

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การให้บริการด้านสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน ประกอบด้วย กองทุนประกันสุขภาพ สามกองทุนหลัก ประกอบด้วย ระบบสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิกรมบัญชีกลาง และสิทธิกองทุนประกันสังคม ซึ่งทั้งสามกองทุนมีสิทธิครอบคลุมประชากรกว่าหกสิบล้านคน ซึ่งปัจจุบันมีการเบิกจ่ายค่าบริการที่แตกต่างกันออกไปตามแต่ละสิทธิที่จะนำหลักเกณฑ์ต่างๆ มาใช้ในการจ่ายค่าตอบแทนการรักษาแก่หน่วยบริการต่างๆ และปัจจุบันพบว่า การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG : Diagnostic Related Groups) เป็นกลไกหนึ่งที่กองทุนดังกล่าวนำมาใช้เพื่อพัฒนาระบบการจ่ายค่าตอบแทนการรักษาพยาบาลเพื่อความเหมาะสมและเป็นธรรม

เวชระเบียนเป็นการบันทึกทางการแพทย์ที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใช้บันทึกเพื่อการให้บริการทางการแพทย์และสื่อสารการรักษามาตั้งแต่ครั้งอดีต ซึ่งสามารถติดตามประวัติในการใช้เวชระเบียนไปได้ถึงแถบลุ่มแม่น้ำไนล์ในประเทศอียิปต์ ในเขตดินแดนแอฟริกาตอนเหนือ ซึ่งเป็นดินแดนที่เชื่อมต่อระหว่างแอฟริกา ยุโรป และตะวันออกกลาง (สมพร เอกรัตน์, 2534) และได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับ ฮัฟแมน (Huffman) (Huffman, E. 1990) กล่าวถึงประโยชน์ของเวชระเบียนว่า เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ การตรวจสอบคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ประโยชน์ด้านการเงิน การศึกษา การวิจัย และควรมีข้อมูลเพียงพอในการสนับสนุนการวินิจฉัย เหตุผลในการรักษา ผลลัพธ์ของการรักษา ในหลายประเทศไม่ว่าจะเป็นประเทศที่เจริญแล้ว เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ (Corser, W., Sikorskii, A., and Holmes-Rovner, M. 2008.) (Tewary, K., N'Zoaka, S. and Jayatunga, R. 2007.) (Ferrante, F., Ohman-Strickland, P. and Crabtree, B. 2010) หรือในประเทศกำลังพัฒนา เช่น อิหร่าน (Pourasghar, F., Malekafzali, H. and Fors, U. 2008.) ก็ยังพบว่ามีปัญหาด้านความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเช่นกัน สำหรับในประเทศไทยนั้น มีสถาบันการพัฒนและการรับรองคุณภาพ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ, 2549) ได้กำหนดไว้ว่า เวชระเบียนควรมีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัย การประเมินความเหมาะสมในการรักษา เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย มีความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย และเป็นหลักฐานทางกฎหมาย นอกจากนี้ระบบการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาล

ในปัจจุบันยังให้ความสำคัญกับเวชระเบียน โดยจ่ายเงินค่าดูแลรักษาผู้ป่วยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group : DRG) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight : RW) เป็นเกณฑ์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) และทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีการตรวจสอบเวชระเบียนย้อนหลัง เมื่อพบว่าการบันทึกเวชระเบียนที่ไม่สมบูรณ์จะมีการตัดเงินที่จะจ่ายสมทบตามภาระงานให้กับสถานพยาบาล

โรงพยาบาลเอราวัณ ตั้งอยู่ห่างจากจังหวัดเลยเป็นระยะทาง 40 กิโลเมตร เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ให้บริการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิแก่ประชาชนในอำเภอเอราวัณ ในพื้นที่ 4 ตำบล คือ ตำบลผาอินทร์แปลง (ที่ตั้งโรงพยาบาล) ตำบลเอราวัณ ตำบลผาสามยอด และตำบลทรัพย์ไพรวัลย์ ครอบคลุมประชากรประมาณ 38,000 คน และบริเวณใกล้เคียง ได้แก่ อำเภอวังสะพุง และอำเภอผาขาว จังหวัดเลย รวมถึงประชากรในเขตอำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู ได้เริ่มเปิดบริการในปี พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยในเฉลี่ยปีละประมาณ 3,400 ครั้ง เนื่องจากปัจจุบันกองทุนต่างๆ ที่จ่ายค่าตอบแทนการรักษาจะจ่ายค่าตอบแทนในรูปแบบของระบบการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งกลุ่มบุคคลที่มีผลกระทบต่อการให้รหัสโรคในระบบบัญชีจำแนกชื่อโรคระหว่างประเทศ (ICD : International classification of Diseases) คือ กลุ่มแพทย์ที่ให้การรักษานักป่วย แม้ว่าโรงพยาบาลบางแห่งจะมีนักวิชาการสถิติหรือเจ้าพนักงานเวชสถิติที่คอยช่วยเหลือและแนะนำเกี่ยวกับการให้รหัสโรคดังกล่าวแก่แพทย์ผู้ให้การรักษาก็ตาม ก็ยังพบความผิดพลาดและการขาดความรู้ความเข้าใจในการลงรหัสโรคให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์การให้รหัสโรคและระบบการส่งเบิกเวชระเบียน ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลส่งเบิกได้ไม่ถูกต้องและล่าช้ากว่าเกณฑ์ที่กำหนด ส่งผลให้โรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทนการรักษาพยาบาลที่น้อยกว่าความเป็นจริง

จากบริบทของโรงพยาบาลชุมชนนั้น อัตราากำลังแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมักจะได้รับการจัดสรรแพทย์เพิ่มพูนทักษะปีทีหนึ่ง (Intern) ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นเวลาสามเดือน โดยปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ประจำที่ปฏิบัติงานอยู่แล้ว โดยแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนได้ แต่โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถตั้งเกณฑ์ในการเลือกแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานได้เลย ซึ่งจะทำให้ได้แพทย์ที่มีคุณลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างของการบันทึกเวชระเบียน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้การส่งเบิกเวชระเบียนผู้ป่วยในได้ไม่ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยแต่ละกองทุน ผู้ศึกษาจึงได้แนวคิดในการสร้างระบบการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย เพื่อสามารถนำมาประยุกต์ใช้และพัฒนาระบบการตรวจสอบเวชระเบียนให้ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้โรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับค่าใช้จ่ายที่ให้บริการตามกลุ่มโรคที่ควรจะเป็น

จากเอกสารการสรุปการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ณ หน่วยบริการ กรณีเงื่อนไขพิเศษ ประจำปี 2555 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี ซึ่งได้ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียน ณ โรงพยาบาลเอราวัณ อ.เอราวัณ จ.เลย ในวันที่ 4 เดือนเมษายน พ.ศ. 2555 จำนวน 40 ฉบับ มีผลสรุปการตรวจสอบเวชระเบียนดังต่อไปนี้

1.1 ตรวจสอบพบความผิดพลาดที่มีผลต่อการเปลี่ยนกลุ่ม DRG และค่า Adj.RW

จำนวน 28 ฉบับ (ร้อยละ 70.00)

โดยจากความผิดพลาดเบื้องต้นสามารถแยกรายละเอียดพบว่า

- ผิดพลาดจากการสรุปโรคและหัตถการ จำนวน 36 ฉบับ (ร้อยละ 90.00)
- ผิดพลาดจากการให้รหัสโรคและหัตถการ จำนวน 10 ฉบับ (ร้อยละ 25.00)
- ผิดพลาดจากการบันทึกข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ (ร้อยละ 5.00)

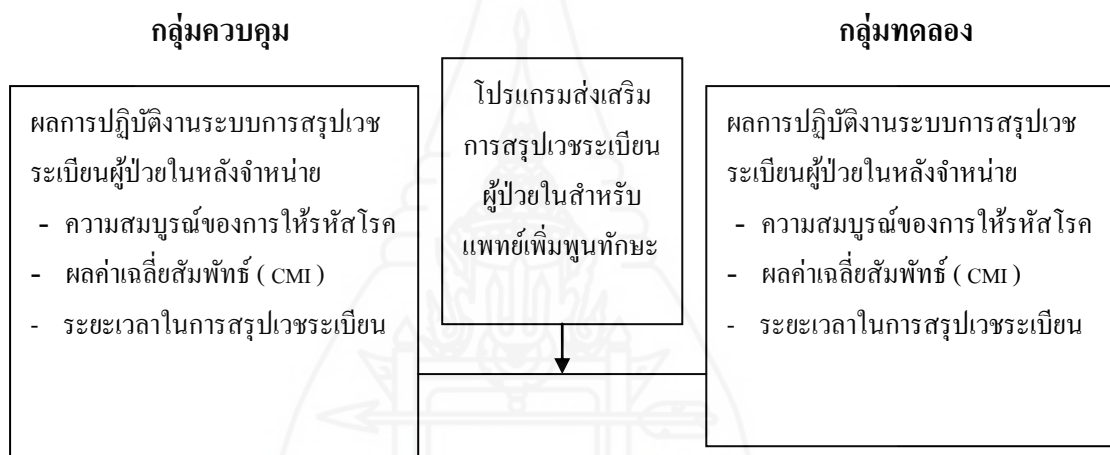
โดยสรุปภาพรวมพบว่ามีค่า Adj. RW เปลี่ยนแปลงถึง 28.9926 RW

จากรายงานดังกล่าวพบว่า ความผิดพลาดจากการตรวจสอบเวชระเบียน ณ หน่วยบริการโรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย จะพบว่าเกิดปัญหาจากการให้สรุปโรคและหัตถการเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพของเวชระเบียนเป็นอย่างมาก และเนื่องจากในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 เป็นต้นมาได้เกิดวิกฤตการณ์การขาดแคลนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเลย และโรงพยาบาลเอราวัณก็เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่เกิดวิกฤตการณ์ขาดแคลนแพทย์เดิมมีกรอบอัตรากำลังอยู่ 4 คน แต่ปัจจุบันมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารในตำแหน่งผู้อำนวยการและมีแพทย์ประจำ 1 คน ทำให้ขาดแพทย์ปฏิบัติงานจำนวน 2 ตำแหน่ง จึงได้รับการจัดสรรแพทย์เพิ่มพูนทักษะมาช่วยหมุนเวียนปฏิบัติงานคนละ 3 เดือน ดังนั้นในระยะเวลาหนึ่งปี ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 จะมีแพทย์เพิ่มพูนทักษะหมุนเวียนมาปฏิบัติงานเป็นจำนวน 8 คน ซึ่งหากไม่ได้มีการวางแผนการปฏิบัติงานที่เหมาะสมแล้ว อาจทำให้ระบบการตรวจสอบเวชระเบียนของโรงพยาบาลเอราวัณไม่สามารถดำเนินการได้ดีตามความเหมาะสมที่จะเป็นจึงเป็นเหตุให้เกิดแนวทางการพัฒนาระบบการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย ในครั้งนี้

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อพัฒนาระบบการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย
- 2.2 เพื่อเปรียบเทียบความถูกต้องในการสรุปการวินิจฉัยเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังการจำหน่ายจากแผนกผู้ป่วยใน ก่อนและหลังการพัฒนา

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

- 4.1 โปรแกรมส่งเสริมการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในสำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะช่วยลดความผิดพลาดของการสรุปเวชระเบียนในระบบบัญชีจำแนกซื้อโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10
- 4.2 โปรแกรมส่งเสริมการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในสำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะช่วยลดระยะเวลาในการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน

5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ กลุ่มงานเวชระเบียน โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย

5.2 ขอบเขตด้านประชากร

กลุ่มประชากร ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาโดยแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 โดยประกอบด้วย

5.2.1 เวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เพิ่มพูนทักษะในเดือนพฤษภาคมและเดือนสิงหาคม จำนวนรวม 383 ฉบับ เป็นกลุ่มควบคุม

5.2.2 เวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เพิ่มพูนทักษะในเดือนกรกฎาคมและเดือนตุลาคม จำนวนรวม 381 ฉบับ เป็นกลุ่มทดลอง

5.3 ระยะเวลาในการพัฒนา ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 31 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 รวมระยะเวลา 6 เดือน

6. ขอบเขตด้านเนื้อหา

6.1 Intervention คือ กระบวนการพัฒนาระบบการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎี ความรู้ ทักษะและการนำไปสู่การปฏิบัติ (Knowledge Attitude and Practice : KAP) ดังนี้

- การวางแผนออกแบบ และการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยใน
- ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้
- การตรวจสอบและติดตามผลการดำเนินการ
- ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องและประเมินผลการดำเนินการ

6.2 ข้อมูลที่ศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

- ผลการปฏิบัติระบบการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยพิจารณาจากผลลัพธ์ ความผิดพลาดและระยะเวลาในการสรุปเวชระเบียน

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 ICD 10 : International statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision หมายถึง บัญชีจำแนกชื่อโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ระบบบัญชีรายชื่อโรคที่จัดกลุ่มโรคโดยใช้รหัสตัวย่อแทนกลุ่มโรค ซึ่งจะประกอบด้วย

7.1.1 รหัสโรคหลัก (*Main condition code*)

7.1.2 รหัสการวินิจฉัยร่วม (*Co-morbidity codes*)

7.1.3 รหัสโรคแทรกซ้อน (*Complication codes*)

7.1.4 รหัสการวินิจฉัยอื่น (*Other diagnosis codes*)

7.1.5 รหัสสาเหตุของการบาดเจ็บ (*External causes of injury*)

7.2 DRG : Diagnostic Related Groups หมายถึง กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมคือการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลและมีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน ในการศึกษานี้จะอ้างอิงถึงการจำแนกกลุ่มโรคที่ใกล้เคียงกันเช่น

A ใช้แทน กลุ่มการติดเชื้อ

C ใช้แทน กลุ่มโรคมะเร็ง

F ใช้แทน กลุ่มโรคทางจิตเวช

J ใช้แทน กลุ่มโรคในระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

7.3 RW : Relative Weights หรือค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ หมายถึง ต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม DRG นั้นเป็นกึ่งเท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่ม DRG น้ำหนักสัมพัทธ์จึงใช้เป็นหน่วยในการคำนวณค่าใช้จ่ายให้แก่โรงพยาบาลโดยตีค่า 1 คะแนน เป็นตัวเงินบาทหรือใช้เป็นหน่วยวัดความซับซ้อนของโรคที่โรงพยาบาลต่างๆ ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยทั้งหมด ซึ่งทั้งสามกองทุนหลักจะมีค่าชดเชยการให้บริการแตกต่างกัน

7.4 AdjRW : Adjust Relative weights หมายถึง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว โดยการใช้สูตรคำนวณจำนวนวันนอนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในคู่มือ Thai DRG ซึ่งจะเป็นค่าที่นำมาคิดน้ำหนักในการจ่ายค่าตอบแทนแก่สถานพยาบาลที่ให้บริการรับการรักษาผู้มีสิทธิการรักษาเป็นผู้ป่วยในเมื่อสิ้นสุดการรักษา

7.5 SumAdjRW : Summary Adjust Relative weights หมายถึง ผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยในทั้งหมด หมายถึง ผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ของผู้ป่วยในทุกราย ทุกสิทธิ์ ในช่วงเวลาที่กำหนด

7.6 CMI : Case Mixed Index หมายถึง คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยในทั้งหมด คำนวณจาก จำนวน ผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยในทั้งหมด หารด้วย จำนวนผู้ป่วยใน อีกทั้ง ปัจจุบันทางกระทรวงสาธารณสุขได้นำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยในทั้งหมด มากำหนดเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าสามารถให้การรักษาโรคได้เหมาะสมกับขนาดของแต่ละโรงพยาบาลเพียงใด ซึ่งจะแยกตามขนาดของโรงพยาบาล

7.7 เวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง บันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วยในระหว่างนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเบื้องต้น ประวัติการรักษา จนถึงการจัดจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

ผลการบันทึกเวชระเบียน

- อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนซึ่งกำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2553 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) โดยการให้คะแนนตามเกณฑ์แล้วนำมาเฉลี่ยแต่ละฉบับ

- ส่วนต่างระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ได้จริงกับที่ควรจะเป็นถ้ามีการบันทึกที่สมบูรณ์ ได้มาจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมตรวจสอบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ โดยนำค่าที่ควรจะเป็นถ้ามีการบันทึกที่สมบูรณ์จากการปรับปรุงโดยเจ้าหน้าที่เวชสถิติ ลบด้วยค่าที่ได้จริง

- อัตราการสรุปโรคและหัตถการถูกต้อง (Summary assessment) คือ การตรวจสอบความถูกต้องของแบบฟอร์มสำหรับสรุปการรักษาก่อนจำหน่ายผู้ป่วยใน (Discharge Summary) ว่าถูกต้องตรงกับความจริงหรือไม่ แยกเป็นถูกต้อง (SA 0) และผิดพลาด (SA 1-9) จากนั้นคำนวณออกมาเป็นร้อยละ เปรียบเทียบกับเวชระเบียนทั้งหมด

7.8 KAP (Knowledge, Attitude and Practice) หมายถึง ทฤษฎีที่ว่าด้วยแรงการเรียนรู้ทัศนคติและการยอมรับสู่การปฏิบัติ

7.9 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับระบบการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในของแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย เป็นระยะเวลา 3 เดือน

7.10 ทัศนคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึกของแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่มีต่อระบบการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน ทั้งความรู้สึกลงในเชิงบวกและเชิงลบที่มีต่อสิ่งต่างๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ประสบการณ์และเป็นตัวกระตุ้นให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะแสดงพฤติกรรมหรือแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นๆ ซึ่งอาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้

7.11 การยอมรับปฏิบัติ (Practice) หมายถึง เมื่อแพทย์เพิ่มพูนทักษะได้รับข้อมูลข่าวสารก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ก็จะไปมีผลให้เกิดทัศนคติ และขั้นตอนสุดท้าย คือ การก่อให้เกิดการกระทำ

7.12 แพทย์เพิ่มพูนทักษะ (Intern) หมายถึง ผู้ที่จบหลักสูตรปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิต ที่ได้รับการจัดสรรให้ฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นเวลาสามเดือน ตามหลักสูตรการเพิ่มพูนทักษะ (ในที่นี้หมายถึง แพทย์เพิ่มพูนทักษะที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย)

8. ประโยชน์ที่ได้รับ

8.1 โปรแกรมส่งเสริมการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในสำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย มีความสมบูรณ์และลดความผิดพลาดในการสรุปการวินิจฉัยโรคหลังจำหน่าย เพื่อประโยชน์ในการเรียกเก็บค่าชดเชยการให้บริการรักษาจากแต่ละกองทุนได้เหมาะสม

8.2 ผลการปฏิบัติงานการสรุปการวินิจฉัยโรคเวชระเบียนผู้ป่วยในมีผลปฏิบัติงานที่ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

