



พิจารณาเอกสารของ Auditor

ตามแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

วันที่ 18 , 21 พฤศจิกายน 2562
ณ โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน



แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขร่วม ๓ กองทุน

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

Discharge summary

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

ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์จะเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้น Auditor จะระบุว่าผิดเงื่อนไข แล้วไม่ตรวจต่อ
- 3) การสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ถ้าเป็นระบบ log in สามารถสืบค้นได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปถือว่ามี การสรุป



Discharge summary ที่ต้องพิจารณา

- ❖ ในกรณีที่ใบ discharge มีแต่ลายเซ็นแพทย์ แต่ไม่พบการสรุป PDx และ SDx ถือว่าเป็นเวชระเบียนที่ผิดปกติ
- ❖ ในกรณีที่ใบ discharge summary สรุปเป็นรหัสโรค เช่น K92.2 , I10 ในกรณีที่สรุปแต่ รหัสโรคหรือรหัสหัตถการ เช่น K92.2 ไม่ถือว่าเป็นการสรุปโรคหรือหัตถการ ถือว่าเป็นเวชระเบียนที่ผิดปกติ
- ❖ การสรุปโรคหรือหัตถการไม่ได้มีแค่รหัส ICD แต่เป็นคำวินิจฉัย ICD 10 & 9 เช่น D58.9 Hereditary haemolytic anaemia, unspecified : อนุมัติให้เป็น การสรุปโรคและหัตถการได้
- ❖ ในกรณีที่สรุปโรคหรือหัตถการโดยการ check list หรือตารางและมีลายเซ็นแพทย์กำกับที่ตำแหน่ง attending หรือ approval อนุมัติถือว่าเป็นการสรุปโรคหรือหัตถการได้

เมื่อ Auditor จะระบุว่าผิดปกติ แล้วไม่ต้องตรวจต่อ แต่ใส่เหตุผลไว้ว่าผิดปกติเพราะอะไร



Admission / Progress note / Doctor's order

- 1) การตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์ผู้รักษา
- 2) **แพทย์ผู้รักษา** หมายความว่ารวมทั้งแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ท่านอื่นๆ ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยในครั้งนั้น
- 3) ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดย **แพทย์ผู้รักษา** หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้
- 4) ข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์
- 5) การบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่มีการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้

Admission / Progress note / Doctor's order

- ❖ ข้อมูลที่ได้จากบุคลากรอื่น เช่น เภสัช หรือ พยาบาล สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยได้ **แต่ต้องมีการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์** เช่น
 - o การแพ้ยา เพื่อเป็นข้อมูลในการสรุป external cause
 - o ข้อมูลใน O2Sat ใน nurse note ในการประกอบการวินิจฉัย respiratory failure
- ❖ การบันทึก progress note ถ้าไม่มีลายเซ็นกำกับ แต่สามารถสืบค้นในเวชระเบียนว่าเป็นการบันทึกของแพทย์ : **นำมาประกอบการพิจารณาได้**
- ❖ ในกรณีที่ไม่มีพบคำวินิจฉัยในเวชระเบียนผู้ป่วยใน สามารถนำคำวินิจฉัยใน OPD card ก่อน admit หรือในใบ clinical summary หรือ problem list มาสรุปเป็นโรค



Operative note & procedure

- 1) กรณีที่เป็น Major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ประกอบการตรวจสอบเสมอ ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีการผ่าตัดนั้น แต่ยังถือว่ามี การดูแลรักษาอื่นอยู่ตามข้อมูลที่มี
- 2) กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกเป็น short operative note ในบันทึกความก้าวหน้าของโรค พร้อมทั้งต้องมีข้อมูลสิ่งที่ตรวจพบและรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการ หรือ มีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีหัตถการนั้น
- 3) การตรวจสอบหลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วน description ที่อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ และหรือการมี complication ถือเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงบันทึกโรคและหัตถการในเอกสารไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้นๆจริง ถือว่าไม่มีหัตถการนั้น
- 4) ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือด้วยย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้ โดยผู้ตรวจสอบ 2 คน ถือว่าไม่มีบริการ
- 5) กรณีหน่วยบริการใช้บันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป หรือใช้ check block ต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ ถ้าไม่พบการลงนามของแพทย์ให้ถือว่าไม่มีการผ่าตัดนั้น

Operative note & procedure

- ❖ ในกรณีที่ใบ operative note บันทึกตรงตำแหน่ง description เพียงแค่ “was done” เช่น TKA/Appendectomy was done จะถือเป็นหลักฐานการทำ major-OR procedure ได้หรือไม่...**ไม่ได้...** ถ้าเป็น major-OR procedure จะต้องมีการมี description ที่ระบุ finding และ procedure
- ❖ สำหรับ coding audit กรณีที่มีหลักฐานการทำหัตถการแต่ไม่มีคำสั่งของแพทย์ในการทำหัตถการ **สามารถสรุปและให้รหัสหัตถการนั้นได้**
- ❖ ความผิดปกติของหัวใจจากผล echocardiogram ที่ทำและบันทึกโดยแพทย์ **สามารถนำมาสรุปโรคได้** ถ้ามีอาการและการรักษาที่สอดคล้องกับความผิดปกตินั้น



Consult / ยาเดิม / Home med

- 1) การส่งปรึกษา(Consult) ต้องพบการส่งปรึกษา และผลการให้คำปรึกษาซึ่งอาจบันทึกการใน Progress note ของแพทย์ก็ได้ หากไม่พบอย่างใดอย่างหนึ่งจะถือว่าไม่มีการส่งปรึกษา การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา ถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้
- 2) ตรวจสอบการสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า“ยาเดิม”และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวเนื่องกับโรคดังกล่าว ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้นมีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน Doctor's order จึงจะถือว่ามี การรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น
- 3) กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home med) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าเป็นการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น
- 4) กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่รับรู้เฉพาะในโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือหัตถการได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น

Consult/ ยาเดิม/ Home med ที่ต้องพิจารณา

- ❖ ในกรณีที่แพทย์ order ยาเดิม และมีใบ med reconcile ที่มีรายละเอียดระบุว่ายาตัวใดที่ผู้ป่วยต้องได้รับต่อในโรงพยาบาล และมีการเซ็นกำกับใบ med reconcile โดยแพทย์ : **อนุโลมให้เป็นยาที่รักษา chronic disease ได้ (แต่ถ้า auditor ไม่ให้เป็นการรักษาให้ยึดตามความเห็นของ auditor)**
- ❖ ในกรณีที่แพทย์ order ยาเดิม แต่มีพยาบาลบันทึกชนิดของยาใน Doctor order และมีการเซ็นกำกับใน order โดยแพทย์ : **ถือเป็นยาที่รักษา chronic disease ได้**
- ❖ กรณีที่ไม่พบบันทึกของแพทย์ที่รับ consult แต่พบบันทึกของแพทย์เจ้าของไข้ว่า " ได้ consult แพทย์เฉพาะทาง และได้คำแนะนำ...." จะถือว่าเป็นการ consult ได้
- ❖ การให้ยาในโรงพยาบาลถึงแม้ว่าได้รับยา เพียง 1 dose ถือเป็นการรักษาในโรงพยาบาล
- ❖ ในกรณีที่มี underlying disease เดิม เช่น HT แต่มา admit แล้วแพทย์สั่ง hold ยาแล้วไม่ได้รับยา antihypertensive drug ตลอดการ admit ไม่สามารถสรุป HT เนื่องจากไม่มีการรักษา แต่ถ้าแพทย์มีคำสั่งให้ monitor BP อาจพิจารณาให้สรุปโรคได้ ทั้งนี้จะต้องพิจารณาในแต่ละ condition

Nurses note / Graphic sheet

Nurses note เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์หรือไม่ เช่น

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

Nurses note / Graphic sheet ที่ต้องพิจารณา

Nurses note เป็นข้อมูลประกอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์หรือไม่ เช่น

- ❖ เวลาการ on ventilator **(นับถึงชั่วโมง)** ให้เริ่มนับเวลาเมื่อแพทย์ใส่ ET tube ถึงเวลาที่บันทึกว่ามีการ off ET tube ถ้าพบเพียงเวลาเดียว on หรือ off ถ้าว่าไม่สามารถระบุเวลาได้ (ได้รหัส 99.70)
- ❖ ตรวจสอบการให้ยา การให้เลือด ต้องตรวจสอบจากใบบันทึกการให้ยา **และพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ**
- ❖ ตรวจสอบ Graphic sheet เมื่อต้องการสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น
 - o Body temperatures.....Sepsis
 - o Blood pressure.....Shock
 - o Respiratory rate.....COPD with AE. เป็นต้น
- ❖ ตรวจสอบจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล(LOS.) กรณีตรวจสอบเอกสารว่าเป็นการรับผู้ป่วยวันและเวลาใด **(นับถึงนาที)**



Investigation

- 1) Auditor ไม่สามารถนำผลการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ ผลการเพาะเชื้อหรือการตรวจพิเศษอื่น ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่ดูแลรักษา มาตีความเป็นการวินิจฉัยโรค **ยกเว้น รายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาโดยพยาธิแพทย์**
- 2) ผลตรวจรังสีวิทยา ในกรณีที่แพทย์ผู้ดูแลรักษา บันทึกผลการตรวจทางรังสีไว้สามารถนำมาเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัย แต่ต้องมีคำวินิจฉัยของแพทย์ ไม่จำเป็นต้องเป็น official report ของรังสีแพทย์เท่านั้น (แต่ถ้าต้องการเบิกค่า **special investigation** เพิ่มเติมในกรณี OP ระบุต้องมี official report)
- 3) การสรุปหัตถการให้รังสีรักษา ต้องพบเอกสารการให้บริการรังสีรักษาว่าเป็นประเภทใดพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น



Investigation

- 4) กรณีที่การรักษาโรคมะเร็ง เช่น การให้ Chemotherapy หรือ Radiation ต้องมีผลการวินิจฉัยว่าเป็น malignancy ที่เป็น official report (อนุโลมรวมหมายถึงกรณีที่แพทย์ผู้รักษาคัดลอกรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาที่เป็นการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาโดยพยาธิแพทย์ไว้ในเวชระเบียน) และต้องปรากฏหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา
- 5) กรณีที่รักษาภาวะแทรกซ้อน หรือ Palliative care ให้ใช้บันทึกข้อมูลของแพทย์ที่บอกรายละเอียดชนิด ตำแหน่ง การรักษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา (คำว่า underlying CA.....อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็ง ให้ได้เพียงรหัส Z เท่านั้น)



กรณีดังต่อไปนี้ไม่ถือว่าเป็นการสรุปการวินิจฉัยโรค

- ❖ การวินิจฉัยที่แพทย์บันทึกไว้เฉพาะใน Discharge summary แต่ไม่มีการวินิจฉัยโรคนั้นเป็นลายลักษณ์อักษรในส่วนใดส่วนหนึ่งในเวชระเบียนของการรับไว้ครั้งนั้น เช่น ใน admission note, progress note, operative note เป็นต้น ถึงแม้จะพบว่าการตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วยก็ตาม
- ❖ กรณีที่ไม่พบบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์ หรือพบการบันทึกเพียงประวัติประจำตัว โรคเดิม underlying cause เช่น HT DM ปัญหาต่างๆเหล่านี้แพทย์ผู้รักษาต้องให้คำวินิจฉัย ว่าเป็นปัญหารวมที่จำเป็นต้องรักษาในการนอน รพ. ครั้งนี้ โดยต้องบันทึกใน admission note (problem list, provisional Dx.), progress note, op-note หรือ clinical summary เป็นต้น
- ❖ กรณีที่มาอาการหรือโรคเดียว ไม่มี Sdx และไม่พบคำวินิจฉัยโรคในเวชระเบียนที่จะนำมาเป็น PDx ได้ สามารถพิจารณาคำวินิจฉัยใน OPD card ก่อน admit แต่ถ้าไม่พบ คำวินิจฉัยใน OPD card ให้อนุโลมนำอาการที่ต้องมา admit มาสรุปเป็น PDx ได้
- ❖ กรณีที่ผู้ตรวจสอบได้พบการบันทึกคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รักษาที่ยังขาดความสมบูรณ์ ไม่เฉพาะเจาะจง สามารถสืบค้นหาข้อมูลในเวชระเบียน : อนุโลมกรณีที่มี clinical ที่เข้าได้ เช่น acute respiratory failure, DM type 2



การพิจารณาว่าเป็น IP visit หรือไม่

- ❖ กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและเฝ้าสังเกตอาการ (observe) นอนนานเกิน 6 ชั่วโมง มาเบิกจ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยใน หน่วยบริการต้องกำหนดเลขที่รับไว้ (AN) และ **ต้องมีเอกสารตามมาตรฐานเวชระเบียนผู้ป่วยใน** ตามหลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน **จึงจะถือว่าเป็นการบริการตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยใน**
- ❖ กรณีดังต่อไปนี้ไม่ถือเป็นบริการผู้ป่วยใน ทั้งนี้ให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้ตรวจสอบและการแสดงเหตุผลความจำเป็นของหน่วยบริการ ตามหลักฐานที่ปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่
 - o กรณีรับไว้เพื่อทำ diagnostic procedure เช่น การรับไว้เพื่อทำ CT, MRI, IVP เป็นต้น
 - o กรณีรับไว้เพื่อการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการไปทำหัตถการหรือการผ่าตัดด้วยหน่วยบริการอื่น เช่น การเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำ PCI, gastroscopy เป็นต้น
 - o กรณีรับไว้นอนในหน่วยบริการ แต่ไม่พบคำสั่งให้ admit จากแพทย์ เช่น พบว่ามีคำสั่งให้ส่งต่อ refer ใน OPD card หรือคำสั่งให้ observe เป็นต้น
 - o กรณีรับไว้โดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์ที่เหมาะสม เช่น การ admit เพื่อรับยาต่อเนื่อง



การพิจารณาว่าเป็นIP visit หรือไม่

- ❖ กรณี case admit ห้อง observe สามารถพิจารณาเป็นผู้ป่วยใน
หลักฐานประกอบการพิจารณาคือ
 - o พบคำสั่งแพทย์ admit
 - o เวชระเบียนตามมาตรฐานผู้ป่วยใน
 - o Admit นานเกิน 2 ชม. ยกเว้น เสียชีวิต ไม่สมัครใจอยู่ refer
- ❖ ในกรณีที่มาทำ procedure/investigation มีเหตุผลทางการแพทย์
สามารถพิจารณาเป็นผู้ป่วยในได้ถ้ามีหลักฐานตาม ข้อ 1
- ❖ กรณีใดที่ไม่ควร admit เช่น laser YAG post cataract ,
ผ่าตัด pterygium แบบ simple



เอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนกรณี admit ห้อง observe ที่เบิกจ่ายเป็นผู้ป่วยใน อย่างน้อยต้องมี

- 1) แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)
- 2) แบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย (Admission note)
- 3) Progress note
- 4) Doctor's order
- 5) Operative note
- 6) Anesthetic record
- 7) แบบบันทึกสัญญาณชีพ (Graphic sheet)
- 8) Nurses note
- 9) เอกสารรายงานผลการตรวจเพิ่มเติมต่าง ๆ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา
- 10) ใบส่งปรึกษาและผลการให้คำปรึกษา





หลักการสรุป โรคหลักโรคร่วม และโรคอื่นๆ ตามระบบ DRG.



Principal Diagnosis

1. การวินิจฉัยหลักมีได้เพียงการวินิจฉัยเดียวเท่านั้น ต้องบันทึกคำวินิจฉัยโรคเพียงคำวินิจฉัยเดียวเป็นการวินิจฉัยหลัก
2. การวินิจฉัยว่าโรคใดเป็นการวินิจฉัยหลักให้ทำเมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้วเท่านั้น เพื่อให้ได้คำวินิจฉัยขั้นสุดท้าย (final diagnosis) ซึ่งจะเป็นคำวินิจฉัยที่ละเอียดชัดเจนมากที่สุด
3. การวินิจฉัยหลักต้องเป็นโรคที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มิใช่โรคที่เกิดขึ้นภายหลัง **ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยคลอด เด็กแรกคลอด**
4. ในผู้ป่วยที่มีโรคหลายโรคปรากฏขึ้นตั้งแต่ก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้เลือกโรคที่ได้ทำการรักษาเป็นการวินิจฉัยหลัก

หากรักษาพร้อมกันหลายโรคให้เลือกโรคที่รุนแรงและสำคัญที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลักหากโรคที่รักษาพร้อมกันหลายโรคนั้นมีความรุนแรงและสำคัญใกล้เคียงกันให้เลือกโรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงที่สุดเป็นการวินิจฉัยหลัก

Secondary Diagnosis

1. หมายความว่ารวมทั้ง Comorbidity & Complication
2. เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงชีวิตสูงขึ้น หรือมีการตรวจหรือรักษาเพิ่มขึ้น ระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้
3. ในการสรุปการวินิจฉัยร่วม โรคแทรก ต้องมีคำวินิจฉัยโรคที่บันทึก อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ผู้ดูแลหรือร่วมรักษาเป็นหลักฐานรับรองอยู่ในเวชระเบียน เช่น admission note, progress note, operative note เป็นต้น **ไม่ใช่การวินิจฉัยที่แพทย์บันทึกเป็นการวินิจฉัยในบันทึกสรุปจำหน่าย (discharge summary) เท่านั้น**
4. ไม่สามารถนำผลการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ ผลการเพาะเชื้อหรือการตรวจพิเศษอื่นที่มีใช้คำวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่ดูแลรักษา หรือร่วมรักษาในเวชระเบียน มาตีความเป็น **การวินิจฉัยในบันทึกสรุปจำหน่าย ยกเว้นบางกรณีดังต่อไปนี้**
 - ~~รายงานผลการตรวจทางรังสี อัลตราซาวด์ หรือการตรวจพิเศษโดยรังสีแพทย์~~
 - รายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาโดยพยาธิแพทย์

SYMPTOM & SIGN

1. อาการและอาการแสดง ของผู้ป่วย โดยปกติแล้วไม่ต้องสรุป และให้รหัสของอาการหรืออาการแสดงที่พบในผู้ป่วยโรค ต่างๆ หากรู้ชัดเจนแล้วว่าอาการหรืออาการแสดงใดมีสาเหตุ จากโรคที่แพทย์ได้วินิจฉัยไว้แล้ว แม้แพทย์จะบันทึกอาการ หรืออาการแสดงร่วมกับชื่อโรค
2. สามารถพิจารณาไม่สรุปและให้รหัสของอาการหรืออาการ แสดงเหล่านั้นได้ ทั้งนี้ยกเว้นอาการหรืออาการแสดงที่พบใน ผู้ป่วยโรคนั้นเพียงบางราย และบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค อาจพิจารณาให้รหัสของอาการหรืออาการแสดงได้ **ซึ่งจะมี ข้อยกเว้นนี้ในรายละเอียดของแต่ละเรื่องเท่านั้น**

OTHER DIAGNOSIS (การวินิจฉัยอื่นๆ)

การวินิจฉัยอื่นๆ คือ โรคหรือภาวะของผู้ป่วยที่ไม่เข้าข่ายคำจำกัดความของการวินิจฉัยหลัก การวินิจฉัยร่วม หรือโรคแทรก กล่าวคือเป็นโรคที่มีความรุนแรงไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงชีวิตมากขึ้น หรือไม่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้

1. เป็นโรคที่มีความรุนแรงไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรก การเสียชีวิตหรือพิการ ไม่ทำให้ต้องเพิ่มการตรวจพิเศษ ไม่ต้องเพิ่มยาหรือเวชภัณฑ์ ไม่ต้องทำการรักษาเพิ่มเติม
2. เป็นโรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็ได้
3. อาจเป็นโรคระบบเดียวกันกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก หรือไม่เกี่ยวเนื่องกันก็ได้
4. แพทย์สามารถบันทึกการวินิจฉัยอื่นๆ ได้มากกว่า 1 โรค โดยไม่จำกัดจำนวนสูงสุดที่จะบันทึกได้



Thank You !