



ที่ รง ๐๖๒๙/ว๑๖๖๖๓

สำนักงานประกันสังคม
ถนนติวานนท์ นบ ๑๑๐๐๐

๖๔ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอสำเนาเวชระเบียน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวปฏิบัติการตรวจสอบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายผ่านระบบ e - Claim
๒. รายชื่อผู้ป่วยประกันสังคมที่จะทำการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
๓. แบบตรวจสอบเอกสารที่ใช้ตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยประกันสังคม

ด้วยสำนักงานประกันสังคมได้จัดทำแนวปฏิบัติการตรวจสอบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายผ่านระบบ e - Claim ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ เพื่อให้โรงพยาบาลถือปฏิบัติ ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าวอ้างอิงจากคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วม ๓ กองทุน ปี ๒๕๖๐ และจะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ที่ส่งเบิกค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง และการทำหัตถ์ ดังนั้น จึงขอให้โรงพยาบาลจัดส่งสำเนาเวชระเบียนและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ประกันตนดังรายชื่อที่ปรากฏในสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ เพื่อให้สำนักงานประกันสังคมดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องในการเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์

ในการส่งสำเนาเวชระเบียนและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานประกันสังคม ขอให้โรงพยาบาลดำเนินการตามแนวปฏิบัติฯ ที่กำหนดและขอให้พิจารณาดำเนินการดังนี้

๑. ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกแผ่น
๒. ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารตามแบบตรวจเอกสารตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องมีหรือไม่มี และแนบรวมกับสำเนาเวชระเบียนแต่ละฉบับ ทั้งนี้ ขอให้โรงพยาบาลจัดส่งสำเนาเวชระเบียนและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานประกันสังคม ภายใน ๑๕ วันทำการ หรือภายใน ๔๕ วันทำการ กรณีผู้ป่วยส่งต่อไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่นนับจากวันที่รับหนังสือฉบับนี้ หากโรงพยาบาลส่งหลังระยะเวลาที่กำหนดหรือมิได้ส่งสำเนาเวชระเบียนดังกล่าว จะถือว่าโรงพยาบาลไม่มีเอกสารหลักฐานในการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคมจะพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวลัดดา แซ่ลี)

ผู้อำนวยการกรม ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

สำนักสิทธิประโยชน์

โทรศัพท์ ๐ ๒๙๕๖ ๒๒๙๐-๓

โทรสาร ๐ ๒๕๒๕ ๒๔๕๕

แนวปฏิบัติการตรวจสอบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายผ่านระบบ e - Claim สำนักงานประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมโดยสำนักสิทธิประโยชน์ได้กำหนดให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษายาบาลแก่ผู้ประกันตนส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๘ เพื่อเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมันผ่านระบบโปรแกรม e - Claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการในการจัดการธุรกรรม การเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ซึ่งมีการรับ/ส่ง ประมวลผลข้อมูลการรักษาเพื่อการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล และส่งมอบข้อมูลธุรกรรมการเบิกจ่ายให้แก่สำนักงานประกันสังคมเพื่อนำไปใช้ต่อไปในการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ด้วยวิธีดังกล่าวต้องมีการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนภายหลังว่าเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายเงินและตรงกับความเป็นจริงจากข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วย สำนักงานประกันสังคมจึงได้กำหนดแนวปฏิบัติการตรวจสอบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายผ่านระบบ e - Claim โดยอ้างอิงคู่มือแนวทางการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รวม ๓ กองทุน ปี ๒๕๖๐ ดังนี้

๑. ขั้นตอนการตรวจสอบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

๑.๑ การตรวจสอบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาล

๑.๑.๑ สำนักงานประกันสังคมดำเนินการดังนี้

(๑) แจ้งรายชื่อผู้ประกันตนที่ต้องการตรวจสอบการส่งข้อมูลเบิกค่าบริการทางการแพทย์เพื่อให้สถานพยาบาลจัดเตรียมเวชระเบียน เอกสารและหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายล่วงหน้า การก่อนการตรวจสอบอย่างน้อย ๓ วันทำการ หรืออย่างน้อย ๓๐ วันทำการสำหรับผู้ป่วยส่งต่อไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น

(๒) ดำเนินการตรวจเวชระเบียนและเอกสารหลักฐานทางการแพทย์ว่าสอดคล้องกับข้อมูลการส่งเบิกค่าบริการทางการแพทย์และเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่กำหนด

(๓) สรุปแจ้งผลการตรวจสอบเบื้องต้นแก่สถานพยาบาลทราบ

(๔) มีหนังสือรายงานผลการตรวจสอบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้สถานพยาบาลทราบภายใน ๓๐ วันทำการ

๑.๑.๒ สถานพยาบาลดำเนินการดังนี้

(๑) จัดเตรียมเวชระเบียน เอกสารและหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย เช่น ใบสั่งยา หลักฐานการสั่งใช้ยาระเหยและอุปกรณ์ ผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เป็นต้น ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ในวันที่ทำการตรวจสอบ

(๒) กรณีสถานพยาบาลไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ สามารถดำเนินการทักท้วงผลการตรวจสอบเป็นหนังสือต่อสำนักงานประกันสังคมได้ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้งผลการตรวจสอบ

๑.๒ การตรวจสอบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ณ สำนักงานประกันสังคม (แบบรวมศูนย์)

๑.๒.๑ สำนักงานประกันสังคมดำเนินการดังนี้

(๑) แจ้งรายชื่อผู้ประกันตนที่ต้องการตรวจสอบการส่งข้อมูลเบิกค่าบริการทางการแพทย์เพื่อให้สถานพยาบาลจัดส่งสำเนาเวชระเบียนเอกสารและหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย ให้แก่สำนักงานประกันสังคม ภายใน ๑๕ วันทำการ หรือ ภายใน ๔๕ วันทำการ กรณีผู้ป่วยส่งต่อไปรักษาที่สถานพยาบาลนับจากวันที่รับแจ้ง

(๒) ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียน ณ สำนักงานประกันสังคม (แบบรวมศูนย์)

(๓) มีหนังสือรายงานผลการตรวจสอบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้สถานพยาบาลทราบภายใน ๓๐ วันทำการ

๑.๒.๒ สถานพยาบาลดำเนินการดังนี้

(๑) จัดเตรียมเวชระเบียน เอกสารและหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย เช่น ใบสั่งยา หลักฐานการส่งไข่อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เป็นต้น ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ในวันที่ทำการตรวจสอบ

(๒) กรณีสถานพยาบาลไม่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบ สามารถดำเนินการทักท้วงผลการตรวจสอบเป็นหนังสือต่อสำนักงานประกันสังคมได้ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้งผลการตรวจสอบ

๒. หลักฐานประกอบการตรวจสอบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

ก. กรณีผู้ป่วยใน

สถานพยาบาลต้องจัดเตรียมเอกสารสำเนาเวชระเบียนที่ตรงกับข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนซึ่งเบิกเงิน ดังนี้

(๑) OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบครั้งนั้น

(๒) แบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)

(๓) แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาหรือทำหัตถการ (Informed Consent) ของผู้ป่วย

(๔) แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกายของแพทย์ (history , physical examination , admission note) และหรือ เอกสารการประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องผู้ป่วย เช่น ใบประเมินระบบประสาท NIHSS, Barthel's Index, MRS เป็นต้น

(๕) แบบบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) ของแพทย์

(๖) แบบบันทึกการสั่งการรักษา (Doctor's order)

(๗) แบบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ (Consultation record) (ถ้ามี)

(๘) แบบบันทึกวิสัญญี (Anesthetic record) (ถ้ามี)

(๙) แบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) กรณีผู้ป่วยที่มีการผ่าตัด (ถ้ามี)

(๑๐) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาล ในครั้งนั้น ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัยพร้อมรายงานผลการตรวจ

(๑๑) แบบบันทึกทางการพยาบาล Nurses note รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

(๑๒) แบบบันทึกสัญญาณชีพหรือฟอร์มปรอท (Graphic sheet)

(๑๓) แบบบันทึกการให้ยา (Medication sheet) การให้สารน้ำและการให้เลือด Intake-Output sheet แบบประเมินผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด เป็นต้น

(๑๔) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย (ถ้ามี) เช่น ใบส่งต่อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการอื่น เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น สำเนาใบตรวจสอบสิทธิการรักษา เป็นต้น

(๑๕) กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม หรือการให้บริการทางการแพทย์ตามรายการค่าใช้จ่ายที่มารับบริการ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบ ดังนี้

(๑๕.๑) กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมราคาสูงที่มี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สถานพยาบาลจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง โดยกรณีผู้ป่วยในต้องติด sticker ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นที่มีการเบิกไว้ในบันทึกการผ่าตัด หรือในเวชระเบียนผู้ป่วยในที่สามารถตรวจสอบได้ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย(ถ้ามี)

(๑๕.๒) กรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่ไม่มี sticker สถานพยาบาลจะต้องแสดงหลักฐานทางการแพทย์ว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง เช่น ใบสั่งยา หรือใบเบิก-จ่าย ระบุจำนวนรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม พร้อมหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

(๑๖) กรณีรักษาโรคมะเร็งต้องมีเอกสารเพิ่มเติมนอกเหนือจากเอกสารข้างต้น ดังนี้

- ผลตรวจทางพยาธิวิทยาที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง
- คำสั่งการให้ยาเคมีของแพทย์
- บันทึกการให้ยาเคมีของพยาบาล
- บันทึกการใช้รังสีรักษา/ฉายแสง/กลืนแร่

ข. กรณีผู้ป่วยนอก

สถานพยาบาลต้องจัดเตรียมเอกสารต้นฉบับที่ตรงกับข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนซึ่งเบิกเงิน ดังนี้

(๑) เอกสารหลักฐานการตรวจรักษาและให้บริการ (จัดเรียงตามวันที่เข้ารับบริการ) ดังนี้

(๑.๑) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ต้นฉบับหรือสำเนาทั้งฉบับ หรือ ในช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องในการตรวจสอบที่มีหลักฐานในการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย ย้อนหลังอย่างน้อย ๑ ปี รวมถึง Visit ที่มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักต่อเนื่อง

กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง หรือกรณีเป็น known case จากสถานพยาบาลอื่นต้องมีหลักฐานในการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย

(๑.๒) ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาใน ครั้งนั้น เช่น CBC, PT, PTT, Bleeding time, Cardiac enzyme ฯลฯ หรือ บันทึกการแปลผลการตรวจ ของแพทย์ในเวชระเบียน

(๑.๓) ผลการตรวจทางรังสีวิทยาโดยรังสีแพทย์ และหรือ บันทึกการแปลผล การตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน

(๑.๔) ผลการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ และหรือ บันทึกการแปลผล การตรวจของแพทย์ในเวชระเบียน

(๑.๕) ใบแสดงรายการยาที่เบิกจ่าย (ใบสั่งยา) และหนังสือรับรองการใช้จ่าย ยานอกบัญชี

(๑.๖) ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล

(๑.๗) หลักฐานการทำหัตถการต่างๆ (ถ้ามี)

(๑.๘) เอกสารบันทึกการให้บริการทางการแพทย์ เช่น การฉีดยา การทำแผล

เป็นต้น

(๑.๙) กรณีที่มีการรับเข้าอนรพ. ควรมีบันทึกแพทย์ในการสรุปจำหน่าย รวมข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ยาที่ได้รับในรพ. และยาที่ให้กลับบ้านพร้อมจำนวน (ฉบับย่อ) ลงในเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก

(๑.๑๐) กรณีรักษาโรคมะเร็งต้องมีเอกสารเพิ่มเติมนอกเหนือจากเอกสารข้างต้น

ดังนี้

- ผลตรวจทางพยาธิวิทยาที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง
- คำสั่งการให้ยาเคมีของแพทย์
- บันทึกการให้ยาเคมีของพยาบาล
- บันทึกการใช้รังสีรักษา/ฉายแสง/กลืนแร่

ทั้งนี้ กรณีที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคหรือการสั่งการรักษาผ่านระบบ คอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้น ต้องมีระบบที่ไม่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

(๒) เอกสารหลักฐานการเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายที่ส่งเบิกชดเชย

(๓) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ อันเนื่องมาจาก
บริการรักษานอกโรงพยาบาล ดังนี้

(๓.๑) หลักฐานส่งต่อ (กรณีรับและส่ง Refer)

(๓.๒) อื่นๆ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยบริการอื่น เอกสาร
การให้รังสีรักษา แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด เป็นต้น

(๔) กรณีการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ที่มีการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก
ให้ติด sticker ไว้ใน OPD card ตามวันที่มาทำหัตถการ พร้อมทั้งแนบหลักฐานทางการเงินที่มีการเบิกอุปกรณ์
และอวัยวะเทียมทุกชิ้น หรือที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย (ถ้ามี)

(๕) เอกสารอื่นๆ ที่ผู้ตรวจสอบขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

๓. การใช้เวชระเบียนเป็นหลักฐานการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

๓.๑ กรณีที่มีการขอรับค่าบริการทางการแพทย์แต่ไม่พบเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการ
รับผู้ป่วยไว้รักษาในครั้งนั้น หรือสถานพยาบาลไม่สามารถส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้รักษา
ในครั้งนั้นภายในระยะเวลาที่กำหนดให้ถือว่าสถานพยาบาลไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น โดยไม่รับพิจารณา
อุทธรณ์เอกสารที่สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการส่งเพิ่มเติมมาในภายหลัง

๓.๒ กรณีผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธิการรักษา เช่น ผู้ป่วยชำระเงินเอง ใช้สิทธิประกันชีวิต เป็นต้น
ให้ถือว่าสถานพยาบาลไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น

๓.๓ กรณีสถานพยาบาลไม่สามารถส่งเวชระเบียน เพื่อการตรวจสอบการจ่ายค่าบริการ
ทางการแพทย์ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากชำรุดอันเกิดจากภัยพิบัติ อัคคีภัย อุทกภัย เป็นต้น
สถานพยาบาลต้องแจ้งเป็นหนังสือเพื่อชี้แจงถึงเหตุผลของการไม่สามารถส่งเอกสารเวชระเบียนเพื่อให้สำนักงาน
ประกันสังคมพิจารณา

๔. แนวทางการพิจารณาเอกสารที่ใช้เป็นหลักฐานการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

ก. กรณีผู้ป่วยใน

(๑) ตรวจสอบ OPD card หรือ สำเนา OPD card ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบครั้งนั้น
เพื่อพิสูจน์หลักฐานการดำเนินของโรค เช่นโรคเรื้อรัง กรณี Emergency claim online เป็นต้น

(๒) ตรวจสอบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary) ประเด็น
การพิจารณามีดังนี้

(๒.๑) การระบุใบแบบบันทึกสรุปการจำหน่าย (Discharge summary)
เพื่อการตรวจสอบ กรณีที่มีใบ discharge summary หลายใบ จะต้องมียุทธศาสตร์รับรองจากหน่วยงานที่ลงนาม
โดยผู้มีอำนาจสั่งการระบุว่าจะใช้ใบ discharge summary ใบใดในการตรวจสอบ หากไม่มีจะใช้ใบแรกสุด
ที่ผู้ตรวจสอบพบในเวชระเบียนในการตรวจสอบ หากใช้แบบฟอร์มอื่นเพื่ออ้างอิงว่าเป็นใบสรุปนั้น แบบฟอร์ม
ดังกล่าวต้องมีข้อมูลครบถ้วนเช่นเดียวกับ general discharge summary จึงเป็นเอกสารที่ยอมรับได้

(๒.๒) การลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน แพทย์สามารถลงนาม attending or approval ด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ กรณีที่สรุปโดยผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ลงนามได้เพียง attending และต้องมีแพทย์ลงนามรับรอง (approval) จึงจะถือว่าเป็นใบสรุปการรักษาพยาบาล ที่สมบูรณ์ หากไม่มีการลงนามรับรองจะถือว่าเป็นเวชระเบียนดังกล่าวไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล รวมทั้ง การสรุปโรคหรือหัตถการเป็นรหัส หรือกรณีสรุปด้วยดินสอให้ถือว่าเป็นไม่มีการสรุปการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ การไม่สรุปการรักษาพยาบาลให้ถือว่าเป็นสถานพยาบาลไม่ประสงค์จะเบิกจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้น

(๒.๓) ในกรณีการสรุปเวชระเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ต้องสามารถสืบค้นในระบบ log in ได้ว่าแพทย์ผู้ใดเป็นผู้สรุปการรักษาพยาบาลในใบ general discharge summary

(๓) ตรวจสอบแบบบันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกาย (Admission note) ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกโดยแพทย์ ในกรณีบุคลากรอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์ พยาบาล ทำการบันทึก ข้อมูลแทนแพทย์จะต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ ในแบบบันทึกประวัติและตรวจร่างกายจึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือหากไม่มีการลงนามรับรองไว้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการตรวจสอบ เวชระเบียนได้

(๔) ตรวจสอบ Progress note ในการตรวจสอบต้องใช้ข้อมูลที่บันทึกการวินิจฉัย โดยแพทย์หรือลงนามกำกับโดยแพทย์จึงจะถือว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถอ้างอิงในการตรวจสอบ เวชระเบียนได้ ส่วนข้อมูลที่มีการบันทึกโดยวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นข้อมูล สนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์

(๕) ตรวจสอบข้อมูลใน Doctor's order ใช้คำสั่งการรักษาพยาบาลของแพทย์ เท่านั้น ในกรณีนักศึกษาแพทย์ หรือการบันทึกของพยาบาลที่รับคำสั่ง (รคส.) ต้องมีการลงนามกำกับโดยแพทย์ ทุกครั้งที่สั่งการรักษาพยาบาล หากไม่มีการลงนามรับรองไว้ ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถใช้อ้างอิงประกอบการ ตรวจสอบเวชระเบียนได้

(๖) ตรวจสอบในกรณีผู้ป่วยที่มีการทำผ่าตัดหัตถการ

(๖.๑) กรณีที่เป็น Major OR procedure ต้องมีแบบบันทึกการผ่าตัด (Operative note) ประกอบการตรวจสอบเสมอ ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ

(๖.๒) กรณี non OR procedure ต้องมีบันทึกเป็น short operative note ในบันทึกความก้าวหน้าของโรค พร้อมทั้งต้องมีข้อมูลสิ่งที่ตรวจพบและรายละเอียดที่สำคัญของการทำหัตถการ หรือมีผลการตรวจที่เข้าได้กับการทำหัตถการนั้น ถ้าไม่มีถือว่าไม่มีบริการ

(๖.๓) กรณีสถานพยาบาลใช้บันทึกการผ่าตัดที่เป็นแบบพิมพ์สำเร็จรูป โดยบันทึกข้อมูลบางส่วนเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการทำหัตถการต้องมีการลงนามของแพทย์ผู้ทำหัตถการ จึงจะถือว่าเป็นบันทึกที่มีความสมบูรณ์ถ้าไม่พบการลงนามของแพทย์ให้ถือว่าไม่มีบริการ

(๖.๔) การตรวจสอบหลักฐานการทำหัตถการของแพทย์ให้ยึดข้อมูลในส่วน description ที่อธิบายถึง finding และขั้นตอนรายละเอียดการทำหัตถการ และหรือการมี complication ถือเป็น

ข้อมูลสำคัญประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน หากมีเพียงบันทึกโรคและหัตถการในเอกสารไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบเวชระเบียนว่าเป็นการผ่าตัดหรือทำหัตถการนั้นๆจริง

(๖.๕) ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือตัวย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้ โดยผู้ตรวจสอบ ๒ คน ถือว่าไม่มีบริการ

(๗) ตรวจสอบ Anesthetic record ถ้ามีการให้บริการทางวิสัญญีเพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัด ระหว่างและหลังการผ่าตัด ให้ระบุรายละเอียดภาวะแทรกซ้อนและการดูแลรักษาเพิ่มเติม

(๘) ตรวจสอบแบบบันทึกสัญญาณชีพ (Graphic sheet) ได้แก่ body temperatures , blood pressure, pulse rate, respiratory rate และยังสามารถใช้บันทึกจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล leave day การสิ้นสุดการรักษา น้ำหนักผู้ป่วย fluid intake/output ในรูปแบบต่างๆ ของการพยาบาล

การนับวันนอนและเวลาจำหน่ายของผู้ป่วยใน กรณีตรวจสอบเอกสารว่าเป็นการรับผู้ป่วยวันและเวลาใด อนุโลมให้นับตั้งแต่เวลาที่บันทึกโดยศูนย์ admit หรือหน่วยเวชระเบียน ส่วนวันเวลาที่จำหน่ายให้นับเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยที่อยู่ใน Nurse's note และข้อมูลต้องสอดคล้องกับฟอร์มปรอท กรณีไม่พบข้อมูลที่ปรากฏใน Nurse's note จึงจะใช้ข้อมูลจากฟอร์มปรอทโดยจะดูเวลาที่บันทึกเป็นครั้งสุดท้ายในฟอร์มปรอท ส่วน leave day เริ่มนับ ๑ วันเมื่อผู้ป่วยลากลับบ้านนานติดต่อกันมากกว่า ๒๔ ชั่วโมงขึ้นไป

(๙) ตรวจสอบรายละเอียดของ Nurse's note ต้องตรวจสอบแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ใบบันทึกการให้ยาของพยาบาล บันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย แผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นข้อมูลประกอบการตรวจสอบว่ามีการดำเนินการตามคำสั่งแพทย์หรือไม่ การประเมินสภาพผู้ป่วยระหว่างที่นอนในโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เวลาการ on ventilator กรณีที่ต้องตรวจสอบการให้ยาว่ามีการให้ยากับผู้ป่วยจริงหรือไม่ต้องตรวจสอบจากใบบันทึกการให้ยาและพบลายเซ็นของพยาบาลกำกับ เช่น ยา streptokinase , chemotherapy , blood transfusion เป็นต้น

(๑๐) ผู้ตรวจสอบจะตรวจสอบรายละเอียดเอกสารรายงานผลการตรวจเพิ่มเติมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลในครั้งนั้น เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจรังสีวิทยา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา เอกสารการให้รังสีรักษาพร้อมแบบสรุปเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด แบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี.๒ ประกอบการตรวจสอบด้วยทุกครั้ง ซึ่งเป็น การบันทึกโดยสถานพยาบาลที่ทำการรักษาหรือสถานพยาบาลอื่นๆ ที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกไว้โดยสถานพยาบาลที่ส่งมารับการรักษาในสถานพยาบาลแห่งนั้น เป็นต้น

กรณีที่มารักษาโรคมะเร็ง เช่น การให้ Chemotherapy หรือ Radiation เพื่อการรักษาต้องมีผลที่เป็น official report ในการวินิจฉัยมะเร็งนั้นๆ และต้องปรากฏหลักฐานการให้ยาเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา ส่วนกรณีที่เป็นการ Admit ภาวะแทรกซ้อนหรือ Palliative care ให้ใช้บันทึกข้อมูลของแพทย์

ที่บอกรายละเอียดชนิด ตำแหน่ง การรักษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผ่านมา (คำว่า underlying CA.....อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะระบุว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นมะเร็ง ให้ได้เพียงรหัส Z เท่านั้น)

(๑๑) ตรวจสอบการสั่งการรักษาของแพทย์ กรณีที่ระบุให้ยาเดิม หากแพทย์ระบุว่า “ยาเดิม” และไม่ปรากฏการดูแลที่เกี่ยวข้องกับโรคดังกล่าว ไม่ถือว่าเป็นการรักษาโรดังกล่าวของผู้ป่วย ในการ admit ครั้งนั้น ยกเว้น มีการประเมิน มีบันทึกการวินิจฉัย มีคำสั่งการรักษา คำสั่งการให้ยา ที่ปรากฏใน Doctor’s order จึงจะถือว่ามี การรักษาโรดังกล่าวของผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

การปรึกษาแพทย์ต่างแผนก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาเพื่อให้คำปรึกษาหรือการรักษา การตรวจพิเศษเพิ่มเติมถือเป็นการให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็นต้องมีการสั่งให้ยาร่วมด้วยก็ได้

กรณีที่เป็นการให้ยากลับบ้าน (home med) ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับ การรักษาพยาบาลในครั้งนั้น ไม่ถือว่าเป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในการ admit ครั้งนั้น

(๑๒) กรณีที่มีการส่งปรึกษา (Consult) ต้องพบใบส่งปรึกษาและผลการให้คำปรึกษา หรืออาจบันทึกการปรึกษาและผลการให้คำปรึกษาใน Progress note ของแพทย์ก็ได้ หากไม่พบอย่างใดอย่างหนึ่ง จะถือว่าไม่มีการส่งปรึกษา

(๑๓) แพทย์จำเป็นต้องสรุปโรคและหัตถการเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้นและไม่ควร ใช้คำย่อที่ไม่สากล ถ้าผู้ตรวจสอบไม่สามารถอ่านลายมือหรือคำย่อที่ไม่สามารถแปลผลได้ ถือว่าไม่มีบริการนั้น เกิดขึ้น กรณีหน่วยบริการใช้สัญลักษณ์ลึกลับ ข้อตกลงพิเศษ รหัสลับที่ใช้และเป็นที่ยอมรับเฉพาะในโรงพยาบาลใด โรงพยาบาลหนึ่ง ไม่สามารถใช้อ้างอิงเพื่อการสรุปโรคหรือหัตถการได้ เพราะอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ เช่น UP B24 เป็นต้น

(๑๔) ผู้ตรวจสอบจะไม่ให้การสรุปโรคในใบสรุปการรักษา กรณีที่ไม่พบบันทึก การวินิจฉัยของแพทย์ในเวชระเบียน เช่น ใน Admission note , Progress note, Operative note, Official report เป็นต้น ถึงแม้ว่าจะพบว่ามี การตรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือมีการรักษาปัญหานั้นให้กับผู้ป่วยก็ตาม อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยใดๆ ต้องมีหลักฐานที่สนับสนุนการวินิจฉัยนั้นๆด้วย ในกรณีที่ผู้ตรวจสอบได้พบการบันทึก คำวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รักษาที่ยังขาดความสมบูรณ์ เฉพาะเจาะจง สามารถสืบค้นหาข้อมูลในเวชระเบียน เพื่อประกอบการวินิจฉัยตามแนวทางการตรวจสอบของแต่ละกลุ่มโรคได้ เพื่อให้การสรุปโรคและหัตถการ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

(๑๕) กรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและเฝ้าสังเกตอาการ (observe) นอนนาน เกิน ๖ ชั่วโมงมาเบิกจ่ายเป็นกรณีผู้ป่วยใน หน่วยบริการต้องกำหนดเลขที่รับไว้ (AN) และต้องมีเอกสารตั้งรายการ ที่ ๒-๑๓ ตามหลักฐานประกอบการตรวจสอบเวชระเบียน จึงจะถือว่าเป็นการบริการตามมาตรฐานการบริการ ผู้ป่วยใน

(๑๖) การตรวจสอบจะใช้เอกสารเวชระเบียนและเอกสารการเงินที่หน่วยบริการ จัดเตรียมหรือจัดส่ง ให้ ณ วันตรวจสอบ ซึ่งถือว่าเป็นเอกสารที่สมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว เป็นหลักฐานในการ ตรวจสอบการสรุปและให้รหัสโรค รวมถึงการอุทธรณ์ เว้นแต่เอกสารออกรายงานหลังวันที่ทำการตรวจสอบ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการจึงจะสามารถส่งเป็นเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้

ข. กรณีผู้ป่วยนอก

(๑) บันทึกการวินิจฉัยโรค (Diagnosis) ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่ บันทึกการวินิจฉัยเป็นชื่อโรคหรืออาการ พร้อมทั้งหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนั้น ได้แก่ หลักฐานการซักประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจต่างๆ เป็นต้น

(๒) บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย การเจ็บป่วย ซึ่งข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

(๒.๑) บันทึกการให้การรักษารวมถึงกรณีรับคำสั่ง (รคส.) เช่น การสั่งยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หัตถการ รังสีวิทยา (รังสีร่วมรักษาหรือรังสีรักษา) หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ เป็นต้น ที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรค อาการ และแพทย์ลงนามกำกับ สำหรับสถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ประจำ ให้บุคลากรสาธารณสุขลงนามกำกับโดยเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(๒.๒) กรณีที่มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือรังสีวินิจฉัยล่วงหน้า โดยไม่มีคำสั่งแพทย์ต้องแสดงหลักฐาน CPG/Protocol ของสถานพยาบาลนั้น

(๒.๓) กรณีการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย (Investigation) สามารถใช้คำสั่งแพทย์จากใบส่งต่อการรักษา (Refer) ได้ ทั้งนี้ ต้องเป็นการตรวจวินิจฉัยที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยในใบส่งต่อการรักษาด้วย

(๒.๔) กรณีที่มีการสั่งการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ต้องสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นการบันทึกข้อมูลของแพทย์หรือผู้สั่งการรักษาของแพทย์ท่านใด และการสั่งการรักษานั้นต้องมีระบบที่สามารถทำย้อนหลังหรือแก้ไขโดยผู้อื่นได้

(๓) หลักฐานการได้รับการตรวจรักษา ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่

(๓.๑) ผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ หรือบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ หรือการแปลผลการตรวจของแพทย์ ทั้งนี้ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ผลการตรวจด้วยเครื่องมือเฉพาะ ควรมีรายงานผลการตรวจวินิจฉัย โดยรังสีแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทาง ตามข้อกำหนดสถานพยาบาลหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

(๓.๒) หลักฐานการให้บริการ เช่น การฉีดยา การทำแผล การให้เลือด การให้สารน้ำ เป็นต้น โดยพบผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพลงนามกำกับ

(๓.๓) หลักฐานการรับ-จ่ายอุปกรณ์อวัยวะเทียม ได้แก่ ใบสั่งยา และบันทึกการรับอุปกรณ์รายบุคคล และหรือ Serial Number หรือ Sticker เป็นต้น

(๔) ใบแสดงรายการค่าใช้จ่าย ข้อมูลที่ต้องปรากฏ ได้แก่

(๔.๑) ชื่อสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ วันที่ให้บริการ

(๔.๒) ข้อมูลชื่อ-สกุลผู้มีสิทธิ และหรือ HN และหรือ Visit number (VN) จำนวนเงินที่ขอเบิก และควรมีเลขประจำตัวประชาชน เพื่อให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องของผู้มีสิทธิ

(๔.๓) ชื่อรายการยา (และหรือ ขนาด) จำนวน ราคา

แบบตรวจสอบเอกสารที่ใช้ตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยประกันสังคม

ร.พ. ตามบัตรฯ...../ร.พ. ผู้รักษา.....

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย (นาย / นาง / นางสาว).....

เลขที่ประจำตัวประชาชน - - - -

วันที่เข้ารับการรักษา (Admit)..... วันที่จำหน่าย (discharge).....

เลขที่ HN. เลขที่ AN.

ขอให้ตรวจสอบเอกสารของผู้ป่วยประกันสังคม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง **มี** หรือ **ไม่มี** และส่งให้สำนักงานประกันสังคม พร้อมกับสำเนาเวชระเบียนของผู้ป่วยประกันสังคม

การตรวจสอบเอกสาร	มี	ไม่มี
1. สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ตั้งแต่เริ่มรับบริการจนถึงปัจจุบัน และบันทึกที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกประวัติ/ผลการตรวจ Non-invasive เช่น EKG , Stress Echocardiography , Exercise Treadmill ของหน่วยงานเอง หรือ จากหน่วยงานอื่นๆ ที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา , ประวัติการนัดตรวจเพื่อติดตามอาการหลังการรักษา		
2. สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งฉบับใน Admission นั้นๆ ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วย โรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน		
2.1 แบบฟอร์มการสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge summary)		
2.2 แบบบันทึกการซักประวัติ การตรวจร่างกาย (History , Physical Examination , Admission note) และหรือ เอกสารการประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
2.3 แบบบันทึกความก้าวหน้า (Progress Note) ของแพทย์		
2.4 แบบบันทึกการสั่งการรักษา (Doctor's order) ที่มีการลงนามของแพทย์กำกับไว้		
2.5 แบบบันทึกการทำหัตถการ การรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Cath's note)		
2.6 ฟอร์มปรอท (Graphic sheet)		
2.7 แบบบันทึกทางการพยาบาล Nurse's note รวมถึงแบบประเมินสมรรถนะทางการ พยาบาล และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย		
2.8 แบบบันทึกการให้ยา (Medication sheet)		
2.9 ใบรายงานผลการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัย ใบรายงานผลการตรวจการทำงานของหัวใจ/ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้แก่ ใบรายงานผลการตรวจ EKG, Echocardiography, Angiography , ฟิล์มภาพเคลื่อนไหว (Cineangiography) ฯลฯ		
2.10 ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางชีวเคมี/ทางพยาธิวิทยา ที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือ มีความสำคัญต่อการรักษา (ทุกครั้งที่มีการส่งตรวจ) ได้แก่ CK-MB , Troponin T , Troponin I , CBC , PT , PTT , Electrolyte เป็นต้น		
2.11 เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น ใบรับส่งต่อ(Refer) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานอื่น ที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา เป็นต้น		

หมายเหตุ : ขอให้แนบสำเนาหนังสือที่...../ ลว. ฉบับที่มีวันที่ลงรับของสถานพยาบาล มาพร้อมกับสำเนาเวชระเบียน เพื่อใช้ในการตรวจสอบเงื่อนไขระยะเวลาการส่งเอกสาร

การตรวจสอบเอกสาร	มี	ไม่มี
3. เอกสารการเบิกจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม สถานพยาบาลต้องจัดเตรียมหลักฐานประกอบการตรวจสอบ ดังนี้		
3.1 สำเนาใบจัดซื้ออุปกรณ์ หรือใบสั่งซื้อเป็นหลักฐานรายบุคคล		
3.2 กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมราคาสูงที่มี sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม หน่วยบริการจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง ดังนี้		
3.2.1 Sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของอุปกรณ์อวัยวะเทียม ที่ใช้กับผู้ป่วย รายที่ตรวจสอบและได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน กรณีที่นำ หลักฐานอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยรายอื่นมาประกอบเป็นหลักฐานการเบิกจ่ายของผู้ป่วย รายที่ตรวจสอบ ถือว่าเป็นการปลอมแปลงเอกสารและใช้เอกสารปลอมอันเป็นความผิด ตามกฎหมายอาญา		
3.2.2 หลักฐานทางการแพทย์ในเวชระเบียนที่ระบุว่ามีการใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียม เช่น Operative note ใบรายงานการผ่าตัด (Catheterization report) เป็นต้น		
3.3 กรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่ไม่มี sticker (เช่น Plate & Screw) สถานพยาบาลจะต้องแสดงหลักฐานว่า มีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมกับผู้ป่วยรายนั้นจริง ดังนี้		
3.3.1 หลักฐาน/บันทึกทางการแพทย์ในเวชระเบียนที่ระบุว่ามีการใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียม เช่น ภาพถ่ายรังสี ฟิล์มเอ็กซเรย์ และ ใบรายการใช้อุปกรณ์ฯ ในห้องผ่าตัด เป็นต้น		
3.3.2 หลักฐานการจ่ายอุปกรณ์และอวัยวะเทียมทุกชิ้นที่มีการใช้กับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคล ในครั้งที่มาใช้บริการ เช่น ใบสั่งยา หรือ ใบเบิก-จ่าย ที่หน่วยบริการจ่ายให้ผู้ป่วย และ ในหลักฐานต้องระบุจำนวนรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียมพร้อมราคา		
4. เอกสารทุกชนิดควรเขียนตัวบรรจง ชัดเจนและอ่านง่าย		

ผลการตรวจสอบเอกสาร

ความเห็นเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม

เอกสารครบถ้วน และรับเอกสารไว้ เพื่อดำเนินการต่อ

เอกสารไม่ครบถ้วน เนื่องจากขาดเอกสารข้อ.....

ครั้งที่ 1 ขอเอกสารเพิ่มเติม ได้แก่.....

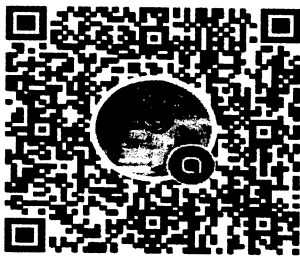
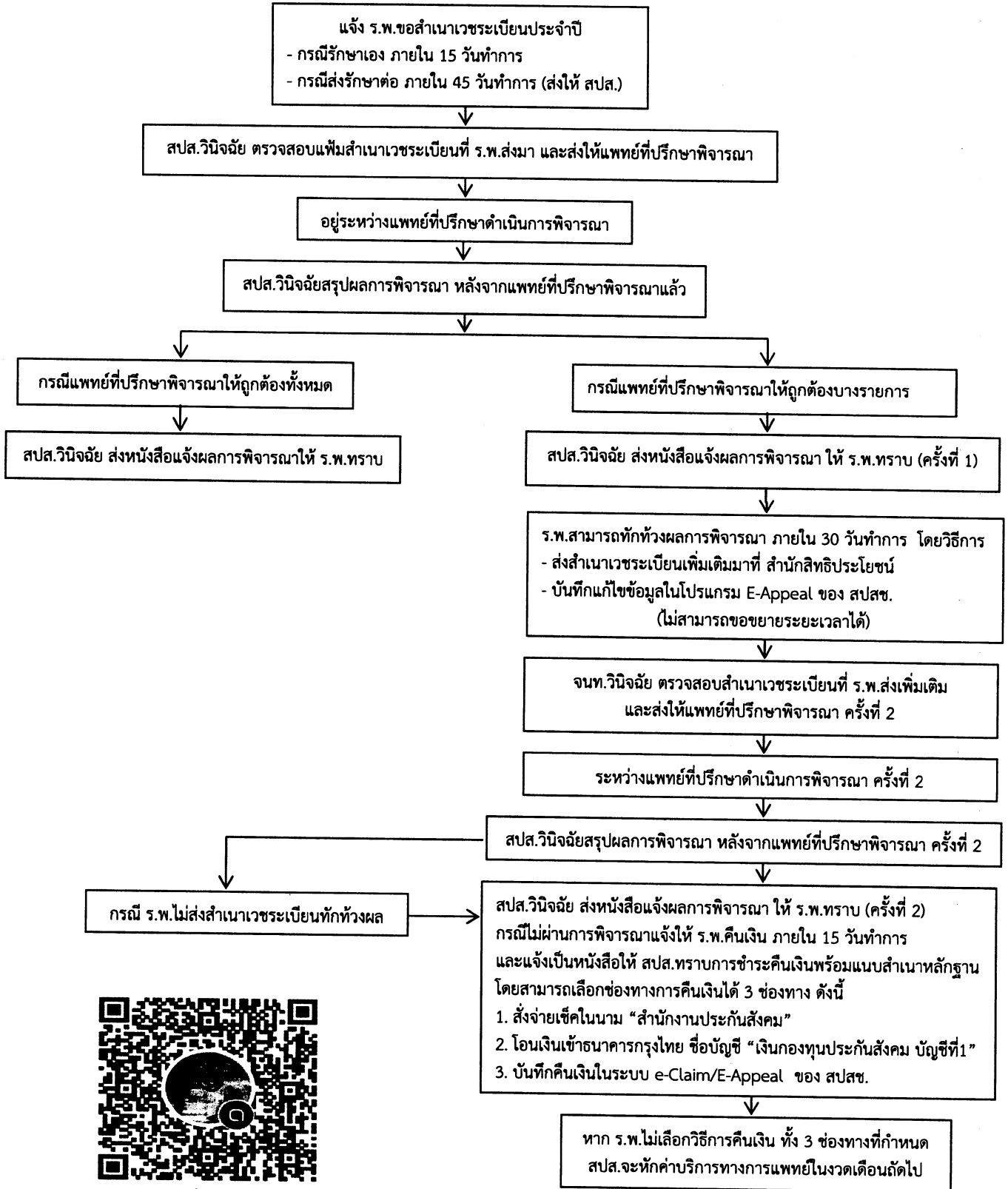
ครั้งที่ 2 ขอเอกสารเพิ่มเติม ได้แก่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ขั้นตอนการตรวจสอบเวชระเบียน (Audit)
กรณีค่าบริการทางการแพทย์โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางและการทำหมัน



จนท.ของรพ.ผู้เกี่ยวข้องเข้ากลุ่มไลน์
1-2 คน โดยระบุ ชื่อ "รพ./ชื่อจนท."