

การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคสำหรับการจ่าย ชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์*

ประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล**

บทคัดย่อ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน หลังให้บริการแก่หน่วยบริการคู่สัญญา โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีการกำหนดเดียนงบประมาณการเบิกจ่ายประจำปี. เนื่องจากจำนวนเงินที่หน่วยบริการจะได้รับขึ้นอยู่กับคุณภาพข้อมูลการรักษาที่ได้รายงาน แต่ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาหลายแหล่ง ได้ผลสอดคล้องตรงกันว่าคุณภาพของการให้รหัสโรค ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ. บทความนี้จึงเป็นการนำเสนอกระบวนการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคในปัจจุบัน และผลการตรวจสอบประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๐.

กระบวนการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรค มี ๗ ขั้นตอนหลัก คือ ๑. การเลือกหน่วยบริการ, ๒. การเลือกเวชระเบียน, ๓. การตรวจสอบเวชระเบียน, ๔. การสรุปและรายงานผลการตรวจสอบ, ๕. การพิจารณารายงานผลการตรวจสอบ, ๖. การพิจารณาอุทธรณ์ผลการตรวจสอบ, และ ๗. การสรุปผลการตรวจสอบ.

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ ได้ตรวจสอบเวชระเบียนทั้งหมด ๕๗,๘๒๘ ฉบับ จาก ๘๓๑ หน่วยบริการใน ๑๕ จังหวัด ยกเว้นกรุงเทพมหานคร พบว่า ๑. การสรุปรหัสการวินิจฉัยและหัตถการโดยแพทย์ มีความถูกต้องเพียงร้อยละ ๕๗.๖๓. ความผิดพลาดที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่การสรุปการวินิจฉัยโรครองไม่ถูกต้อง (ร้อยละ ๒๘.๔๐) เนื่องจากไม่มีการสรุปเลย, และร้อยละ ๑๗.๘๘ ของเวชระเบียน มีการสรุปการวินิจฉัยโรคหลักผิดพลาด เกิดจากการสรุปการวินิจฉัยโรคหลักที่ไม่ตรงกับข้อมูลที่มีในเวชระเบียน หรือมีฉะนั้นก็สรุปแบบไม่เฉพาะเจาะจงเพียงพอ, ๒. การให้รหัสการวินิจฉัยและหัตถการโดยเจ้าหน้าที่ให้รหัสของหน่วยบริการ มีความถูกต้องเพียงร้อยละ ๔๕.๑๑ ความผิดพลาดที่พบบ่อยที่สุด คือความเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ให้รหัสของหน่วยบริการและผู้ตรวจสอบร้อยละ ๑๗.๘๕. ความผิดพลาดที่พบบ่อยคือการให้รหัสการวินิจฉัยโรคหลักไม่ถูกต้องร้อยละ ๑๔.๔๕. แต่ที่น่าสนใจคือ ความผิดพลาดที่เกิดจากการสรุปของแพทย์ร้อยละ ๒๐.๔๑ (รหัสความผิดพลาด ๗b, ๗c, ๘a-๘e) มีได้รับการแก้ไขโดยผู้ให้รหัสของหน่วยบริการ.

คำสำคัญ: กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Abstract

Coding Audit for In-patient Reimbursement of the National Health Security Office Krit Pongpirul*, Pradit Wongkanaratanakul**

*Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, and Department of International Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, United States of America

**Bureau of Claims and Medical Audit, National Health Security Office

The diagnosis related group (DRG) has been used for making retrospective payments to health-care providers under the Universal Health-care Coverage Scheme. The amount of allocated budget depends largely on the quality of the reported data; however, evidence has revealed unsatisfactory data quality.

*ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, และภาควิชาสุขภาพระหว่างประเทศ มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา

**สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



This article is aimed at describing the coding audit process of the Bureau of Claims and Medical Audit (BCMA), National Health Security Office (NHSO) as well as the findings from recent audit results.

Coding audits comprise main steps: (1) provider selection, (2) medical record selection, (3) medical record audit, (4) summary and report of the findings, (5) provider’s assessment of the report, (6) provider’s appeal, and (7) final decision.

In fiscal year 2008, BCMA audited 57,828 medical records from 931 providers in 75 provinces. The summary assessment was found to be correct in 57.63 percent of the records; of that proportion the main reason for errors was missing secondary diagnosis (28.4%). Coding assessment was correct in 49.11 percent of them; the main reason for errors was disagreement between coder and auditor (17.85%) and incorrect coding for principal diagnosis (14.49%).

Key words: diagnosis related group, DRG, Universal Health-care Coverage

ภูมิหลังและเหตุผล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในหลังการให้บริการแก่หน่วยบริการคู่สัญญา โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีการกำหนดเพดานงบประมาณการเบิกจ่ายประจำปี การเบิกจ่ายจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อหน่วยบริการคู่สัญญาต้องวิเคราะห์ข้อมูลการรักษาที่สำคัญ เช่น รหัสโรค, รหัสหัตถการ, จำนวนวันนอน แล้วระบุ DRG สำหรับผู้ป่วยในแต่ละรายอย่างถูกต้องครบถ้วน เนื่องจากจำนวนเงินที่หน่วยบริการจะได้รับขึ้นอยู่กับคุณภาพข้อมูลการรักษาที่ได้รายงาน. แต่ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาหลายแหล่ง ได้ผลสอดคล้องตรงกันว่าคุณภาพของการให้รหัสโรค ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ^(๑-๕) ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข. ที่ผ่านมามีการศึกษาในจังหวัดต่าง ๆ พบความผิดพลาดในการให้รหัสตั้งแต่ร้อยละ ๔๐-๕๐^(๒,๔,๕).

การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคของหน่วยบริการคู่สัญญา ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สำนักตรวจสอบฯ) ซึ่งได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคมาระยะหนึ่ง. การเผยแพร่องค์ความรู้ที่ได้รับจากการตรวจสอบ จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพ และการให้รหัสโรคของหน่วยบริการคู่สัญญา^(๖). บทความนี้นำเสนอกระบวนการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคในปัจจุบัน และผลการตรวจสอบประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๐.

การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรค

สปสช. ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคมารั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๖ ในลักษณะโครงการทดลอง ที่เน้นเรื่องการอบรมเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคของสปสช. และ เจ้าหน้าที่ลงรหัสของหน่วยบริการ. ในช่วงแรกได้ตรวจสอบเฉพาะหน่วยบริการที่ขอเบิกกรณีค่าใช้จ่ายสูง และอุบัติเหตุดูถูกเงินโดยเลือกเฉพาะหน่วยบริการที่มีข้อมูลผิดปกติ เช่น หน่วยบริการขนาดเล็กแต่มีการเบิกค่าบริการผู้ป่วยในสูงกว่าหน่วยบริการในระดับเดียวกัน หรือหน่วยบริการที่ขอเบิกค่าบริการสูงกว่าที่ควรจะเป็น. สำหรับ DRG ที่ระบุ ในครั้งนั้นได้ตรวจสอบเฉพาะระเบียบทั้งหมด ๕,๑๖๗ ฉบับ ประกอบด้วยกรณีค่าใช้จ่ายสูง ๑,๓๘๐ ฉบับ, อุบัติเหตุดูถูกเงิน ๓,๗๘๗ ฉบับ และทั้งสองกรณี ๔๐ ฉบับ พบมีความผิดพลาดกว่าร้อยละ ๗๔ ในกรณีอุบัติเหตุดูถูกเงิน และร้อยละ ๓๘ ในกรณีค่าใช้จ่ายสูง.

ทีมผู้ตรวจสอบมีจำนวนประมาณ ๒๐-๒๕ คน ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงานสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ, ผู้ปฏิบัติงานสปสช.สาขาเขตพื้นที่ และคณะกรรมการตรวจสอบเฉพาะระเบียบที่ได้รับการแต่งตั้งโดยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรค แบ่งออกเป็นสองส่วน คือการประเมินบทสรุป (SA) เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกไว้ในสรุปจำหน่าย โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วย (ตารางที่ ๑) และการประเมินการลงรหัส (CA) เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของ

ตารางที่ ๑ รหัสความผิดพลาดในการสรุปการวินิจฉัยและหัตถการการประเมินบทสรุป

รหัส	ความหมาย	ตัวอย่าง
๐	ไม่มีความเห็นแตกต่าง ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับ การสรุปการวินิจฉัยและ การสรุป หัตถการในสรุปจำหน่าย	
๑	การวินิจฉัยหลักที่กำกวม สรุปการวินิจฉัยโรคหลักทำให้ได้รหัสมากกว่า ๑ และขัดกับองค์การ อนามัยโลก และการวินิจฉัยนั้นไม่สามารถให้เป็นรหัสรวมได้	<ul style="list-style-type: none"> ● “ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมีแผลที่ขา แผลที่ก้น แพทย์ควรสรุปแผลใดแผลหนึ่งเป็นการวินิจฉัยหลัก แต่แพทย์สรุปทั้งสองแผลอยู่ในบรรทัดเดียวกัน” ● “มีโรคหรือภาวะผิดปกติที่อาจนับเป็น โรคหลักได้มากกว่า ๑ ทำให้การวินิจฉัยโรคของแพทย์และผู้ตรวจสอบไม่ตรงกัน: ซึ่งถูกทั้งคู่ เช่น ไข้, เม็ดเลือดขาวพร่อง และมะเร็งลิ้มโพลีลาสเลียบปลัน” ● “สรุปโรคที่กำกวมทำให้ไม่มีความหมายทางสถิติ เช่น บาดเจ็บหลายอวัยวะ (To๓) ทั้งที่มีข้อมูลในเวชระเบียนที่ทำให้ได้การวินิจฉัยที่สามารถให้รหัสโรคที่จำเพาะได้ เช่น ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศและเลือด (S๒๗.๒๐) และ บาดเจ็บในช่องท้อง (S๖๖.๘๐)” (รพ.ศ) ● “มีใบสรุปเวชระเบียน ๒ ใบที่มีข้อมูลขัดแย้งกัน”
๒	การวินิจฉัยหลักไม่ถูกต้อง	
๒a	สรุปการวินิจฉัยโรคหลักไม่ถูกต้อง	
๒b	ไม่มีกรวินิจฉัยหลัก ไม่มีรหัสการวินิจฉัยโรค หลักการวินิจฉัยหลักโมฆะ	
๒b	สรุปการวินิจฉัยโรคหลักไม่ตรงกับข้อมูลที่มีในเวชระเบียน	<ul style="list-style-type: none"> ● “ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเซลล์สควมัสกลองเสียง มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องเหนื่อยใจลำบาก ๒ สัปดาห์ ใส่งล้องกลองเสียงคัดเนื้อและเจาะคอ แพทย์ต้องสรุปให้มะเร็งกลองเสียงเป็นการวินิจฉัยหลัก ไม่ควรให้การวินิจฉัยหลักว่าการอุดกั้นทางหายใจบางส่วน เนื่องจากผิดหลักเกณฑ์การสรุปโรคในกลุ่มมะเร็ง” ● “ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายแห่ง มีการผ่าตัดที่ช่องท้องก่อนและสมองต่อมา แต่เมื่อแพทย์สรุปกลับสรุปให้เป็นโรคทางสมองก่อน” ● “ผู้ป่วยเป็นมะเร็งคอมดลูกส่งต่อมาด้วยเรื่องตกเลือดทางช่องคลอด สงสัยมะเร็งคอมดลูก มีภาวะไตล้มเหลวจากภาวะท่อไตอุดกั้น รับประทานบัตแล้ว ต่อมาเกิดภาวะเลือดคืดเชื้อคริปโตคอคคัส แพทย์สรุปว่าการวินิจฉัยหลักเป็นภาวะเลือดคืดเชื้อคริปโตคอคคัส ซึ่งที่ถูกต้องการวินิจฉัยหลักควรเป็นมะเร็งคอมดลูก” ● “ผู้ป่วยเป็นหลอดลมโป่งพองคืดเชื้อ แต่แพทย์สรุปว่าเป็นปอดอักเสบคืดเชื้อแบคทีเรีย”
๒c	การวินิจฉัยหลักไม่จำเพาะ สรุปการวินิจฉัยโรคหลักไม่เฉพาะเจาะจง ไม่ละเอียด ทั้งที่มีข้อมูลที่สามารถสรุป ให้ละเอียดและเฉพาะเจาะจงได้	<ul style="list-style-type: none"> ● “สรุปเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวแทนที่จะเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิ้มโพลีลาสติคเลียบปลัน หรือสรุปปอดอักเสบ แทนที่จะสรุปเป็นปอดอักเสบทั้งกลีบ (รหัสโรคไม่ตรงในหลักที่ ๔-๕)” ● “ผู้ป่วยเป็นมะเร็งหลอดอาหารท่อนล่าง ๑ ใน ๓ แต่สรุปว่าเป็นมะเร็งหลอดอาหาร ใดๆ”
๓	การจัดลำดับไม่ถูกต้อง	
๓a	สรุปการวินิจฉัยโรคหลักไม่ถูกต้องเนื่องจากสลับที่กับการวินิจฉัยโรครอง (ใช้ร่วมกับ ๒b)	
๓a	การจัดลำดับไม่ถูกต้องกับการวินิจฉัยหลักไม่ถูกต้อง สรุปการวินิจฉัยโรคหลักไม่ถูกต้อง ไม่สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียน แต่มีการสรุปการวินิจฉัยโรครองที่สามารถนำมาเป็นการวินิจฉัยโรค	<ul style="list-style-type: none"> ● “ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเซลล์สควมัสกลองเสียง มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องเหนื่อยใจลำบาก ๒ สัปดาห์ ใส่งล้องหลอดลมคัดเนื้อส่งตรวจและเจาะคอ แพทย์ต้องสรุปให้การวินิจฉัยหลักเป็นมะเร็งกลองเสียง



ตารางที่ ๑(ต่อ) รหัสความผิดพลาดในการสรุปการวินิจฉัยและหัตถการการประเมินทสรุป

รหัส	ความหมาย	ตัวอย่าง
	หลักที่ถูกต้องได้	และให้การสรุปว่าการอุดกั้นทางหายใจบางส่วนเป็นการวินิจฉัยอื่น แทนที่จะสรุปการวินิจฉัยหลักว่าการอุดกั้นทางหายใจบางส่วน และให้มะเร็งกล่องเสียงเป็นการวินิจฉัยอื่น”
๓b	การจัดลำดับไม่ถูกต้องกับการวินิจฉัยหลักถูกต้อง	
๓c	สรุปการวินิจฉัยโรคหลักและโรครองถูกต้องทั้งคู่ แต่สลับที่กัน	
	การจัดลำดับไม่ถูกต้องอื่นๆ	
	สรุปการวินิจฉัยโรคหลัก ไม่ถูกต้องแต่สามารถนำวินิจฉัยโรคหลักไปเป็นการวินิจฉัยอื่นได้	
๔	การวินิจฉัยโรครอง ไม่ถูกต้อง	
	สรุปการวินิจฉัยโรครอง ไม่ถูกต้อง	
๔a	ขาดการวินิจฉัยโรครอง	● “ผู้ป่วยเป็นมะเร็งหลอดอาหารกระจายไปตับควรสรุปไว้ด้วยแต่แพทย์ไม่สรุปและ ผู้ใส่รหัสไม่ได้ให้รหัสเพิ่มเติมเข้าไป”
	ไม่สรุปการวินิจฉัยโรครอง / สรุปไม่ครบ	
๔b	การวินิจฉัยโรครอง ไม่ถูกต้อง	
	สรุปการวินิจฉัยโรครอง ไม่ถูกต้อง	
๔c	การวินิจฉัยโรครองไม่จำเพาะ	● “ผู้ป่วยมีภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลันจากท่อไตตายเน่าเฉียบพลัน แต่แพทย์สรุปว่าเป็น ภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลันเฉยๆ”
	สรุปการวินิจฉัยโรครองไม่เฉพาะเจาะจง ไม่ละเอียด ทั้งที่มีข้อมูลที่สามารถสรุป ให้ละเอียดและเฉพาะเจาะจงได้	● “ภาวะความดันโลหิตต่ำแทนที่จะเป็นภาวะช็อกหลังบาดเจ็บ
๔d	การวินิจฉัยโรครอง ไม่สมควร	
	สรุปการวินิจฉัยโรครองมากเกินไปหรือไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน	
๔d๑	สรุปการวินิจฉัยโรครองมากเกินไปโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน	
๔d๒	สรุปการวินิจฉัยโรครองมากเกินไปหลักการสรุปเวชระเบียน	
๕	การผ่าตัดไม่ถูกต้อง	
	สรุปการผ่าตัดไม่ถูกต้อง รวมถึงหัตถการ ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG หรือการเบิกจ่ายชดเชย	
๕a	ไม่มีสรุปการผ่าตัด	
	ไม่สรุปการผ่าตัด/หัตถการ และ/หรือ สรุปไม่ครบ	
๕b	การผ่าตัดไม่เฉพาะ	
	สรุปการผ่าตัด/หัตถการ ไม่ถูกต้อง	
	สรุปการผ่าตัดไม่จำเพาะ	
๕c	สรุปการผ่าตัด/หัตถการไม่เฉพาะเจาะจง ไม่ละเอียด ทั้งที่มีข้อมูลที่สามารถสรุป ให้ละเอียดและเฉพาะเจาะจงได้	● “ทำการซ่อมหลอดเลือดแดง ๒ เส้น (๑๖.๐๕) แต่แพทย์สรุปว่าการซ่อมหลอดเลือดแดงเฉยๆ (๑๖.๐๕)”
๖	สรุปการผ่าตัดไม่สมควร	
	สรุปว่ามีการทำผ่าตัดแต่ไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน	
๗	เอกสารไม่สมบูรณ์	
๗a	เอกสารอ่านไม่ออก ลายมือไม่ชัด เขียนไม่ชัด	
๗b	การใช้ศัพท์กำกวม/รับไม่ได้	
	สรุปโรคกำกวม ใช้คำย่อที่ไม่เป็นที่รู้จักหรือแพร่หลายโดยทั่วไป	
๗c	ไม่มีการสรุปเวชระเบียน	
๘	เอกสารลึกลับ	
	ข้อมูลจาก ๒ แหล่งไม่สอดคล้อง/ขัดแย้งกัน ซึ่งอาจทำให้ การวินิจฉัย หรือ หัตถการ ของแพทย์และผู้ตรวจสอบต่างกัน	
๙	ปัญหาอื่น ซึ่งอาจทำให้ การวินิจฉัย หรือ หัตถการ ของแพทย์และผู้ตรวจสอบต่างกัน	

ตารางที่ ๒ การใส่รหัสการวินิจฉัยและหัตถการผิดพลาด

รหัส	ความหมาย	ตัวอย่าง
o	ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการ	
๑	ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการ ให้รหัสการวินิจฉัยโรคหลักไม่ถูกต้อง	<ul style="list-style-type: none"> “ผู้ป่วยเป็นมะเร็งกล่องเสียงเซลล์สความัส มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องเหนื่อยหายใจลำบาก ๒ สัปดาห์ ไอกล่องเสียงคัดเนื้อส่งตรวจและเจาะคอใส่ท่อ แพทย์สรุปให้มะเร็งกล่องเสียงเป็นการวินิจฉัยหลัก พนักงานรหัสจึงใส่รหัส J๘๘.๘ ภาวะกรมหายใจจำเพาะอื่น (ทางหายใจอุดกั้น) ตามที่แพทย์สรุป”
๑a	แพทย์สรุปรหัสการวินิจฉัยโรคหลักถูก แต่ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการให้รหัสผิด	
๑b	แพทย์สรุปรหัสการวินิจฉัยโรคหลักผิด และผู้ให้รหัสของหน่วยบริการให้รหัสผิดไม่ตรงกับที่แพทย์สรุป	
๒	ผู้ให้รหัสให้รหัสการวินิจฉัยโรครองไม่ถูกต้อง	<ul style="list-style-type: none"> “ผู้ป่วยเป็นมะเร็งไส้ตรง มารับสารเคมีบำบัดชุดที่ ๘ ต้องได้รหัสการวินิจฉัยอื่น เป็น Z๕๑.๑ ภาวะสารเคมีบำบัดมะเร็ง แต่เจ้าหน้าที่รหัสใส่รหัสเป็น Z๕๑.๒ การให้สารเคมีบำบัดอื่น-สารเคมีบำบัดบำรุง NOS ซึ่งไม่ถูกต้อง”
๒a	แพทย์สรุปการวินิจฉัยโรครองถูก แต่ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการให้รหัสผิด	
๒b	แพทย์สรุปการวินิจฉัยโรครองผิด และผู้ให้รหัสของหน่วยบริการให้รหัสผิดไม่ตรงกับที่แพทย์สรุป	
๓	ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการให้รหัสการวินิจฉัยโรครองและรหัสการผ่าตัด/หัตถการเพิ่มเติมให้ไม่ถูกต้อง	
๓a	รหัสการวินิจฉัยโรครองทุติยภูมิที่ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการใส่เพิ่มให้ไม่ถูกต้อง	
๓b	รหัสการผ่าตัด/หัตถการที่ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการใส่เพิ่มให้ไม่ถูกต้อง	
๔	รหัสหาย	
๔a	ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการไม่ใส่รหัสหรือใส่รหัสไม่ครบทั้งที่มีการสรุปในสรุปจำหน่าย รหัสการวินิจฉัยปฐมภูมิหาย ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการไม่ใส่รหัสการวินิจฉัยโรคหลักทั้งที่มีการสรุปในสรุปจำหน่าย	
๔b	รหัสการวินิจฉัยทุติยภูมิหาย ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการไม่ใส่รหัสการวินิจฉัยโรครองหรือใส่ไม่ครบทั้งที่มีการสรุป ในสรุปจำหน่าย	
๔c	รหัสวิธีการหาย ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการไม่ใส่รหัสการผ่าตัด/หัตถการหรือใส่ไม่ครบทั้งที่มีการสรุป ในสรุปจำหน่าย	
๕	การจัดลำดับไม่ถูกต้อง ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการให้รหัสการวินิจฉัยโรคหลักและรหัสการวินิจฉัยโรครอง สลับที่ไม่ตรงลำดับตามที่แพทย์สรุป ทำให้รหัสการวินิจฉัยโรคหลักผิดไม่ตรงกับผู้ตรวจสอบ	
๖	การใส่รหัสไม่ถูกต้อง ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการให้รหัสการผ่าตัด/หัตถการไม่ถูกต้อง	



ตารางที่ ๒ (ต่อ)

รหัส	ความหมาย	ตัวอย่าง
๖a	การสรุปการผ่าตัดถูกต้องแต่ใส่รหัสไม่ถูกต้อง	
	แพทย์สรุปการผ่าตัด/หัตถการที่มีรายละเอียดครบถ้วนแต่ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการให้รหัสผิดพลาด	
๖b	การสรุปการผ่าตัดผิดและใส่รหัสผิด	
	แพทย์สรุปการผ่าตัด/หัตถการผิดและผู้ให้รหัสของหน่วยบริการให้รหัสผิดไม่ตรงกับที่แพทย์สรุป (SA=๕b, ๕c,๖)	
๗	การใส่รหัสไม่ตรงกันเนื่องจากการสรุปไม่ตรงกัน	
๗a	การให้รหัสของผู้ตรวจสอบและผู้ให้รหัสของหน่วยบริการต่างกัน เนื่องจากผู้ให้รหัสของหน่วยบริการ ให้รหัสตามการสรุปของแพทย์ที่ไม่ตรงกับผู้ตรวจสอบ	<ul style="list-style-type: none"> “ผู้ป่วยเป็น มะเร็งเซลล์สควมเซลล์เสียง มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องเหนื่อยหายใจลำบาก ๒ สัปดาห์ ใส่กล้องกล้องเสียงตัดเนื้อส่งตรวจและเจาะคอ.แพทย์สรุปใส่รหัสให้มะเร็งกล่องเสียงเป็นการวินิจฉัยหลัก จึงให้รหัส J๕๘.๘ ภาวะการหายใจจำเพาะอื่น (ทางหายใจอุดกั้น) ตามที่แพทย์สรุป”
๗a๑	รหัสการวินิจฉัยโรคหลักของผู้ตรวจสอบและผู้ให้รหัสของหน่วยบริการต่างกัน	
๗a๒	รหัสการวินิจฉัยโรครองของผู้ตรวจสอบและผู้ให้รหัสของหน่วยบริการต่างกัน	
๗a๖	รหัสการผ่าตัด/หัตถการของผู้ตรวจสอบและผู้ให้รหัสของหน่วยบริการต่างกัน	
๗b	แพทย์สรุปรหัสการวินิจฉัยโรครองไม่ครบ (SA=๔a) แต่ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการไม่ได้เพิ่มรหัสให้	
๗c	แพทย์สรุปรหัสการผ่าตัด/หัตถการไม่ครบ (SA=๕a) แต่ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการไม่ได้เพิ่มรหัสให้	
๘	การตัดแปลงรหัสถูกต้องหรือจัดลำดับถูกต้องหรือเติมรหัสถูกต้อง	
๘a	แพทย์สรุปรหัสการวินิจฉัยโรคหลักหรือโรครองในสรุปจำหน่ายไม่ถูกต้อง แต่ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการแก้ไขให้รหัสได้ถูกต้อง	<ul style="list-style-type: none"> “ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมีแผลที่ขา แผลที่กัน แพทย์สรุปทั้งสองแผลอยู่ในบันทึกเดียวกัน ผู้ใส่รหัส ได้ให้รหัส E๑๑๕ แผลเบาหวานได้ถูกต้อง” “กรณีภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลัน (N๑๑.๕) ได้แก้ไขเป็นภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลันเหตุท่อไตตายเน่าเฉียบพลัน (N๑๑.๐)”
๘b	แพทย์สรุปรหัสการวินิจฉัยโรคหลักหรือโรครองในสรุปจำหน่าย ไม่ถูกต้องตำแหน่ง (SA=๑a,๑b) แต่ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการแก้ไขให้รหัสได้ถูกต้อง	
๘c	แพทย์สรุปรหัสการวินิจฉัยโรครองในสรุปจำหน่ายไม่ครบ (SA=๔a) แต่ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการเพิ่มเติมรหัสได้ครบ	
๘d	แพทย์สรุปรหัสการผ่าตัด/หัตถการในสรุปจำหน่ายไม่ถูกต้อง (SA=๕b,๕c,๖) แต่ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการแก้ไขให้รหัสได้ถูกต้อง	
๘e	แพทย์สรุปรหัสการผ่าตัด/หัตถการในสรุปจำหน่าย ไม่ครบ แต่ผู้ให้รหัสของหน่วยบริการเพิ่มเติมรหัสได้ครบ	
	การใส่รหัสอื่นไม่ถูกต้อง	
๙	ปัญหาอื่น ซึ่งอาจทำให้รหัสของผู้ให้รหัสของหน่วยบริการและผู้ตรวจสอบต่างกัน	

การให้รหัสและการบันทึกที่รหัสลงในคอมพิวเตอร์ โดยเปรียบเทียบกับสรุปจำหน่าย (ตารางที่ ๒).

ขั้นตอนการตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ

๑. การเลือกหน่วยบริการ

กระบวนการตรวจสอบจะดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคมของทุกปี โดยสำนักตรวจสอบฯ จะวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในทุกรายที่มีการจ่ายชดเชยในระบบ DRG ซึ่งมีเงื่อนไขในการเลือกหน่วยบริการ คือ

๑.๑ หน่วยบริการที่มีอัตราการเบิกสูงสุด ๑๐๐ อันดับแรก โดยนำข้อมูลการจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในมาประมวลผลและเรียงลำดับตามจำนวนรายการ และ/หรือ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามจำนวนวันนอนแล้ว (Adjusted Relative Weight; Adjusted RW).

๑.๒ หน่วยบริการที่มีข้อมูล "ผิดปกติ" จำนวนมากตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- การรักษาไม่สอดคล้องกับระดับหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กแต่มีการลงรหัสการผ่าตัดใหญ่.
- รหัสโรคและรหัสเหตุการณ์ ไม่สอดคล้องกับหลักการมาตรฐาน.
- โรคหรือภาวะที่ควรให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก แต่กลับให้การรักษาแบบผู้ป่วยใน.
- ปริมาณการเบิกสูงกว่าค่าเฉลี่ยของหน่วยบริการในระดับเดียวกัน.
- ปริมาณข้อมูลที่มีค่า RW ตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น DRG ค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งมี RW มากกว่า ๔.

๒. การเลือกเวชระเบียน มี ๒ วิธี คือ

๒.๑ การสุ่มตรวจทั่วไป เป็นการสุ่มเวชระเบียนตามหลักสถิติ เพื่อให้ได้จำนวนเวชระเบียนประมาณร้อยละ ๑-๕ ของข้อมูลที่จ่ายชดเชยค่าบริการ. ทั้งนี้ จำนวนเวชระเบียนที่สุ่มต้องไม่น้อยกว่า ๓๐ ฉบับต่อหน่วยบริการ.

๒.๒ การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งจำนวนเวชระเบียนที่เลือก ขึ้นอยู่กับขนาดของหน่วยบริการ และจำนวนผู้ตรวจสอบที่ไปปฏิบัติหน้าที่. ทั้งนี้ ต้องไม่น้อยกว่า ๔๐ ฉบับ

ต่อหน่วยบริการ การเลือกเวชระเบียนมีเงื่อนไขดังนี้

- ข้อมูลที่มี RW มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ แต่มีวันนอนน้อยกว่า ๓ วัน และมีสถานภาพเมื่อออกจากโรงพยาบาลเป็น "หาย".
- ข้อมูลที่มี RW น้อยกว่า ๕ แต่มีวันนอนมากกว่า ๑๐ วัน หรือมากกว่าค่าเฉลี่ยวันนอนของกลุ่ม DRG เดียวกันเกิน ๒ เท่า.
- ข้อมูลที่มีรหัสเหตุการณ์เกี่ยวกับการเจาะคอ แต่มีวันนอนน้อยกว่า ๓ วัน และมีสถานภาพเมื่อออกจากโรงพยาบาลเป็น "หาย".
- ข้อมูลที่มีรหัสเหตุการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดในโรคหัวใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับระดับโรงพยาบาล.
- ข้อมูลที่มีรหัสการผ่าตัดตมอง แต่มีวันนอนน้อยกว่า ๓ วัน และสถานภาพเมื่อออกจากโรงพยาบาลเป็น "ทุเลา".
- ข้อมูลที่มีการล้างไต แต่มีวันนอนน้อยกว่า ๕ วัน.
- ข้อมูลกลุ่ม DRG ที่มีจำนวนข้อมูลมากจนผิดสังเกต.
- ข้อมูลที่มีค่า Adjusted RW ไม่สอดคล้องกับค่าใช้จ่าย.
- ข้อมูลที่เข้าได้กับหลักเกณฑ์ในข้อ ๑.๒.
- เงื่อนไขอื่นๆ ที่สงสัยว่าน่าจะมีคามผิดปกติจากการวิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายชดเชย.
- เงื่อนไขตามที่กำหนดโดยผู้บริหารหรือสปสช. ส่วนกลาง.

๓. การตรวจสอบเวชระเบียน

ทีมผู้ตรวจสอบจะดำเนินการขออนุมัติต่อเลขาธิการหรือผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบฯ หรือ ผู้อำนวยการสปสช. สาขาเขตพื้นที่ เพื่อไปตรวจสอบ ณ หน่วยบริการ ซึ่งจะแจ้งหน่วยบริการล่วงหน้าอย่างน้อย ๕ วันทำการ หรือ ขอเวชระเบียนจากหน่วยบริการมาตรวจสอบ ณ สถานที่ที่กำหนด ซึ่งจะแจ้งหน่วยบริการก่อนการตรวจสอบ ๓๐ วัน.

กรณีที่ต้องการขอสำเนาเวชระเบียนมาตรวจสอบเป็นจำนวน



มาก จะใช้เวลาอย่างน้อย ๒ วัน ขึ้นอยู่กับจำนวนเวชระเบียน และจำนวนผู้ตรวจสอบ โดยเฉลี่ยแต่ละทีมจะตรวจเวชระเบียน ๕๐ ฉบับใน ๑ วัน. ส่วนการตรวจสอบ ณ หน่วยบริการ จะใช้เวลาอย่างน้อย ๑ วันทำการ โดยเฉลี่ยผู้ตรวจสอบแต่ละคนสามารถตรวจได้ ๑๐ ฉบับใน ๑ วัน และมีจะรายงานผลการตรวจสอบเบื้องต้นให้แก่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการทราบ ในกรณีนี้ที่หน่วยบริการต้องการทราบผลเบื้องต้น.

๔. การสรุปและรายงานผลการตรวจสอบ

ทีมผู้ตรวจสอบ จะบันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียนลงในฐานข้อมูล ประมวลผลการจัดกลุ่ม DRG ใหม่ แล้วจัดทำรายงานผลการตรวจสอบพร้อมเหตุผลและข้อเสนอแนะ ส่งให้หน่วยบริการ ภายใน ๑๕ วัน หลังการตรวจสอบ.

๕. การพิจารณารายงานผลการตรวจสอบ

ในกรณีที่เห็นด้วยกับผลการตรวจสอบเวชระเบียน หน่วยบริการจะทำหนังสือแจ้งยอมรับผลการตรวจสอบ และยินยอมให้สปสช. ดำเนินการแก้ไขข้อมูลตามผลการตรวจสอบเวชระเบียนต่อไป. แต่หากหน่วยบริการไม่เห็นด้วย ให้ทำหนังสือแจ้งขออุทธรณ์ผลการตรวจสอบเวชระเบียน, รายละเอียดการทักท้วง, สำเนาเวชระเบียน และเอกสารหลักฐานอื่นๆที่จำเป็น ส่งไปยังสำนักตรวจสอบฯ หรือ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ ภายใน ๓๐ วันหลังได้รับรายงานผลการตรวจสอบ. หากพ้นกำหนดถือว่าหน่วยบริการยอมรับผลการตรวจสอบในครั้งนั้น.

๖. การพิจารณาอุทธรณ์ผลการตรวจสอบ

หลังจากได้รับหนังสือแจ้งการอุทธรณ์จากหน่วยบริการ จะมีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสาร โดยหากไม่ถูกต้องจะแจ้งให้หน่วยบริการทราบพร้อมขอเอกสารเพิ่มเติม. แต่หากครบถ้วน จะส่งเอกสารทั้งหมดไปยังผู้ตรวจสอบเวชระเบียนฉบับนั้นเพื่อเริ่มกระบวนการพิจารณาอุทธรณ์ดังนี้

- การพิจารณาอุทธรณ์ ครั้งที่ ๑ โดยผู้ตรวจสอบเวชระเบียนฉบับที่อ้างถึง ซึ่งจะทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้หน่วยบริการทราบภายใน ๑๕ วัน หลังได้รับเอกสารต่างๆ ครบถ้วน. โดยหากหน่วยบริการไม่เห็นด้วย สามารถขออุทธรณ์ครั้งที่ ๒ ได้ ภายใน ๑๕ วัน หลังได้รับรายงานผลการ

พิจารณาอุทธรณ์.

- การพิจารณาอุทธรณ์ ครั้งที่ ๒ โดยผู้ตรวจสอบเวชระเบียนฉบับที่อ้างถึง ร่วมกับผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบฯ และ/หรือ ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ของสำนักตรวจสอบฯ ซึ่งจะมีการประสานงานกับหน่วยบริการเพิ่มเติม เพื่อระบุให้ชัดเจนถึงประเด็นที่เห็นไม่สอดคล้องกัน เมื่อเสร็จสิ้น จะทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้หน่วยบริการทราบภายใน ๑๕ วัน หลังได้รับเอกสารต่างๆ ครบถ้วน. โดยหากหน่วยบริการไม่เห็นด้วย สามารถขออุทธรณ์ครั้งที่ ๓ ได้ ภายใน ๑๕ วัน หลังได้รับรายงานผลการพิจารณาอุทธรณ์.

- การพิจารณาอุทธรณ์ ครั้งที่ ๓ โดยการปรึกษากับราชวิทยาลัยแพทย์ที่เกี่ยวข้อง. ทั้งนี้จะมีการกำหนดวันจัดส่งผลการพิจารณาของราชวิทยาลัยแพทย์ ซึ่งหากราชวิทยาลัยแพทย์ไม่แจ้งผลการพิจารณาตามเวลาที่กำหนด จะถือว่าผลการพิจารณาอุทธรณ์ ครั้งที่ ๒ เป็นที่สิ้นสุด.

๗. การสรุปผลการตรวจสอบ

ทีมผู้ตรวจสอบจัดทำรายงานสรุปผลการตรวจสอบเวชระเบียน และฐานข้อมูลผลการตรวจสอบ ส่งให้สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ เพื่อดำเนินการเรียกเงินคืน/จ่ายเงินเพิ่มต่อไป

ผลการตรวจสอบประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๐

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ ได้ตรวจสอบเวชระเบียนทั้งหมด ๕๗,๗๒๘ ฉบับ จาก ๙๓๑ หน่วยบริการใน ๗๕ จังหวัด ยกเว้นกรุงเทพมหานคร, แบ่งเป็นภาคเหนือ ๒๑๔ แห่ง, ภาคใต้ ๑๕๙ แห่ง, ภาคกลาง ๖๑ แห่ง, ภาคตะวันตก ๖๑ แห่ง, ภาคตะวันออก ๗๕ แห่ง, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๓๑๕ แห่ง และปริมณฑล ๔๖ แห่ง.

ผลการศึกษาแสดงว่าการประเมินทสรูปมีความถูกต้องเพียงร้อยละ ๕๗.๖๓ ซึ่งความผิดพลาดที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ การสรุปการวินิจฉัยโรคยังไม่ถูกต้องร้อยละ ๒๘.๔๐, ซึ่งส่วนใหญ่เนื่องจากไม่มีการสรุปเลย แสดงให้เห็นว่าการวินิจฉัยโรคยังไม่ได้รับความสำคัญน้อยกว่าโรคหลัก. แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าร้อยละ ๑๗.๔๘ ของเวชระเบียน มีการ

สรุปการวินิจฉัยโรคหลักผิดพลาด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการสรุปการวินิจฉัยโรคหลักที่ไม่ตรงกับข้อมูลที่มีในเวชระเบียนหรือมีจะนั้นก็สรุปแบบไม่เฉพาะเจาะจงเพียงพอ (แผนภูมิที่ ๑).

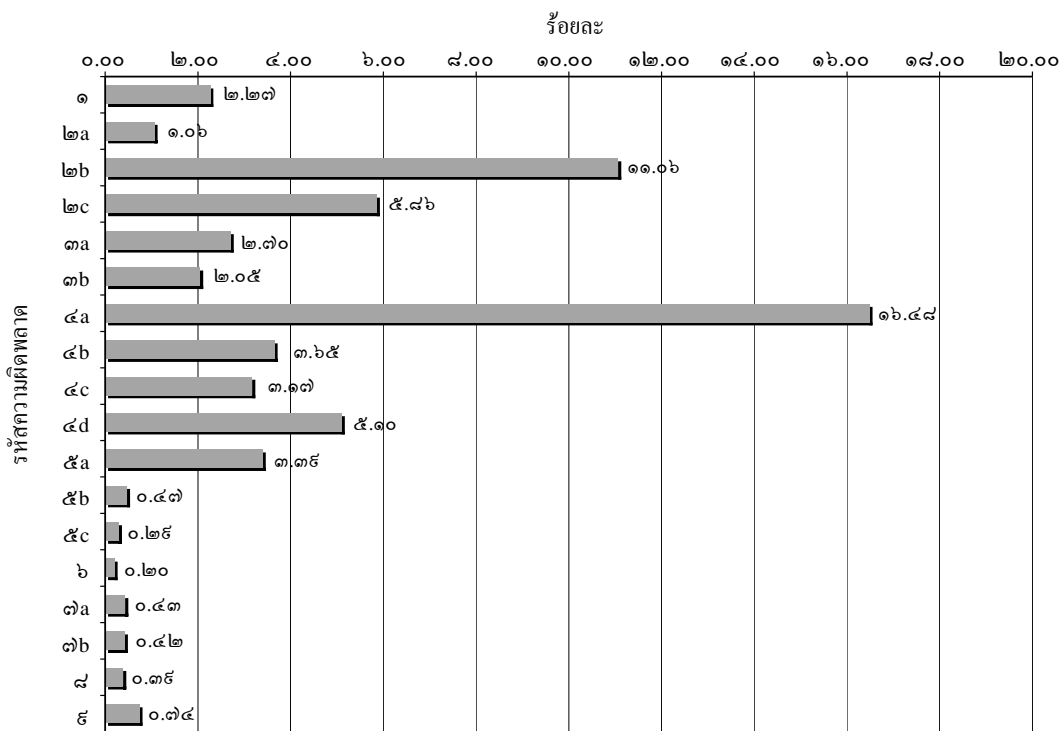
การประเมินการให้รหัสมีความถูกต้องเพียงร้อยละ ๔๙.๑๑. ความผิดพลาดที่พบบ่อยที่สุด คือความเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ให้รหัสของหน่วยบริการและผู้ตรวจสอบร้อยละ ๑๗.๘๕. ความผิดพลาดที่พบบรองลงมาคือการให้รหัสการวินิจฉัยโรคหลักไม่ถูกต้องร้อยละ ๑๔.๔๙. แต่ที่น่าสนใจคือความผิดพลาดที่เกิดจากการสรุปของแพทย์ร้อยละ ๒๐.๔๑ (รหัสความผิดพลาด ๗b, ๗c, ๘a-๘e) มิได้รับการแก้ไขโดยผู้ให้รหัสของหน่วยบริการ.

ตัวอย่างความผิดพลาดและเหตุผลประกอบที่พบจากการตรวจสอบเวชระเบียน ได้แสดงไว้ในสแตมภ์สุดท้ายของตารางที่ ๑ และ ๒.

วิจารณ์

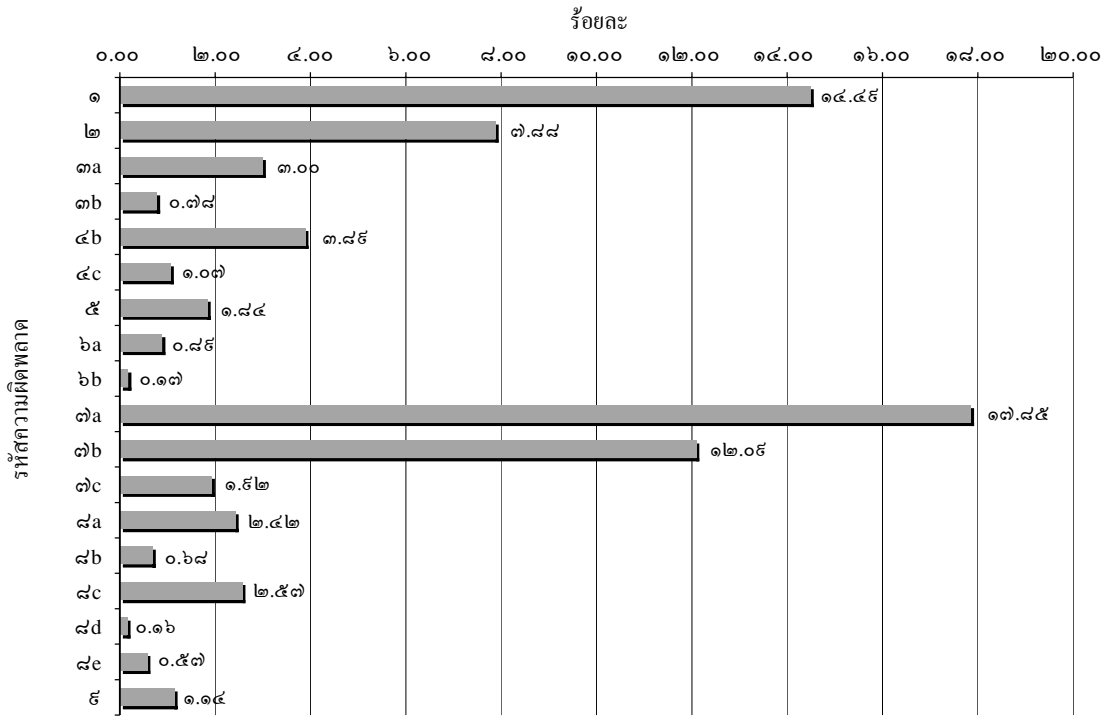
การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคของสำนักตรวจสอบฯ เป็นกลวิธีสำคัญที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพของการจัดกลุ่ม DRG ซึ่งมีผลต่อการจัดสรรงบประมาณเพื่อจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในให้แก่หน่วยบริการต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและเป็นธรรม. บทความนี้ได้นำเสนอขั้นตอนหลักของกระบวนการตรวจสอบฯ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการให้รหัสโรคของหน่วยบริการต่าง ๆ. นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบในครั้งล่าสุด สะท้อนให้เห็นว่าการสรุปโดยแพทย์และการให้รหัสโดยเจ้าหน้าที่ให้รหัสการวินิจฉัยและหัตถการยังมีความถูกต้องต่ำกว่าที่ควรจะเป็นอยู่มาก.

ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย^(๓) ที่ได้ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยในจาก ๒๑ จังหวัดนำร่องโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่าโปรแกรมจัดกลุ่มสามารถค้นพบและรายงานความผิด



หมายเหตุ ผลรวมมีค่ามากกว่าร้อยละ ๑๐๐ เนื่องจากเวชระเบียนบางฉบับ มีความผิดพลาดมากกว่า ๑ ชนิด

แผนภูมิที่ ๑ การสรุปการวินิจฉัยและหัตถการผิดพลาด ปีงบประมาณ ๒๕๕๑



หมายเหตุ ผลรวมมีค่ามากกว่าร้อยละ ๑๐๐ เนื่องจากเวชระเบียนบางฉบับ มีความผิดพลาดมากกว่า ๑ ชนิด

แผนภูมิที่ ๒ การให้รหัสการวินิจฉัยและหัตถการผิดพลาด ปีงบประมาณ ๒๕๕๑

พลาดถึงร้อยละ ๘ จากข้อมูลผู้ป่วย ๔.๑ ล้านราย โดยโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ผิดพลาดมากที่สุดถึงร้อยละ ๑๓ ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไป ผิดพลาดน้อยที่สุดเพียงร้อยละ ๔ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้น มีความแตกต่างกันตามประเภทของหน่วยบริการ. ประเด็นที่ควรพิจารณา คือ หน่วยบริการแต่ละแห่ง มีศักยภาพและทรัพยากรที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพการให้รหัสไม่เท่าเทียมกันโดยปัจจัยที่สำคัญคือ ๑. แพทย์ประจำหน่วยบริการ ที่ให้ความร่วมมือในการสรุปการรักษาที่สามารถให้รหัสได้ง่าย และ ๒. เจ้าหน้าที่เวชสถิติไม่เพียงพอ โดยข้อมูลใน พ.ศ. ๒๕๔๔ พบว่าโรงพยาบาลร้อยละ ๖๐ มีเจ้าหน้าที่เวชสถิติทำหน้าที่เป็นผู้ให้รหัส โดยในจำนวนนี้กว่าร้อยละ ๔๖ ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบงานอื่นด้วย ทำให้หน่วยบริการหลายแห่ง ต้องใช้บุคลากรอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่เวชสถิติหรือผู้ที่ไม่เคยได้รับการอบรมในการให้รหัสมาทำหน้าที่แทน. แม้การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อช่วยจัด

กลุ่ม ได้รับการคาดหวังว่าจะทำให้คุณภาพการให้รหัสดีขึ้น แต่จากการศึกษากลับพบว่า หากเจ้าหน้าที่ใช้โปรแกรมช่วยในการให้รหัส จะพบมีความผิดพลาดถึงร้อยละ ๑๐.๔๗ ซึ่งมากกว่าการใช้หนังสืออย่างเดียวที่ผิดพลาดร้อยละ ๕.๑๖. นอกจากนี้ยังมีปัญหาขาดแรงจูงใจในการทำงาน เนื่องจากไม่มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ^(๗).

ปริมาณและศักยภาพของผู้ตรวจสอบ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๓ สำนักตรวจสอบฯ มีแผนที่จะถ่ายโอนงานตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสไปยังสปสข. สาขาเขตพื้นที่ และเน้นตรวจเวชระเบียนของข้อมูลที่มีการเบิกจ่ายมูลค่าสูง หรือ ข้อมูลที่มีลักษณะผิดปกติ. การพัฒนาความชำนาญของผู้ตรวจสอบจึงมีความจำเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ.

คุณภาพของเวชระเบียนมีผลโดยตรงต่อการตรวจสอบความถูกต้องของการให้รหัส สวัสดิ์ อภิวัจน์วงศ์^(๒) ได้ตรวจสอบ

คุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่ามีโรงพยาบาลกว่าร้อยละ ๓๖ ที่ได้คะแนนการประเมินต่ำกว่าร้อยละ ๕๐.

ที่ผ่านมาแม้จะเคยมีข้อเสนอเพื่อการพัฒนาในระดับประเทศ เช่น การผลิตบุคลากรเวชสถิติเพิ่มเติม หรือ การจัดตั้งหน่วยงานกลางเพื่อสนับสนุนด้านวิชาการแก่ผู้ปฏิบัติงาน^(๗) แต่ก็ยังไม่คืบหน้าเท่าที่ควร. หน่วยบริการต่าง ๆ จึงได้พยายามพัฒนาคุณภาพการให้รหัสโรคและหัตถการ ตามความเหมาะสมกับทรัพยากรที่จำกัด. แต่ปัจจุบันยังไม่ทราบว่ามีวิธีการใดมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุดสำหรับหน่วยบริการขนาดต่างๆ สปสช.จึงมีแผนสนับสนุนการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้ทราบว่ามีการกิจกรรมหรือนวัตกรรมพัฒนาคุณภาพการให้รหัสโรคประเภทใดบ้าง ที่หน่วยบริการได้ดำเนินการไปแล้ว ที่สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพของการให้รหัสได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด.

กิตติกรรมประกาศ

คุณรุ่งจิต ลีลังามวงศา ได้สนับสนุนเอกสารประกอบการเขียนบทความ และสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษาได้สนับสนุนทุนการศึกษาชั้นสูงเชิงกลยุทธ์ สาขาบริหารจัดการงานวิจัย แก่ผู้เขียนที่ ๑.

เอกสารอ้างอิง

๑. เขมวรรณ พงสานนท์, กรัณห์รัตน์ ปิยะนันท์จรัสศรี, ทิพวรรณ เลียบสื่อตระกูล, สาธนา ทักศรี, ณัฐพงศ์ บุรพงศ์, ชัชปวิตร เกตุพุก. Effect of audit and feedback on the accuracy of diagnosis summary for gynecological conditions in Songklanagarind Hospital, Songkhla Province, Thailand. จดหมายเหตุมหาวิทยาลัย ๒๕๕๑; ๕๑:๑๔๖-๕๒.
๒. สวัสดิ์ อภิวัจนิงศ์. คุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อใช้ในการจัดทำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมโรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชร พ.ศ.๒๕๔๗. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕;๑๕:๗๓๐-๕.
๓. สุกสิทธิ์ พรธรรุโนทัย. กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม: สถานการณ์และองค์ความรู้ในปี ๒๕๔๔. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕;๑๕:๕๖๕-๘๑.
๔. วณิดา แซ่อึ้ง, บุญรัตน์ วราชิต. การวิเคราะห์ความผิดพลาดของการลงรหัสในการศึกษาการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG). สงขลา: โรงพยาบาลหาดใหญ่; ๒๕๔๐.
๕. ชื่นจิต หาญดำรงศักดิ์, นันทิยา ตันชาอุณห, เกียรติศักดิ์ เจริญสุวรรณ. การวิเคราะห์ความผิดพลาดของการลงรหัสในการศึกษาการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG). พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก; ๒๕๔๐.
๖. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane database of systematic reviews (Online) 2006(2):CD000259.
๗. ไชยศ ประสานวงศ์, สาหรัย เรืองเดช, สันติ โลกเจริญลาภ, วิโรจน์ ชัชศฤงคารสกุล, ชัยวัฒน์ พันธศรี, มะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ. รหัสโรคและรหัสผ่าตัด หัตถการในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๕.