

ที่ สธ ๐๒๐๕.๐๓.๓/ว ๑๐๐๖



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอส่งหลักเกณฑ์สรุปแนวทางมาตรฐานการบันทึกข้อมูล คำวินิจฉัยโรค และการส่งออก ๔๓ เพิ่ม
สำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัด /ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน และหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้องทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สรุปแนวทางมาตรฐานการบันทึกข้อมูล คำวินิจฉัยโรค และการส่งออก ๔๓ เพิ่ม
สำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้ดำเนินการ
อบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาคุณภาพการให้รหัสโรค รหัสหัตถการ และ รหัสกิจกรรมการให้บริการปฐมภูมิ
ในชุมชน สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ” ให้กับผู้แทนจังหวัดๆ ละ ๕ คน ไปขยายความรู้ต่อให้กับเจ้าหน้าที่ที่
รับผิดชอบการให้รหัสดังกล่าวในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความรู้ ความเข้าใจ และให้รหัสโรค รหัสหัตถการ รหัส
กิจกรรมการให้บริการปฐมภูมิในชุมชน และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้องเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ
และ ได้สนับสนุน หนังสือ ICD-10-TM for PCU ฉบับ 2012 เล่ม ๑ - ๔ ให้กับ รพสต. ไปแล้วนั้น

ในการนี้ เนื่องจากมีการเตรียมความพร้อมที่จะต้องรายงานข้อมูลการบริการสุขภาพต่างๆ
และรหัสดังกล่าว ผ่าน ๔๓ เพิ่มมาตรฐานข้อมูล ผู้ปฏิบัติเกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ในกรณีการบันทึกข้อมูล คำ
วินิจฉัยโรค และการส่งออก ๔๓ เพิ่ม สำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ดังนั้น สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จึงใคร่ขอส่งหลักเกณฑ์สรุปแนวทางมาตรฐานการบันทึกข้อมูล
คำวินิจฉัยโรค และการส่งออก ๔๓ เพิ่ม สำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
ทั่วประเทศ ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายนิทัศน์ รายยาว)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

โทรศัพท์ และ โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๕๒

สรุปแนวทางการมาตรฐานการบันทึกข้อมูล คำวินิจฉัยโรค การให้รหัส และการส่งออก 43 เพิ่ม สำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (ต่อ)
ฉบับ สิงหาคม ๒๕๕๖

แนวทางการมาตรฐานการส่งข้อมูลในชุด 43 เพิ่ม ที่เกี่ยวข้องกับ การวินิจฉัยโรคและรหัส ICD-10-TM for PCU

การส่งข้อมูลในชุด 43 เพิ่ม ที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคและรหัส ICD-10-TM for PCU ต้องมีรายละเอียดเนื้อหา ผู้รับผิดชอบ และข้อควรระวังหรือข้อห้าม ดังต่อไปนี้

เพิ่มข้อมูล	ผู้รับผิดชอบ	ข้อควรระวัง	ข้อห้าม
1. DIAGNOSIS_OPD	เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เวชสถิติ หรือ เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ หรือเจ้าหน้าที่ อื่นที่เกี่ยวข้อง	ประเภทรหัส ใน Field DIAGTYPE ต้องมีค่า เป็น 1 รหัสโรคหลัก หรือ 4 รหัสโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคหลัก หรือ 5 รหัสสาเหตุภายนอก (คือ รหัสที่ขึ้นต้น ด้วย V,W,X,Y) เท่านั้น (ดูหมายเหตุ)	- ห้ามส่งเพิ่มนี้โดยมีค่าใน Field DIAGTYPE เป็นค่าอื่นๆ นอกจาก 1 หรือ 4 หรือ 5 - ห้ามส่งข้อมูลบุคคลใดโดยไม่มีรหัสเป็นประเภท 1 - ในกรณีที่โรงพยาบาลจัดเก็บประเภทรหัสเป็นประเภท อื่นๆนอกเหนือจากข้อกำหนดดังกล่าว เช่น ประเภท 2 หรือ 3 ให้เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ส่งข้อมูลออกสร้างเพิ่ม DIAGNOSIS_OPD ก่อนแล้วเปลี่ยนรหัส 2 หรือ 3 เป็น 4 ทั้งหมดก่อนส่งเพิ่มต่อไป โดยอาจใช้ Function Replace ในโปรแกรม Spreadsheet ใดๆดำเนินการ
2. PROCEDURE_OPD	เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เวชสถิติ หรือ เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ หรือเจ้าหน้าที่ อื่นที่เกี่ยวข้อง	- ส่งรหัสหัตถการเฉพาะที่เป็นหัตถการเพื่อการ บำบัดรักษาเท่านั้น เช่น ทำแผล ผ่าฝี เป็นต้น - ไม่ต้องส่งรหัสหัตถการที่เป็นการตรวจ การฉีดยา หรือ การบริหารยาในรูปแบบอื่น	- ในกรณีที่โรงพยาบาลจัดเก็บรหัสการตรวจ การฉีดยา หรือรหัสหัตถการที่เป็นการบริหารยาไว้ในระบบของ โรงพยาบาล ไม่ต้องส่งรหัสดังกล่าวออกมาในเพิ่มนี้

หมายเหตุ ประเภทรหัส ICD ในกรณีผู้ป่วยนอก จะไม่มีประเภท Pre-Admission Comorbidity และ Post-Admission Complication เพราะผู้ป่วยนอกมารับการรักษาโดยไม่มี Admission จึง
จำแนกรหัส ICD เป็น Pre-Admission Comorbidity และ Post-Admission Complication ไม่ได้ (ดูรายละเอียด ICD-10-TM Standard Coding Guidelines 2011 Edition)

**สรุปแนวทางมาตรฐานการบันทึกข้อมูล คำวินิจฉัยโรค การให้รหัส และการส่งออก 43 เพิ่ม สำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
ฉบับ สิงหาคม ๒๕๕๖**

แนวทางมาตรฐานนี้ใช้ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับหน่วยงานข้างต้น

แนวทางมาตรฐานการบันทึกข้อมูล คำวินิจฉัยโรค การให้รหัส ในเวชระเบียนผู้มารับบริการ

การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการระดับปฐมภูมิ อาจบันทึกในบัตรผู้ป่วยนอกหรือแฟ้มประจำครอบครัวในรูปแบบเวชระเบียนกระดาษและ/หรือ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ต้องมีรายละเอียดเนื้อหา ผู้รับผิดชอบ และข้อควรระวังหรือข้อห้าม ดังต่อไปนี้

เนื้อหา	ผู้รับผิดชอบ	ข้อควรระวัง	ข้อห้าม
1. อาการสำคัญ ประวัติ ตรวจร่างกาย	แพทย์ หรือ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือ นักวิชาการสาธารณสุขผู้ให้การรักษา หรือ จนท.อื่น ที่เกี่ยวข้อง	บันทึกให้ละเอียด ชัดเจน ละเอียดอ่านง่าย	
2. คำวินิจฉัยโรค หรือ รายละเอียดการให้บริการ (กรณีส่งเสริมสุขภาพ และ กรณีอื่นๆที่ไม่ใช่การให้บริการรักษาโรค)	แพทย์ หรือ พยาบาล หรือ นักวิชาการสาธารณสุข หรือ จพ.สาธารณสุขชุมชน ผู้ให้การรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - คำวินิจฉัยโรคต้องมีชื่อโรค ชนิดของโรคและตำแหน่งที่เป็นโรคโดยชัดเจน ไม่เป็นอักษรย่อ - กรณีอื่นๆที่ไม่ใช่การให้บริการรักษาโรคให้ระบุรายละเอียดการบริการ เช่น ให้วัคซีนกันโรคพิษสุนัขบ้า ครั้งที่ 4 	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามเขียนรหัส ICD แทนคำวินิจฉัยโรค - ห้ามใช้คำบรรยายรหัส ICD แทนคำวินิจฉัยโรค เช่น เขียนคำวินิจฉัยโรคว่า Conjunctivitis, unspecified - กรณีให้บริการรักษาโรค ห้ามเว้นว่างหรือไม่เขียนคำวินิจฉัยโรค
3. รหัส ICD-10-TM for PCU	ผู้ให้รหัส	<ul style="list-style-type: none"> - การให้รหัส ICD เป็นการจัดกลุ่มโรค ไม่ใช่เป็นการวินิจฉัยโรค และไม่ใช่รหัสเพื่อระบุกิจกรรมการตรวจประเมินใดๆในตัวผู้ป่วย - รหัสต้องมีรูปแบบ ถูกต้องตามรายการรหัสในหนังสือ ICD-10-TM, ICD-10-TM for PCU 	<ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้รหัส ICD แทนการวินิจฉัยโรค - ห้ามแพทย์ให้รหัส ICD โดยไม่เขียนคำวินิจฉัยโรค ถ้าแพทย์ต้องการช่วยทำงานให้รหัส ICD แพทย์ต้องเขียนคำวินิจฉัยโรคให้เสร็จสิ้นก่อนใส่รหัส ICD ตามมา