procedure และความถูกต้องตามเงื่อนไขการจ่าย
 - 6.7. ผลลัพธ์ของการรักษาในวันที่มา Follow up ครั้งหลังสุดของการรักษาโรคนิ่วทางเดินปัสสาวะ โดยระบบ
 - 6.7.1. Stone free หมายถึง นิ่วออกหมด/ ไม่พบนิ่ว
 - 6.7.2. Partial stone free/ Decrease size หมายถึง นิ่วออกบางส่วน/ ขนาดของนิ่วเล็กลง
 - 6.7.3. No Change หมายถึง ขนาดของนิ่วไม่เปลี่ยนแปลง
 - 6.7.4. Loss F/U หมายถึง มีข้อมูลระบุว่าผู้ป่วยไม่มาตามนัด หลังการรักษา
7. สรุปผลการรักษาในช่วงเวลาที่ตรวจสอบ โดยพิจารณาจากประเภทของการจ่ายชดเชยค่าบริการ Class 1 2 3 ว่ามีการเบิกจ่ายถูกต้องตามเงื่อนไขหรือไม่ (เบิกขาด เบิกเกิน ผิดข้าง ผิด Class ไม่เข้าเงื่อนไข)

หมายเหตุ: เนื่องจากการตรวจประเมินคุณภาพการให้บริการรักษาโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ จำเป็นต้องใช้หลักฐานประกอบการตรวจสอบที่สำคัญต่อการตรวจวินิจฉัยโรค (Specific Investigation) เช่น ผลการตรวจ IVP, Plain KUB, Ultrasound เป็นต้น ตลอดจนการตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ เพื่อประเมินการจัดการบริการตามมาตรฐาน



วิชาชีพ หรือตามที่ สปสช.กำหนด โดยเฉพาะเครื่องสลายนิว ดังนั้น รูปแบบการตรวจสอบที่เหมาะสม และจะได้มาซึ่ง
ข้อมูลที่ครบถ้วนจึงครอบคลุมประเด็นดังกล่าว จึงเป็นรูปแบบการตรวจสอบ ณ หน่วยบริการ



**แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยและคุณภาพ
การให้บริการรักษาผู้ป่วย โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน
ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Track :STEMI)**

วัตถุประสงค์ในการตรวจสอบ

1. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการจ่ายชดเชย ซึ่งมี 2 ส่วน คือ การจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยใน และการจ่ายเพิ่มเติมกรณีการให้ยาลดไขมันลิ้มเลือด
2. เพื่อตรวจประเมินด้านคุณภาพการให้บริการ ซึ่งแบ่งเป็น
 - 2.1 การวินิจฉัย การรักษา ผลลัพธ์การรักษาภาวะแทรกซ้อน และผลลัพธ์ของตัวชี้วัดทางคลินิก
 - 2.2 ประสิทธิภาพของเครือข่าย (การส่งต่อ-รับกลับ การประสานงานระหว่างเครือข่าย)

เอกสารที่หน่วยบริการต้องมีและจัดส่งให้ผู้ตรวจสอบดำเนินการตรวจสอบ ประกอบด้วย

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอกทุกครั้ง que ผู้ป่วยเข้ารับบริการ กรณีที่มีการเข้ารับการรักษาต่อเนื่องหลายปี อย่างน้อยต้องมีเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหน้าแรกและข้อมูลการเข้ารับบริการในปีที่เริ่มมีอาการของโรค STEMI ในครั้งที่มีการเบิกจ่ายค่าบริการ จนถึงปัจจุบัน
2. เวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งฉบับ
3. เอกสารการตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ได้แก่ ใบ EKG, ผลการตรวจ EKG , เอกสารที่บันทึกผลการตรวจ EKG เช่น progress note, ใบส่งตัว เป็นต้น
4. เอกสารการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ได้แก่ ผลการตรวจ Cardiac Biomarker ,ผลการตรวจ CXR
5. เอกสารการบันทึกการรักษาด้วยการฉีดยาลดไขมันลิ้มเลือด
6. เอกสารบันทึกการรักษา หรือส่งต่อ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
7. รายละเอียดค่าใช้จ่าย
8. เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบร้องขอ

ทั้งนี้ สปสช.จะรับพิจารณาเอกสารตามที่หน่วยบริการจัดส่ง หรือเพิ่มเติมในช่วงเวลาที่ดำเนินการตรวจสอบเท่านั้น และไม่รับพิจารณาเอกสารที่เพิ่มเติมในกรณีที่หน่วยบริการมีการอุทธรณ์ผลการตรวจสอบ

กรณีที่หน่วยบริการไม่สามารถจัดส่งเอกสารการรักษาของผู้ป่วยได้ สปสช.จะถือว่าไม่มีการให้บริการในผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อค่าจ่ายชดเชยทั้ง 2 ส่วน ในกรณีผู้ป่วยใน และกรณีจ่ายชดเชยเพิ่มเติมกรณีฉีดยาลดไขมันลิ้มเลือด



แนวทางการตรวจสอบหลักฐานการจ่ายชดเชยค่าและคุณภาพการให้บริการรักษาโรคเส้นเลือดในสมองตีบ หรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

วัตถุประสงค์ในการตรวจสอบ

1. เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการจ่ายชดเชย ซึ่งมี 2 ส่วน คือ การจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยใน และการจ่ายเพิ่มเติมกรณีการให้ยาละลายลิ่มเลือด
2. เพื่อตรวจประเมินด้านคุณภาพการให้บริการ ซึ่งแบ่งเป็น
 - 2.1 การวินิจฉัย การรักษา ผลลัพธ์การรักษาภาวะแทรกซ้อน และผลลัพธ์ของตัวชี้วัดทางคลินิก
 - 2.2 ประสิทธิภาพของเครือข่าย (การส่งต่อ-รับกลับ การประสานงานระหว่างเครือข่าย)

เอกสารที่หน่วยบริการต้องมีและจัดส่งให้ผู้ตรวจสอบดำเนินการตรวจสอบ ประกอบด้วย

9. เวชระเบียนผู้ป่วยนอกทุกครั้งที่ได้รับบริการ กรณีที่มีการเข้ารับการรักษาต่อเนื่องหลายปี อย่างน้อยต้องมีเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหน้าแรกและข้อมูลการเข้ารับบริการในปีที่เริ่มมีอาการหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในครั้งที่มีการเบิกจ่ายค่าบริการ จนถึงปัจจุบัน
10. เวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งฉบับ
11. เอกสารผลการตรวจวินิจฉัยก่อน และหลังการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่
 - CT Scan
 - MRI
12. เอกสารการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ เช่น ผลการตรวจ CBC , FBS เป็นต้น
13. หลักฐาน เอกสารการบันทึกการประเมินและหรือการทำกายภาพบำบัด
14. รายละเอียดค่าใช้จ่าย
15. เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบร้องขอ

ทั้งนี้ สปสช. จะรับพิจารณาเอกสารตามที่หน่วยบริการจัดส่ง หรือเพิ่มเติมในช่วงเวลาที่ดำเนินการตรวจสอบเท่านั้น และไม่รับพิจารณาเอกสารที่เพิ่มเติมในกรณีที่หน่วยบริการมีการอุทธรณ์ผลการตรวจสอบ

กรณีที่หน่วยบริการไม่สามารถจัดส่งเอกสารการรักษาของผู้ป่วยได้ สปสช. จะถือว่าไม่มีการให้บริการในผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อค่าจ่ายชดเชยทั้ง 2 ส่วน ในกรณีผู้ป่วยใน และกรณีจ่ายชดเชยเพิ่มเติมกรณีฉีดยาละลายลิ่มเลือด



เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อต่างๆ ในภาวะฉุกเฉินสำหรับบุคลากรทาง
การแพทย์ ฉบับที่ 1 วันที่ 11 พฤศจิกายน 2554
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 5 พ.ศ.
2554
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ICD-10-TM Standard coding guideline 2011
4. AHIMA House of Delegates. "AHIMA Standards of Ethical Coding." (September 2008).
5. ICD-9-CM millennium edition color code 2010
6. ICD-10 Vol. 1 , WHO Geneva ;2010.
7. Oski FA: Pallor. In Kaye R, Oski Fa, Barness LA (eds): Core Textbook of Pediatrics, 3rd ed.
Philadelphia, Lippincott, 1989, p62



กองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงกฤติยา ศรีประเสริฐ
พ.อ.หญิงพนมวัลย์ บุญยमानพ
คุณณัฐพงศ์ อนุวัตรรยง
คุณภณิดา กลิ่นพิพัฒน์
คุณสุเมศร์ อุดมกีรติกุล
คุณรุ่งจิต ลีलगามวงศา
คุณอุดมพร ภูมิวัฒนากิจ
คุณวาสนา จันทรพิณีจ
คุณภัทรา อเนกวิทยากิจ
คุณประไพ วัฒนไกร
คุณสุมลรัตน์ ดอกเขียว
คุณสุมณฑา โสภภาพันท์
คุณพัทธรินทร์ กมลฉ่ำ

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ
สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ



คณะทำงานจัดทำคู่มือการตรวจสอบเวชระเบียนการสรุปและให้รหัสโรค

แพทย์หญิงกนกวรรณ มิ่งขวัญ	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
แพทย์หญิงกรรณิการ์ สันตวงศ์	โรงพยาบาลอำนาจเจริญ
แพทย์หญิงกรรวัจน์ จันทร์ผ่องแสง	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
รศ.นายแพทย์กรีธา ม่วงทอง	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
พันเอกนายแพทย์กฤษฎา ศรีธนะศรางกูร	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นายแพทย์กวิน ก้านแก้ว	โรงพยาบาลสุโขทัย
แพทย์หญิงกัณตินันท์ มหาสุวีระชัย	โรงพยาบาลมุกดาหาร
แพทย์หญิงแก่นจันทร์ เนือยทอง	โรงพยาบาลมหาสารคาม
แพทย์หญิงขวัญใจ วงศ์กิตติรักษ์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี
นาวาเอกจตุรงค์ ตันติมงคลสุข	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
แพทย์หญิงจินตนา ตั้งอมรสติย์	โรงพยาบาลสุโขทัย
นายแพทย์จรัสศักดิ์ วิจักขณาลัญณ์	สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเครือข่ายบริการที่ 9
รศ.นายแพทย์ชัยวัฒน์ บำรุงกิจ	โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่
นายแพทย์ชาญกิจ วัฒนไวยุทธชัย	โรงพยาบาลตะกั่วป่า
นายแพทย์ชิตพงศ์ ไนวฤทธิ์	โรงพยาบาลบ้านดุง
นายแพทย์โชคราชนัน ชัยฤกษ์สุขสันต์	โรงพยาบาลหนองฉาง
นายแพทย์ไชยยศ ประสานวงศ์	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
นายแพทย์ไชยวัฒน์ ภูதியานันต์	โรงพยาบาลเชียงคำ
แพทย์หญิงฐิติพร บ่อเกิด	โรงพยาบาลหาดใหญ่
นายแพทย์ณรงค์ เลิศเพียรธรรม	โรงพยาบาลพุทธชินราช
นายแพทย์ณัฐพล วงศ์วิวัฒน์	โรงพยาบาลบางละมุง
แพทย์หญิงดวงรัตน์ ชลศฤงคาร	โรงพยาบาลราชบุรี
นายแพทย์เดชา มีสุข	โรงพยาบาลนภากาศ
นายแพทย์ธนาวุธ ลิ้มเล็ก	โรงพยาบาลกระบี่



นายแพทย์ธรา ธรรมโรจน์	โรงพยาบาลศรีนครินทร์
แพทย์หญิงธีรนุช คงสวัสดิ์	โรงพยาบาลสระบุรี
นายแพทย์นรุตม์ วิจารณ์ศิริ	โรงพยาบาลสันป่าตอง
แพทย์หญิงนิภาพร อรุณวารากรณ์	โรงพยาบาลชั้นนาทนเรนทร
นายแพทย์นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร	โรงพยาบาลสิงห์บุรี
นายแพทย์บริรักษ์ เจริญศิลป์	โรงพยาบาลสวรรคร์ประชารักษ์
นายแพทย์บารมี บุญเลิศ	โรงพยาบาลลำพูน
แพทย์หญิงบุญรอด แสงอังคนาวิน	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
แพทย์หญิงบุษยา สุจิตรานุช	โรงพยาบาลชลบุรี
นายแพทย์ปกาศิต โอวาทกานนท์	โรงพยาบาลทรายมูล
แพทย์หญิงประพิศ เทพอารักษ์กุล	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
แพทย์หญิงประไพศรี ละยางกูร	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
นายแพทย์ปริญญา สันติชาติงาม	โรงพยาบาลมหาธาตุนครราชสีมา
แพทย์หญิงปิยะดา ไทยราช	โรงพยาบาลสิชล
แพทย์หญิงพยอม อุดมคำ	โรงพยาบาลโพธาราม
ผศ.(พิเศษ) นายแพทย์พลววรรณ วิฑูรกลชิต	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์ไพศิษฐ์ เพชรมะลิ	โรงพยาบาลปะเหลียน
แพทย์หญิงยุพาพร วิจักขณาลัย	โรงพยาบาลสุรินทร์
แพทย์หญิงรุ่งใจ เจริญศิลป์	โรงพยาบาลสวรรคร์ประชารักษ์
แพทย์หญิงฤดีมล สกุลคู	โรงพยาบาลหนองคาย
นายแพทย์เล็ก สุพันธ์ชัยกุล	โรงพยาบาลพัทลุง
แพทย์หญิงวรรณ เจริญศรีพงษ์	โรงพยาบาลพุทธชินราช
แพทย์หญิงวรรณิ์ ดันติประสิทธิ์	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
ผศ.ดร.นายแพทย์วรราชา เปาอินทร์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รศ.นายแพทย์วิทยา ศรีดามา	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



นายแพทย์วิทยา บุญเลิศเกิดไกร	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
นายแพทย์ศรัวิทย์ นราธรสวัสดิกุล	โรงพยาบาลพิจิตร
นายแพทย์ศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงษ์	โรงพยาบาลหลังสวน
แพทย์หญิงศิริจิตต์ วาสนะวัฒน์	โรงพยาบาลขอนแก่น
นายแพทย์สถิตย์วงศ์ ชยางค์	โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 9
แพทย์หญิงสมใจ อุดมพงศ์ลักษณ์	โรงพยาบาลสกลนคร
แพทย์หญิงสมรภัฏ ภูதியานันต์	โรงพยาบาลเชียงคำ
นายแพทย์สมิทธิ สร้อยมาตี	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
นายแพทย์สัจจะ ตะติยานุพันธ์วงศ์	โรงพยาบาลชัยภูมิ
นายแพทย์สันติ สัมฤทธิ์มีโนพร	โรงพยาบาลสนามชัยเขต
นายแพทย์สายชล รัชตธรรมากุล	โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
แพทย์หญิงสายพิณ ศิลางาม	โรงพยาบาลราชบุรี
แพทย์หญิงสาวิตรี เม้าฝีกุลไพโรจน์	สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล
นายแพทย์สิริ สิริจวัฒนา	โรงพยาบาลสิรินธร
แพทย์หญิงสุนิ จิรสมิทธา	โรงพยาบาลพุทธชินราช
แพทย์หญิงสุพรรณณี เลาวหุตานนท์	โรงพยาบาลเสนา
แพทย์หญิงสุวิวรรณ นกหนู	โรงพยาบาลหาดใหญ่
แพทย์หญิงเสาวลักษณ์ ศิลาสาย	โรงพยาบาลปัตตานี
นายแพทย์อดุลย์ บำรุง	โรงพยาบาลบ้านไผ่
นายแพทย์อนุสรณ์ ศิริโชติ	สปสช.เขต 5 ราชบุรี
นายแพทย์อภิชาติ ล้อไพบุลย์ทรัพย์	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
แพทย์หญิงอรรณณ นิมิตรวงศ์สกุล	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
แพทย์หญิงอัจฉรา รอดเกิด	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
นายแพทย์อุดม อรุณรุ่งศรี	สปสช.เขต 8 อุตรธานี



คณะทำงานจัดทำคู่มือการตรวจสอบเวชระเบียนการสรุปและให้รหัสหัตถการ

นายแพทย์วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์	ผู้รั้งตำแหน่งประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
นพ.พลวรรธน วิฑูรกลชิต	ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
นพ.อลงกรณ์ เกียรติดิตรัฐ	รองเลขาธิการราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย
ผศ.นายแพทย์ไชยวิทย์ ธนไพศาล	ผู้แทนวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
พ.อ.นายแพทย์อนันต์ วัฒนธรรม	ผู้แทนสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย
รศ.นายแพทย์วิทยา ศรีดามา	ผู้แทนราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
นายแพทย์วิบูลย์ กาญจนพัฒน์กุล	ผู้แทนราชวิทยาลัยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
นายแพทย์กวิน ก้านแก้ว	โรงพยาบาลสุโขทัย
แพทย์หญิงขวัญใจ วงศกิตติรักษ์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
แพทย์หญิงจุฬารัตน์ จตุปาริสุทธิ	โรงพยาบาลกลาง
แพทย์หญิงชลศณีย์ คล้ายทอง	ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
นายแพทย์ชัยยศ เสี่ยงประเสริฐกิจ	โรงพยาบาลตากสิน
รศ.นายแพทย์ชัยวัฒน์ บารุงกิจ	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
นายแพทย์เชาวน์วัต พิมพรัตน์	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
นายแพทย์โชคราชัน ชัยฤกษ์สุขสันต์	โรงพยาบาลลานสัก
นายแพทย์ไชยยศ ประสานวงศ์	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
นายแพทย์ไชยวัฒน์ ภูதியานันต์	โรงพยาบาลเชียงคำ
แพทย์หญิงณัฐริรา ชัยศรีสวัสดิ์สุข	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์
นายแพทย์ธนาวุธ ลิ้มเล็ก	โรงพยาบาลกระเป๋
แพทย์หญิงธัญรัตน์ อารามเสวีวงศ์	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
แพทย์หญิงธีรนุช คงสวัสดิ์	โรงพยาบาลสระบุรี
นายแพทย์นรุตม์ วิจารณ์ศิริ	โรงพยาบาลสันป่าตอง
แพทย์หญิงนิภาพร อรุณวารากรณ์	โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร
นายแพทย์นรินทร์ ชัยศรีสุขอาพร	โรงพยาบาลสิงห์บุรี
นายแพทย์บริรักษ์ เจริญศิลป์	โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์
นายแพทย์บารมี บุญเลิศ	โรงพยาบาลลำพูน
แพทย์หญิงบุญรอด แสงอังกณาวิน	โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี



นายแพทย์ปิยชาติ สุทธินาค	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
พันเอกปญฺชชทร ทิพยวงษ์	กรมแพทย์ทหารบก
แพทย์หญิงพรสรวง สังข์ศรี	โรงพยาบาลพระพุทธบาท
นายแพทย์พิพัฒน์ บรรเทากุล	โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
นายแพทย์ภคณัฐ กรฤทธิ	โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
แพทย์หญิงมาลีชาติ ศรีพิพัฒนะกุล	โรงพยาบาลขอนแก่น
นายแพทย์รัชพงษ์ เวียงเจริญ	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
แพทย์หญิงรุ่งใจ เจริญศิลป์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
แพทย์หญิงวนิดา สมบูรณ์ศิลป์	โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช
พันตำรวจเอกวรชาติ โมฬีฤกษ์ภูมิ	โรงพยาบาลตำรวจ
แพทย์หญิงวรมน เจียมศรีพงษ์	โรงพยาบาลพุทธชินราช
แพทย์หญิงวรรณิ์ ดันติประสิทธิ์	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
นายแพทย์วิเชียร ต้นสุวรรณนันท	โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
นายแพทย์ศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์	โรงพยาบาลหลังสวน
แพทย์หญิงศิริพร พูลศิริ	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
แพทย์หญิงสมใจ อุดมพงศ์ลักษณ์	โรงพยาบาลสกลนคร
แพทย์หญิงสมรัก จัวยวมิตร	โรงพยาบาลเขียงคำ
นายแพทย์สมิทธิ์ สร้อยมาตี	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
นายแพทย์สันติ สัมฤทธิ์มโนพร	โรงพยาบาลสนามชัยเขต
นายแพทย์สายชล รัชตธรรมากุล	โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
นายแพทย์สิริ สิริจวัฒนา	โรงพยาบาลสิรินธร
แพทย์หญิงสุพรรณิ เลาวหุตานนท์	โรงพยาบาลเสนา
นายแพทย์สุรพงษ์ ออประยูร	โรงพยาบาลลำพูน
แพทย์หญิงสุวิวรรณ นกหนู	โรงพยาบาลหาดใหญ่
นายแพทย์เสาร์ ปัญจพงษ์	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
นายแพทย์อดุลย์ บำรุง	โรงพยาบาลบ้านไผ่
แพทย์หญิงอรอนงค์ สถาพรธีระ	โรงพยาบาลเลย
แพทย์หญิงอรัญญา กัลยาณพจน์พร	โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช
แพทย์หญิงอารีย์ นิมิตรวงศ์สกุล	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ

“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐”

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730

<http://audit.nhso.go.th>