





ร่าง แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ปีงบประมาณ 2569

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
11	**หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีบริการผู้ป่วยใน** สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น.pdf สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้	**(กรมบัญชีกลาง 1)** สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น.pdf ของหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้ (ประกันสังคม 3) เสนอ ให้เพิ่มเงื่อนไขสำหรับการตรวจสอบกรณี Prepayment (ถ้าเงื่อนไขเหมือนกันอาจจะเพิ่มเฉพาะคำว่า “และการตรวจสอบกรณี Prepayment”	**หลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีบริการผู้ป่วยใน** สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับหรือสำเนาหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น.pdf ของหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยและการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับการตรวจสอบ ดังนี้	
11	1. ประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก (OPD card) หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น รวมถึงหน้าแรกที่มีข้อมูลส่วนบุคคลของประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก (patient’s profile)	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 1. บันทึกผู้ป่วยนอก (OPD card) หรือสำเนาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น รวมถึงหน้าแรกที่มีข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Patient’s profile)	1. บันทึกผู้ป่วยนอก (OPD card) หรือสำเนาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น รวมถึงหน้าแรกที่มีข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Patient’s profile)	
11	2. แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary)	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 2. บันทึกสรุปจำหน่าย (Discharge summary)	2. บันทึกสรุปจำหน่าย (Discharge summary)	

เอกสารเพื่อประโยชน์ทางการประชุมเท่านั้น ไม่ใช่เอกสารราชการ

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
11	3. แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ (Informed consent) ของผู้ป่วย	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 3. บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ (Informed consent) ของผู้ป่วย	3. บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ (Informed consent) ของผู้ป่วย	
11	4. แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกายของแพทย์ (history, physical examination, admission note) และหรือเอกสารการประเมินต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ใบประเมินระบบประสาท NIHSS, Barthel's Index, MRS เป็นต้น	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 4. บันทึกแรกรับ (Admission note) (กรมบัญชีกลาง 2) 4. บันทึกแรกรับ (Admission note) ที่สมบูรณ์ตามมาตรฐานวิชาชีพ Patient information, Reason for admission (chief complaint), History of presenting illness, Past medical history, Current medications, Social and family history, Physical examination, initial investigations, Assessment, Plan	4. บันทึกแรกรับ (Admission note) บันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกายของแพทย์ (history, physical examination, admission note)	
11	5. แบบบันทึกความก้าวหน้า (progress note) ของแพทย์	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 5. บันทึกความก้าวหน้า (Progress note) โดยแพทย์ (กรมบัญชีกลาง 2) 5. บันทึกความก้าวหน้า (Progress note) โดยแพทย์ (SOAP) เพื่อประเมินสถานะของปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละวัน ที่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล	5. บันทึกความก้าวหน้า (Progress note) โดยแพทย์ เพื่อประเมินสถานะของปัญหาของผู้ป่วย	

เอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุมัติ

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
11	6. แบบบันทึกการสั่งการรักษา (doctor's order)	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 6. บันทึกการสั่งการรักษา (Doctor's order)	6. บันทึกการสั่งการรักษา (Doctor's order)	
11	7. แบบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (consultation record) (ถ้ามี)	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 7. บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation record) (ถ้ามี)	7. บันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation record) (ถ้ามี)	
11	8. แบบบันทึกวิสัญญี (anesthetic record) (ถ้ามี)	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 8. บันทึกวิสัญญี (Anesthetic record) (ถ้ามี)	8. บันทึกวิสัญญี (Anesthetic record) (ถ้ามี)	
11	9.แบบบันทึกการผ่าตัด (operative note) กรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัด (ถ้ามี)	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 9. บันทึกการผ่าตัด (Operative note) กรณีที่มีการทำผ่าตัด	9. บันทึกการผ่าตัด (Operative note) กรณีที่มีการทำผ่าตัด	
11	10. แบบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (labour record) (ถ้ามี)	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 10. บันทึกการเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (Labour record) (ถ้ามี)	10. บันทึกการเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอดและหลังคลอด (Labour record) (ถ้ามี)	
11	11. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาและผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 11. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาและผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้ในครั้งนั้น	11. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาและผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้ในครั้งนั้น	

เอกสารนี้เพื่อประกอบการประชุมเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
11	12. แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการทำกายภาพบำบัด (rehabilitation record) (ถ้ามี)	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 12. บันทึกการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation record) (ถ้ามี)	12. บันทึกการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด (Rehabilitation record) (ถ้ามี)	
11	13.แบบบันทึกทางการพยาบาล (nurses 's note) รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วย	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 13. บันทึกทางการพยาบาล (nurses' note) รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วย	13. บันทึกทางการพยาบาล (nurses' note) รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วย	
11	14. แบบบันทึกสัญญาณชีพหรือฟอร์มปรอท (graphic sheet)	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 14. บันทึกสัญญาณชีพหรือฟอร์มปรอท (graphic sheet)	14. บันทึกสัญญาณชีพหรือฟอร์มปรอท (graphic sheet)	
11	15. แบบบันทึกการให้ยา (medication sheet) การให้สารน้ำและการให้เลือด intake-output sheet แบบประเมินผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด เป็นต้น	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 15. บันทึกการให้ยา (medication sheet) การให้สารน้ำ การให้เลือด Intake-output sheet และแบบประเมินผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด (ถ้ามี)	15. บันทึกการให้ยา (medication sheet) การให้สารน้ำ การให้เลือด Intake-output sheet และแบบประเมินผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด (ถ้ามี)	
11	16. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย (ถ้ามี) เช่น ใบส่งต่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษา (กรณีการรักษาเสร็จสิ้นตามแผนการรักษาต้องมีบันทึกสรุปการรักษา) สำเนาใบตรวจสอบสิทธิการรักษาเป็นต้น	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 16. เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย (ถ้ามี) เช่น ใบส่งต่อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษา (กรณีการรักษาเสร็จสิ้นตามแผนการรักษาแล้ว ต้องมีบันทึกสรุปการรักษา) สำเนาใบตรวจสอบสิทธิการรักษา เป็นต้น	16. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย (ถ้ามี) เช่น ใบส่งต่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษา (กรณีการรักษาเสร็จสิ้นตามแผนการรักษาต้องมีบันทึกสรุปการรักษา) สำเนาใบตรวจสอบสิทธิการรักษาเป็นต้น	

เอกสารเพื่อใช้ประกอบการประชุมเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
12	17. กรณีการเบิกจ่ายอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือการให้บริการทางการแพทย์ ตามรายการค่าใช้จ่ายที่มารับบริการ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบ ดังนี้	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 17. กรณีเบิกจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือการให้บริการทางการแพทย์ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบ ดังนี้	17. กรณีเบิกจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือการให้บริการทางการแพทย์ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบ ดังนี้	
12	17.1 กรณีอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคราคาสูงที่มี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกับผู้ป่วยรายนั้นจริง โดยกรณีผู้ป่วยในต้องติด sticker ของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคทุกชิ้นที่มีการเบิกไว้ในบันทึกการผ่าตัดหรือในเวชระเบียนผู้ป่วยในที่สามารถตรวจสอบได้ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 17.1 กรณีใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคราคาสูงที่มี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกับผู้ป่วยรายนั้นจริง โดยติด sticker ของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค **ทุกชิ้น** ที่มีการเบิกไว้ในบันทึกการผ่าตัดหรือในเวชระเบียนผู้ป่วยในที่สามารถตรวจสอบได้ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี) **(ประกันสังคม 1)** 17.1 เพิ่มท้าย “โดยต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยรายนั้นจริง”	17.1 กรณีใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคราคาสูงที่มี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานที่สามารถตรวจสอบได้ว่ามีการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกับผู้ป่วยรายนั้นจริง โดยติด sticker ของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค **ทุกชิ้น (ถ้ามี)** ที่มีการเบิกไว้ในบันทึกการผ่าตัดหรือในเวชระเบียนผู้ป่วยในที่สามารถตรวจสอบได้ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมหารือแพทย์ด้านเวชกรรมฟื้นฟู

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
12	17.2 กรณีรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่ไม่มี sticker สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานทางการแพทย์ว่ามีการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกับผู้ป่วยรายนั้นจริง เช่น ภาพเอกซเรย์หลังทำหัตถการ (ถ้ามี) หรือ ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ระบุจำนวนรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ พร้อมหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ทุกชิ้น หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 17.2 กรณีใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่ไม่มี sticker สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานทางการแพทย์ว่ามีการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกับผู้ป่วยรายนั้นจริง เช่น ภาพเอกซเรย์หลังทำหัตถการ (ถ้ามี) หรือ ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ระบุจำนวนรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ พร้อมหลักฐานทางการเงินของการเบิกค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค หรือการเรียกเก็บค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคจากผู้ป่วย (ถ้ามี) **ทุกชิ้น**	17.2 กรณีใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่ไม่มี sticker สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานทางการแพทย์ว่ามีการใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคกับผู้ป่วยรายนั้นจริง เช่น ภาพเอกซเรย์หลังทำหัตถการ (ถ้ามี) หรือ ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ระบุจำนวนรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ พร้อมหลักฐานทางการเงินของการเบิกค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคทุกชิ้น หรือการเรียกเก็บค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคจากผู้ป่วย (ถ้ามี)	
12	18. กรณีการขอตรวจสอบเวชระเบียนโรคเฉพาะทางอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ต้องมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ซึ่งแต่ละกองทุนจะแจ้งในการขอเอกสารเพื่อการตรวจสอบในเรื่องนั้น ๆ	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 18. กรณีขอตรวจสอบเวชระเบียนโรคเฉพาะทางอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ต้องมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ซึ่งแต่ละกองทุนจะแจ้งในการขอเอกสารเพื่อการตรวจสอบในเรื่องนั้นๆ	18. กรณีขอตรวจสอบเวชระเบียนโรคเฉพาะทางอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ต้องมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ซึ่งแต่ละกองทุนจะแจ้งในการขอเอกสารเพื่อการตรวจสอบในเรื่องนั้นๆ	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมฯ สำนักเภสัชกรรม สปสช.

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
12	19. การขอเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ 19.1 กรณีที่มีการขอตรวจสอบเวชระเบียนแล้วไม่พบเอกสารหลักฐานหรือสถานพยาบาลหรือ หน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้นภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น โดยไม่รับพิจารณาการขอทบทวนเอกสารที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลัง	**19.การขอเวชระเบียนเพื่อตรวจสอบ** **(กรมบัญชีกลาง 1)** 19.1 กรณีไม่พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่ขอตรวจสอบ หรือสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้นภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น และไม่รับพิจารณาเอกสารที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลัง **(กรมบัญชีกลาง 2)** **19. การขอเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ** 19.1 และ 19.2 น่าจะอยู่ในแนวทางการพิจารณาการตรวจสอบ	**19.การขอเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ** 19.1 กรณีไม่พบเอกสารหลักฐานเวชระเบียนที่ขอตรวจสอบ หรือสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้นภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น และไม่รับพิจารณาเอกสารที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลัง	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมเท่านั้น สำนักแพทย์ทหารอากาศ

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
12	19.2 กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากชำรุดอันเกิดจากภัยพิบัติ อัคคีภัย อุทกภัย เป็นต้น สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องส่งหลักฐานประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนเพื่อให้แต่ละกองทุนพิจารณาเหตุผล โดยให้ผู้บริหารสูงสุด เช่น หัวหน้าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ของสถานพยาบาล เซ็นรับรองการชี้แจงดังกล่าว	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 19.2 กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากเวชระเบียนชำรุดจากภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย อุทกภัย เป็นต้น สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องส่งหลักฐานประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนเพื่อให้แต่ละกองทุนพิจารณา โดยให้ผู้บริหารสูงสุดของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ เช่น หัวหน้า กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ลงนามรับรองการชี้แจงดังกล่าว	19.2 กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถส่งเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากเวชระเบียนชำรุดจากภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย อุทกภัย เป็นต้น สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องส่งหลักฐานประกอบคำชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนเพื่อให้แต่ละกองทุนพิจารณา โดยให้ผู้บริหารสูงสุดของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ เช่น หัวหน้าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ กรรมการผู้จัดการ (ที่มีอำนาจลงนาม) ลงนามรับรองการชี้แจงดังกล่าว	
12	19.3 กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการรักษา เช่น ชำระเงินเอง หรือใช้สิทธิประกันชีวิต ไม่สามารถนำส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเบิกค่าบริการสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามสิทธิของแต่ละกองทุน	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 19.3 กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล เช่น ชำระเงินเอง หรือใช้สิทธิประกันชีวิต ไม่สามารถนำส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเบิกค่าบริการสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามสิทธิของแต่ละกองทุน **(ประกันสังคม 2)** 19.3 กรณีผู้ป่วยมีการใช้สิทธิการรักษาอื่นร่วมด้วย เช่น ชำระเงินเอง หรือใช้สิทธิ์ประกันชีวิต หรือมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มในส่วนที่อยู่ในสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ (สำนักงานประกันสังคม) **(Auditor สปสช.)** 19.3 กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการรักษา เช่น ชำระเงินเอง หรือใช้สิทธิประกันชีวิต ไม่สามารถนำส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเบิกค่าบริการสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของแต่ละกองทุน	19.3 กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล เช่น ชำระเงินเอง หรือใช้สิทธิประกันชีวิต หรือในกรณีสิทธิประกันสังคมที่มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มในส่วนที่อยู่ในสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ ไม่สามารถนำส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเบิกค่าบริการสาธารณสุขได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามสิทธิของแต่ละกองทุน	

เอกสารเพื่อการประชุมเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุมัติ

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
13	**แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน** 1. ตรวจสอบ OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบครั้งนั้นเพื่อพิสูจน์หลักฐานการดำเนินของโรค เช่น โรคเรื้อรัง กรณี emergency claim online เป็นต้น	(กรมบัญชีกลาง 1) **1.บันทึกผู้ป่วยนอก (OPD card)** หรือสำเนาที่เกี่ยวข้องกับการรับไว้ครั้งนั้น เป็นการตรวจเพื่อหาหลักฐานการดำเนินโรคเรื้อรัง (กรมบัญชีกลาง 2) **1.บันทึกผู้ป่วยนอก (OPD card)** หรือสำเนาที่เกี่ยวข้องกับการรับไว้ครั้งนั้น เป็นหลักฐานการดำเนินโรคเรื้อรัง	**แนวทางการพิจารณาเอกสารประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน กรณีผู้ป่วยใน** **1.บันทึกผู้ป่วยนอก (OPD card)** หรือสำเนาที่เกี่ยวข้องกับการรับไว้ครั้งนั้น เพื่อเป็นหลักฐานในการดำเนินโรคเรื้อรัง หรือกรณี emergency claim online เป็นต้น	
13	2. ตรวจสอบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) ประเด็นการพิจารณามี ดังนี้	(กรมบัญชีกลาง 1) **2. บันทึกสรุปจำหน่าย (Discharge summary)** มีประเด็นการตรวจสอบ ดังนี้ (กรมบัญชีกลาง 2) **2. บันทึกสรุปจำหน่าย (Discharge summary)** เป็นหลักฐานสำคัญประกอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน สถานพยาบาลควรใช้แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายของกระทรวงสาธารณสุข หรือสถานพยาบาลอาจกำหนดรูปแบบของตนเองได้ แต่ต้องบันทึกข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วนเช่นเดียวกับบันทึกสรุปการจำหน่ายของกระทรวงสาธารณสุข การตรวจสอบเอกสารสรุปการจำหน่ายมีประเด็นการตรวจสอบ ดังนี้	**2. บันทึกสรุปจำหน่าย (Discharge summary)** เป็นหลักฐานสำคัญประกอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการควรใช้แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายของกระทรวงสาธารณสุข หรือสถานพยาบาลอาจกำหนดรูปแบบของตนเองได้ แต่ต้องบันทึกข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วนเช่นเดียวกับบันทึกสรุปการจำหน่ายของกระทรวงสาธารณสุข คำจำกัดความของข้อมูลแต่ละประเภทในการสรุปจำหน่าย ได้แก่ การวินิจฉัยหลัก การวินิจฉัยร่วม โรคแทรก การวินิจฉัยอื่นๆ สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บและได้รับพิษ การผ่าตัดหัตถการ ให้ยึดตามหนังสือ Standard Coding Guidelines 2017 ของกระทรวงสาธารณสุข การตรวจสอบ เอกสารสรุปการจำหน่ายมีประเด็นการพิจารณา ดังนี้	

เอกสารเพื่อการประชาสัมพันธ์ ไม่ใช่เอกสารเพื่อการเผยแพร่

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
13	2.1 กรณีไม่พบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้นได้	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 2.1 บันทึกสรุปการจำหน่ายเป็นหลักฐานสำคัญประกอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนสถานพยาบาลควรใช้แบบบันทึกสรุปการจำหน่ายของกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลอาจกำหนดรูปแบบบันทึกสรุปการจำหน่ายของตนเองได้ แต่ต้องบันทึกข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วนเช่นเดียวกับบันทึกสรุปการจำหน่ายของกระทรวงสาธารณสุข 2.1.1 หากตรวจไม่พบบันทึกสรุปจำหน่าย หรือพบแบบบันทึกสรุปจำหน่ายแต่ไม่พบการสรุป หรือไม่พบสรุปการวินิจฉัยหลัก หรือบันทึกสรุปจำหน่ายด้วยดินสอ ไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ 2.1.2 กรณีตรวจพบบันทึกสรุปจำหน่ายมากกว่า 1 ใบ จะเลือกตรวจเฉพาะใบที่เรียงอยู่ลำดับหน้าสุดของเอกสารเวชระเบียนที่ส่งตรวจ นอกจากจะมีหนังสือรับรองซึ่งลงนามโดยผู้บริหารสถานพยาบาลว่าต้องการใช้ใบอื่น **(กรมบัญชีกลาง 2)** 2.1 กรณีไม่พบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) หรือ ไม่พบสรุปการวินิจฉัยหลัก หรือบันทึกสรุปจำหน่ายด้วยดินสอ ไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้	2.1 หากตรวจไม่พบบันทึกสรุปจำหน่าย หรือพบแบบบันทึกสรุปจำหน่ายแต่ไม่พบการสรุป หรือไม่พบสรุปการวินิจฉัยหลัก หรือบันทึกสรุปจำหน่ายด้วยดินสอทั้งหมด ไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในครั้งนั้นได้	

เอกสารเพื่อประชุม ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
13	2.2 การระบุใบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) เพื่อการตรวจสอบ กรณีที่มีใบ discharge summary หลายใบ จะต้องมีหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าใช้ใบ discharge summary ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีจะใช้ใบแรกสุดที่ผู้ตรวจสอบพบในเวชระเบียนในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นเพื่ออ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้น แบบฟอร์มดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general discharge summary จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 2.2 ข้อมูลในบันทึกสรุปจำหน่ายที่ต้องบันทึกโดยแพทย์เท่านั้นประกอบด้วย 2.2.1 การวินิจฉัยหลัก (Principal diagnosis หรือ Main condition) 2.2.2 การวินิจฉัยร่วม (Comorbidity หรือ Pre-admission comorbidity) 2.2.3 โรคแทรก (Complication หรือ Post-admission comorbidity) 2.2.4 การวินิจฉัยอื่นๆ (Other diagnoses) 2.2.5 สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บและได้รับพิษ (External cause of injury and poisoning) 2.2.6 การผ่าตัด (Operating room procedure) 2.2.7 หัตถการ (Non-operating room procedure) คำจำกัดความของข้อมูลแต่ละประเภทให้ยึดตามหนังสือ Standard Coding Guidelines 2017 ของกระทรวงสาธารณสุข (กรมบัญชีกลาง 2) 2.2 กรณีที่พบบันทึกสรุปจำหน่ายมากกว่า 1 ใบ จะตรวจเฉพาะใบที่เรียงอยู่ลำดับหน้าสุดของเอกสารเวชระเบียนที่ส่งตรวจ นอกจากจะมีหนังสือรับรองซึ่งลงนามโดยผู้บริหารของสถานพยาบาลว่าต้องการใช้ใบอื่น ส่งมาพร้อมกับการจัดส่งเอกสารในครั้งนั้นๆ	2.2 กรณีตรวจพบบันทึกสรุปจำหน่ายมากกว่า 1 ใบ จะต้องมีหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าใช้ใบ discharge summary ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีจะเลือกตรวจเฉพาะใบที่เรียงอยู่ลำดับหน้าสุดของเอกสารเวชระเบียนที่ส่งตรวจ	

เอกสารเพื่อประชุม ห้ามเผยแพร่

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
13	2.3 กรณีแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) ไม่มีการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการ รายละเอียดการรักษาทั้งฉบับ รวมทั้งกรณีไม่มีการสรุปโรคหลักหรือสรุปด้วยดินสอทั้งหมด ให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาล ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้นได้	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 2.3 บันทึกสรุปจำหน่าย จำเป็นต้องมีการรับรองโดยแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยลงลายมือชื่อรับรองข้อมูลที่สรุป ในช่อง Attending physician และ/หรือ Approved by พร้อมบันทึกชื่อ นามสกุล และหมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างครบถ้วน หากบันทึกไม่ครบถ้วน หรือไม่สามารถระบุตัวผู้ลงลายมือชื่อได้ ถือว่าไม่มีการรับรองข้อมูลที่สรุป ไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ (2.5) **(กรมบัญชีกลาง 2)** 2.3 คำจำกัดความของข้อมูลแต่ละประเภทในการสรุปจำหน่าย ได้แก่ การวินิจฉัยหลัก การวินิจฉัยร่วม โรคแทรก การวินิจฉัยอื่นๆ สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บและได้รับพิษ การผ่าตัด หัตถการ ให้ยึดตามหนังสือ Standard Coding Guidelines 2017 ของกระทรวงสาธารณสุข	2.3 บันทึกสรุปจำหน่าย จำเป็นต้องมีการรับรองโดยแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยลงนามรับรองข้อมูลที่สรุป ในช่อง Attending physician หรือ Approved by หากไม่พบการลงนามรับรอง หรือไม่สามารถระบุตัวผู้ลงนามได้ ถือว่าไม่มีการรับรองข้อมูลที่สรุป ไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้	

เอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุมัติ

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
13	2.4 การสรุปรหัสโรคและรหัสหัตถการ ในแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) 2.4.1 กรณีสรุปการวินิจฉัยหรือการทำหัตการที่มีเพียงรหัส ICD-10, ICD-9 โดยไม่มีคำอธิบายรหัสโรค รหัสหัตถการร่วมด้วย ให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาลของโรคหรือหัตถการในรหัสนั้น 2.4.2 กรณีสรุปการวินิจฉัยหรือหัตถการที่มีเพียงรหัส ICD-10, ICD-9 และมีคำอธิบายรหัสโรค รหัสหัตถการร่วมด้วย แต่คำอธิบายรหัสโรค รหัสหัตถการที่ระบุดังกล่าวไม่สามารถระบุโรคหรือหัตถการได้ ให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาลของโรคหรือหัตถการในรหัสนั้น 2.4.3 กรณีสรุปการวินิจฉัยหรือหัตถการด้วยดินสอ ให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาลของโรคหรือหัตถการนั้น	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 2.4 ในสถานพยาบาลที่มีนักศึกษาแพทย์หรือนิสิตแพทย์ขึ้นปฏิบัติงาน สามารถให้นักศึกษาแพทย์หรือนิสิตแพทย์บันทึกข้อมูลในบันทึกสรุปจำหน่ายแทนแพทย์ได้ โดยลงลายมือชื่อของนักศึกษาแพทย์หรือนิสิตแพทย์ผู้บันทึกพร้อมชื่อ นามสกุล ในช่อง Attending physician **(ประกันสังคม 2)** 2.4 การสรุปรหัสโรคและรหัสหัตถการ ในแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) โดยให้สรุปเป็น medical term	2.4 การสรุปโรคและหัตถการในแบบบันทึกสรุปจำหน่าย มีประเด็นการพิจารณาดังนี้ 2.4.1 กรณีสรุปการวินิจฉัยหรือหัตถการที่มีเพียงรหัส ICD-10, ICD-9 โดยไม่มีคำอธิบายรหัสโรค รหัสหัตถการร่วมด้วย ให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาลของโรคหรือหัตถการในรหัสนั้น 2.4.2 กรณีสรุปการวินิจฉัยหรือหัตถการที่มีเพียงรหัส ICD-10, ICD-9 และมีคำอธิบายรหัสโรค รหัสหัตถการร่วมด้วย แต่คำอธิบายรหัสโรค รหัสหัตถการที่ระบุดังกล่าวไม่สามารถระบุโรคหรือหัตถการได้ ให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาลของโรคหรือหัตถการในรหัสนั้น 2.4.3 กรณีสรุปการวินิจฉัยหรือหัตถการด้วยอักษรย่อที่ไม่เป็นตามมาตรฐาน หรือไม่สามารถตีความได้ว่าเป็นโรคหรือหัตถการใด หรือบันทึกด้วยลายมือที่ไม่สามารถอ่านออกได้ ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาลของโรคหรือหัตถการในรหัสนั้น	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประโยชน์ด้านอื่น

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
			2.4.4 การแก้ไข ขีดฆ่า หรือเพิ่มเติมชื่อโรค การผ่าตัด หรือหัตถการ ในบันทึกสรุปจำหน่าย สามารถทำได้โดยแพทย์เท่านั้น โดยแพทย์ผู้แก้ไขต้องลงนามรับรอง และสามารถสืบค้นได้ว่าเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมกำกับในทุกตำแหน่งที่มีการแก้ไข ขีดฆ่า หรือเพิ่มเติม กรณีที่ไม่พบการลงนามผู้แก้ไขหรือไม่สามารถระบุผู้แก้ไขได้ จะถือว่าโรคหรือหัตถการที่ได้รับการแก้ไข ไม่สามารถนำมาเข้ารหัสเพื่อส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ 2.4.5 กรณีสรุปการวินิจฉัยหรือหัตถการด้วยดินสอ ให้ถือว่าไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาลของโรคหรือหัตถการนั้น	
13	2.5 การลงนามการสรุปเวชระเบียน แพทย์สามารถลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลงนามได้เพียง attending และต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) จึงจะถือว่าเป็นใบสรุปการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่าเวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้นได้	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 2.5 ไม่อนุญาตให้ใช้ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์แทนการลงลายมือชื่อโดยแพทย์ในข้อ 2.3 และ 2.4 เพราะยากต่อการตรวจสอบว่าผู้ใดเป็นผู้รับรองการสรุปจำหน่ายที่แท้จริง	ปรับเป็นข้อ 2.3	

เอกสารนี้เพื่อประชุมเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ ทำซ้ำ ดัดแปลง

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
13	2.6 ควรมีการลงนามรับรองผู้ให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 2.6 การแก้ไข ขีดฆ่า หรือเพิ่มเติมชื่อโรค การผ่าตัด หรือหัตถการ ในบันทึกสรุปจำหน่ายสามารถทำได้โดยแพทย์เท่านั้น โดยแพทย์ผู้แก้ไขต้องลงลายมือชื่อ พร้อมวงเล็บชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมกำกับในทุกตำแหน่งที่มีการแก้ไข ขีดฆ่า หรือเพิ่มเติม	2.5 ควรมีการลงนามรับรองผู้ให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ	
14	2.7 กรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ general discharge summary จึงสามารถใช้แทนการลงนามได้ หากมีการบันทึกข้อมูลบางส่วนเพิ่มเติม (โดยลายมือ) ต้องมีการลงนามรับรองโดยแพทย์ตรงตำแหน่งที่มีการเพิ่มเติม แก้ไขจึงจะถือว่าเป็นข้อความที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่าข้อความที่มีการเพิ่มเติมแก้ไขไม่สามารถนำมาพิจารณาได้	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 2.7 ชื่อโรค การผ่าตัด หรือหัตถการ ชื่อโรค การผ่าตัด หรือหัตถการ ที่ถูกแก้ไขโดยไม่มีลายมือชื่อผู้แก้ไข หรือไม่สามารถระบุผู้แก้ไขได้ ไม่สามารถนำมาเข้ารหัสเพื่อส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ **(ประกันสังคม 1)** 2.7 กรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งวันและเวลาที่บันทึก โดยระบบต้องมีการป้องกันการแก้ไขข้อมูลย้อนหลังหรือหากมีการแก้ไขต้องมี audit trail ที่ตรวจสอบได้ หากมีการบันทึกข้อมูลบางส่วนเพิ่มเติม (โดยลายมือ) ต้องมีการลงนามรับรองโดยแพทย์ตรงตำแหน่งที่มีการเพิ่มเติมแก้ไขจึงจะถือว่าเป็นข้อความที่สมบูรณ์ ห้ามไม่ให้แพทย์ผู้ทบทวนเวชระเบียน (ไม่มีส่วนร่วมในการรักษา) เพิ่มเติมหรือสรุป general discharge summary แทนแพทย์ผู้รักษา/แพทย์เจ้าของไข้	2.6 กรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งวันและเวลาที่บันทึก โดยระบบต้องมีการป้องกันการแก้ไขข้อมูลย้อนหลังหรือหากมีการแก้ไขต้องมี audit trail ที่ตรวจสอบได้ หากมีการบันทึกข้อมูลบางส่วนเพิ่มเติม (โดยลายมือ) ต้องมีการลงนามรับรองโดยแพทย์ตรงตำแหน่งที่มีการเพิ่มเติมแก้ไขจึงจะถือว่าเป็นข้อความที่สมบูรณ์	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมเท่านั้น ยังไม่ผ่านการพิจารณาแพร่ก่อนได้รับอนุมัติ

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
	ไม่มี	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 2.8 แพทย์อาจบันทึกชื่อโรค การผ่าตัด และหัตถการ ในบันทึกสรุปจำหน่าย สามารถบันทึกด้วยลายมือหรือด้วยการพิมพ์ก็ได้ แต่ต้องสามารถอ่านได้ชัดเจน และไม่ใช้อักษรย่อ	-	
	ไม่มี	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 2.9 ห้ามบันทึกชื่อโรค การผ่าตัด และหัตถการในบันทึกสรุปจำหน่ายด้วยรหัส ICD หรือบันทึกด้วยชื่อรหัส ICD ซึ่งไม่สามารถระบุชื่อโรค การผ่าตัด และหัตถการได้ และห้ามบันทึกด้วยตรายาง เพราะยากต่อการตรวจสอบว่าผู้ใดเป็นผู้ประทับตรายางนั้น	-	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
14	3. กรณีบันทึก clinical summary ต้องบันทึกการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้รักษาหรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา หรือผู้รับมอบอำนาจจากผู้อำนวยการ หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย จึงจะเชื่อถือได้และนำมาอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียน โดยข้อมูล clinical summary ต้องสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 3. **บันทึก clinical summary** (ถ้ามี) ต้องมีแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลงลายมือชื่อรับรอง พร้อมระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม จึงจะนำมาอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียน ทั้งนี้ ข้อมูล clinical summary ต้องสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน **(กรมบัญชีกลาง 2)** **3. บันทึก clinical summary** ไม่ใช้ได้ไหม เพราะ 3.1 มักจะไม่สอดคล้องกับบันทึกใน admission/ progress note แล้วทำให้มีข้อถกเถียงกับรพ. 3.2 บันทึกนี้ เป็นการสรุปการนอนรพ.ของแพทย์เพื่อใช้ในการติดตามผป.ต่อที่คลินิก ซึ่งเป็นเรื่องการทำงานของแพทย์ 3.3 ข้อมูล ใน adm note vs summary ไม่ได้ค้านกัน แต่ไม่มีใน progress note แล้วเอามาสรุปใน clinical summary **(ประกันสังคม 2)** 3. กรณีบันทึก clinical summary ต้องบันทึกการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้รักษาหรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย จึงจะเชื่อถือได้และนำมาอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียน โดยข้อมูล clinical summary ต้องสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน	3. **บันทึก clinical summary** (ถ้ามี) ต้องมีแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมลงนามรับรอง จึงจะนำมาอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียน ทั้งนี้ ข้อมูล clinical summary ต้องสอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุม ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
14	4. ตรวจสอบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย (admission note)	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 4. บันทึกแรกรับ (Admission note)	4. บันทึกแรกรับ (Admission note) ตรวจสอบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย (Admission note) ต้องมีประวัติ ตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค เพื่อเป็นหลักฐานประกอบในการตรวจสอบ ทั้งนี้ต้องบันทึกข้อมูลโดยแพทย์ผู้รักษา ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์ จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา จึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ข้อมูลดังกล่าว ไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมเท่านั้น

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
14	4.1 กรณีไม่พบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วยใน (admission note) หรือพบแต่ไม่มีการบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกายใด ๆ ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถเบิกจ่าย ค่ารักษาในครั้งนั้นได้	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 4.1 ข้อมูลสำคัญในบันทึกแรกรับประกอบด้วย 4.1.1 อาการสำคัญ (Chief complaint) 4.1.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness) รวมผลการตรวจและการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน ก่อนรับเป็นผู้ป่วยใน 4.1.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past illness) 4.1.4 ประวัติส่วนตัว (Personal history) 4.1.5 ประวัติครอบครัว (Family history) 4.1.6 ผลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี และการตรวจพิเศษอื่น เมื่อแรกรับ 4.1.7 การวินิจฉัยเบื้องต้น (Provisional diagnosis) 4.1.8 แผนการดูแลรักษา (Plan of management) **(กรมบัญชีกลาง 3)** 1.1 กรณีไม่พบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วยใน (admission note) หรือพบแต่ไม่มีการบันทึกการซักประวัติหรือตรวจร่างกายใด ๆ ให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการไม่สามารถเบิกจ่าย ค่ารักษาในครั้งนั้นได้	นำไปรวมในข้อ 4	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุม ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
		ภาคีเครือข่าย 4.1 กรณีไม่พบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกายของผู้ป่วยใน (admission note) แต่พบว่ามีการบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย ปรากฏในเวชระเบียนส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น เวชระเบียนผู้ป่วยนอก, Progress note, Nurse note, Clinical summary ที่สามารถสืบค้นและระบุสภาวะความเจ็บป่วยในครั้งนี้ได้ สามารถใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ โดยให้ถือว่าสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการนั้นยังคงสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้นได้		
14	4.2 กรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ ทำการบันทึกข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาในแบบบันทึกประวัติและตรวจร่างกายจึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 4.2 ข้อมูลในข้อ 4.1 ทั้งหมด ต้องบันทึกโดยแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยลงลายมือชื่อ หรือมระบุชื่อนามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างชัดเจน หากเป็นข้อมูลที่บันทึกโดยนักศึกษาแพทย์หรือนิสิตแพทย์ ต้องมีแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ลงลายมือชื่อรับรอง หรือมระบุชื่อนามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ผู้รับรอง ทั้งนี้ไม่อนุญาตให้	นำไปรวมในข้อ 4	

เอกสารเพื่อการประชุมเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
		ใช้ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพราะยากต่อการตรวจสอบว่าผู้ใดเป็นผู้รับรองที่แท้จริง **(กรมบัญชีกลาง 2)** 4.2 กรณีเป็นข้อมูลที่บันทึกโดยนักศึกษาแพทย์หรือนิสิตแพทย์ ให้ลงลายมือชื่อ พร้อมระบุสถานะของผู้บันทึก และต้องมีแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ลงลายมือชื่อรับรอง หรือระบุชื่อ นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ผู้รับรอง หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้ ทั้งนี้ไม่อนุญาตให้ใช้ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพราะยากต่อการตรวจสอบว่าผู้ใดเป็นผู้รับรองที่แท้จริง		
	ไม่มี	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 4.3 หากตรวจไม่พบบันทึกแรกรับของแพทย์ หรือพบแต่ไม่มีการบันทึกข้อมูลตามข้อ 4.1 หรือไม่พบการลงนามรับรองโดยแพทย์ตามข้อ 4.2 ไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในการรับไว้ครั้งนั้นได้	-	
	ไม่มี	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 4.4 บันทึกแรกรับของพยาบาลไม่สามารถใช้ทดแทนบันทึกแรกรับของแพทย์ได้	-	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุม ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
14	5. ตรวจสอบ progress note ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้รักษาหรือลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาจึงสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ ส่วนข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 5. **บันทึกความก้าวหน้า (Progress note)** 5.1 บันทึกความก้าวหน้ามีไว้เพื่อบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วย การวินิจฉัย ความเห็น และแผนการดูแลรักษาของแพทย์ ไม่ควรคัดลอกประวัติหรือผลการตรวจซ้ำๆ แพทย์ควรบันทึกในระบบ S-O-A-P ประกอบด้วย 5.1.1 **Subjective** หมายถึง อาการและอาการแสดงที่ปรากฏ 5.1.2 **Objective** หมายถึง ผลการตรวจต่างๆ 5.1.3 **Assessment** หมายถึง การวินิจฉัยหรือความเห็นของแพทย์ 5.1.4 **Plan** หมายถึง แผนการดูแลรักษาของแพทย์ 5.2 การวินิจฉัยในบันทึกความก้าวหน้าที่ใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงการสรุปจำหน่ายได้ ต้องบันทึกโดยแพทย์และพบการลงลายมือชื่อกำกับ ทั้งนี้ต้องพบหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย ได้แก่ อาการ อาการแสดง หรือผลการตรวจต่างๆ จึงจะนำมาสรุปจำหน่ายได้ 5.3 การวินิจฉัยที่บันทึกโดยบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ นิสิตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ไม่อาจนำมาสรุปจำหน่ายได้ นอกจากมีแพทย์ลงลายมือชื่อกำกับ	5. **บันทึกความก้าวหน้า (Progress note)** 5.1 บันทึกความก้าวหน้ามีไว้เพื่อบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วย การวินิจฉัย ความเห็น และแผนการดูแลรักษาของแพทย์ ไม่ควรคัดลอกประวัติหรือผลการตรวจซ้ำๆ แพทย์ควรบันทึกในระบบ S-O-A-P ประกอบด้วย 5.1.1 **Subjective** หมายถึง อาการและอาการแสดงที่ปรากฏ 5.1.2 **Objective** หมายถึง ผลการตรวจต่างๆ 5.1.3 **Assessment** หมายถึง การวินิจฉัยหรือความเห็นของแพทย์ 5.1.4 **Plan** หมายถึง แผนการดูแลรักษาของแพทย์ 5.2 การวินิจฉัยในบันทึกความก้าวหน้าที่ใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงการสรุปจำหน่ายได้ ต้องบันทึกโดยแพทย์และพบการลงนามกำกับ จึงจะนำมาสรุปจำหน่ายได้ 5.3 การวินิจฉัยที่บันทึกโดยบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ นิสิตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ไม่อาจนำมาสรุปจำหน่ายได้ นอกจากมีแพทย์ลงลายมือชื่อกำกับ	

เอกสารเพื่อ

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
		<u>ภาคีเครือข่าย</u> กรณีการตรวจสอบ Progress note ในการวินิจฉัยโรคสามารถใช้ข้อมูลแวดล้อมจากผลทางปฏิบัติการ, ผลตรวจทางรังสี หรือข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์ เป็นหลักฐานอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ ทั้งนี้ต้องมีการรักษาหรือการติดตามสภาวะของโรคนั้นๆ โดยแพทย์ต้องมีการบันทึกการเปลี่ยนแปลงหรือผลการตรวจใน progress note โดยไม่จำเป็นต้องบันทึกเป็นคำวินิจฉัย และแพทย์เจ้าของไข้สามารถนำคำวินิจฉัยไปบันทึกใน discharge summary ได้ **ยกตัวอย่าง** 1) ผู้ป่วยมีผลเลือด K=3.0 มีการรักษาโดยการให้ Ped KCL กิน และแพทย์บันทึกผล K 3.0 ใน progress note และมีการ FU ผล K แต่แพทย์ไม่ได้ระบุว่า Hypokalemia ใน progress note กรณีแบบนี้ หน่วยบริการสามารถบันทึก Hypokalemia ใน discharge summary ได้ และแพทย์		

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
		Auditor สามารถให้คำวินิจฉัย Hypokalemia เพิ่มได้กรณีหน่วยบริการไม่บันทึกมา 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะ Acute Respiratory Failure ครบตามเกณฑ์วินิจฉัย และมีการ on respirator จริง แต่แพทย์ไม่ได้บันทึกคำว่า “Acute Respiratory Failure” ในเวชระเบียนส่วนใดส่วนหนึ่ง แต่แพทย์ auditor สืบค้นว่ามีสภาวะนี้จริง แพทย์เจ้าของไข้ก็สามารถบันทึก Acute Respiratory Failure ใน Discharge summary ได้		
14	6. ตรวจสอบข้อมูลใน doctor’s order ใช้คำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์เท่านั้น ในกรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งที่สั่งการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 6. **คำสั่งการรักษา (Doctor’s order)** 6.1 คำสั่งการรักษาของแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม และมีการลงลายมือชื่อกำกับเท่านั้นที่เป็นหลักฐานอ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้ กรณีที่บันทึกคำสั่งโดยนักศึกษาแพทย์หรือนิสิตแพทย์ หรือโดยพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีแพทย์ผู้รักษาลงลายมือชื่อกำกับทุกครั้ง คำสั่งการรักษาที่ไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์รับรองไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้	6. **คำสั่งการรักษา (Doctor’s order)** 6.1 คำสั่งการรักษาของแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม และมีการลงลายมือชื่อกำกับเท่านั้นที่เป็นหลักฐานอ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้ กรณีที่บันทึกคำสั่งโดยนักศึกษาแพทย์หรือนิสิตแพทย์ หรือโดยพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีแพทย์ผู้รักษาลงลายมือชื่อกำกับทุกครั้ง คำสั่งการรักษาที่ไม่มีการลงลายมือชื่อแพทย์รับรองไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบเวชระเบียนได้	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
		6.2 แพทย์ต้องระบุในคำสั่งการใช้ยารักษาโรคให้ชัดเจนว่ายาชื่ออะไร ขนาดเท่าใด บริหารวิธีใด วันละกี่ครั้ง โรคที่สั่งการรักษาว่า “ยาเดิม” ถือว่าไม่มีการรักษาโรคนั้น และนำโรคนั้นมาสรุปจำหน่ายไม่ได้ 6.3 การสั่งยากลับบ้าน (Home medication) ให้สั่งได้เฉพาะยาที่ใช้ในการดูแลรักษาโรคที่สรุปจำหน่ายในการรับไว้ครั้งนั้น	6.2 แพทย์ต้องระบุในคำสั่งการใช้ยารักษาโรคให้ชัดเจนว่ายาชื่ออะไร ขนาดเท่าใด บริหารวิธีใด วันละกี่ครั้ง โรคที่สั่งการรักษาว่า “ยาเดิม” ถือว่าไม่มีการรักษาโรคนั้น และนำโรคนั้นมาสรุปจำหน่ายไม่ได้ 6.3 ในกรณีที่แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยรับประทานยาเดิมที่นำมาจากบ้าน หน่วยบริการสามารถใช้ข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านก่อนเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (medication reconcile) ที่มีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษามาเป็นหลักฐานอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ 6.4 การสั่งยากลับบ้าน (Home medication) ให้สั่งได้เฉพาะยาที่ใช้ในการดูแลรักษาโรคที่สรุปจำหน่ายในการรับไว้ครั้งนั้น	
14	7. ตรวจสอบในกรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัดหัตถการ 7.1 กรณีที่เป็น major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (operative note) ที่มีบันทึกในส่วน description ที่	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 7. **บันทึกการทำผ่าตัด และ/หรือ หัตถการ** 7.1 คำจำกัดความของ “**การผ่าตัด**” และ “**หัตถการ**” อ้างอิงตามหนังสือ Standard Coding Guidelines 2017	7. **บันทึกการทำผ่าตัด และ/หรือ หัตถการ** 7.1 คำจำกัดความของ “**การผ่าตัด**” และ “**หัตถการ**” อ้างอิงตามหนังสือ Standard Coding Guidelines 2017	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมเท่านั้น ไม่ใช่เอกสารที่ได้รับอนุมัติ

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
	อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ (operative procedure) และต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ หากมีบันทึกเพียงชื่อโรคและชื่อหัตถการในเอกสาร หรือไม่พบการลงนามของแพทย์ ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้น ๆ	**(ประกันสังคม 1)** 7.1 กรณีที่เป็น major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (operative note) ที่มีบันทึกในส่วน description ที่อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ (operative procedure) เช่น การเขียน Appendectomy was done ถือว่าไม่มีรายละเอียด Finding และ operative procedure และต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ ที่สามารถระบุได้ (มิได้มีเพียงแต่ลายเซ็น) **(กรมบัญชีกลาง 1)** 7.2 เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัด ต้องตรวจพบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ที่บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน ได้แก่ วันที่และเวลาที่ทำผ่าตัด การวินิจฉัยก่อนและหลังผ่าตัด สิ่งตรวจพบจากการผ่าตัด และขั้นตอนการทำผ่าตัด ทั้งนี้**ต้องมีการลงลายมือชื่อของแพทย์ผู้ทำผ่าตัด** ซึ่งสามารถระบุตัวแพทย์ได้ หากมีบันทึกไม่ครบถ้วนไม่สามารถใช้เป็นหลักฐานว่ามีการผ่าตัดได้ **(กรมบัญชีกลาง 2)** 7.2 เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัด ต้องตรวจพบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ที่บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน ได้แก่ วันที่และเวลาที่ทำผ่าตัด การวินิจฉัยก่อนและหลังผ่าตัด สิ่งตรวจพบจากการผ่าตัดขั้นตอนการทำผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด รวมถึง estimate	7.2 กรณีที่เป็น major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (operative note) ที่มีบันทึกในส่วน description ที่อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ (operative procedure) ต้องมีการลงนามรับรองของแพทย์ผู้ทำหัตถการ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ใด หากมีบันทึกเพียงชื่อโรคและชื่อหัตถการในเอกสาร หรือไม่พบการลงนามของแพทย์ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้น ๆ	

เอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาเท่านั้น ไม่ก่อให้เกิดภาระผูกพัน

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
		blood loss ทั้งนี้**ต้องมีการลงลายมือชื่อของแพทย์ผู้ทำผ่าตัด** ซึ่งสามารถระบุตัวแพทย์ได้ หากมีบันทึกไม่ครบถ้วนไม่สามารถใช้เป็นหลักฐานว่ามีการผ่าตัดได้		
14	7.2 กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกการทำหัตถการ ที่ระบุข้อมูลรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการและหรือสิ่งที่ตรวจพบ หรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ	**(กรมบัญชีกลาง 3)** 7.2 กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกการทำหัตถการ ที่ระบุข้อมูลรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการและหรือสิ่งที่ตรวจพบ หรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ	7.3 กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกการทำหัตถการ ที่ระบุข้อมูลรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการและหรือสิ่งที่ตรวจพบ หรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น หากไม่พบการลงนามของแพทย์ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้น ๆ	
14	7.3 กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใช้บันทึกขั้นตอนการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลบางส่วนด้วยลายมือเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์ ถ้าไม่พบการลงนามของแพทย์ให้ถือว่าไม่มีบริการ	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 7.3 กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใช้บันทึกการผ่าตัด (Operative note) ที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป **ต้องมีการลงลายมือชื่อของแพทย์ผู้ทำผ่าตัด** ซึ่งสามารถระบุตัวแพทย์ได้ หากไม่พบไม่สามารถใช้เป็นหลักฐานว่ามีการผ่าตัดได้	7.4 กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใช้บันทึกขั้นตอนการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูปโดยบันทึกข้อมูลบางส่วนด้วยลายมือเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์ หากไม่พบการลงนามของแพทย์ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้น ๆ	

เอกสารเพื่อประชุมเท่านั้น ยังไม่ผ่านการรับรองจากที่ประชุมและยังไม่ได้รับอนุมัติ

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
	ไม่มี	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 7.4 เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการต้องตรวจพบบันทึกการทำหัตถการ ที่ระบุข้อมูลและรายละเอียดสำคัญของการทำหัตถการ และ/หรือ สิ่งตรวจพบ หรือบันทึกผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น หากไม่พบไม่สามารถใช้เป็นหลักฐานว่ามีการทำหัตถการได้	-	
15	8. ตรวจสอบ anesthetic record ถ้ามีการให้บริการทางวิสัญญีเพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัด ระหว่างและหลังการผ่าตัด ให้ระบุรายละเอียดภาวะแทรกซ้อนและการดูแลรักษาเพิ่มเติม	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 8. บันทึกวิสัญญี (Anesthetic record) ตรวจหลักฐานการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด **(กรมบัญชีกลาง 2)** 8. **บันทึกวิสัญญี (Anesthetic record)** ตรวจหลักฐานการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึง estimate blood loss	8. บันทึกวิสัญญี (Anesthetic record) ตรวจสอบหลักฐานการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึง estimate blood loss	

เอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
15	9. ตรวจสอบแบบบันทึกสัญญาณชีพ (graphic sheet) ได้แก่ body temperatures, blood pressure, pulse rate, respiratory rate และยังสามารถใช้บันทึกจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล leave day การสิ้นสุดการรักษา น้ำหนักผู้ป่วย fluid intake / output ในรูปแบบต่าง ๆ ของการพยาบาล	**(กรมบัญชีกลาง 1)** **9. บันทึกสัญญาณชีพ (Graphic sheet)** ตรวจการบันทึกอุณหภูมิกาย (Body temperature), ความดันโลหิต (Blood pressure), อัตราชีพจร (Pulse rate) และอัตราหายใจ (Respiratory rate) รวมทั้งจำนวนวันที่รับการรักษาในสถานพยาบาล จำนวนวันลากลับบ้าน น้ำหนักตัว Intake/Output และบันทึกอื่น	**9. บันทึกสัญญาณชีพ (Graphic sheet)** ตรวจสอบการบันทึกอุณหภูมิกาย (Body temperature), ความดันโลหิต (Blood pressure), อัตราชีพจร (Pulse rate) และอัตราหายใจ (Respiratory rate) รวมทั้งจำนวนวันที่รับการรักษาในสถานพยาบาล จำนวนวันลากลับบ้าน น้ำหนักตัว Intake/Output และบันทึกอื่น	
15	10. ตรวจสอบรายละเอียดของ nurses' note ต้องตรวจสอบแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ใบบันทึกการให้ยาของพยาบาล บันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์หรือไม่ การประเมินสภาพผู้ป่วยระหว่างที่นอนในโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เวลาการ on ventilator กรณีที่ต้องตรวจสอบการให้ยา / สารเลือด เช่น ยา streptokinase, chemotherapy, blood transfusion เป็นต้น ว่ามีการให้ยา / สารเลือด กับผู้ป่วยจริงหรือไม่ ต้องตรวจสอบจากใบบันทึกการให้ยา (medication sheet) หลักฐานว่ามีการให้ยา / สารเลือด และพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ	**(กรมบัญชีกลาง 1)** **10. บันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note)** รวมบันทึกการให้ยา (Medication sheet) ตรวจสอบการให้ยา การให้เคมีบำบัด การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย การส่งตรวจพิเศษ แผนการจำหน่ายผู้ป่วยและวันเวลาที่จำหน่าย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล และการใช้เครื่องช่วยหายใจ	**10. บันทึกทางการพยาบาล (Nurses' note)** รวมบันทึกการให้ยา (Medication sheet) ตรวจสอบการให้ยา การให้เคมีบำบัด การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย การส่งตรวจพิเศษ แผนการจำหน่ายผู้ป่วยและวันเวลาที่จำหน่าย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล และการใช้เครื่องช่วยหายใจ	

เอกสารเพื่อการพิจารณาเท่านั้น ไม่สามารถนำไปใช้ในการอ้างอิงได้

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
15	11. การนับวันนอนและเวลาจำหน่ายของผู้ป่วยใน กรณีตรวจสอบเอกสารว่าเป็นการรับผู้ป่วยวันและเวลาใด อนุโลมให้นับตั้งแต่เข้ารักษาในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ส่วนวันเวลาที่จำหน่ายให้นับเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยที่อยู่ใน nurses' note และข้อมูลต้องสอดคล้องกับฟอร์มปรอท กรณีไม่พบข้อมูลที่ปรากฏใน nurses' note จึงจะใช้ข้อมูลจากฟอร์มปรอทโดยจะดูเวลาที่บันทึกเป็นครั้งสุดท้ายในฟอร์มปรอท ส่วน leave day เริ่มนับ 1 วัน เมื่อผู้ป่วยลากลับบ้านในแต่ละครั้งนานติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป (ให้ใช้หลักฐานการนับตามคู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)	**(กรมบัญชีกลาง 1)** **11. การนับจำนวนวันนอนและวันลากลับบ้าน** **1. วันและเวลาที่รับผู้ป่วย** อนุโลมให้นับตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการนั้น แม้จะยังมิได้เข้าพักในหอผู้ป่วย **2. วันและเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย** ให้ใช้ตามบันทึกใน Nurses' note กรณีที่ไม่พบข้อมูลนี้ใน Nurses' note ให้ใช้ข้อมูลวันและเวลาที่จำหน่ายในแบบบันทึกสรุปจำหน่าย **3. จำนวนวันลากลับบ้าน (Leave day)** การลากลับบ้านแต่ละครั้ง นับเป็นวันลา 1 วัน การลากลับบ้านมากกว่า 1 ครั้งในวันเดียวกันถือว่าเป็นวันลาเดียวกัน แต่ถ้าวันต่อไปยังไม่กลับมาสถานพยาบาลให้ถือว่าวันต่อไปเป็นวันลากลับบ้านด้วย **(Auditor สปสช.)** 11. การนับวันนอนและเวลาจำหน่ายของผู้ป่วยในเวลารับป่วยนับตั้งแต่เข้ารักษาในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการหรือเวลาที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน ส่วนวันเวลาที่จำหน่ายให้นับเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย	**11. การนับจำนวนวันนอนและวันลากลับบ้าน** **11.1 วันและเวลาที่รับผู้ป่วย** ให้นับตั้งแต่แพทย์มีคำสั่งให้รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการนั้น หรือเวลาที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการได้ออกหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยใน (Admission number) แม้จะยังมิได้เข้าพักในหอผู้ป่วย **11.2 วันและเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย** ให้ใช้ตามบันทึกใน Nurses' note กรณีที่ไม่พบข้อมูลนี้ใน Nurses' note ให้ใช้ข้อมูลวันและเวลาที่จำหน่ายในแบบบันทึกสรุปจำหน่าย **11.3 จำนวนวันลากลับบ้าน (Leave day)** เริ่มนับ 1 วัน เมื่อผู้ป่วยลากลับบ้านในแต่ละครั้งนานติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป (ให้ใช้หลักฐานการนับตามคู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)	

เอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ประโยชน์อย่างอื่น

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
		ออกจากหอผู้ป่วย ยกเว้นกรณีเสียชีวิตให้ใช้เวลาที่เสียชีวิต โดยใช้ข้อมูลที่อยู่ใน nurses' note และข้อมูลต้องสอดคล้องกับฟอร์มปรอท กรณีไม่พบข้อมูลที่ปรากฏใน nurses' note จึงจะใช้ข้อมูลจากฟอร์มปรอทโดยจะดูเวลาที่บันทึกเป็นครั้งสุดท้ายในฟอร์มปรอท ส่วน leave day เริ่มนับ 1 วัน เมื่อผู้ป่วยลากลับบ้านในแต่ละครั้งนานติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป (ให้ใช้หลักฐานการนับตามคู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)		
15	12. ผู้ตรวจสอบจะตรวจสอบรายละเอียดเอกสารรายงานผลการตรวจเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทาง พยาธิวิทยา เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ.2 ประกอบการตรวจสอบด้วยทุกครั้ง ซึ่งเป็นการบันทึกโดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษา หรือสถานพยาบาล	**(กรมบัญชีกลาง 1)** **ข้อพิจารณาอื่นๆ ในการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน (ตัดข้อ 12-21 ออก)** 1. หลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัว (Underlying disease) เช่น โรคความจำเสื่อม มะเร็ง เบาหวาน ต่อมลูกหมากโต ประกอบด้วยประวัติความเป็นมาของโรคนั้นในบันทึกแรกรับ ร่วมกับหลักฐานสนับสนุนว่าโรคนั้นยังเป็นปัญหาและได้รับการดูแลรักษาในระหว่างการรับไว้ครั้งนั้น ได้แก่ มีการประเมินสถานะภาพของโรค ความรุนแรงของโรค ระยะของโรค	**12. ข้อพิจารณาอื่นๆ ในการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน** **12.1 หลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัว (Underlying disease)** เช่น โรคความจำเสื่อม มะเร็ง เบาหวาน ต่อมลูกหมากโต ประกอบด้วยประวัติความเป็นมาของโรคนั้นในบันทึกแรกรับ ร่วมกับหลักฐานสนับสนุนว่าโรคนั้นยังเป็นปัญหาและได้รับการดูแลรักษาในระหว่างการรับไว้ครั้งนั้น ควรมีการประเมินสถานะภาพของโรค ความรุนแรงของโรค ระยะของโรค การตอบสนองต่อการรักษาที่	

ใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
	หรือหน่วยบริการอื่น ๆ ที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกไว้โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ส่งมารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการแห่งนั้น เป็นต้น การบันทึกเพียงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ โดย ไม่พบคำวินิจฉัยโรค จะถือว่าเป็นเพียงการบันทึกค่าผลตรวจ โดยไม่มีการแปลผลและวินิจฉัยโรค กรณีผู้ป่วยที่ยังอยู่ในระยะ active cancer treatment เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาโรคมะเร็งด้วย chemotherapy หรือ immunotherapy หรือรังสีรักษา หรือ supportive treatment ต้องพบผลการตรวจทางพยาธิวิทยาที่เป็น official report หรือบันทึกที่แพทย์ผู้รักษาคัดลอกรายงานผลการตรวจที่เป็นการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาในการวินิจฉัยมะเร็งนั้น ๆ และต้องปรากฏหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ส่วนกรณีที่เป็นการ admit ภาวะแทรกซ้อนหรือ palliative care ให้ใช้	การตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับ และแผนการรักษาต่อเนื่อง ในกรณีที่ไม่พบการประเมินว่าโรคยังเป็นปัญหาในการรับไว้ครั้งนั้น จะไม่สามารถนำมาสรุปเป็นโรคร่วมได้ หากตรวจพบเพียงประวัติเคยเป็นโรค แต่ไม่พบหลักฐานสนับสนุนว่าโรคนั้นยังเป็นปัญหาและได้รับการดูแลรักษาในระหว่างการรับไว้ครั้งนั้น ถือว่าเป็นเพียงโรคในอดีต (Past illness) ไม่ใช่โรคประจำตัว (Underlying disease) นำมาสรุปจำหน่ายเป็นโรคร่วมไม่ได้ 3. การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรักษาโรคมะเร็งหรือรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง แพทย์ต้องบันทึกรายละเอียดอย่างชัดเจนว่าเป็นมะเร็งชนิดใด ที่ตำแหน่งใด รวมทั้งประวัติการรักษาที่เคยได้รับ โดยตรวจพบหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัย เช่น ผลตรวจทางพยาธิวิทยา ผลตรวจทางรังสี หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของมะเร็งชนิดนั้นๆ 4. ข้อความใดที่ผู้ตรวจสอบอย่างน้อย 2 คน ไม่สามารถอ่านลายมือของแพทย์ออก หรือไม่สามารถแปลความหมายของอักษร	ได้รับ และแผนการรักษาต่อเนื่อง โดยต้องบันทึกเป็น problem list หรือ provision diagnosis ใน admission note, progress note, operative note, clinical summary เป็นต้น ในกรณีที่ไม่พบการประเมินว่าโรคยังเป็นปัญหาในการรับไว้ครั้งนั้น จะไม่สามารถนำมาสรุปเป็นโรคร่วมได้ หากตรวจพบเพียงประวัติเคยเป็นโรค แต่ไม่พบหลักฐานสนับสนุนว่าโรคนั้นยังเป็นปัญหาและได้รับการดูแลรักษาในระหว่างการรับไว้ครั้งนั้น ถือว่าเป็นเพียงโรคในอดีต (Past illness) ไม่ใช่โรคประจำตัว (Underlying disease) นำมาสรุปจำหน่ายเป็นโรคร่วมไม่ได้ **12.2 ผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ** ที่บันทึกไว้โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ส่งมารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการแห่งนั้น เป็นต้น การบันทึกเพียงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ โดย ไม่พบคำวินิจฉัยโรค จะถือว่าเป็นเพียงการบันทึกค่าผลตรวจ โดยไม่มีการแปลผลและวินิจฉัยโรค **12.3 การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรักษาโรคมะเร็ง** หรือรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิด	

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
	บันทึกข้อมูลของแพทย์ผู้รักษาที่บอกรายละเอียดชนิด / ตำแหน่ง / การรักษา / ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา และสามารถสืบค้นประวัติการรักษาได้	ย่อที่แพทย์บันทึกได้ ถือว่าตรวจไม่พบข้อความนั้น 5. สัญลักษณ์ เครื่องหมาย หรือรหัสลับที่รับรู้เฉพาะในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ ไม่สามารถใช้อ้างอิงการสรุปโรค การผ่าตัด หรือหัตถการได้ 6. การรับเป็นผู้ป่วยในต้องมีความจำเป็นและเหตุผลทางการแพทย์ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานของโรคที่รับไว้รักษา การแบ่งย่อยการรับเป็นผู้ป่วยใน (Split admission) โดยเจตนา เพื่อหวังผลในการตั้งเบิกหลายครั้ง เป็นสิ่งที่ไม่พึงกระทำอย่างยิ่ง หากตรวจพบกองทุนจะปฏิเสธการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล 7. เอกสารเวชระเบียนและเอกสารการเงินที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจัดเตรียมหรือส่งให้กองทุนตรวจสอบ ณ วันตรวจสอบ ถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์แล้ว ไม่สามารถส่งเพิ่มเติมได้ ยกเว้นเอกสารที่ออกรายงานหลังวันที่ตรวจสอบ 8. กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ มีการบันทึกหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และต้องพิมพ์เอกสารเวชระเบียนเพื่อส่งมาให้ตรวจสอบ	จากการรักษาโรคมะเร็ง หรือ palliative care แพทย์ต้องบันทึกรายละเอียดว่าเป็นมะเร็งชนิดใด ระยะ และรอยโรคที่ตำแหน่งใด สถานะภาพของโรคในขณะนั้น ประวัติการรักษาที่เคยได้รับ และหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรค เช่น ผลตรวจทางพยาธิวิทยา บันทึกที่แพทย์ผู้รักษาคัดลอกรายงานผลการตรวจที่เป็นการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาในการวินิจฉัยมะเร็งนั้น ๆ ผลตรวจทางรังสี หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของมะเร็งชนิดนั้นๆ เป็นต้น ทั้งนี้การบันทึกเพียง underlying CA อย่างเดียว หรือไม่พบรอยโรคแล้วนั้น ไม่สามารถระบุว่าผู้ป่วย รายนั้นเป็นมะเร็ง ให้ได้เพียง history CA กลุ่ม รหัส Z หรือ neoplasm กลุ่มรหัส D เท่านั้น	

เอกสารเพื่อ

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
		สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการสามารถใช้หนังสือนำส่งเวชระเบียนแทนการรับรองเอกสารนั้น หากไม่มีหนังสือนำส่งเอกสารให้ลงนามรับรองเอกสารทุกแผ่น โดยผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจการจัดการเวชระเบียนของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการนั้น **(กรมบัญชีกลาง 2)** 12.**ข้อพิจารณาอื่นๆ ในการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน** 12.1 หลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัว (Underlying disease) เช่น โรคความจำเสื่อม มะเร็ง เบาหวาน ต่อมลูกหมากโต ประกอบด้วยประวัติความเป็นมาของโรคนั้นในบันทึกแรกรับ ร่วมกับหลักฐานสนับสนุนว่าโรคนั้นยังเป็นปัญหาและได้รับการดูแลรักษาในระหว่างการรับไว้ครั้งนั้น ได้แก่ มีการประเมินสถานะภาพของโรค ความรุนแรงของโรค ระยะของโรค การตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับ และแผนการรักษาต่อเนื่อง ในกรณีที่ไม่พบการประเมินว่าโรคยังเป็นปัญหาในการรับไว้ครั้งนั้น จะไม่สามารถนำมาสรุปเป็นโรคร่วมได้ หากตรวจพบเพียงประวัติเคยเป็นโรค แต่ไม่พบหลักฐาน		

เอกสารเพื่อ... ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุ...

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
		สนับสนุนว่าโรคนั้นยังเป็นปัญหาและได้รับการดูแลรักษาในระหว่างการรับไว้ครั้งนั้น ถือว่าเป็นเพียงโรคในอดีต (Past illness) ไม่ใช่โรคประจำตัว (Underlying disease) นำมาสรุปจำหน่ายเป็นโรคร่วมไม่ได้ 12.2 ผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกไว้โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ส่งมารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการแห่งนั้น เป็นต้น การบันทึกเพียงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ โดยไม่พบคำวินิจฉัยโรค จะถือว่าเป็นเพียงการบันทึกค่าผลตรวจ โดยไม่มีการแปลผลและวินิจฉัยโรค 12.3 การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรักษาโรคมะเร็งหรือรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง หรือ palliative care แพทย์ต้องบันทึกประวัติการรักษาที่เคยได้รับ และหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรค เช่น ผลตรวจทางพยาธิวิทยา ผลตรวจทางรังสี หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของมะเร็งชนิดนั้นๆ รายละเอียดว่าเป็นมะเร็งชนิดใด ระยะ และรอยโรคที่ตำแหน่งใด สถานะภาพของโรคในขณะนั้น เป้าหมายของการรักษาในการนอน รพ.ครั้งนั้น		

เอกสารเพื่อการรับรองมาตรฐานเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
		(ประกันสังคม 1) กรณีผู้ป่วยที่ยังอยู่ในระยะ active cancer treatment เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาโรคมะเร็งด้วย chemotherapy หรือ immunotherapy หรือรังสีรักษา หรือ supportive treatment ต้องพบผลการตรวจทางพยาธิวิทยาที่เป็น official report หรือบันทึกที่แพทย์ผู้รักษาคัดลอกรายงานผลการตรวจที่เป็นการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาในการวินิจฉัยมะเร็งนั้น ๆ โดยระบุอวัยวะที่เป็น active cancer ชนิดของ Cell type ที่ผิดปกติ การแพร่กระจายไปอวัยวะต่างๆ อย่างชัดเจน สามารถสืบค้นประวัติการรักษาได้ และต้องปรากฏหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา โดยเฉพาะใบรังสีรักษาให้แนบเอกสารประกอบการตรวจสอบด้วย **ภาคีเครือข่าย** 12. ผู้ตรวจสอบจะตรวจสอบรายละเอียดเอกสารรายงานผลการตรวจเพิ่มเติมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทาง พยาธิวิทยา เอกสารการ		

เอกสารเพื่อประกอบการประชุม ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
		ให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ.2 ประกอบการตรวจสอบด้วยทุกครั้ง ซึ่งเป็นการบันทึกโดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ทำการรักษา หรือสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น ๆ ที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกไว้โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ส่งมารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการแห่งนั้น เป็นต้น ให้ถือเป็นหลักฐานอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้ โดยแพทย์เจ้าของไข้และแพทย์ auditor สามารถให้คำวินิจฉัยโรคนั้นๆได้ แม้ว่าจะไม่พบคำวินิจฉัยนั้นในเวชระเบียน ทั้งนี้ต้องมีการบันทึกการเปลี่ยนแปลง หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการใน progress note สำหรับกรณีส่งตัวต่อมารับยาเคมีบำบัดอีกหน่วยบริการ ข้อมูลในส่งตัวที่ระบุภาวะมะเร็งของผู้ป่วย โดยไม่มี official report และพบหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดจริง สามารถให้รหัส C ได้		

เอกสารเพื่อประชุมเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
16	**หมายเหตุ** กรณีผู้ตรวจสอบพบบันทึกเพียง underlying CA อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วย รายนั้นเป็นมะเร็ง ให้ได้เพียง history CA กลุ่ม รหัส Z หรือ neoplasm กลุ่มรหัส D เท่านั้น	**(กรมบัญชีกลาง 2)** การบันทึกเพียง underlying CA อย่างเดียว หรือไม่พบรอยโรคแล้วนั้น ไม่สามารถระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็ง ให้ได้เพียง history CA กลุ่ม รหัส Z หรือ neoplasm กลุ่มรหัส D เท่านั้น **(Auditor สปสช.)** **หมายเหตุ** กรณีผู้ตรวจสอบพบบันทึกเพียง underlying CA อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วย รายนั้นเป็นมะเร็ง ให้ได้เพียง history CA กลุ่ม รหัส Z85.- หรือ Z86.0	นำไปรวมกับข้อ 12.3	
16	13. ตรวจสอบการสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า “ยาเดิม” และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวเนื่องกับโรคดังกล่าว ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้นมีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน doctor’s order จึงจะถือว่ามีการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น กรณีที่หน่วยบริการใช้ข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านก่อนเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (medication reconcile) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา จึงสามารถนำมาอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้	**(กรมบัญชีกลาง 3)** 13. ตรวจสอบการสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า “ยาเดิม” และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวเนื่องกับโรคดังกล่าว รวมถึงบันทึกวินิจฉัยเป็น underlying disease ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้นมีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน doctor’s order จึงจะถือว่ามีการรักษาโรคดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น กรณีที่หน่วยบริการใช้ข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านก่อนเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (medication reconcile) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ผู้รักษา จึงสามารถนำมาอ้างอิงในการตรวจสอบเวชระเบียนได้	นำไปรวมกับข้อ 6	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุม ไม่สามารถเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
16	การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา การตรวจพิเศษเพิ่มเติม ถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้ กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home med) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าโรคที่มีการดูแลรักษาในการ admit ครั้งนั้น	**(ประกันสังคม 1)** การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา การตรวจพิเศษเพิ่มเติม ถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้ โดยต้องระบุได้ว่าเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น จากการตอบใบ Consultation record หรือ Operative Record โดยไม่ต้องให้ Auditor สืบค้นเอง	นำไปรวมกับข้อ 12.4 นำไปรวมกับข้อ 6	
16	14. กรณีที่มีการส่งปรึกษา (consult) ต้องพบใบส่งปรึกษาและผลการให้คำปรึกษาหรืออาจบันทึกการปรึกษาและผลการให้คำปรึกษาใน progress note ของแพทย์ก็ได้ หากไม่พบอย่างใดอย่างหนึ่งจะถือว่าไม่มีการส่งปรึกษา	**(Auditor สปสช.)** กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home medication) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าเป็นโรคที่มีการดูแลรักษาในการ admit ครั้งนั้น	**12.4 กรณีที่มีการส่งปรึกษา (consult)** ต้องพบใบส่งปรึกษาและผลการให้คำปรึกษา หรืออาจบันทึกการปรึกษาและผลการให้คำปรึกษาใน progress note ของแพทย์ก็ได้ หากไม่พบอย่างใดอย่างหนึ่งจะถือว่าไม่มีการส่งปรึกษา การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา การตรวจพิเศษเพิ่มเติม ถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
16	15. แพทย์จำเป็นต้องสรุปโรคและหัตถการเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น และไม่ควรใช้คำย่อที่ไม่สากล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร การสรุปโรคและหัตถการรวมทั้งการบันทึกเวชระเบียนในส่วนต่าง ๆ ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือตัวย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้โดยผู้ตรวจสอบ 2 คน จะไม่นำข้อความนั้นมาประเมิน ถือว่าไม่มีบริการนั้นเกิดขึ้น กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่รับรู้เฉพาะในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใดแห่งหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือหัตถการได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น	**(ประกันสังคม 2)** (เสนอเป็นข้อใหม่) ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือตัวย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้โดยผู้ตรวจสอบ 2 คน จะไม่นำข้อความนั้นมาประเมิน ถือว่าไม่มีบริการนั้นเกิดขึ้น กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่รับรู้เฉพาะในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใดแห่งหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือหัตถการได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น	**12.5 การวินิจฉัยโรคและหัตถการ** รวมทั้งการบันทึกเวชระเบียนในส่วนต่าง ๆ ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือตัวย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้โดยผู้ตรวจสอบ 2 คน จะไม่นำข้อความนั้นมาประเมิน ถือว่าไม่มีบริการนั้นเกิดขึ้น กรณีสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่รับรู้เฉพาะในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการใดแห่งหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือหัตถการได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมเท่านั้น ไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงในทางกฎหมายได้

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
16	16. กรณีโรคเดิม underlying disease ควรมีสถานะภาพของโรคในขณะนั้น มีระบุความรุนแรงของโรค ระยะของโรค ยังตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับอยู่หรือไม่ มีแผนการรักษาต่อเนื่องอย่างไร เช่น ความจำเสื่อม โรคมะเร็ง เบาหวาน เป็นต้น ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้แพทย์ผู้รักษาต้องให้คำวินิจฉัยว่าเป็นปัญหาร่วมที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยต้องบันทึกเป็น problem list หรือ provision diagnosis ใน admission note, progress note, operative note, clinical summary เป็นต้น ในกรณีที่ไม่พบบันทึกการประเมินว่ายังเป็นปัญหาในการรักษาในครั้งนี้ จะไม่สามารถนำมาสรุปเป็นโรคร่วมได้ ถึงแม้จะพบว่ามีการตรวจอื่นที่เกี่ยวข้องหรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยใด ๆ ต้องมีหลักฐานที่สนับสนุนประกอบการวินิจฉัยนั้น ๆ ด้วย	**ภาคีเครือข่าย** 16. กรณีโรคเดิม underlying disease ควรมีสถานะภาพของโรคในขณะนั้น มีระบุความรุนแรงของโรค ระยะของโรค ยังตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับอยู่หรือไม่ มีแผนการรักษาต่อเนื่องอย่างไร เช่น ความจำเสื่อม โรคมะเร็ง เบาหวาน เป็นต้น ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้แพทย์ผู้รักษาต้องให้คำวินิจฉัยว่าเป็นปัญหาร่วมที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยคำวินิจฉัยของ underlying disease สามารถบันทึกได้ทั้งใน admission note (ส่วนที่เป็น underlying disease), problem list, provisional diagnosis, progress note, operative note, clinical summary และนำมาใช้ในการสรุปเป็นโรคร่วมได้	นำไปรวมกับข้อ 12.1	

เอกสารเพื่อประกอบการพิจารณา ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
16	17. การเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ต้องมีความจำเป็นและเหตุผลทางการแพทย์ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องมีการดูแลและให้การรักษาจนสิ้นสุดการรักษาที่เป็นมาตรฐานในโรคที่เข้ามารักษา เช่น การรับผู้ป่วยเพื่อให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาที่มีจำนวนวันนอนไม่เกิน 1 – 2 วัน โดยมีเจตนาที่จะแบ่งย่อยการรับผู้ป่วยเป็นหลายครั้งในผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาเป็นชุด ๆ และต่อเนื่องกันหลายวัน เพื่อหวังผลในการเบิกหลายครั้ง จะถือว่า ผิดเงื่อนไขการบริการ เนื่องจากมีเจตนาแยกเบิกซ้ำซ้อน เว้นแต่การส่งตัวไปรักษาต่อ**ที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น เนื่องจากเกินขีดความสามารถในการรักษาของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการตามสิทธิ์ หรือผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา**	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 6. การรับเป็นผู้ป่วยในต้องมีความจำเป็น และเหตุผลทางการแพทย์ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานของโรคที่รับไว้รักษา การแบ่งย่อยการรับเป็นผู้ป่วยใน (Split admission) โดยเจตนา เพื่อหวังผลในการตั้งเบิกหลายครั้ง เป็นสิ่งที่ไม่พึงกระทำอย่างยิ่ง หากตรวจพบกองทุนจะปฏิเสธการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล **(ประกันสังคม 2)** 17. การเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ต้องมีความจำเป็นและเหตุผลทางการแพทย์ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องมีการดูแลและให้การรักษาจนสิ้นสุดการรักษาที่เป็นมาตรฐานในโรคที่เข้ามารักษา การมีเจตนาที่จะแบ่งย่อยการรับผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งควรทำในคราวเดียวเป็นเวลาหลายวัน เช่น การจำหน่ายผู้ป่วยแล้วอีก 2-3 วัน นัดเข้ามาทำหัตถการเดิมหรือรักษาต่อเนื่องจากเดิม เพื่อหวังผลในการเบิกหลายครั้ง จะถือว่าผิดเงื่อนไขการบริการ เนื่องจากมีเจตนาแยกเบิกซ้ำซ้อน **(ประกันสังคม 1)** 17. การเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ต้องมีความจำเป็นและเหตุผลทางการแพทย์ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องมีการดูแล	12.6 การรับเป็นผู้ป่วยในต้องมีความจำเป็น และเหตุผลทางการแพทย์ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานของโรคที่รับไว้รักษา การแบ่งย่อยการรับเป็นผู้ป่วยใน (Split admission) โดยเจตนา เพื่อหวังผลในการตั้งเบิกหลายครั้ง ถือว่าผิดเงื่อนไขการให้บริการ และกองทุนจะปฏิเสธการจ่าย เว้นแต่การส่งตัวไปรักษาต่อ**ที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น เนื่องจากเกินขีดความสามารถในการรักษาของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการตามสิทธิ์ หรือผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา**	

เอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาเท่านั้น ไม่ใช่เอกสารที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
		และให้การรักษาจนสิ้นสุดการรักษาที่เป็นมาตรฐานในโรคที่เข้ามารักษา เช่น การรับผู้ป่วยเพื่อให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาที่มีจำนวนวันนอนไม่เกิน 1 – 2 วัน โดยมีเจตนาที่จะแบ่งย่อยการรับผู้ป่วยเป็นหลายครั้งในผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาเป็นชุด ๆ และต่อเนื่องกันหลายวัน เพื่อหวังผลในการเบิกหลายครั้ง จะถือว่า ผิดเงื่อนไขการบริการ เนื่องจากมีเจตนาแยกเบิกซ้ำซ้อน จะเบิกจ่ายไม่ได้ทุก Admission เว้นแต่การส่งตัวไปรักษาต่อ **(Auditor สปสช.)** 17. การเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ต้องมีความจำเป็นและเหตุผลทางการแพทย์ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องมีการดูแลและให้การรักษาจนสิ้นสุดการรักษาที่เป็นมาตรฐานในโรคที่เข้ามารักษา เช่น การรับผู้ป่วยเพื่อให้ยาเคมีบำบัดที่มีระยะเวลานอนไม่ถึง 6 ชั่วโมง, การแบ่งแยกการรับป่วยหลายครั้งและมีระยะเวลานอนแต่ละครั้งสั้นในการให้ยาเคมีบำบัดที่ต้องให้แต่ละชุดต่อเนื่องกันเป็นเวลาหลายวัน หรือรักษาด้วยรังสีรักษาเพียงอย่างเดียวที่มีจำนวนวันนอนไม่เกิน 1 – 2 วัน โดยมีเจตนาที่จะแบ่งย่อยการรับผู้ป่วยเป็นหลายครั้ง เพื่อหวังผลในการเบิกหลายครั้ง จะถือว่า ผิดเงื่อนไขการบริการ เนื่องจากมีเจตนาแยกเบิกซ้ำซ้อน เว้นแต่การส่งตัวไปรักษาต่อ		

เอกสารเพื่อการประชุมเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
17	18. การตรวจสอบจะใช้เอกสาร หลักฐานเวชระเบียนและเอกสารการเงินที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจัดเตรียมหรือจัดส่งให้ ณ วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการขอทบทวน เว้นแต่เอกสารออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจึงจะสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ ทั้งนี้กรณีแนวทางในการพิจารณาข้อทักท้วงให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของแต่ละกองทุน (ตามผนวก)	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 7. เอกสารเวชระเบียนและเอกสารการเงินที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจัดเตรียมหรือส่งให้กองทุนตรวจสอบ ณ วันตรวจสอบถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์แล้ว ไม่สามารถส่งเพิ่มเติมได้ ยกเว้นเอกสารที่ออกรายงานหลังวันที่ตรวจสอบ **ภาคีเครือข่าย** 18. การตรวจสอบจะใช้เอกสาร หลักฐานเวชระเบียนและเอกสารการเงินที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจัดเตรียมหรือจัดส่งให้ ณ วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการขอทบทวน เว้นแต่เอกสารออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบ และกรณีที่แพทย์ auditor ขอเอกสารเพิ่มเติมเพื่อความครบถ้วนในการตรวจสอบเวชระเบียน สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจึงจะสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ ทั้งนี้กรณีแนวทางในการพิจารณาข้อทักท้วงให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของแต่ละกองทุน (ตามผนวก)	12.7 เอกสารหลักฐาน เวชระเบียนและเอกสารการเงินที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจัดเตรียมหรือส่งให้กองทุนตรวจสอบ ณ วันตรวจสอบ ถือว่า เป็นเอกสารหลักฐานที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการตรวจสอบ ยกเว้นเอกสารที่ออกรายงานหลังวันที่ตรวจสอบ หรือไม่อาจสรุปผลการให้บริการและส่งเอกสารหลักฐานนั้นให้กองทุนภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการแจ้งเหตุผลความจำเป็น และส่งเอกสารหลักฐานดังกล่าวให้กองทุนในภายหลัง ทั้งนี้กรณีแนวทางในการพิจารณาข้อทักท้วงให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของแต่ละกองทุน (ตามผนวก)	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมทำความเข้าใจ ร่างประกาศฯ

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
17	19. กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการบันทึกการให้บริการใน platform อื่น ๆ ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเพื่อใช้ในการตรวจติดตาม และดูแลรักษาผู้ป่วย ให้ถือว่าเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งของ เวชระเบียน และต้องส่งออกข้อมูลดังกล่าวให้ตรวจสอบ หากไม่พบจะถือว่าไม่มีการให้บริการนั้น ๆ	-	12.8 กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการบันทึกการให้บริการใน platform อื่น ๆ ของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการเพื่อใช้ในการตรวจติดตาม และดูแลรักษาผู้ป่วย ให้ถือว่าเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งของ เวชระเบียน และต้องส่งออกข้อมูลดังกล่าวให้ตรวจสอบ หากไม่พบจะถือว่าไม่มีการให้บริการนั้น ๆ	
17	20. กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการบันทึกหรือสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือเป็นการสั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้	**(ประกันสังคม 1)** 20. กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการบันทึกหรือสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือเป็นการสั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ โดยพิจารณาจาก เวลาที่บันทึก (Time stamp)	12.9 กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการบันทึกหรือสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือเป็นการสั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้ โดยพิจารณาจาก เวลาที่บันทึก (Time stamp)	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมเท่านั้น ห้ามเผยแพร่ก่อนได้รับอนุญาต

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
17	21. กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการบันทึกหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และต้องพิมพ์เอกสารเวชระเบียนเพื่อส่งมาให้ตรวจสอบ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการสามารถใช้หนังสือนำส่งเวชระเบียนแทนการรับรองเอกสารนั้น หากไม่มีหนังสือนำส่งเอกสารให้ลงนามรับรองเอกสารทุกแผ่น โดยผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจการจัดการเวชระเบียนของหน่วยบริการนั้น	**(กรมบัญชีกลาง 1)** 8. กรณีที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการ มีการบันทึกหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และต้องพิมพ์เอกสารเวชระเบียนเพื่อส่งมาให้ตรวจสอบ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการสามารถใช้หนังสือนำส่งเวชระเบียนแทนการรับรองเอกสารนั้น หากไม่มีหนังสือนำส่งเอกสารให้ลงนามรับรองเอกสารทุกแผ่น โดยผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจการจัดการเวชระเบียนของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการนั้น	13. กรณีที่กองทุนเรียกตรวจเอกสารหลักฐานโดยที่ไม่ได้ให้หน่วยบริการจัดส่งเอกสารหลักฐานตรวจสอบในระบบอิเล็กทรอนิกส์ (ระบบตรวจสอบตามแต่ละกองทุน) สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่มีการบันทึกหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ต้องพิมพ์เอกสารเวชระเบียนเพื่อส่งมาให้ตรวจสอบ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการสามารถใช้หนังสือนำส่งเวชระเบียนแทนการรับรองเอกสารนั้น หากไม่มีหนังสือนำส่งเอกสารให้ลงนามรับรองเอกสารทุกแผ่น โดยผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจการจัดการเวชระเบียนของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการนั้น	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมเท่านั้น สปสช.

หน้า	แนวทางการตรวจสอบหลักฐาน	ข้อเสนอเนื้อหาที่ปรับแก้ไข (ตัวอักษรหรือคำที่ถูกปรับแก้โปรดระบุเป็นสีแดง)	(ร่าง) ข้อเสนอ	(ร่าง) มติที่ประชุม
17	**ข้อตกลงการใช้เอกสารและแนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน กรณี coding audit** 1. แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ให้ใช้เป็นเอกสารหลักในการตรวจสอบ 2. Standard coding guideline edition ตามประกาศของแต่ละปี 3. หนังสือ ICD 10 WHO, TM, ICD 9 CM ตามประกาศของแต่ละปี 4. คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ตามประกาศของแต่ละปี 5. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2562	(ประกันสังคม 2) เสนอ ตัดเอกสารอ้างอิง 1 ให้ใช้เป็นเอกสารหลักในการตรวจสอบ	**ข้อตกลงการใช้เอกสารและแนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียน กรณี coding audit** 1. แนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม 3 กองทุน ให้ใช้เป็นเอกสารหลักในการตรวจสอบ 2. Standard coding guideline edition ตามประกาศของแต่ละปี 3. หนังสือ ICD 10 WHO, TM, ICD 9 CM ตามประกาศของแต่ละปี 4. คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ตามประกาศของแต่ละปี	

เอกสารเพื่อประกอบการประชุมเท่านั้น ห้ามเผยแพร่หรือใช้ประโยชน์