

การปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในกับการเบิกชดเชยค่าบริการ
ทางการแพทย์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง

พิรุฬห์พร แสนแพง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สถิติประยุกต์)
คณะสถิติประยุกต์
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

2555


การปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในกับการเบิกชดเชยค่าบริการ
ทางการแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง


พิรุฬห์พร แสนแพง

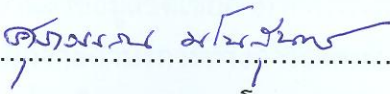
คณะสถิติประยุกต์


รองศาสตราจารย์  ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ดร. เตือนเพ็ญ ชีววรรณวิวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สถิติประยุกต์)

รองศาสตราจารย์  ประธานกรรมการ
(ดร. พาสิตชนัด ศิริพานิช)

รองศาสตราจารย์  กรรมการ
(ดร. เตือนเพ็ญ ชีววรรณวิวัฒน์)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์  กรรมการ
(ดร. สุภวรรณ มโนสุนทร)

รองศาสตราจารย์  รักษาราชการแทนคณบดี
(ดร. ระวีวรรณ เอื้อพันธ์วิริยะกุล)

ตุลาคม 2555

บทคัดย่อ

ชื่อวิทยานิพนธ์	การปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง
ชื่อผู้เขียน	นางสาวพิรุฬห์พร แสนแพง
ชื่อปริญญา	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สถิติประยุกต์)
ปีการศึกษา	2555

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาแรงจูงใจและความรู้ในการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบงานเวชระเบียน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล จาก แพทย์ เจ้าพนักงานเวชสถิติ และเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาอันได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตารางไขว้ (Crosstab)

ผลการศึกษาในส่วนของแรงจูงใจและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของแพทย์ให้ความสำคัญกับการสรุปคำวินิจฉัยในระดับมาก โดยแพทย์ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อภาระงาน คือ งานตรวจรักษา งานสรุปคำวินิจฉัย งานสอนนักศึกษาแพทย์ และงานบริหาร ตามลำดับ ร้อยละ 80 ของเจ้าพนักงานเวชสถิติให้ความสำคัญในการให้รหัสโรค-รหัสผ่าตัดและหัตถการ ในระดับมากที่สุด และมีค่าตอบแทน เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้รหัสโรค-รหัสผ่าตัด และหัตถการ ส่วนเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ ร้อยละ 60 ให้ความสำคัญในการส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระดับมาก และเห็นว่าการปฏิบัติงานส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เป็นหน้าที่ที่ต้องทำ

สำหรับความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์นั้นแพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก พบว่าข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ หากทำการสรุปคำวินิจฉัยล่าช้า จะทำให้มีผลกระทบต่อรายรับของโรงพยาบาล แต่ก็ยังมีแพทย์จำนวนไม่น้อยที่เข้าใจผิดว่าผู้ป่วยสิทธิทันสังกัด ต้องส่งข้อมูลเบิกชดเชยภายใน 45 วัน ซึ่งในความเป็นจริงต้องส่งข้อมูลให้ทันภายใน 30 วันหลังผู้ป่วยจำหน่าย เจ้าพนักงานเวชสถิติ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทุกข้อ ส่วนเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในระดับมาก อย่างไรก็ตามก็ตีกลุ่มที่มีความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์มากที่สุดคือ เจ้าพนักงานเวชสถิติ รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ

ABSTRACT

Title of Thesis	Operation on Medical Records of In-Patient and the Request of Money for the Compensation of Medical Services: Case Study of Bangkok Metropolitan Administration General Hospital
Author	Miss Piroonporn Sanpang
Degree	Master of Science (Applied Statistics)
Year	2012

The objective of this research is to study the motivation and knowledge in the operation on medical records in relation with the request of money for the compensation of medical services. This is for finding the guidelines in developing the operational system of medical records. The research uses questionnaires in collecting the data from doctors, officials of medical statistics, and officials of health insurance center. The collected data is analysis by using the descriptive statistics which are frequency distribution, percentage, standard deviation, and Crosstab.

According to the study on motivation and importance given to the operation on medical records of in-patients, it is found that about 60% of doctors pay attention to the summary of diagnosis in the high level. Most doctors pay attention to the tasks in diagnosing, summarizing the diagnosis, teaching medical students, and administrating, respectively. 80% of officials of medical statistics pay attention to give the disease code-operation code, and surgery in the highest level and the remuneration is the motivation in the operation of giving the disease code-operation code, and surgery. 60% of officials of health insurance center pay attention to send the data compensating for the medical service charges in the high level. They also consider the task in sending the data compensating for the medical service charges is the duty.

Regarding the knowledge on the request of money for the compensation of medical services, most doctors have knowledge in the high level. It is found that the item receiving most correct is that if the summary of diagnosis is conducted in delay, it will affect the hospital income. However, there are some doctors misunderstanding that

(5)

patients with the rights of original affiliation must send the data compensating for the medical service charges within 45 days. In fact, the data must be sent within 30 days after the patients check out. Most officials of medical statistics have knowledge in all items of money requested for the compensation of medical services. Regarding the officials of health insurance center, most of them have knowledge in the money requested for the compensation of medical services in the high level. However, the group with the most knowledge in money requested for the compensation of medical services is the group of medical statistics officials and the less is the group of officials of health insurance center.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่อง การปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง สำเร็จลุล่วงได้ดีเนื่องจากผู้วิจัยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากรองศาสตราจารย์ ดร.เดือนเพ็ญ ธีรวรรณวิวัฒน์ ผู้ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา ข้อชี้แนะ ข้อคิดเห็น รวมทั้งตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง อันเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ในทุกขั้นตอน

ขอกราบขอบพระคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์รองศาสตราจารย์ ดร.พาชิตชนัด ศิริพานิช และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ พิจารณา และตรวจสอบวิทยานิพนธ์ให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะสถิติประยุกต์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนการสอนที่มีค่ายิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์รัฐเวทย์ มีกุล แพทย์หญิงจุฬารัตน์ จตุปาริสุทธิ์ ที่กรุณาตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา ให้คำแนะนำในการปรับปรุงแบบสอบถามที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ชูวิทย์ ประดิษฐ์บาทูภา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลางที่ให้ความกรุณาอนุญาต สนับสนุนและส่งเสริมในทุกๆ เรื่องที่ทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ด้วยดีเสมอมา

ขอขอบคุณ พอลล่าและเพื่อนๆ ปริญญาโทสาขาการวิจัยเพื่อการบริหารและการจัดการ ภาคพิเศษ รุ่น 3 ทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือเกื้อกูล ขอขอบคุณพี่หญิง น้องมีก(แก้มแดง) น้องดา น้องเหมียว น้องหญิง พี่-น้องเวชสถิติ พี่หนอย พี่ไอ้ น้องหยก ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลกลาง ที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด

ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณพ่อชูศักดิ์ แม่เพลินใจ แสนแพง และน้องสาวสุดที่รัก ศศิญาณ์ย์น แสนแพง ผู้ดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจและเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยมีมานะ อดทน อดกลั้น ให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ

พิรุฬห์พร แสนแพง

ตุลาคม 2555

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
ABSTRACT	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
สารบัญตาราง	(9)
สารบัญภาพ	(11)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	2
1.3 ขอบเขตการศึกษา	2
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
2.1 ระบบงานสารสนเทศโรงพยาบาล	4
2.2 ความหมายและความสำคัญของเวชระเบียน	9
2.3 ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางป้องกันการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัด และหัตถการ	16
2.4 หลักเกณฑ์การจัดทำข้อมูลการให้บริการ การขอรับค่าใช้จ่าย และการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2554	20
2.5 การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และนำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2550	25
2.6 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์	30
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	33
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	36
3.1 ประชากรที่ศึกษา	36
3.2 นิยามปฏิบัติการ	37
3.3 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	38

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	40
3.5 ข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล	42
3.6 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	42
บทที่ 4 ผลการวิจัย	43
4.1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	45
4.2 แรงจูงใจและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน	46
4.3 ความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์	58
4.4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ	64
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	66
5.1 สรุปผลการศึกษา	66
5.2 อภิปรายผล	67
5.3 ข้อเสนอแนะ	69
บรรณานุกรม	71
ภาคผนวก	73
ภาคผนวก ก คู่มือการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลกลาง	74
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	94
ภาคผนวก ค จดหมายขอความอนุเคราะห์ข้อมูล	95
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	98
ประวัติผู้เขียน	113

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 จำนวนประชากรจำแนกตามลักษณะงาน	36
3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาและการวัด	38
3.3 ระดับความคิดเห็นและระดับค่าคะแนน	41
3.4 เกณฑ์ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น	41
4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	45
4.2 การทำงานของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามลักษณะงาน	45
4.3 แรงจูงใจ และระดับของการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน	46
4.4 การให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในของแพทย์	48
4.5 การให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในของเจ้าพนักงานเวชสถิติ	48
4.6 การให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในของเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ	48
4.7 เวลาที่ใช้ในการสรุประเบียนผู้ป่วยในของแพทย์	49
4.8 การสรุประเบียนผู้ป่วยในของแพทย์ กรณีไปประชุม ลาพักผ่อน ลากิจติดต่อกันเกิน 1 สัปดาห์	49
4.9 ความคิดเห็นของแพทย์ต่อการสรุประเบียนผู้ป่วยในล่าช้า	50
4.10 ความคิดเห็นของแพทย์ต่อภาระงานการสรุประเบียนผู้ป่วยใน	50
4.11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ 51 ส่งผลต่อการปฏิบัติงานการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ	
4.12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ 53 ส่งผลต่อการปฏิบัติงานการส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์	
4.13 จำนวนและร้อยละของเวชระเบียนผู้ป่วยในสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการพยาบาลที่ส่งทันและล่าช้าโดยจำแนกเป็นรายเดือน	54
4.14 จำนวนวันเฉลี่ยในการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยจำแนกตามอาชีพ	56
4.15 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในของแพทย์	57

4.16	ระยะเวลาในการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัด นับตั้งแต่รับเวชระเบียน ผู้ป่วยในมาทำงานเวชระเบียน	58
4.17	ระยะเวลาในการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยในปรึกษาแพทย์โดยจำแนก ตามเวลาที่ใช้	58
4.18	ระดับความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์	59
4.19	ระดับความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ (รายข้อ)	59
4.20	คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของแพทย์	61
4.21	คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ของเจ้าพนักงานเวชสถิติ	62
4.22	คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ของเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ	63

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
4.1 ร้อยละของข้อมูลที่ส่งเบิกทันตามกำหนดในช่วงระหว่าง มกราคม 2552 ถึง กันยายน 2554	55

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เวชระเบียนที่มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นหัวใจสำคัญในการจัดระบบข้อมูลสุขภาพ ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ กลวิธีและมาตรฐานสู่ระบบสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ได้เร่งพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการด้าน การรักษา ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ คัดกรองผู้บริโภคและวิชาการด้านสาธารณสุข พร้อมทั้ง พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อบริหารจัดการระบบสาธารณสุข ในการรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์และ สาธารณสุขอย่างเป็นสากล องค์การอนามัยโลกได้จัดทำบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Disease : ICD) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือหลักในการจำแนกโรค รวมทั้งสาเหตุการบาดเจ็บและสาเหตุการตาย สำหรับประเทศไทยเริ่มใช้บัญชีจำแนกโรค ระหว่างประเทศเมื่อ พ.ศ.2493 โดยเริ่มใช้ในสถิติการตายของประเทศ ต่อมาใช้ในการจัดทำ สถิติการเจ็บป่วย และปัจจุบันหน่วยงานสาธารณสุขยังได้นำกลไกการจ่ายเงินหรือจัดสรร งบประมาณในการรักษาพยาบาลในส่วนของผู้ป่วยใน ด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) โดยโรงพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าชดเชยค่าบริการทาง การแพทย์ในรูปแบบของการให้รหัสโรคตามระบบของ ICD

เวชระเบียนเป็นเอกสารทางการแพทย์ ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมประวัติและข้อมูล ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (แสงเทียน อยู่เถา, 2551) เวชระเบียนที่ได้รับการบันทึกข้อมูลโดยแพทย์ และสหวิชาชีพที่ร่วมรักษาอย่างครบถ้วนจะเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญในการจัดระบบข้อมูล สุขภาพและสารสนเทศของโรงพยาบาล รวมไปถึงใช้เป็นข้อมูลในการขอรับค่าชดเชยบริการทาง การแพทย์จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคม เนื่องจากปัจจุบันผู้รับบริการไม่ได้จ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลโดยตรง แต่เป็นการจ่ายผ่าน ตัวแทน (กองทุนหรือ Third Parties) โดยตัวแทนเหล่านั้นจะขอข้อมูลการให้บริการค่าบริการ เป็นแอดัม โดยใช้กลไกกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นตัวกลางในการคำนวณแอดัม (สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553: 1) ซึ่งกระบวนการในการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการจะมี เจ้าพนักงานเวชสถิติ(Coder) เป็นผู้ให้รหัส

จากที่ผ่านมามีพบว่าข้อมูลเวชระเบียนยังขาดความสมบูรณ์ซึ่งมีปัญหามาจากหลายสาเหตุ หน่วยงานเวชระเบียนเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเวชระเบียนเพื่อให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ แต่จากที่ผ่านมามีพบว่าในระบบงานยังมีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานตั้งแต่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียน ดังที่ กนธี สังขวาลี (2551: 3) ได้กล่าวถึงการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ ว่ามีแพทย์จำนวนไม่น้อยที่มองข้ามความสำคัญของการบันทึกเวชระเบียน แพทย์หลายท่านบันทึกเวชระเบียนอย่างห้วนๆ หรือใช้ลายมือที่อ่านยากจนถึงอ่านไม่ออก รวมถึงปัญหาของระบบงานเวชระเบียนเองด้วย

ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญในการให้บริการผู้ป่วย เวชระเบียนผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่มีการบันทึกการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแพทย์สามารถที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนรักษาผู้ป่วย ตลอดจนเป็นข้อมูลในการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ เพื่อขอรับค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ หากเวชระเบียนที่บันทึกไม่มีความสมบูรณ์ ไม่มีคุณภาพก็จะส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ ในการที่จะได้รับการรักษายาบาล เพราะถ้าแพทย์ผู้รักษาได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ก็อาจทำให้การวางแผนการรักษาทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ รวมถึงส่งผลกระทบต่อข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการให้รหัสโรคและรหัสผ่าตัด ซึ่งอาจมีผลทำให้โรงพยาบาลสูญเสียรายได้จากการขอรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น การศึกษานี้จึงสนใจที่จะทำการศึกษาแรงจูงใจและการให้ความสำคัญกับงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับงานเวชระเบียนผู้ป่วยในของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับเรื่องดังกล่าวนี้ยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษามาก่อนเพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงและเป็นแนวทางพัฒนาการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในต่อไปในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาแรงจูงใจ การให้ความสำคัญ และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ แพทย์ เจ้าพนักงานเวชสถิติ และเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ

1.3 ขอบเขตการศึกษา

1. การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลบุคลากร 3 กลุ่มที่ทำงานประสานกัน เกี่ยวกับงานเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อขอรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ อันได้แก่ แพทย์ เจ้าพนักงานเวชสถิติ และเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลกลาง ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยบุคลากรที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียนผู้ป่วยในมาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

2. ศึกษาการปฏิบัติงานเวชระเบียนเฉพาะในส่วนของผู้ป่วยใน เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนผู้ป่วยใน โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จึงไม่ได้ศึกษาในส่วนของผู้ป่วยนอก เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรเป็นเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อประชากรที่ลงทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการ

3. การศึกษาที่ใช้ข้อมูลทั้งจากแหล่งปฐมภูมิและทุติยภูมิ ในส่วนของข้อมูลแหล่งปฐมภูมิ ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม 2554 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2555 และข้อมูลทุติยภูมิได้ทำการศึกษาข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยข้อมูลที่ศึกษาอยู่ในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม – ตุลาคม 2554

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อขอรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่อง การปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหาสาระสำคัญ ดังนี้

- 2.1 ระบบงานสารสนเทศโรงพยาบาล
- 2.2 ความหมายและความสำคัญของเวชระเบียน
- 2.3 ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางป้องกันในการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ
- 2.4 หลักเกณฑ์การจัดทำข้อมูลการให้บริการ การขอรับค่าใช้จ่าย และการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2554
- 2.5 การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2550
- 2.6 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ระบบงานสารสนเทศโรงพยาบาล

รูปแบบของการบริหารจัดการในโรงพยาบาลในปัจจุบัน เริ่มมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น จากเดิมที่มีการบริหารมักจะไม่จำเป็นต้องใช้ข้อมูลมาประกอบการดำเนินงานหรือการตัดสินใจ ข้อมูลต่างๆ ที่เก็บรวบรวมก็ยังมีจำนวนไม่มากนัก การประมวลผลเพื่อจัดทำรายงานต่างๆ จึงไม่ยากลำบาก เมื่อมีการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในโรงพยาบาลในระยะแรก การใช้งานยังมีลักษณะประมวลผลแบบ Batch processing ลักษณะของรายงานที่พิมพ์ออกมายังไม่สลับซับซ้อน ลักษณะการใช้งานไม่ได้เน้นในส่วนของการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย (Front end) ส่วนใหญ่เป็นการใช้งานในส่วนของงานบริหารทางด้านการเงิน บุคคล งานพัสดุต่างๆ (Back end) การใช้งานบริการผู้ป่วยในลักษณะ online อย่างที่ใช้ในปัจจุบันยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ไม่มีการบันทึกข้อมูลมากมายเหมือนอย่างในปัจจุบัน เมื่อเวลาผ่านไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีการแข่งขันกันในการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน มีการนำรูปแบบของการประกันสังคม ประกันสุขภาพ และสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อย มาใช้โดยภาครัฐ ตลอดจนแนวคิดใหม่ๆ ที่จะผลักดันให้สถานบริการและโรงพยาบาลต่างๆ ทั้ง

ภาครัฐและเอกชน ให้เป็นเครือข่ายประกันสุขภาพที่มีระบบการประกันสุขภาพเหมาจ่ายต่อคน ต่อปีโดยมีเงื่อนไขที่คุณภาพของบริการที่ให้กับผู้ป่วยจะต้องได้มาตรฐานที่ดีใกล้เคียงกัน มีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเพื่อการรักษาต่อ และสามารถคิดค่าใช้จ่ายระหว่างโรงพยาบาลต่างๆได้ จากกระแสการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ทำให้การบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลมีความสลับซับซ้อนมากขึ้นจากเดิม ระบบข้อมูลเดิมที่มีอยู่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการ และความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จำเป็นต้องเอาเทคโนโลยีสารสนเทศและองค์ประกอบของระบบงานสารสนเทศโรงพยาบาล และขอบเขตความต้องการใช้งานของระบบงานสารสนเทศโรงพยาบาลมาใช้ (วิภา จีระแพทย์, 2544: 48)

2.1.1 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เป็นองค์กรที่มีหน้าที่ให้การรับรองโรงพยาบาล คือการรับรองว่า โรงพยาบาลมีการจัดระบบงานที่ดี เอื้อต่อการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้มีคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและมีการตรวจสอบตนเองอย่างสม่ำเสมอ ในมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากร เช่น คน สถานที่ เครื่องมือ จะเน้นหนักในเรื่องการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรเหล่านั้น เพื่อให้มีทรัพยากรที่มีคุณภาพและพร้อมที่จะใช้งานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าที่จะดูเฉพาะปริมาณของทรัพยากรเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้โดยพิจารณาความสมดุลของความจำเป็นด้านคุณภาพและขีดจำกัดของโรงพยาบาลแต่ละแห่งควบคู่กันไป โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้กำหนดแบบประเมินตนเองระดับโรงพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาลระบบสารสนเทศโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา : บุคลากรภาพรวมระดับโรงพยาบาล ดังนี้

2.1.1.1 IM.1 การวางแผนและออกแบบระบบ

มีการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้

- 1) มีการวางแผนการใช้สารสนเทศ (IM. 1.1) สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ การบริการ การศึกษาหรือการวิจัย
- 2) มีการออกแบบระบบสารสนเทศให้สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนในข้อ IM 1.1 (IM. 1.2)
- 3) มีการออกแบบระบบสารสนเทศโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (IM. 1.3)
- 4) บุคคลที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและการออกแบบระบบสารสนเทศ (IM. 1.4) ประกอบด้วย คณะทำงานเฉพาะกิจและคณะกรรมการเวชระเบียน

5) มีการจัดทำและทบทวนแผนบริหารระบบสารสนเทศ (IM. 1.5) ประกอบด้วยมาตรฐานข้อมูล มาตรฐานเทคโนโลยี ขั้นตอนการดำเนินงานตามลำดับ เกณฑ์ในการเลือกเก็บข้อมูล ระยะเวลา และวิธีการในการเก็บข้อมูล มีเกณฑ์ในการปรับแก้ข้อมูลให้ทันสมัยและเป็นจริงอยู่เสมอ การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลและการรักษาความลับของข้อมูล

2.1.1.2 IM.2 การดำเนินงานระบบสารสนเทศ

มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ

1) มีการเชื่อมโยงข้อมูล/สารสนเทศจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อประสิทธิภาพของการกระจายข้อมูล/สารสนเทศ หรือเพื่อลดความขัดแย้งกันของข้อมูลอันเกิดขึ้นจากความหลากหลายของฐานข้อมูล (IM. 2.1)

2) มีการสังเคราะห์ แปลผลข้อมูล/สารสนเทศ เพื่อประโยชน์ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ และการรายงานต่อส่วนราชการ (IM. 2.2) ประกอบด้วย ลักษณะการเสียชีวิตที่พบบ่อยในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตรายโรค/หัตถการ หรือกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มมารดาที่มาคลอดบุตร และผู้ป่วยผ่าตัด ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในโรงพยาบาล และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรายโรค/หัตถการ หรือกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ และการกลับมารับบริการซ้ำโดยไม่ได้วางแผน เช่น การนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ การเข้ารับผ่าตัดซ้ำภายใน 2 วัน ต้นทุนรายโรค/หัตถการ และกลุ่มผู้ป่วยซึ่งสามารถคัดเลือกผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้ และวันนอนโรงพยาบาลรายโรค/หัตถการ หรือกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ ซึ่งสามารถคัดเลือกผู้ป่วยที่มีวันนอนโรงพยาบาลนานกว่าที่ควรมาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้

3) มีการกระจายข้อมูลและสารสนเทศที่เหมาะสมแก่ผู้ใช้ได้อย่างถูกต้องทันเวลา โดยมีรูปแบบและวิธีการที่เป็นมาตรฐานและง่ายต่อการใช้ (IM. 2.3)

4) มีการสนับสนุนทางเทคนิค โดยให้คำปรึกษา และ/หรือให้ความรู้/ฝึกอบรมแก่ผู้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศตามความเหมาะสม (IM. 2.4)

2.1.1.3 IM.3 บริการเวชระเบียน

1) มีระบบดัชนีและระบบการจัดเก็บซึ่งเอื้อต่อการค้นหาเวชระเบียนได้อย่างรวดเร็ว ทันความต้องการของผู้ใช้ (IM. 3.1)

2) มีบริการค้นหาเวชระเบียนตลอด 24 ชั่วโมง (IM. 3.2)

3) เวชระเบียนผู้ป่วยในทุกฉบับได้รับการบันทึกที่รหัสและทำดัชนีภายในเวลาที่กำหนดไว้ (IM. 3.3)

4) มีระบบบันทึกเพื่อให้สามารถสืบหาเวชระเบียนที่ถูกยืมออกไปจากหน่วยงานได้ (IM. 3.4)

2.1.2 ข้อมูลเฉพาะระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

2.1.2.1 โปรดระบุเป้าหมายของการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพได้อย่างไร จะช่วยในการติดตามระดับคุณภาพหรือปัญหาคุณภาพอย่างไร

2.1.2.2 โรงพยาบาลมีแนวทางในการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลอย่างไร

2.1.2.3 โปรดอธิบายแนวทางปฏิบัติในการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยดูแลและใช้เวชระเบียนของตนเอง

2.1.2.4 โปรดระบุรายการข้อมูลของผู้ป่วยในที่มีการเก็บไว้ในระบบสารสนเทศ การนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ และการใช้ประโยชน์จากผลการวิเคราะห์

2.1.2.5 กลุ่มโรคและหัตถการที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยและวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรกคืออะไร

2.1.2.6 สารสนเทศที่ต้องรายงานให้ผู้บริหารเป็นประจำหรือสารสนเทศที่ผู้บริหารเรียกใช้บ่อยๆ มีอะไรบ้าง

2.1.2.7 โปรดยกตัวอย่างกรณีที่ผู้บริหารระดับสูงใช้สารสนเทศเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ

2.1.2.8 ผู้บริหารได้ดำเนินการอย่างไรเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์

2.1.2.9 เจ้าหน้าที่ในหน่วยเวชระเบียนมีส่วนในการเพิ่มความสมบูรณ์ถูกต้องของบันทึกเวชระเบียนอย่างไร

2.1.3 ตรวจสอบลำดับขั้นของการพัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล

2.1.3.1 การวางแผนและออกแบบระบบ (IM.1)

- 1) มุ่งตอบสนองความต้องการด้านบริหาร
- 2) มีข้อ (1) และเพื่อความสะดวกและคล่องตัวในการให้บริการผู้ป่วย
- 3) มีข้อ (2) และเพื่อการประเมิน/พัฒนาคุณภาพ มีคณะกรรมการเวชระเบียนซึ่งทำหน้าที่สมบูรณ์ มีมาตรฐานและแนวทางการบริหารระบบสารสนเทศครบถ้วน
- 4) มีข้อ (3) และมีคณะกรรมการสารสนเทศโรงพยาบาลดูแลภาพรวมของระบบสารสนเทศทั้งหมด
- 5) เป็นระบบสารสนเทศที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสมควรเป็นแบบอย่าง

2.1.3.2 การเชื่อมโยง สังเคราะห์ กระจายข้อมูล/สารสนเทศ (IM2)

- 1) มีการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อประโยชน์ต่อการบริหารและการรายงานต่อส่วนราชการ

2) มีข้อ (1) และการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพในบางประเด็น

3) มีข้อ (2) และการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพครบถ้วนทุกประเด็น มีการกระจายข้อมูลถูกต้อง ทันเวลา ง่ายต่อการใช้ มีการฝึกอบรมและให้คำปรึกษาแก่ผู้ใช้ระบบสารสนเทศ

4) มีข้อ (3) และมีการเชื่อมโยงข้อมูล/สารสนเทศจากแหล่งต่างๆ เพื่อประสิทธิภาพลดความผิดพลาด

5) เป็นระบบสารสนเทศที่มีการเชื่อมโยงและสังเคราะห์ข้อมูล/สารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ สมควรเป็นแบบอย่าง

2.1.3.3 บริการเวชระเบียน (IM.3)

การออกแบบระบบสารสนเทศ : การวิเคราะห์ความต้องการใช้ การกำหนดประเภทข้อมูลนำเข้า วิธีการบันทึกข้อมูล วิธีการประมวลผล วิธีการเคลื่อนย้ายข้อมูลและสารสนเทศ วิธีการรายงานข้อมูลและสารสนเทศ

บทบาทของคณะกรรมการเวชระเบียน : กำหนดมาตรฐานและนโยบายเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วย พิจารณาแบบฟอร์มที่ใช้ กำหนดแนวทางปฏิบัติงานที่เหมาะสม ทบทวนคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนและการบันทึกรหัส

แผนบริหารระบบสารสนเทศ : ประกอบด้วยมาตรฐานข้อมูล มาตรฐานเทคโนโลยี ขั้นตอนการดำเนินงานตามลำดับ เกณฑ์ในการเลือกเก็บข้อมูล/ระยะเวลาและวิธีการในการเก็บข้อมูล เกณฑ์การปรับแก้ข้อมูลให้ทันสมัยและเป็นจริง การรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล

มาตรฐานข้อมูล : ชุดข้อมูลขั้นต่ำที่จะจัดเก็บ คำจำกัดความของข้อมูล การใช้รหัส การจัดกลุ่มคำศัพท์ รูปแบบในการจัดเก็บข้อมูล

ชุดข้อมูลขั้นต่ำ : สำหรับผู้ป่วยที่รับไว้ในนอนในโรงพยาบาล ควรประกอบด้วยข้อมูลจำเพาะของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อน หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ สถานภาพจำหน่าย ค่าบริการแยกตามประเภทบริการ

การสังเคราะห์ข้อมูล/สารสนเทศ : การนำเข้าข้อมูลต่างแหล่งต่างประเภทมาประมวลผลใหม่เพื่อให้ได้สารสนเทศที่มีความหมายมากขึ้น เช่น ต้นทุนรายโรค ต้นทุนตามกลุ่มผู้ป่วย อัตราการเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ วันนอนโรงพยาบาลรายกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ

1) ค้นหาเวชระเบียนได้เฉพาะในเวลาทำการ

2) ค้นหาเวชระเบียนได้รวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง สามารถสืบหาเวชระเบียนที่ถูกยืมได้

- 3) มีข้อ (2) และมีมาตรการป้องกันการสูญหายที่รัดกุม มีการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล มีการบันทึกรหัสและดัชนีเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกราย
- 4) มีข้อ (3) มีระบบช่วยให้แพทย์สรุปเวชระเบียนได้สมบูรณ์ภายในกำหนดเวลา มีระบบทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก
- 5) มีข้อ (4) และมีนวัตกรรมช่วยให้มีการบันทึกเวชระเบียนได้สมบูรณ์ครบถ้วนและมีการสกัดข้อมูลจากเวชระเบียนไปใช้ในการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (สุกัญญา ประจุกสิลา, 2550: 98)

2.2 ความหมายและความสำคัญของเวชระเบียน

เวชระเบียน (อังกฤษ : Medical Record) หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภทที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย ทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติแพ้ยา เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผลหรือพลิกศพ ผลการบันทึกค่าทั้งที่เป็นตัวเลข ตัวอักษร รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นใด จากอุปกรณ์ เครื่องมือในสถานบริการสาธารณสุขหรือเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใดๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ เอกสารอื่นๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเอกสารอื่นใดที่ทางองค์การอนามัยโลก หรือสถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าเป็นเอกสารทางเวชระเบียน หมายรวมถึงชื่อของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสารดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรค การจัดทำรายงานทางการแพทย์ การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย การนำมาเพื่อการศึกษาวิจัย หรือการอื่นใดตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record-EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นในปัจจุบัน (แสงเทียน อยู่เถา, 2551)

2.2.1 บันทึกเวชระเบียนคือหัวใจของการให้รหัส

การให้รหัสการวินิจฉัยและหัตถการเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และผู้มารับบริการทางการแพทย์มากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อถูกนำมาใช้โดยกองทุนที่รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง หรือแม้แต่บริษัทประกันภัยต่างๆ

รหัสทั้งของการวินิจฉัย การผ่าตัด และหัตถการล้วนได้มาจากข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน ดังนั้นถ้าต้องการให้รหัสได้อย่างถูกต้อง สิ่งแรกที่โรงพยาบาลพึงกระทำคือต้องทำให้การบันทึกเวชระเบียนถูกต้องสมบูรณ์เสียก่อน ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลในเวชระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วน ละเอียดและทันสมัย จะนำมาซึ่งรหัสที่ถูกต้องและมีคุณภาพ เพราะรหัสได้มาจากการ “วิเคราะห์” ข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน ที่ต้องเน้นคำว่า “วิเคราะห์” เพราะแพทย์จำนวนมากยังเข้าใจผิดว่ารหัสได้จากการแปลชื่อโรคที่แพทย์บันทึก แพทย์บางท่านถึงกับเอ่ยปากขอรหัสโรคที่พบบ่อย

รหัสการวินิจฉัยโรคในระบบ ICD ไม่ได้เป็นไปในแบบ “หนึ่งรหัสต่อหนึ่งโรค” เสมอไป บางรหัสครอบคลุมหลายโรค และบางครั้งโรคเดียวกันก็ได้หลายรหัส ขึ้นกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ผู้ให้รหัสจำเป็นต้องศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลหลายด้านประกอบกัน ทั้งข้อมูลของตัวผู้ป่วยเองและข้อมูลของโรคที่เป็น ข้อมูลเหล่านี้ได้มาจากบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพ แต่น่าเสียดายที่แพทย์จำนวนมากไม่น้อยมองข้ามความสำคัญของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน แพทย์บางท่านเห็นว่าการบันทึกเวชระเบียนเป็นการเพิ่มภาระงานโดยไม่จำเป็น ทั้งที่ปัญหาน้อยใหญ่ที่พบในเวชระเบียนมักเกิดจากแพทย์เป็นส่วนใหญ่ แพทย์หลายท่านบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนอย่างเสียไม่ได้ บันทึกอย่างห้วนๆ หรือใช้ลายมือที่ไม่มีใครอ่านออกแม้แต่ตัวท่านเอง บ่อยครั้งที่สะกดผิดอย่างน่าขำหน้า ทำให้ผู้ให้รหัสไม่สามารถค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากในเวชระเบียนได้ ครั้นจะสอบถามแพทย์ผู้เขียนก็ไม่รู้จะถามใคร เพราะท่านลงนามด้วยลายเซ็นที่ไม่มีใครอ่านออกเช่นกัน สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นการขาดความสนใจ ความจริงจัง และความเอาใจใส่ของแพทย์ รวมทั้งความด้อยประสิทธิภาพของระบบแพทยศาสตร์ศึกษาในประเทศไทย (กนธิ์ สังขวาสิ, 2551: 1)

2.2.2 ICD-10

ICD-10 ย่อมาจาก International Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision หรือศัพท์ภาษาไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขเรียกว่า บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 เป็นระบบที่มีองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วนดังนี้

1. ระบบการจัดหมวดหมู่ของโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่พบในมนุษย์
2. ระบบรหัสโรคและรหัสปัญหาสุขภาพ

ระบบการจัดหมวดหมู่ของโรคใช้หลักการของ Nosology หรือศาสตร์แห่งการจัดหมวดหมู่โรค ในการจับกลุ่มโรคที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมาอยู่ในหมวดหมู่เดียวกัน ส่วนระบบรหัสโรคและรหัสปัญหาสุขภาพใช้ การกำหนดรหัสเป็นสัญลักษณ์แทนโรคหรือปัญหาทางสุขภาพ

2.2.2.1 ลักษณะของ ICD-10

รหัส ICD-10 เป็นรหัสตัวอักษรผสมตัวเลข (Alphanumeric code) โดยรหัสแต่ละตัวจะขึ้นต้นด้วยตัวอักษรภาษาอังกฤษ A-Z แล้วตามด้วยตัวเลขอารบิก 0-9 อีก 2 ถึง 4 ตัว จึงเป็นรหัสที่มีความยาว 3,4 หรือ 5 อักขระ (Character) สำหรับ ICD

ตัวอย่างรหัส ICD-10 ได้แก่

I10	เป็นรหัสแทนโรค	Hypertension
J18.9	เป็นรหัสแทนโรค	Pneumonia
M00.91	เป็นรหัสแทนโรค	Pyogenic Arthritis at shoulder

เราจะสังเกตเห็นได้ว่าในรหัส ICD-10 ที่มีความยาว 4 หรือ 5 อักขระ จะมีเครื่องหมายจุด (.) คั่นกลางระหว่างรหัสตำแหน่งที่ 3 กับรหัสตำแหน่งที่ 4 ทำให้อ่านได้ง่ายขึ้น

2.2.2.2 ประวัติความเป็นมาของ ICD-10

แนวคิดในการจัดกลุ่มโรคเป็นหมวดหมู่เริ่มพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ในราว ค.ศ. 1785 หรือปี พ.ศ. 2328 โดยเริ่มจากผลงานของ De Lacroix ที่อิงแนวคิดของ Linneus ในการจัดกลุ่มสิ่งมีชีวิต ต่อมา William Farr ชาวอังกฤษและ D'espine ชาวสวิส ได้ทดลองจัดกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายเปรียบเทียบกัน จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1990 หรือ ปี พ.ศ. 2443 Bertillon ชาวฝรั่งเศส ได้เสนอแนวคิดการจัดกลุ่มโรคเพื่อใช้ร่วมกันในระดับนานาชาติโดยเริ่มจากประเทศในยุโรป 16 ประเทศ ซึ่งผลงานของ Bertillon นี้ อาจถือเป็นกำเนิดของ International Classification of Disease ฉบับแรก (ICD-1)

ที่ประชุมที่พิจารณาผลงานของ Bertillon ในคราวนั้น ได้ยอมรับหลักการในการจัดทำมาตรฐานการจัดกลุ่มโรคร่วมกันในระดับนานาชาติ ถือว่าเป็นจุดกำเนิดของ ICD-1 และที่ประชุมยังได้วางแนวทางการปรับปรุงแก้ไข รายการจำแนกโรคดังกล่าวทุกๆ 10 ปี ทำให้เกิด ICD-2 ในปี พ.ศ. 2453 จนถึง ICD-5 ในปี พ.ศ. 2482 ตามลำดับ

เมื่อองค์การอนามัยโลกถือกำเนิดขึ้นมาในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นยุคที่มีการใช้งาน ICD-5 อยู่ องค์การอนามัยโลกได้ขอใช้ ICD เป็นเครื่องมือหลักในการให้รหัสโรค และได้เริ่มจัดทำ ICD-6 โดยรวมโรคอื่นๆ ที่อาจไม่รุนแรงทำให้เสียชีวิต และรวมการบาดเจ็บเข้าไปใน ICD ทำให้ ICD-6 มีความสมบูรณ์มากขึ้น แต่ก็ยังคงมีการดำเนินการปรับปรุง ICD ทุกๆ 10 ปี

การพัฒนา ICD-10 ได้ดำเนินการต่อมาจนถึงปี ค.ศ. 1992 ได้มีการจัดทำ ICD-10 สำเร็จ และเริ่มใช้ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994 หรือปี พ.ศ. 2537 โดยประเทศไทย เดนมาร์ก และเช็กโกสโลวะเกีย เป็น 3 ประเทศแรกที่เริ่มใช้ ICD-10 หลังจากนั้นประเทศอื่นๆ ก็ทยอยกันเปลี่ยนมาใช้ ICD-10 จนถึงปัจจุบัน จึงทำให้รหัส ICD-10 เป็นรหัสโรคที่ได้มาตรฐานในระดับโลก (วรรณษา เปาอินทร์, 2553: 5)

2.2.3 การเตรียมข้อมูลผู้ป่วยก่อนให้รหัส

กระบวนการให้รหัสโรคที่ปฏิบัติกันส่วนมากในอดีต ดำเนินการโดยเปลี่ยนคำที่แพทย์ใช้เรียกชื่อโรคให้เป็นรหัสโรค ICD-10 เช่น เปลี่ยนคำว่า Hypertensive Encephalopathy ให้เป็นรหัส I67.4 ทำโดยเปิดหนังสือรายนามของ ICD-10 เทียบหารหัสที่ตรงกับชื่อโรคนั้นแล้วตรวจสอบคำจำกัดความ ข้อยกเว้นของการใช้รหัสดังกล่าว จากหนังสือเล่มที่ 1 ของ ICD-10 ก่อนบันทึกรหัสลงไปแบบฟอร์มบันทึกรหัส

การให้รหัสโรคในแนวทางดังกล่าว เปรียบเสมือนการแปลคำ (Translation) จากภาษาแพทย์เป็นภาษา ICD-10 นั่นเอง ซึ่งการแปลคำลักษณะนี้ มีข้อจำกัดอยู่หลายประการ ข้อจำกัดประการแรกคือ ต้องอาศัยข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องสมบูรณ์ จากแพทย์ผู้รักษาทุกประการ ข้อจำกัดต่อไปนี้ คือคำที่แพทย์ใช้เรียกชื่อโรคต้องสอดคล้องกับคำที่ ICD-10 ใช้ จึงจะเลือกรหัสได้ถูกต้อง

ในบางประเทศ เช่น ออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา ผู้ให้รหัสโรคจะใช้วิธีการอื่นๆ ในการให้รหัสโรคมกกว่าการแปลคำ เช่น การรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียน การสอบถามแพทย์กรณีที่ยังสงสัย และการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ วิธีการอื่นๆ เหล่านี้ เรียกว่า Advance ICD-10 Coding

2.2.4 กระบวนการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมก่อนให้รหัสโรคและรหัสเหตุการณ์

การรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งหากต้องการคุณภาพการให้รหัสโรคที่ครบถ้วน ถูกต้อง และมีรายละเอียดชัดเจน เนื่องจากบางครั้งแพทย์ผู้สรุปการรักษาผู้ป่วย ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือใช้คำกำกวมในการวินิจฉัยโรค หากไม่สืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจะทำให้ได้รหัสโรคที่กำกวม หรือได้รหัสโรคไม่ครบ มีผลต่อการจัดกลุ่มผู้ป่วยในระบบ DRG (Diagnosis Related Group) จะได้กลุ่มผู้ป่วยผิดไปจากความเป็นจริง

ผู้ให้รหัสควรตรวจสอบข้อมูลในเวชระเบียนส่วนอื่นๆ นอกเหนือจากข้อมูลแพทย์ ได้แก่ บันทึกจาก OPD, บันทึกทางการแพทย์พยาบาล, บันทึกการผ่าตัด, ใบสั่งการรักษาผู้ป่วย, ผลการตรวจชั้นสูตรต่างๆ ฯลฯ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.4.1 บันทึกจากห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก (OPD, ER)

เป็นแหล่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะได้รายละเอียดหลายอย่างที่แพทย์มองข้ามความสำคัญไป ได้แก่

1) บันทึกบาดแผล ในตำแหน่งต่างๆ โดยละเอียด เช่น กรณีแพทย์สรุปการวินิจฉัยโรคว่า Laceration Wound ควรตรวจสอบให้ชัดเจนว่า แผลอยู่ตรงไหน มีจำนวนกี่แผล อาจพบว่าได้ข้อมูลเพิ่มเติม ทำให้ได้รหัสโรคเพิ่มหรือได้รหัสโรคที่ชัดเจนมากขึ้น

2) ประวัติการบาดเจ็บ เป็นข้อมูลที่บางครั้งแพทย์ไม่บันทึกไว้ เช่น ข้อมูลว่าเป็นผู้ขับขี่หรือผู้โดยสาร ยานพาหนะอะไร ไปเกิดอุบัติเหตุได้อย่างไร หรือหากเป็นบาดเจ็บอื่นๆ อาจได้เป็นข้อมูลว่าเป็นอุบัติเหตุ หรือการฆ่าตัวตาย หรือถูกทำร้าย

3) โรคร่วมอื่นๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมารักษาเป็นประจำ กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในแผนกอื่นๆ ที่นอกเหนือจากแผนกที่มารักษาอยู่บ่อยๆ แพทย์อาจสรุปโรคไม่ครบ เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มาทำผ่าตัดต่อกระดูกในแผนกตา แพทย์ผู้ผ่าตัดอาจจะเลยหรือหลงลืม ไม่สรุปโรค Hypertension ในรายการสรุปการรักษา

4) ประวัติการใช้ยา หรือการรักษาในอดีตที่เกิดผลข้างเคียงหรือโรคแทรกซ้อนในคราวนี้ อันเป็นผลที่จะทำให้ได้รหัสโรคที่แตกต่างไป เช่น แพทย์วินิจฉัยโรคว่า Wound Infection ถ้าได้ข้อมูลว่าเป็นตามหลังการผ่าตัดในครั้งล่าสุด จะทำให้รหัสโรคเปลี่ยนไปได้

2.2.4.2 บันทึกการผ่าตัด (Operative Note) และบันทึกการระงับความรู้สึก (Anesthetic Note) เป็นข้อมูลที่สำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เนื่องจากโดยปกติแพทย์ผู้ผ่าตัด มักบันทึกชื่อโรคและการผ่าตัดในบันทึกการผ่าตัดอย่างละเอียด บางครั้งมีรูปภาพประกอบ โดยข้อมูลที่สำคัญได้แก่

1) ตำแหน่งที่เป็นโรคหรือตำแหน่งที่บาดเจ็บ มักมีรายละเอียดสูงกว่าชื่อโรคที่เขียนในใบสรุปการรักษา เช่น ในใบสรุปการรักษา แพทย์วินิจฉัยโรคว่า Carcinoma of Breast แต่ในใบบันทึกการผ่าตัด จะบันทึกละเอียดว่าตำแหน่งที่เป็นมะเร็งเป็นที่เต้านมซ้ายบริเวณ Upper Outer Quadrant หรือในใบสรุปการรักษา แพทย์เขียนว่า Fracture Femur แต่ในใบผ่าตัด ระบุว่า Fracture Shaft of Femur ซึ่งข้อมูลเพิ่มเติมเหล่านี้ ทำให้ได้รหัสโรคที่ชัดเจนมากขึ้น

2) รายละเอียดของการผ่าตัด ซึ่งมักจะมีข้อมูลมากกว่าในใบสรุปการรักษา เช่น แพทย์สรุปในใบสรุปการรักษาว่า Exploratory Laparotomy แต่ในใบบันทึกการผ่าตัดมีรายละเอียดว่า ทำผ่าตัด Splenectomy , Small Bowel Resection และ End-to-end Small Bowel Anastomosis ผู้ให้รหัสควรให้รหัสการผ่าตัดเหล่านี้ทั้งหมดด้วย

3) ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด จะมีการบันทึกไว้ในบันทึกการผ่าตัดและบันทึกการระงับความรู้สึกมากกว่า ใบสรุปการรักษา เช่น มีการฉีกขาดของอวัยวะโดยอุบัติเหตุ หรือ การมีเลือดออกมากในช่วงผ่าตัด อุณหภูมิต่ำลง ทำให้ได้รหัสโรค Complication มากขึ้น

2.2.4.3 บันทึกทางการพยาบาล (Nurses' Notes)

เป็นบันทึกของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาของการทำงาน มักมีข้อมูลสำคัญบางอย่าง ซึ่งแพทย์มักจะเลยและจดจำไม่ได้ แต่พยาบาลจะรวบรวมข้อมูลเหล่านี้ไว้ และบันทึกเป็นระยะ ได้แก่

1) รายละเอียดกลไกการบาดเจ็บ ซึ่งแพทย์ทั่วไปมักไม่สนใจบันทึกลงในใบสรุปการรักษา แต่จะพบข้อมูลในบันทึกการพยาบาลเสมอ โดยในบันทึกบรรทัดแรกพยาบาลที่รับผู้ป่วยจะทำการซักประวัติกลไกการบาดเจ็บอย่างละเอียด และบันทึกไว้เสมอ เช่น แพทย์อาจสรุปการบาดเจ็บว่าเกิดจาก Motorcycle Accident แต่พยาบาลซักได้อย่างละเอียดว่า

“ผู้ป่วยขับมอเตอร์ไซด์ชนกับต้นไม้ข้างทาง ระหว่างเลิกงานเดินทางกลับบ้าน” นอกจากนั้น บางครั้ง ยังบันทึกบาดแผลได้ละเอียดกว่าการสรุปของแพทย์ด้วย จึงควรอาศัยข้อมูลของพยาบาลในการให้รหัสกลไกการบาดเจ็บที่ดี มีรายละเอียดสูง

2) ภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมของผู้ป่วยในระหว่างการรักษา มักเป็นข้อมูลเสริมที่พบได้บ่อยๆ ในบันทึกของพยาบาล เช่น โรคเรื้อรังต่างๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ก่อน หรือผลข้างเคียงระหว่างการรักษา เช่น ภาวะ Metabolic Acidosis , Hypokalemia ซึ่งพยาบาลมักจะบันทึกไว้ได้ทุกภาวะ ในขณะที่แพทย์ผู้สรุปการรักษา อาจหลงลืมไป

3) หัตถการที่ทำในตึกผู้ป่วย เช่น การเจาะคอ เจาะช่องไขสันหลัง การใส่สายระบายช่องทรวงอก เป็นสิ่งที่ทำอยู่ในตึกผู้ป่วย ซึ่งบางครั้ง แพทย์หลงลืมไป ไม่ได้บันทึกไว้ในสรุปการรักษา ก็อาจพบข้อมูลเหล่านี้ได้ ในบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลที่นำมาเพิ่มเติมรหัสหัตถการต่างๆ ของผู้ป่วยแต่ละรายได้

2.2.4.4 ผลการตรวจขั้นสูง (Lab, X-ray, CT scan ect.)

บางครั้งมีผลการวินิจฉัยโรคอย่างละเอียดในใบรายงานผลการตรวจขั้นสูงต่างๆ เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ซึ่งข้อมูลในผลต่างๆ เหล่านี้ อาจใช้ประโยชน์ในการทำให้ได้รหัสโรคที่ละเอียดมากขึ้นได้ เช่น แพทย์สรุปการวินิจฉัยโรคว่า CVA (Cerebrovascular Accident) แต่มีรายงานผลการตรวจ CT scan ที่รายงานผลโดยรังสีแพทย์ว่า ผู้ป่วยเป็น Basal Ganglion Hemorrhage มากกว่า เพราะคำว่า CVA เป็นคำกำกวม หมายความว่า ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรือหลอดเลือดสมองแตกก็ได้ ส่วนคำว่า Basal Ganglion Hemorrhage มีความชัดเจนกว่าเพราะบอกว่า ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก และตำแหน่งที่มีก้อนเลือดคือตำแหน่ง Basal Ganglion อันเห็นได้ชัดเจนว่าทำให้คุณภาพข้อมูลดีกว่า CVA

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา จะมีประโยชน์ในการให้รหัสโรคอย่างมากในกรณีผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นเนื้องอกต่างๆ เช่น แพทย์สรุปการวินิจฉัยโรคว่า CA Cervix (Carcinoma of Cervix) ควรตรวจสอบผลการตรวจชิ้นเนื้อ อาจได้ข้อมูลที่ดีกว่า เช่น ได้วินิจฉัยโรคเป็น Squamous Cell Carcinoma of Endocervix ซึ่งทำให้ได้รหัสโรคชัดเจนยิ่งขึ้นกว่าเดิม

2.2.4.5 บันทึกอื่นๆ

ผู้ให้รหัสโรคที่ดี ควรตรวจสอบข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกๆ หน้าและทุกรายงานอย่างละเอียดถี่ถ้วน เพราะบางกรณี อาจมีข้อมูลเพิ่มเติมในบันทึกหน้าอื่นๆ เช่น ใบสั่งการรักษา (Order Form) บางครั้ง พบว่า แพทย์บางคนเขียนวินิจฉัยโรคแทรกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยไว้ในแบบฟอร์มนี้ (ซึ่งตามทฤษฎีเป็นสิ่งที่แพทย์ไม่ควรกระทำ แต่ในทางปฏิบัติแพทย์หลายคนนิยมบันทึกโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไว้ในที่นี้) ผู้ให้รหัสโรคจึงควรทำความเข้าใจนิสัยหรือพฤติกรรมในการทำงานของแพทย์แต่ละคนด้วย เพื่อจะสามารถมองหาข้อมูลเพิ่มเติมในแบบฟอร์มที่แพทย์แต่ละคนนิยมบันทึกข้อมูลสำคัญไว้

2.2.5 การแปลผลข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเลือกหัตถ์ที่เหมาะสม

เมื่อรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนผู้ป่วยได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการแปลผลข้อมูล (Data Interpretation) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพสนับสนุนการตัดสินใจต่อไป การแปลผลข้อมูล เป็นกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) ซึ่งต้องอาศัยความรู้พื้นฐานเรื่องโรคต่างๆ การให้น้ำหนักของข้อมูล ความคุ้นเคยกับพฤติกรรมของแพทย์ผู้สรุปการรักษา และประสบการณ์ที่เพียงพอ ซึ่งมีขั้นตอนการทำงานดังต่อไปนี้

2.2.5.1 การตัดข้อมูลที่น่าเชื่อถือน้อยออกไป บางครั้งข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมมา มีความขัดแย้งกันเอง หรือขาดความน่าเชื่อถือ อาจจำเป็นต้องตัดบางรายการออกไป ตัวอย่างเช่น

1) กรณีการวินิจฉัยโรคของแพทย์หลายคนไม่ตรงกัน คงต้องพิจารณาว่าจะเลือกใช้ข้อมูลของแพทย์คนใดโดยวัดจากประสบการณ์ของแพทย์ หรือพฤติกรรมของแพทย์แล้วตัดสินใจเลือกข้อมูลที่ถูกต้องกว่า เช่น ในโรงพยาบาลที่มึนักรักษาแพทย์ อาจมีบันทึกของนักศึกษาแพทย์บอกว่า ผู้ป่วยเป็น Direct Inguinal Hernia แต่อาจารย์แพทย์สรุปการวินิจฉัยโรคว่า ผู้ป่วยเป็น Indirect Inguinal Hernia คงต้องเลือกใช้ข้อมูลของอาจารย์แพทย์ ในทางตรงกันข้าม แพทย์อาวุโสบางคนอาจมีนิสัยที่ชอบวินิจฉัยโรคโดยใช้คำกำกวมอยู่เสมอๆ ถ้าแพทย์อาวุโสสรุปการวินิจฉัยโรคว่า Head Injury แต่แพทย์ที่ใช้ทุนเพิ่งจบมาทำงานใหม่ๆ ใช้คำวินิจฉัยโรคว่า Fracture Skull and Cerebral Concussion ก็สมควรเลือกคำวินิจฉัยโรคของแพทย์จบใหม่จะดีกว่า

2) ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจมีน้ำหนักน้อย ซึ่งอาจเกิดจากความผิดพลาดของการตรวจ คงต้องพิจารณาว่า แพทย์ได้ทำการรักษาตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นหรือไม่ ก่อนพิจารณาเลือกให้รหัสตามนั้น เช่น หลายครั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บอกว่าผู้ป่วยมีโลหิตจาง หรือระดับโซเดียมต่ำ แต่หากแพทย์ผู้รักษาไม่คิดว่าสำคัญ หรือคิดว่าผลการตรวจผิดพลาด ก็อาจจะไม่ได้ทำการรักษาก็ได้ จึงควรพิจารณาให้ดี อาจต้องปรึกษาแพทย์ผู้รักษาในกรณีที่เกิดความสงสัยว่าจะใช้ผลการตรวจใดๆ มาเพิ่มเติมรหัสโรคดีหรือไม่

3) บันทึกทางการแพทย์ อาจมีคำวินิจฉัยโรคที่ไม่เหมือนการสรุปการวินิจฉัยโรคของแพทย์ อาจต้องดูว่าข้อมูลใดชัดเจนมากกว่า แล้วเลือกใช้เฉพาะบางข้อมูล เช่น บางครั้ง พยาบาลที่รักษาผู้ป่วยได้รับคำบอกเล่าจากแพทย์ผู้สั่งรับตัวผู้ป่วยไว้รักษา ว่าเป็นโรค UTI (Urinary Tract Infection) แต่เมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้วพบว่าผู้ป่วยเป็น Acute Pyelonephritis แต่พยาบาลไม่ทราบข้อมูลนี้ ทำให้ไม่เปลี่ยนการวินิจฉัยโรคให้ชัดเจนขึ้น กรณีนี้ควรตัดข้อมูลเรื่อง UTI ออกไป ไม่ต้องนำมาให้รหัส

2.2.5.2 การเชื่อมโยงข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กัน โดยใช้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ อาจให้รายละเอียดเสริมจากข้อมูลจากใบสรุปการรักษาได้ และทำให้ได้รหัสโรคที่มีคุณภาพมากกว่า ตัวอย่างเช่น

- 1) ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา อาจให้ข้อมูลเสริมด้านเนื้อเยื่อหรือมะเร็งได้ เช่น ผู้ป่วย Carcinoma of Cervix อาจมีผลการตรวจชิ้นเนื้อว่าเป็นแบบ Squamous Cell Carcinoma ทำให้ได้รหัสโรคเป็น Carcinoma of Exocervix ซึ่งมีความชัดเจนมากกว่า
- 2) ข้อมูลจากบันทึกการผ่าตัด อาจให้รายละเอียดของโรคมากกว่าใบสรุปการรักษา เช่น แพทย์สรุปการรักษาว่า Burn แต่พบว่าบันทึกในใบผ่าตัดบอก Degree และ Percent ของ Burn ไว้อย่างชัดเจน
- 3) การตัดสินใจเลือกรหัสที่เหมาะสมที่สุด เป็นขั้นตอนสุดท้ายในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกระบวนการตัดสินใจต้องเป็นไปหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จแล้ว และอาจแตกต่างกันไปในผู้ให้รหัสแต่ละคน การตัดสินใจควรเป็นไปในแนวทางที่พยายามเลือกรหัสที่มีรายละเอียดสูงมากกว่ารหัส Unspecified อย่างไรก็ตามต้องตรวจสอบข้อมูลสนับสนุนให้เพียงพอก่อนตัดสินใจด้วย (วรรณษา เปาอินทร์, 2553: 40)

2.3 ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางป้องกันการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ

ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงแรกที่ใช้ ICD-10 เป็นรหัสหลักในการทำสถิติการเจ็บป่วยและสถิติการตาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ซึ่งการทำสถิติการเจ็บป่วยดำเนินการจากโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ โดยเจ้าพนักงานเวชสถิติ หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ทำการรวบรวมคำวินิจฉัยโรคที่แพทย์สรุปการรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แล้วทำการลงรหัส แจงนับเป็นรายงาน 504,505 ส่งมายังส่วนกลางเพื่อรวบรวมทำเป็นสถิติของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป และในส่วนของสถิติการตาย เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านทางกระทรวงมหาดไทย แล้วนำมาลงรหัส ICD-10 ที่กระทรวงสาธารณสุขแจงบับ พิมพ์ลงในหนังสือสถิติสาธารณสุขเช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในอดีตที่ผ่านมา มักให้ความสำคัญเรื่องความครบถ้วนของข้อมูล มากกว่าความถูกต้อง หรือ รายละเอียดที่ดีของข้อมูล กล่าวคือ มีรายงานส่งทันเวลา แต่ระดับความถูกต้องน้อย ทำให้มีความผิดพลาดในการให้รหัส ร้อยละ 10 ถึง 40

ความรุนแรงของปัญหาคุณภาพข้อมูลเพิ่มขึ้น เมื่อสำนักงานประกันสุขภาพเริ่มใช้ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหรือ DRGs ในการจัดสรรงบประมาณชดเชยให้กับสถานพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานพยาบาลที่ให้รหัสโรคไม่ถูกต้องและขาดรายละเอียดที่ดี จะได้รับผลกระทบจากงบประมาณชดเชยต่ำกว่าที่ควรจะเป็น สะท้อนให้เห็นความสำคัญอย่างเป็นรูปธรรมของคุณภาพในการให้รหัส ICD-10 ต่องบประมาณของโรงพยาบาล

2.3.1 สภาพปัญหา

ในปัจจุบัน เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหลายคน ยังไม่สามารถทำการให้รหัสโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้คุณภาพข้อมูลรหัสโรคมีคุณภาพปานกลาง กล่าวคือ ยังมีจุดอ่อนด้านคุณภาพรหัสโรคที่ต้องการปรับปรุง 3 ประเด็น ได้แก่

2.3.1.1 รหัสโรคไม่ถูกต้อง พบว่ายังมีเจ้าหน้าที่งานเวชสถิติให้รหัสโรคผิด ในโรงพยาบาลต่างๆ อยู่เป็นปริมาณไม่น้อย คาดคะเนว่า ประมาณร้อยละ 5-40 คงเป็นการให้รหัสที่ผิด โดยความผิดพลาดที่พบมากที่สุดคือ การให้รหัสโรคไม่ละเอียด ไม่ให้รหัสโรค 4-5 ตัวอักษรในโรคที่สามารถให้รหัสได้ละเอียดมาก รองลงมาเป็นความผิดพลาดจากการเลือกรหัสในระดับ 4 ตัวอักษร

2.3.1.2 รหัสโรคไม่ครบถ้วน มีลักษณะที่ชัดเจนว่า รหัสที่เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติลงรหัสในผู้ป่วยแต่ละรายนั้น มีน้อยกว่าโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยมี เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง และโรคแทรกซ้อนหลายโรค เจ้าหน้าที่มักลงรหัสได้ไม่ครบ หรือบางครั้งตามกฎของ ICD-10 ควรให้รหัสโรค 2 รหัสในระบบรหัสคู่ แต่ผู้ให้รหัสทำการให้รหัสเพียงรหัสเดียว

2.3.1.3 เลือกรหัสโรคหลักผิด เป็นปัญหาที่พบบ่อย โดยรหัสโรคที่เจ้าหน้าที่เลือกเป็นโรคหลัก ไม่ใช่โรคที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือไม่ใช่โรคที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาสูงสุด ซึ่งความผิดพลาดในลักษณะนี้ ยังส่งผลกระทบต่อการจัดกลุ่มผู้ป่วยในระบบ DRGs ด้วย กล่าวคือ จะทำให้ได้รับชดเชยค่ารักษาต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

ปัญหาทั้งสามประการนี้ เกิดจากปัจจัยหลายประการทั้งภายนอกและภายในของเจ้าหน้าที่งานเวชสถิติเองซึ่งจำเป็นจะต้องทำความเข้าใจกับสาเหตุของปัญหาต่างๆ เหล่านี้ ให้กระจ่าง เพื่อสามารถทำการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.2 สาเหตุของปัญหาความผิดพลาดในการให้รหัส

สาเหตุของความผิดพลาดในการให้รหัส อาจจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือสาเหตุจากระบบงานและสาเหตุจากตัวผู้ให้รหัสเอง

2.3.2.1 สาเหตุจากระบบงาน (System Error)

ระบบงานที่ไม่ดี อาจทำให้เกิดความผิดพลาดได้มาก เป็นปัจจัยที่ผู้ให้รหัสควบคุมได้ยาก อย่างไรก็ตามเป็นหน้าที่ของผู้บริหารระบบงานที่ต้องจัดระบบงาน เพื่อมิให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการให้รหัส โดยสาเหตุจากระบบงานแบ่งได้เป็นหมวดใหญ่ๆ ดังนี้

1) ความบกพร่องในการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ พบว่า หลายครั้งที่เจ้าหน้าที่ให้รหัสผิดเนื่องจากแพทย์เขียนชื่อโรคโดยใช้ลายมือที่หวัดมากจนอ่านผิด หรือใช้คำย่อในการวินิจฉัยโรคที่ทำให้เจ้าหน้าที่สับสน หรือแพทย์สรุปโรคไม่ครบทุกๆ โรคที่ผู้ป่วยเป็น หรือบันทึกโรคหลักผิดพลาด สาเหตุของความบกพร่องในการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ มีต้นกำเนิดจากปัจจัย 2 ประการ ประการแรกคือ การที่แพทย์หลายคนยังขาดความรู้เรื่อง

หลักการสรุปการวินิจฉัยโรค การเขียนหนังสือรับรองการตาย แนวคิดของ ICD-10 เพราะเนื้อหาดังกล่าว ไม่ได้บรรจุอยู่ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของโรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่ ทำให้แพทย์ไม่สามารถบันทึกเวชระเบียนหรือสรุปการวินิจฉัยโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยประการที่สอง ที่ทำให้เกิดความบกพร่องของแพทย์คือ การที่แพทย์หลายคนมีภาระงานมากเกินไป และเห็นความสำคัญของการบันทึกเวชระเบียนน้อย ทำให้ขาดความประณีตในการเขียนใช้ลายมือหวัด ใช้คำย่อมากเกินไป หรือหลงลืมว่าผู้ป่วยมีโรคร่วม โรคแทรกอีกหลายโรค และไม่ได้บันทึกโรคของผู้ป่วยให้ครบทุกโรค

2) ภาระงานที่มากเกินไปของเจ้าพนักงานเวชสถิติ ในบางโรงพยาบาลที่มีเจ้าพนักงานเวชสถิติน้อย ทำให้รับภาระงานมากเกินไป เช่น ต้องทำการให้รหัสโรคผู้ป่วยนอก 400 รายต่อวัน และผู้ป่วยใน 100 รายต่อวัน หรือบางโรงพยาบาลให้เจ้าพนักงานเวชสถิติทำงานด้านอื่นด้วย เช่น งานเวชระเบียน งานประกันสังคม ฯลฯ ลักษณะนี้ทำให้เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ต้องเร่งมือทำงานให้เสร็จภายในเวลาจำกัด ไม่สามารถทำงานอย่างละเอียดได้ ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อคุณภาพข้อมูล บางแห่งแก้ปัญหาโดยการจ้างลูกจ้างที่ขาดคุณสมบัติมาทำงานช่วย ซึ่งแก้ปัญหาเรื่องงานล้นมือได้ แต่คุณภาพต่ำลง

3) เครื่องมือการให้รหัสโรคขาดแคลนหรือใช้เครื่องมือคุณภาพต่ำ ตามปกติ เครื่องมือมาตรฐานในการให้รหัส ICD-10 คือหนังสือ ICD-10 หนึ่งชุด ที่ประกอบด้วยหนังสือ ICD-10 สามเล่ม ซึ่งเจ้าพนักงานเวชสถิติทุกคนต้องใช้ และต้องมีประจำตัวทุกคน คนละ 1 ชุด แต่ในสภาพความเป็นจริง พบว่าหลายโรงพยาบาลในประเทศไทย ยังมีหนังสือ ICD-10 ไม่ครบ และเลียงไปใช้เครื่องมือคุณภาพต่ำแทน โดยเครื่องมือคุณภาพต่ำ ได้แก่ สมุดจดรายการรหัสโรค ICD-10 ที่จัดทำขึ้นเอง หรือคั่นหารหัสโรคจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีการจัดสร้างโปรแกรมคอมพิวเตอร์บางโปรแกรมที่กำหนดรหัสโรคให้โดยอัตโนมัติหรือกึ่งอัตโนมัติ เช่น โปรแกรม STAT ที่ใช้ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่ง พบว่าโปรแกรมเหล่านั้น มีตารางรหัสโรค ICD-10 ที่ผิดพลาดถึง 30-40% แต่เจ้าพนักงานเวชสถิติหลายคนไม่ทราบข้อผิดพลาดนี้ จึงทำให้การให้รหัสผิดพลาดมาตลอด นอกจากนั้น ในบางโรงพยาบาลมีหนังสือ ICD-10 อยู่ครบชุด แต่เจ้าหน้าที่ไม่ยอมใช้ในการให้รหัสโรคกลับไปใช้สมุดจดรายการที่จัดทำขึ้นเองแทน โดยให้เหตุผลว่า ใช้ง่ายกว่า และคั่นหารหัสโรคได้ไวกว่า

4) ขาดมาตรฐานการทำงาน (Standard Coding Guideline) เนื่องจาก การให้รหัสโรค ICD-10 เป็นเรื่องใหม่ ที่เพิ่งเริ่มดำเนินการใน พ.ศ. 2537 ทำให้ยังไม่มีข้อกำหนดมาตรฐานในการทำงานให้รหัสโรคอย่างเป็นทางการ เช่น การให้รหัสโรคไม่มีการแนะนำให้เจ้าหน้าที่ใช้หนังสือ ICD-10 ทั้งสามเล่มในการทำงาน หรือยังไม่กล่าวถึงบทบาทของเจ้าหน้าที่ ในการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมว่าอนุญาตให้เจ้าหน้าที่นำข้อมูลที่แพทย์หลงลืม ในเวชระเบียนมาประกอบการให้รหัสโรคได้มากน้อยเพียงใด ลักษณะการทำงานจึงเป็นไปในทำนอง ต่างคนต่างทำ และทำให้การวัดมาตรฐานการทำงานเพื่อเปรียบเทียบและพัฒนาเป็นไปได้ยาก

2.3.2.2 สาเหตุจากผู้ให้รหัส (Coder Error)

1) เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ แม่นเรื่องกฎการให้รหัสต่างๆ ของ ICD-10 เช่น กฎการเลือกรหัสโรคหลัก การใช้รหัสคู่ การใช้รหัสหลักและรหัสเสริม ฯลฯ

2) ไม่เข้าใจจุดอ่อนในการใช้คำวินิจฉัยของแพทย์ โดยเจ้าหน้าที่งานเวชสถิติหลายคนยังเข้าใจว่า แพทย์เข้าใจวิธีการ หลักการ และการใช้คำในการวินิจฉัยโรคดีแล้วถูกต้องแล้ว ทั้งที่ความเป็นจริง แพทย์มีจุดอ่อนหลายจุดในการใช้คำวินิจฉัยโรค เช่น

(1) ใช้คำย่อ เฉพาะตัว หรือเฉพาะสาขาที่เชี่ยวชาญ ทำให้ไม่มีคนรู้ความหมายที่ถูกต้อง

(2) ใช้คำกำกวมในการวินิจฉัยโรค

(3) ใช้คำเรียกชื่อโรคแบบหายๆ ไม่ระบุรายละเอียดที่เหมาะสม

(4) บางครั้งเขียนอาการของโรค ไม่เขียนชื่อโรค

เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ จึงควรทำความเข้าใจข้อบกพร่องเหล่านี้ให้ดี และแนวทางการแก้ไขการให้รหัสให้ดีขึ้น เช่น พบว่าแพทย์ใช้คำกำกวมในการวินิจฉัยโรค เป็นประจำ ก็น่าจะยอมรับข้อบกพร่องดังกล่าว และหาทางค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมในแฟ้มผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อให้ได้รหัสโรคที่ละเอียดกว่าคำที่แพทย์ใช้ และควรหาทางบอกแพทย์คนนั้นให้ทราบว่า คำที่แพทย์ใช้จัดอยู่ในคำกำกวม ขอให้พิจารณาปรับวิธีการใช้คำ เพื่อจะทำให้ได้รหัสโรคที่ถูกต้องมากขึ้น

3) ขาดความรู้ในเรื่องโรคต่างๆ หรือภาวะบางอย่างของผู้ป่วยที่อาจทำให้ต้องเปลี่ยนรหัสโรคที่เหมาะสม เช่น ถ้าพบว่าผู้ป่วยกำลังตั้งครรภ์อยู่ ต้องเปลี่ยนการใช้รหัสโรคที่ขึ้นต้นด้วยอักษรโอ (O) หรือพบว่าผู้ป่วย Bronchitis ที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ต้องเปลี่ยนรหัสจาก J40 เป็น J20.9

4) ไม่ตรวจสอบข้อมูลให้ละเอียด หรือแปลผลข้อมูลผิดพลาด โดยเฉพาะในกรณีการให้รหัสผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยการอ่านข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วย เช่น บันทึกประวัติตรวจร่างกาย บันทึกการผ่าตัด ผลการตรวจรังสี ฯลฯ

2.3.2.3 แนวทางแก้ไข

สภาพปัญหาที่กล่าวมาแล้วนั้น ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบข้อมูลทางการแพทย์โดยรวมของประเทศ ระบบงานในโรงพยาบาล แนวทางการทำงานของแพทย์ และปัจจัยภายในของเจ้าหน้าที่งานเวชสถิติเอง เช่น การเลือกใช้เครื่องมือ การกำหนดมาตรฐานการทำงาน และการศึกษาต่อเนื่อง ดังนั้น แนวทางแก้ไขปัญหาก็ควรมีแนวทางที่สามารถดำเนินไปพร้อมๆ กันทุกปัจจัย จึงขอเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาดังต่อไปนี้

1) การปรับระบบการเก็บข้อมูลทางการแพทย์ของประเทศไทย

2) การให้ความรู้กับแพทย์เรื่องหลักการและความสำคัญในการบันทึก

เวชระเบียน

- 3) การกำหนดมาตรฐานการทำงานให้รหัสโรค
- 4) การพัฒนาและกระจายเครื่องมือการให้รหัสโรค
- 5) การพัฒนาความรู้สำหรับเจ้าพนักงานเวชสถิติ

2.4 หลักเกณฑ์การจัดทำข้อมูลการให้บริการ การขอรับค่าใช้จ่าย และการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2554

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข และการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อให้การจัดทำข้อมูลการให้บริการ การขอรับ และการจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เป็นไปอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และสามารถตรวจสอบได้ ดังนี้

2.4.1 หลักเกณฑ์การจัดทำข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข

2.4.1.1 การให้รหัสโรค

ให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม International Statistical of Disease and Related Health Problem 10th Revision Version for 2007 ของ WHO ฉบับปี ค.ศ.2007

สำหรับรหัสโรคตาม ICD-10-TM สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสที่การวินิจฉัยหาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรครวม ฉบับที่ 4 รองรับได้

2.4.1.2 ให้ใช้รหัสการทำผ่าตัด และหัตถการ ตามหนังสือ International Classification of Disease 9th Revision Clinical Modification 2007 (ICD-9-CM ฉบับปี ค.ศ. 2007) เพิ่มรหัส 2 ตำแหน่งต่อท้าย รหัส ICD-9-CM เดิม (ICD-9-CM Procedure with Extension code) เพื่อให้สามารถจัดกลุ่มวินิจฉัยโรครวมที่แยกความแตกต่างได้

2.4.1.3 การนับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Length of Stay : LOS)

ผู้ป่วยที่รับไว้ในนอนในโรงพยาบาล (Admit) น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ให้นับเป็นผู้ป่วยนอกยกเว้นรายที่มีประเภทการจำหน่าย (Discharge Type) เป็นเสียชีวิต (Dead), ส่งต่อ (Refer), หลบหนี (Escape), และปฏิเสธการรักษา (Against Advice) ให้นับเป็นผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในหน่วยบริการเกิน 24 ชั่วโมง ถือเป็นวันลากลับบ้าน และจะต้องหักวันลากลับบ้าน (Leave Day) ในการ Admit ครั้งนั้น

2.4.2 หลักเกณฑ์การขอรับค่าใช้จ่าย

2.4.2.1 วิธีการส่งข้อมูล

ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามรูปแบบและวิธีการตามที่ สปสช. กำหนด ในเอกสารคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขโดยให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเพื่อส่งเบิกชดเชย

ค่าบริการสาธารณสุขในโปรแกรม e-Claim และสำหรับหน่วยบริการสังกัดกลุ่มสถาบันการแพทย์บันทึกข้อมูลเพื่อส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในโปรแกรม NHSO เฉพาะข้อมูลผู้ป่วยใน

ทั้งนี้หน่วยบริการจะต้องจัดทำเอกสาร หลักฐานที่เกี่ยวข้อง และเก็บรักษาไว้ ณ หน่วยบริการ เพื่อการตรวจสอบ กรณีที่ สปสช. ขอตรวจสอบแล้วไม่พบเอกสารหลักฐานการให้บริการ จะถือว่าหน่วยบริการไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยรายนั้น และ สปสช. จะเรียกคืนค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่พบหลักฐานการให้บริการ

2.4.2.2 ระยะเวลาในการส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ภายในระยะเวลา 30 วัน นับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยนอก หรือนับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วย (Discharge) กรณีผู้ป่วยใน โดย สปสช. จะกำหนดรอบบัญชีการตัดข้อมูลเป็นรายเดือน

สำหรับการบริการ จะสิ้นสุดการเรียกเก็บ (แจ้งหนี้) ภายใน 360 วันนับจากผู้ป่วยจำหน่ายจากหน่วยบริการกรณีผู้ป่วยใน หรือภายหลังการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอก เช่น ผู้ป่วยที่จำหน่ายในเดือนตุลาคม 2553 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 30 ตุลาคม 2554 และผู้ป่วยที่จำหน่ายในเดือนกันยายน 2554 จะปิดรับการแจ้งหนี้ในวันที่ 30 กันยายน 2555 โดยข้อมูลที่ส่งหลังจากที่กำหนด ถือว่าหน่วยบริการไม่ประสงค์ที่จะขอรับค่าใช้จ่าย

2.4.2.3 ข้อมูลที่ส่งช้ากว่ากำหนด

สปสช. จะลดอัตราการจ่ายชดเชยกรณีส่งข้อมูลเรียกเก็บช้ากว่ากำหนดดังนี้

- 1) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายร้อยละ 95 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด
- 2) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายร้อยละ 90 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด
- 3) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายไม่เกินร้อยละ 80 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนดและเป็นไปตามวงเงินที่จัดไว้สำหรับข้อมูลส่งช้า ตามวงเงินที่เหลืออยู่ในลักษณะ Global Budget

2.4.2.4 การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยนอกก่อนรับผู้ป่วยนั้นไว้เป็นผู้ป่วยใน ภายใน 24 ชั่วโมง ให้ขอรับค่าใช้จ่ายเฉพาะประเภทผู้ป่วยในเท่านั้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายดังกล่าวนำมาคำนวณไว้ในระบบ DRG แล้ว

2.4.3 การคำนวณราคากลาง

ใช้ข้อมูลการจัดกลุ่มโรค และนำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เป็นราคากลางสำหรับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 4 (Diagnosis Related Groups, DRGs Version 4) และจ่าย

ค่าชดเชยโดยใช้น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามจำนวนวันนอน (Adjusted Related Weight, AdjRW)

กรณีผู้ป่วยจิตเวช ยกเว้นเพดานกรณีผู้ป่วยจิตเวชไม่เกิน 15 วัน ให้เป็นไปตามเงื่อนไขผู้ป่วยในปกติ

กรณีที่หน่วยบริการได้รับการชดเชยจากแหล่งอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ (เฉพาะรายการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์) สปสช. จะนำข้อมูลที่หน่วยบริการได้รับการจ่ายชดเชยไปแล้ว ลบออกจากเงินชดเชยที่คำนวณได้ แล้วจึงจ่ายในส่วนที่เหลือให้หน่วยบริการ

2.4.4 หลักเกณฑ์เงื่อนไข และการคำนวณจ่ายชดเชย

กรณีการจ่ายชดเชยและวิธีการคำนวณจ่ายฯ ในปีงบประมาณ 2554 มีดังต่อไปนี้

2.4.4.1 กรณีการให้บริการผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยที่ได้รับการชดเชยกรณีนี้ คือ

1) ผู้ป่วยกรณีในเขต อุบัติเหตุ ฉุกเฉินและส่งต่อการคำนวณจ่ายบริหารการจ่ายด้วยระบบ DRG with global budget ระดับสาขาเขตตามพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต (กองทุนผู้ป่วยในระดับเขต)

2) ผู้รับบริการกรณีข้ามเขต กรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและส่งต่อการคำนวณจ่าย จ่ายในอัตราคงที่ 9000 บาท / AdjRW ทั้งนี้การขอรับค่าใช้จ่ายกรณีข้ามเขต จะต้องระบุว่าเป็นกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือเป็นการส่งต่อด้วยทุกครั้ง หากไม่ระบุจะไม่ได้รับการพิจารณาจ่ายชดเชย

2.4.4.2 กรณีสิทธิว่างผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยที่ได้รับชดเชยกรณีนี้ คือผู้ป่วยสิทธิว่าง ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำรวมเด็กแรกเกิดทุกรายการคำนวณจ่าย ใช้ระบบ DRGs with Global Budget

2.4.4.3 กรณีอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยที่ได้รับชดเชยกรณีนี้ คือ

1) ผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉินต่างกองทุนสาขาจังหวัด
 2) ทหารผ่านศึก คนพิการ ที่ใช้บริการต่างกองทุนสาขาจังหวัด
 3) ผู้ป่วยสิทธิว่าง
 4) ผู้ป่วยสังกัดทหารเรือ หรือทหารอากาศ เข้ารับบริการในหน่วยบริการที่ไม่ได้สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ หรือทหารอากาศ

5) ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน เข้ารักษาพยาบาลการคำนวณจ่าย ใช้ระบบ Point System with Global Budget โดยหน่วยบริการจะได้รับการชดเชยตามที่คำนวณได้ แต่ไม่เกินจำนวนที่เรียกเก็บ

ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Emergency) ข้ามจังหวัด ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในได้ตามความจำเป็น ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ทั้งนี้ต้องตรงตามเงื่อนไขกรณีฉุกเฉิน ตามที่ระบุในคู่มือแนวทางฯ ปีงบประมาณ 2554

2.4.4.4 กรณีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดรักษาโรค

ผู้ป่วยที่ได้รับการชดเชย คือผู้ป่วยทุกรายที่มีการใช้อุปกรณ์ หรืออวัยวะเทียม จามข้อบ่งชี้ในบัญชีที่กำหนด

การคำนวณจ่าย ใช้ระบบ Point System with Ceiling Global Budget โดยยอดเงินที่จ่ายชดเชยไม่เกินราคา ที่หน่วยบริการซื้อหรือจัดหาได้จริงบวกค่าดำเนินการตามควรแก่กรณีและไม่เกินเพดานราคากลางที่ สปสช. กำหนด

2.4.4.5 กรณีจ่ายเพิ่มสำหรับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Addition Payment) บริการที่ได้รับการชดเชยกรณีนี้คือ

- 1) การให้เคมีบำบัด/รังสีรักษา ในผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไป กรณีผู้ป่วยนอก ไม่เกิน 4000 บาท/visit
- 2) การให้เคมีบำบัด/รังสีรักษา/ฮอร์โมน ในการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล 7 ชนิด (Breast ,Cervix ,Nasopharynx, Esophagus, Lung, Colon และ Rectum) ไม่เกินเพดานที่กำหนดแต่ละ Cycle ในโปรโตคอลนั้นๆ
- 3) การล้างไต/ฟอกเลือดล้างไต ในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ที่มีระยะเวลารักษาไม่เกิน 60 วัน ไม่เกิน 2000 บาท/ครั้ง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- 4) การให้ยารักษาโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (Cryptococcal Meningitis) สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยนอกไม่เกิน 3000 บาท/Admit
- 5) การให้ยารักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา Cytomegalovirus Retinitis) สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ด้วยการฉีดยา Ganciclovir เข้าที่ Vitreous ครั้งละ 250 บาท/ข้าง/สัปดาห์ หรือครั้งละ 500 บาท/ข้าง/2 สัปดาห์ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- 6) การรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง (Hyperbaric Oxygen Therapy) เฉพาะเพื่อการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ (Decompression Sickness) ไม่เกินชั่วโมงละ 12000 บาท ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- 7) การให้สารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment, MMT) ในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่น (อาทิ เฮโรอีน) โดยสมัครใจ เฉพาะผู้ป่วยนอก ไม่เกิน 20 บาท/ครั้ง (เฉพาะหน่วยบริการที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขให้จ่ายสารเมทาโดน)
- 8) การตรวจวินิจฉัยราคาแพงและหัตถการโรคหัวใจของบริการผู้ป่วยแบบ Ambulatory Care (พักสังเกตอาการหลังบริการ 1-2 วัน) ทั้งนี้หากมีการให้บริการหัตถการโรคหัวใจมากกว่า 1 รายการ ในการรับบริการ 1 ครั้ง จะจ่ายชดเชยเพียง 1 รายการ เฉพาะรายการที่มีราคากลางสูง

การคำนวณจ่าย สปสช. จะจ่ายชดเชยค่ายา/ค่าบริการ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา ตามที่คำนวณได้โดยใช้ระบบ Point System with Ceiling with Global Budget แต่ไม่เกินยอดเงินที่หน่วยบริการเรียกเก็บและเพดานค่าใช้จ่าย

หมายเหตุ กรณีค่าใช้จ่ายสูงผู้ป่วยนอกหน่วยบริการสามารถสอบถามข้อมูลได้จากสำนักบริการการจัดสรรกองทุน

2.4.4.6 ค่าพาหนะส่งต่อ

หน่วยบริการสามารถขอรับค่าใช้จ่ายในการรับ-ส่งผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ กรณีผู้ป่วยใน กรณีผู้ป่วยสิทธิว่าง และกรณีผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุฉุกเฉินข้ามจังหวัด ในอัตราดังต่อไปนี้

1) ค่าบริการรับส่งต่อทางรถยนต์เป็นไปตามระยะทาง โดยระยะทางไม่เกิน 50 กิโลเมตร ให้เบิกตามจริงไม่เกิน 500 บาท ระยะทางเกิน 50 กิโลเมตร ให้จ่ายชดเชยเริ่มต้นครั้งละ 500 บาท และได้รับการชดเชยเพิ่มกิโลเมตรละ 4 บาท โดยให้คำนวณตามระยะทางไปกลับของกรมทางหลวง

2) ค่าบริการรับส่งต่อทางเรือ เป็นไปตามประเภทเรือและระยะทาง อัตราจ่ายไม่เกิน 35000 บาทต่อครั้งที่ส่ง

3) ค่าบริการรับส่งทางอากาศยาน (เฮลิคอปเตอร์) อัตราจ่ายไม่เกิน 60000 บาทต่อครั้งที่ส่งการคำนวณจ่าย สปสช. จะจ่ายชดเชยตามที่เรียกเก็บ แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนด

2.4.4.7 บริการกรณีเฉพาะอื่นๆ

1) ผู้รับบริการคลอดสิทธิประกันสังคมส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน ซึ่งมีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม ว่าส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน และการเข้ารับบริการต้องเป็นการคลอดเท่านั้นการคำนวณจ่าย ใช้ระบบ DRGs with Global Budget

2) ผู้รับบริการสิทธิประกันสังคม ซึ่งมีหลักฐานรับรองจากสำนักงานประกันสังคม ว่าส่งเงินสมทบไม่ครบ 3 เดือน เข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วย (ทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน)การคำนวณจ่าย ใช้ระบบ DRGs with Global Budget

3) ระบบสำรองเตียง เฉพาะหน่วยบริการสำรองเตียง/สถานบริการสำรองเตียงที่รักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งส่งต่อจาก 1330 / ศูนย์สั่งการส่งต่อผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพเท่านั้นการคำนวณจ่าย ใช้ระบบ DRGs with Global Budget โดยจ่ายในอัตราไม่เกิน 15000 บาท/AdjRW และการจ่ายเพิ่ม (Additional payment)

4) ผู้รับบริการใช้สิทธิรักษาในสถานพยาบาลอื่น เฉพาะผู้มีสิทธิที่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำแล้ว เข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่สถานบริการอื่นตามข้อบังคับมาตรา 7

การคำนวณจ่าย สปสช. จะจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุข ส่วนแรกตามที่เรียกเก็บ แต่ไม่เกินอัตราตามที่เพดานกำหนด และจ่ายชดเชยหลังแจ้งต้นสังกัดครบ 24 ชั่วโมงตามค่าใช้จ่ายจริง

2.4.4.8 กรณีการบริหารโรคเฉพาะ (Disease Management)

ให้ถือปฏิบัติตามที่สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะกำหนด

2.4.5 ระยะเวลาจ่ายชดเชย

สปสช. จะจัดทำรายงานและขออนุมัติจ่ายชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ภายในระยะเวลาไม่เกิน 14 วันหลังจากวันกำหนดออก Statement รายเดือน (MSTM)

ทั้งนี้เพื่อให้การบริหารกองทุนให้มีประสิทธิภาพ สปสช. จะดำเนินการตัดรอบข้อมูลปี 2554 ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2554 และออกรายงานจ่ายเงินให้หน่วยบริการภายในธันวาคม 2554 ส่วนข้อมูลที่ส่งมาล่าช้าเกินกำหนดนั้นจะตัดรอบข้อมูลอีกครั้งในวันที่ 30 กันยายน 2555 และออกรายงานการจ่ายเงิน ภายในเดือนธันวาคม 2555

2.4.6 การอุทธรณ์ข้อมูล

กรณีหน่วยบริการไม่เห็นด้วยกับการจ่ายชดเชยค่าบริการ และมีข้อโต้แย้ง ขอให้อุทธรณ์ไปยัง สปสช. ภายใน 30 วัน หลังจากได้รับทราบข้อมูลการจ่ายเงินชดเชยนั้น หากหน่วยบริการไม่ดำเนินการภายในระยะเวลาที่กำหนดอาจจะไม่ได้รับการพิจารณาข้อมูลอุทธรณ์นั้น

2.5 การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2550

โครงสร้างของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 4.0

กลุ่มโรคทั้งหมดใน Thai DRG version 4.0 แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ Pre MDC, MDC 1 – 25 และกลุ่ม UN (Ungroupable, Unrelated OR procedure, Unacceptable PDx)

องค์ประกอบสำคัญที่ใช้ในการจัดกลุ่ม ได้แก่ MDC, PDC, AX และ DC

MDC (Major Diagnostic Category) คือ หมวดใหญ่ของกลุ่มโรค (DRG) ที่อยู่ในระบบเดียวกัน (เช่นระบบประสาท, ระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น) ในแต่ละ MDC จะมีรายการของรหัสการวินิจฉัย และรหัสหัตถการที่กำหนดไว้ โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย เรียกว่า PDC

ส่วนใหญ่แล้ว แต่ละ PDC จะจัดเป็นหนึ่งใน DC เช่น PDC 1PC (Spinal Procedures) จัดเป็น DC 0103 แต่บาง PDC อาจจัดเป็นหลาย DC โดยใช้องค์ประกอบอื่นในการพิจารณา เช่นอายุ ตัวอย่าง คือ PDC 6B (GI Hemorrhage) จัดเป็น DC 0651 ถ้าอายุมากกว่า 64 ปี และเป็น DC 0652 ถ้าอายุน้อยกว่า 65 ปี บาง DC อาจมาจากหลาย PDC หรือใช้รหัสเพิ่มเติมใน

การจัด ทำให้ต้องมีการกำหนดกลุ่มของรหัสอีกพวกหนึ่ง เรียกว่า AX เช่น PDC 1PB (Craniotomy) จัดเป็น DC 0101 (Craniotomy for Trauma) เมื่อมี PDx เป็นรหัสในกลุ่ม Trauma และจัดเป็น DC 0102 (Craniotomy Except for Trauma) เมื่อ PDx ไม่เป็นรหัสในกลุ่ม Trauma กลุ่มรหัสพิเศษสำหรับตรวจสอบ PDx ว่าเป็น Trauma หรือไม่ในที่นี้คือ AX 1BX

AX แตกต่างจาก PDC คือ AX ไม่ใช้กลุ่มรหัสหลักที่ใช้ในการกำหนด DC และ AX ที่อยู่ใน MDC เดียวกัน อาจมีรหัสซ้ำซ้อนกันได้ นอกจากนี้ อาจมีการอ้างถึง AX ที่อยู่ต่าง MDC ได้

DRG กำหนดจาก DC โดยพิจารณาจาก CC แต่ละ DC จะแบ่งเป็น 5 DRG ตามระดับความซับซ้อนของ CC แต่การกำหนดว่า DC ใดๆ จะแบ่งเป็นกี่ DRG นั้น จะมีการพิจารณาความเหมาะสมในแง่อื่นด้วย การกำหนดเลขสำหรับ MDC, PDC, DC, DRG และ AX

1. MDC เป็นเลข 2 ตัว ได้แก่ 00 สำหรับ Pre MDC

01–25 สำหรับ MDC 1 – MDC 25

26 สำหรับกลุ่ม UN

2. PDC (Procedure or Diagnosis Cluster) เป็นเลขและตัวอักษร ดังนี้

Dx PDC = เลข MDC + A, B, C . . เช่น 5A, 5B

Proc PDC = เลข MDC + P หรือ Q + A, B, C . . เช่น 5PA, 5PB, 8QA

3. DC (Disease Cluster) เป็นเลข 4 ตัว 2 ตัวหน้าเป็นเลข MDC 2 ตัวหลังเป็นเลขลำดับซึ่งแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ 01 – 49 สำหรับที่มี Procedure (ยกเว้นกรณีรักษาภาวะเร่งที่มี non OR DX Proc และการให้เลือด ในบาง MDC) และ 50 – 99 สำหรับที่ไม่มี Procedure

4. DRG เป็นเลข 5 ตัว มีรูปแบบ DDDDX โดย

DDDD = เลข DC

X = เลขซึ่งสัมพันธ์กับ CC ได้แก่ 0, 1, 2, 3, 4 และ 9 โดย 0 หมายถึง ไม่มี CC 1, 2, 3 และ 4 แสดงถึงการมี CC ระดับต่างๆ และ 9 หมายถึง ไม่ใช่ CC

5. AX (Auxilliary Cluster) เป็นเลขและตัวอักษร ดังนี้

Dx AX = เลขนำ + B, C, D . . . + X เช่น 5BX, 5CX

Proc AX = เลขนำ + P + B, C, D . . . + X เช่น 5PBX, 5PCX

เลขนำ ส่วนใหญ่เป็นเลข MDC แต่บาง AX ที่กำหนดเพื่อใช้ในหลาย MDC จะใช้เลข 99 เลข MDC ที่อยู่ใน PDC และ AX ถ้าต่ำกว่า 10 จะตัด 0 ที่นำหน้าออกไป เหลือเป็น 0, 1, 2, อักษร I, O จะไม่ใช่และอักษรสำหรับ AX จะเริ่มด้วย B

ตัวอย่าง MDC 01 Diseases and Disorders of the Nervous System

PDC 1PB Craniotomy

DC 0101 Craniotomy for Trauma

DC 0102 Craniotomy Except for Trauma

DRG 01010 Craniotomy for Trauma without CC

DRG สำหรับกลุ่ม Ungroupable

26509	Ungroupable
26519	Unacceptable PDx
26529	Unacceptable OB Dx Combination

DC สำหรับกลุ่ม Unrelated OR procedure

2601	OR procedure Level 1 Unrelated to PDx
2602	OR procedure Level 2 Unrelated to PDx
2603	OR procedure Level 3 Unrelated to PDx
2604	OR procedure Level 4 Unrelated to PDx
2605	OR procedure Level 5 Unrelated to PDx
2606	OR procedure Level 6 Unrelated to PDx
2607	OR procedure Level 7 Unrelated to PDx

2.5.1 วิธีใช้คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 4.0

คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 4.0 แบ่งเป็น 2 เล่ม เล่ม 1 เป็นคำอธิบายลักษณะทั่วไป หลักเกณฑ์ต่างๆ และ Appendices รวมทั้งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์และการปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ซึ่งเป็นเรื่องที่ครอบคลุมทั่วไปทั้งหมด ส่วนเล่ม 2 เป็นข้อกำหนด Pre MDC และ MDC ต่างๆ ดังนั้นเนื้อหาสำคัญของการกำหนด DRG ต่างๆจะอยู่ในเล่ม 2 ในคู่มือเล่ม 2 ซึ่งแบ่งเป็นบทตาม MDC นั้น แต่ละบทประกอบด้วย

2.5.1.1 Diagramแสดงถึงลำดับขั้นตอนการจัดเป็นกลุ่มรหัส (PDC) ต่างๆ และเงื่อนไขในการจัดเป็นกลุ่มโรค (DC) ต่างๆ Diagram จะแสดงตั้งแต่เริ่มต้นของ MDC นั้นๆ ว่า ในการจัดกลุ่มนั้นให้พิจารณาข้อมูลใดก่อน ส่วนใหญ่แล้วจะให้พิจารณาการมี OR Procedure ก่อน ถ้ามีให้ดูว่าอยู่ใน PDC ไต กรณีที่มีหลาย Procedures อาจเป็นได้หลาย PDC แต่จะใช้ได้เพียงหนึ่ง PDC หลักเกณฑ์ในการเลือก คือให้เอา PDC ที่อยู่เส้นบนสุด เพราะตำแหน่งของเส้นแสดงถึงลำดับความสำคัญ เส้นที่อยู่เหนือกว่ามีความสำคัญมากกว่า

ถ้าไม่มี OR procedure ส่วนใหญ่แล้วจะต้องพิจารณา Principal Diagnosis เป็นลำดับถัดไป ว่าจัดเป็นPDC ไต ลำดับของเส้น PDC ที่เป็น Diagnosis Codes ไม่ค่อยมีความสำคัญนัก เพราะ Principal Diagnosis จะมีเพียงหนึ่งรหัสเท่านั้น

เมื่อได้ PDC แล้วให้ดำเนินตามเส้นของ PDC นั้นต่อไป ว่ามีเงื่อนไขใดในการจัดเป็น DC เมื่อได้ DC แล้วเป็นอันสิ้นสุดขั้นตอนใน Diagram ยกเว้นบาง MDC ที่ Diagram จะแสดงถึงเงื่อนไขในการจัดเป็น DRG ด้วย

2.5.1.2 MDC Assignment of ICD-10 Codes เป็นรหัสการวินิจฉัยโรคหลักที่กำหนดให้เป็น MDC นั้นรวมทั้ง PDC สำหรับรหัสนั้นๆ ด้วย

2.5.1.3 MDC Assignment of ICD-9-CM Codes เป็นรายการรหัสหัตถการที่สัมพันธ์กับ MDC นั้นรวมทั้ง PDC สำหรับรหัสนั้นๆ

2.5.1.4 AX Assignment of ICD-10 Codes เป็นรายการ AX ของรหัสการวินิจฉัย ที่เกี่ยวข้องกับ MDC นั้น

2.5.1.5 AX Assignment of ICD-9-CM Codes เป็นรายการ AX ของรหัสหัตถการ ที่เกี่ยวข้องกับ MDC นั้น

2.5.1.6 DC and DRG Definition เป็นข้อกำหนดของ DC และ DRG ต่างๆ ที่มีใน MDC นั้น โดยใช้ PDC ต่างๆ ที่กำหนดไว้แล้วนอกเหนือจาก PDC ต่างๆ แล้ว การกำหนด DC ยังอาจใช้ AX และองค์ประกอบอื่นด้วย

DC definition จะมีส่วนที่เป็นเลข DC และชื่อ DC อยู่ในบรรทัดเดียวกัน บรรทัดถัดไปเป็นเงื่อนไขที่เป็นตัวกำหนดว่าเป็น DC นั้น เงื่อนไขในแต่ละบรรทัดจะสมบูรณ์ในตัวเอง ถ้ามีหลายบรรทัดแสดงว่ามีได้หลายเงื่อนไข เมื่อเข้าได้กับเงื่อนไขเดียวก็จัดเป็น DC นั้นได้แล้ว

ตัวอย่าง DC definition

DC 0101 Craniotomy for trauma

PDx as AX 1BX and Proc as PDC 1PB

สำหรับการกำหนด DRG นั้น ใน MDC 14 และ 15 จะมีข้อกำหนดเฉพาะ ส่วน MDC อื่นๆ และ Pre MDC มีหลักเกณฑ์ตามที่อธิบายในบท “ขั้นตอนในการหา DRG”

2.5.2 ข้อมูลที่ใช้ในการหา DRG

2.5.2.1 รหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle Diagnosis, PDx) คือ รหัส ICD-10 สำหรับโรคหลักที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลครั้งนั้น PDx จะต้อง มีเสมอและมีได้ 1 รหัสเท่านั้น ปกติแล้วแพทย์ผู้ดูแลรักษาคือผู้สรุปว่าโรคหรือภาวะที่ให้การตรวจรักษาเป็นหลักในการอยู่รพ. ครั้งนั้นคือโรคหรือภาวะใด แม้ว่าบางครั้งอาจกำกวมซึ่งทำให้ตัดสินใจได้ยาก แต่มีความจำเป็นที่จะต้องสรุปให้ได้ก่อนที่จะนำมาหา DRG รหัส ICD-10 ที่ใช้เป็น PDx ใช้ตาม ICD-10 ของ WHO 2007 และที่เพิ่มจาก ICD-10-TM 2007 ยกเว้นรหัสในกรณีต่อไปนี้ ซึ่งถือว่าใช้ไม่ได้ (Invalid) ได้แก่

1) รหัสที่เป็นหัวข้อ เมื่อหัวข้อนั้นมีการแบ่งเป็นข้อย่อยในรหัส WHO เช่น A00 (Cholera) ใช้ไม่ได้ เพราะมีการแบ่งเป็นข้อย่อย A001, A002 และ A003 (กรณีที่รหัส WHO ไม่มีการแบ่งเป็นข้อย่อย แม้จะมีการแบ่งข้อย่อยใน ICD-10-TM รหัสที่เป็นหัวข้อยังใช้ได้ เช่น A91, B86 เป็นต้น)

2) รหัส External Causes (ขึ้นต้นด้วย V, W, X, Y) นอกจากนี้ในรหัส WHO มีการเพิ่มเติมในบางส่วนของรหัสที่ขึ้นต้นด้วย F (แบ่งละเอียดขึ้น), M (เพิ่ม Site Code) และ S, T (แสดง Closed และ Open สำหรับ Fracture และ บาดเจ็บของ Body Cavity 0) ในส่วนที่เพิ่มนี้ รหัสที่เป็นหัวข้อยังใช้ได้ เช่น T08 (Fracture of Spine, Level Unspecified) ยังใช้ได้แม้จะมีรหัส T080 (สำหรับ Closed) และ T081 (Open) เนื่องจากการแบ่งเป็น T080 และ T081 ไม่ได้เป็นการบังคับ

2.5.2.2 รหัสการวินิจฉัยโรคอื่น (Secondary Diagnosis, SDx) คือ รหัส ICD-10 สำหรับโรคอื่นนอกเหนือจากโรคหลัก SDx อาจเป็นโรคร่วม (Comorbidities) หรือภาวะแทรกซ้อน (Complications) ก็ได้ แต่ต้องมีการดำเนินการรักษาในครั้งนั้น โรคในอดีตที่หายแล้ว หรือโรคที่ไม่มีการดำเนินการตรวจหาจะนำมาเป็น SDx ไม่ได้ SDx อาจไม่มีเลย หรือมีหลายรหัสก็ได้ รหัส ICD-10 ที่ใช้เป็น SDx ได้นั้น มีข้อกำหนด เช่น PDx แต่ รหัสที่ขึ้นต้นด้วย V, W, X, Y ใช้ได้

2.5.2.3 รหัสการผ่าตัดและหัตถการ (Procedure, Proc) คือ รหัส ICD-9-CM ฉบับปี 2007 สำหรับการผ่าตัด และการทำหัตถการต่างๆ ซึ่งในที่นี้จะเรียกรวมกันว่าหัตถการใน Thai DRG version 4.0 มี Proc 2 ประเภท คือ

- 1) OR Procedure (Operating Room Procedure, OR-Proc) หมายถึง หัตถการที่มีการกำหนดไว้ว่าเป็นหัตถการที่ต้องใช้ห้องผ่าตัด (ซึ่งทำให้ต้องใช้ทรัพยากรมาก)
- 2) Non-OR Procedure (Non-operating room Procedure) หมายถึง หัตถการที่มีการกำหนดไว้ว่าเป็นประเภทไม่ต้องใช้ห้องผ่าตัด (แม้ว่าในการทำจริงๆ อาจทำในห้องผ่าตัดก็ตาม) Procedure อาจไม่มีหรือมีหลายรหัสได้

ICD-9-CM Procedure with Extension Code คือ การเพิ่มรหัส 2 ตำแหน่งต่อท้ายรหัส ICD-9-CM เดิม เพื่อบอกจำนวนตำแหน่งและจำนวนครั้งของการผ่าตัด เนื่องจากรหัสหัตถการโดยลำพังไม่สามารถแสดงความแตกต่างของการรักษาผู้ป่วยในกรณีที่มีการผ่าตัดหลายตำแหน่งหรือหลายครั้ง จำเป็นต้องมีการเพิ่มข้อมูลบางส่วนเพื่อให้สามารถจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่แยกความแตกต่างได้

2.5.2.4 วันเกิด (Date of Birth, DOB)

2.5.2.5 อายุประกอบด้วยตัวเลข 2 ตัว ได้แก่

- 1) Age คือ อายุเป็นปี มีค่าได้ตั้งแต่ 0 ถึง 124
- 2) Age Day คือ เลขที่เหลือของปี นับเป็นวัน มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 364 หรือ 365 วันกรณีที่ Age มีค่าเป็น 0 จำเป็นต้องมี Age Day ถ้า Age มากกว่า 0 จะไม่มี Age Day ก็ได้ สูตรในการคำนวณอายุคือ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล – วันเกิด (DateAdm - DOB) กรณีที่ข้อมูลวันเกิดและวันที่รับไว้ในโรงพยาบาลไม่ครบ ให้ใช้อายุที่ใส่โดยตรง ถ้ามีทั้งที่ได้จากการคำนวณและที่ใส่โดยตรง ให้ใช้ที่ได้จากการคำนวณ

2.5.2.6 น้ำหนักตัวแรกรับ (Admission Weight, AdmWt) คือน้ำหนักตัวเป็น กิโลกรัมในขณะที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล สำหรับทารกที่คลอดในโรงพยาบาลจะเป็น Birth Weight ข้อมูลน้ำหนักตัวแรกรับมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่เป็นทารกแรกเกิด (อายุ 0-27 วัน) AdmWt ที่มีค่าน้อยกว่า 0.3 กก. ถือว่าไม่มีหรือใช้ไม่ได้ (Invalid)

2.5.2.7 เพศ (Sex) มีค่าเป็น 1 หรือ 2 โดย 1 แทน เพศชาย, 2 แทน เพศหญิง

2.5.2.8 ประเภทการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge Type, Discht) ค่าที่ใช้ได้และความหมาย มีดังนี้

- 1 = With Approval
- 2 = Against Advise
- 3 = Escape
- 4 = Transfer
- 5 = Other
- 8 = Dead Autopsy
- 9 = Dead no Autopsy

2.5.2.9 วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล (Admission Date, DateAdm)

2.5.2.10 วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge Date, DateDsc)

2.5.2.11 ระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of Stay, CALLOS)
คำนวณจากสูตร

$$\text{CALLOS} = \text{DateDsc} - \text{DateAdm}$$

กรณีที่รับไว้และจำหน่ายเป็นวันเดียวกัน $\text{CALLOS} = 0$

CALLOS ที่ใช้ใน diagram และ DC / DRG Definition คือ CALLOS

2.5.2.12 วันที่ลากลับบ้าน (Leave Day) คือ จำนวนวันที่ลากลับบ้านทุกครั้ง รวมกัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550: 1)

2.6 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์

อุดมการณ์ทางการบริหารนั้น ไม่ว่าจะเป็นองค์การของรัฐบาลหรือองค์การการธุรกิจก็ตามย่อมมุ่งมันและพยายามที่จะใช้ปัจจัยสำหรับการบริหารองค์การ เพื่อดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัดและได้ผลงานตามเป้าหมายที่ต้องการ ปัจจัยสำหรับการบริหารที่ว่านี้ ได้แก่ บุคคล (Man) เงิน (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และวิธีการจัดการ (Management)

1. คน (Man) ผู้ปฏิบัติกิจกรรมขององค์กรนั้นๆ
2. เงิน (Money) ใช้สำหรับเป็นค่าจ้างและค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ
3. วัสดุสิ่งของ (Material) หมายถึงอุปกรณ์เครื่องใช้ เครื่องมือต่างๆ รวมทั้งอาคารสถานที่ด้วย
4. ความรู้ด้านการจัดการ (Management) หมายถึงความรู้เกี่ยวกับการจัดการ ปัจจัยในการบริหารทั้ง 4 ประการนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการ เพราะประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยดังกล่าวนี้ (สมคิด บางโม, 2551: 63)

2.6.1 ทฤษฎีความต้องการของบุคคล

2.6.1.1 ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs) Maslow (1954 อ้างถึงใน ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2547: 51) ได้เห็นว่ามนุษย์ถูกกระตุ้นจากความปรารถนาที่จะได้ครอบครอง ความต้องการเฉพาะอย่าง เขาได้ตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับความต้องการของบุคคลไว้ดังนี้

- 1) บุคคลย่อมมีความต้องการอยู่เสมอและไม่สิ้นสุด ขณะที่ความต้องการใดได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการอย่างอื่นเกิดขึ้นอีกไม่มีวันจบสิ้น
- 2) ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วจะไม่ใช่สิ่งจูงใจของพฤติกรรมอื่นๆต่อไป ความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองจึงเป็นสิ่งจูงใจในพฤติกรรมของคนนั้น
- 3) ความต้องการของบุคคลจะเรียงเป็นลำดับขั้นตอนความสำคัญ เมื่อความต้องการระดับต่ำได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลก็จะให้ความสนใจกับความต้องการระดับสูงต่อไป

ลำดับความต้องการของบุคคลมี 5 ขั้นตอนตามลำดับดังนี้

- 1) ความต้องการทางกายภาพ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุด เพื่อความมีชีวิตอยู่รอด ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ อุณหภูมิที่เหมาะสม เป็นต้น
- 2) ความต้องการความปลอดภัย เป็นความต้องการแสวงหาความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมและความคุ้มครองจากผู้อื่น
- 3) ความต้องการความรักและการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของความรู้สึกว่าตนได้รับความรัก และมีส่วนร่วมในการเข้าหมู่พวก
- 4) ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือ เป็นความต้องการให้คนอื่นยกย่องให้เกียรติและเห็นความสำคัญของตน
- 5) ความต้องการความสำเร็จในชีวิต เป็นความต้องการสูงสุดในชีวิตของตน เป็นความต้องการที่เกี่ยวกับการทำงานที่ตนเองชอบหรือต้องการเป็นมากกว่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้

2.6.1.2 ทฤษฎีความต้องการของแอลเดอร์เฟอร์ (Alderfer's Modified Need Hierarchy Theory) (Alderfer, 1972) ได้คิดทฤษฎีความต้องการที่เรียกว่าทฤษฎีอีอาร์จี (ERG : Existence-Relatedness-growth Theory) โดยแบ่งความต้องการของบุคคลเป็น 3 ระดับคือ

- 1) ความต้องการมีชีวิตอยู่ (Existence Needs) เป็นความต้องการที่ตอบสนองเพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ได้แก่ ความต้องการทางกายและความต้องการความปลอดภัย
- 2) ความต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relatedness Needs) เป็นความต้องการของบุคคล ที่จะมิตสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างอย่างมีความหมาย
- 3) ความต้องการเจริญก้าวหน้า (Growth Needs) เป็นความต้องการสูงสุด รวมถึงความต้องการได้รับการยกย่อง และความสำเร็จในชีวิต

2.6.1.3 ทฤษฎีความต้องการของเมอร์เรย์ (Murray's Manifest Needs Theory) (Murray, 1938) ได้อธิบายว่า ความต้องการของบุคคลมีความต้องการหลายอย่างในเวลาเดียวกันได้ ความต้องการของบุคคลที่เป็นความสำคัญเกี่ยวกับการทำงานมีอยู่ 4 ประการคือ

- 1) ความต้องการความสำเร็จ หมายถึง ความต้องการที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี
- 2) ความต้องการมีมิตรสัมพันธ์ ความต้องการมีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น โดยคำนึงถึงการยอมรับของเพื่อนร่วมงาน
- 3) ความต้องการอิสระ เป็นความต้องการที่เป็นตัวของตัวเอง
- 4) ความต้องการมีอำนาจ ความต้องการที่จะมีอิทธิพลเหนือคนอื่น และต้องการที่จะควบคุมคนอื่นให้อยู่ในอำนาจของตน

2.6.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์

การกระทำใด ๆ ของบุคคลมักขึ้นอยู่กับข้อตกลงพื้นฐานที่เขาสร้างขึ้น ด้วยเหตุนี้เอง จึงทำให้ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์ จากการกระทำของบุคคลทำให้ต้องตั้งคำถามว่าเขาน่าเชื่อถือหรือไม่ เขาชอบงานนี้หรือไม่ เขาสามารถคิดสร้างสรรค์ได้หรือไม่ ทำไมเขาจึงทำเช่นนั้น เขาควรจะได้รับผลตอบแทนอย่างไร สิ่งเหล่านี้จะทำให้เข้ามาเกิดเป็นปรัชญาการบริหารทรัพยากรมนุษย์ บุคลากรทุกคนที่ได้รับการตัดสินใจว่าจ้างให้เข้ารับการฝึกอบรมการให้ผลประโยชน์ตอบแทน ล้วนแล้วแต่เป็นผลมาจากปรัชญาเบื้องต้น

ดังนั้น การพัฒนาปรัชญาการบริหารทรัพยากรมนุษย์ จึงขึ้นอยู่กับองค์ประกอบพื้นฐานของบุคคลตามทฤษฎีที่ตนเองเชื่อถือคือ Douglas McGregor ได้แบ่งคนออกเป็น 2 พวกคือ

ทฤษฎี X เชื่อว่า

1. โดยทั่วไปคนไม่ชอบทำงาน และจะหลีกเลี่ยงงานถ้าสามารถทำได้
2. เนื่องจากลักษณะของคนไม่ชอบทำงาน คนส่วนใหญ่จึงต้องมีการบังคับขู่ เชิญ ควบคุม ชักนำ และทำโทษ เพื่อจะให้เขาทำงานให้ตามเป้าหมาย
3. โดยทั่วไปคนชอบให้บอกให้ทำงาน และมักหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบ

ทฤษฎี Y เชื่อว่า

1. บุคคลทั่วไปโดยสันดานไม่ใช่ไม่ชอบงาน
2. การควบคุมภายนอก และการใช้วิธีการลงโทษ ไม่ได้เป็นหนทางที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเป้าหมายขององค์กร
3. วิธีการกระตุ้นให้บุคคลทำงาน คือ การที่บุคคลนั้นมีความต้องการที่จะให้ งานสัมฤทธิ์ผล และมีสัจการแห่งตน
4. บุคคลทั่วไปถ้าอยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสมแล้ว ไม่เพียงแต่จะยอมรับงาน เท่านั้น แต่จะมีความรับผิดชอบด้วย
5. ศักยภาพในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์สูงกับอัตราของความคิดเห็นของตนเอง ความฉลาด และความคิดสร้างสรรค์งานให้แก่องค์กร (ศิริพงษ์ เสาภายน, 2550: 22)

ทฤษฎีนี้เน้นถึงการพัฒนาตนเองของมนุษย์ ซึ่งเห็นว่ามนุษย์นั้นรู้จักตนเองได้ถูกต้อง รู้ขีดความสามารถของตน ผู้บริหารจะมีความรู้สึกในด้านดีต่อผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคล อันจะมีผลต่อ วัตถุประสงค์ขององค์กร

สรุปได้ว่า ทฤษฎีทั้ง 4 ทฤษฎี จะทำให้เราทราบถึงตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับขวัญ กำลังใจ ในการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้บริหารสามารถนำมาใช้ในการพิจารณาในด้านการทำบำรุงขวัญของผู้ปฏิบัติงานได้ เพื่อที่จะให้มีกำลังขวัญในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยทฤษฎีการจูงใจของ Maslow, Alderfer, Murray, สามารถใช้เป็นแนวทางในการ บำรุงกำลังขวัญให้สอดคล้องกับลำดับขั้นความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน

ทฤษฎี X และทฤษฎี Y แนวคิดของ McGregor สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง ขวัญด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาให้ดีขึ้น อาจเป็นตัวช่วยในการ ตัดสินใจของผู้บังคับบัญชาว่าผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นคนอย่างไร ควรจะจูงใจให้ทำงานด้วยวิธีไหน

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล และคณะ (2552: 121) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จใน การให้รหัสโรค หัตถการและการผ่าตัดของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า

ปัจจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลการวินิจฉัยโรคอื่น (SDx) ที่ไม่ครบถ้วน ข้อมูลรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (PDX) หรือการวินิจฉัยโรคอื่นไม่ถูกต้อง ข้อมูลรหัสหัตถการและการผ่าตัด (Proc) ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล (CaLOS) มากกว่า 30 วัน นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ค่า AdjRW ซึ่งเป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ที่ถูกปรับตามค่าวันนอนจริงเพิ่มขึ้น

เพ็ญพร คุณขาว และคณะ (2553: 79) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจำนวน 2205 ราย พบว่า เวชระเบียนผู้ป่วยในกับหนังสือรับรองการตายที่มีรหัสโรคที่มีสาเหตุการตายตรงกันมีจำนวน 1449 ราย คิดเป็น 65.71% และรหัสโรคไม่ตรงกันจำนวน 756 ราย คิดเป็น 34.29% โดยทั้งนี้เกิดจากแพทย์ที่สรุปการวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุการตายของเวชระเบียนผู้ป่วยในและแพทย์ที่สรุปสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายไม่ใช่แพทย์คนเดียวกัน ทำให้ข้อมูลจาก 2 แหล่งไม่ตรงกัน ซึ่งส่งผลให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตายไม่ตรงกันด้วย

ธารา ธรรมโรจน์ และวินัย ตันติยาสวัสดิกุล (2549: 130) ศึกษาเรื่อง การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนากระบวนการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยโดยเฉพาะเวชระเบียนผู้ป่วยในหลายประการ เช่น ความก้าวหน้าของระบบการบันทึกข้อมูล การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการดูแลรักษาตัวเองมากขึ้น การที่รัฐบาลได้มีนโยบายให้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยเฉพาะการวินิจฉัยโรคตามระบบ International Classification of Disease and Related Health Problem (ICD) มาใช้เพื่อการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามระบบ Diagnosis Related Group (DRG) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้นโดยเฉพาะนโยบายเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามระบบ DRG ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยค่อนข้างมาก ก่อให้เกิดความสนใจและความเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงานเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยในอย่างมากในทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยผลการทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นดังนี้ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (62.45%) ถ้าพิจารณาจากผู้ที่มีส่วนต่อความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนพบว่า ส่วนที่บันทึกโดยแพทย์ (56.82%) จะได้คะแนนระดับพอใช้ และต่ำกว่าส่วนที่บันทึกโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ (พยาบาล และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน) โดยพบว่ามี 4 หัวข้อจาก 7 หัวข้อการประเมินที่บันทึกโดยแพทย์ได้คะแนนในช่วงพอใช้ (50-59%) และ 2 หัวข้อการประเมินอยู่ในขั้นต่ำกว่าเกณฑ์ (<50%) คือ การบันทึกแผนการรักษา และการแพทย์ ดังนั้นในส่วนของบุคลากรทางโรงพยาบาลศรีนครินทร์ควรปรับปรุงการบันทึกของแพทย์ส่วนในฝ่ายบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์มี 1 หัวข้อการประเมินที่ได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ คือ การบันทึกสัญญาณชีพ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์แพทย์สภา และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยความมกพร่องนี้มักพบในโรงพยาบาลใหญ่ที่มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจอย่างชัดเจน ใน

บางห้องตรวจที่ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีความรุนแรงของโรคน้อย เช่น ห้องตรวจแผนกออร์โทปิดิกส์ ห้องตรวจแผนกตา และห้องตรวจแผนกหูคอจมูก จึงมักไม่มีการตรวจสัญญาณชีพเพื่อลดงานของฝ่ายการพยาบาล

เยาวลักษณ์ จันแดง และวันชัย ล้อกาญจนรัตน์ (2552: 1) ศึกษาเรื่อง ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียนให้ได้เป้าหมายตามที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย 1. ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร ได้แก่ การทำความเข้าใจกับแพทย์ในแต่ละแผนก แต่ละห้องตรวจ 2. ความตั้งใจของทีม PCT แต่ละทีม ได้แก่ การทดลอง Audit ในแนวทางและเกณฑ์เดียวกัน 3. การประชาสัมพันธ์ ได้แก่ การจัดทำโปสเตอร์ การเชิญชวนแพทย์ให้สรุปเวชระเบียน โดยติดป้ายข้อความเชิญชวนไว้ที่หน้าเล่มเวชระเบียน (Chart) ทุกเล่มและทุกตึก ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน มีผลต่อน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย (AdjRW) คือ การบันทึกเวชระเบียนยิ่งสมบูรณ์มาก ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยจะมากด้วย ส่งผลให้โรงพยาบาลได้รับการจัดสรรงบประมาณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) มากตามด้วย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่อง การปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง ผู้วิจัยกำหนดรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย และนำเสนอไว้ในบทนี้ ดังนี้

- 3.1 ประชากรและตัวอย่าง
- 3.2 นิยามปฏิบัติการ
- 3.3 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา
- 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.5 ข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรของการวิจัยครั้งนี้ คือ แพทย์ เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ และเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 127 คน

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรจำแนกตามตามลักษณะงาน

บุคลากร	ประชากร
แพทย์	91
เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ	6
เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ	30
รวม	127

หมายเหตุ แพทย์	ลาศึกษาต่อ	5 คน
เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ	ลาศึกษาต่อ	1 คน

ตัวอย่าง

ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นแพทย์ เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ โดยต้องปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียนผู้ป่วยในมาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ได้ตัวอย่าง จำนวน 68 คน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. กลุ่มแพทย์ คือแพทย์ของโรงพยาบาลกลาง จำนวน 58 คน ซึ่งเป็นแพทย์ที่ให้การ รักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลกลางประเภทผู้ป่วยในและทำการสรุปคำวินิจฉัยหลังจากผู้ป่วย จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. กลุ่มเจ้าพนักงานเวชสถิติ ที่ปฏิบัติงานให้รหัสโรค รหัสผ่าตัด ของโรงพยาบาลกลาง ทั้งหมด จำนวน 5 คน
3. กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ จำนวน 5 คน โดยมีคุณสมบัติในการเลือกคือ เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการส่งข้อมูลเพื่อขอรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

3.2 นิยามปฏิบัติการ

1. เจ้าพนักงานเวชสถิติ (Coder) หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานในการรวบรวมข้อมูลจากเวช ระเบียน เพื่อทำการให้รหัส ICD-10 และ ICD-9-CM โดยเป็นผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัย เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง แฟ้มข้อมูลที่บันทึกข้อมูลทุกอย่างเกี่ยวกับผู้ป่วยที่รับ ไว้รักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน
3. DRGs หมายถึง การจัดกลุ่มโรคในการจ่ายค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
4. ICD-10 หมายถึง รหัสโรคที่อ้างอิงจากบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Statistical of Disease and Related Health Problems 10th) ที่ใช้แทนชื่อโรค หรือภาวะการเจ็บป่วย เช่น Hypertension ใน ICD-10 จะใช้แทนด้วยรหัส I10
5. ICD-9-CM หมายถึงรหัสการผ่าตัดหรือหัตถการที่อ้างอิงจากบัญชีการจำแนกการ ผ่าตัดและหัตถการ (International Classification of Diseases Ninth Revision Clinical Modification) เช่น การผ่าตัดไส้ติ่ง (Appendectomy) จะใช้แทนด้วยรหัส 47.09
6. การขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์/การเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ หมายถึง การส่งข้อมูล ICD-10 และ ICD-9-CM ของโรงพยาบาลไปที่สำนักงานหลักประกัน สุขภาพโดยใช้โปรแกรม NHSO/E-claim ในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
7. ความทันเวลาในเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ หมายถึง การส่งข้อมูล ICD-10 และ ICD-9-CM ของโรงพยาบาลไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพโดยใช้โปรแกรม NHSO/E-

claim ในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใน 30 วัน หลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

8. แพทย์ หมายถึง แพทย์ทุกคนที่ปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลกลาง โดยเป็นแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยในพร้อมทั้งสรุปคำวินิจฉัยผู้ป่วยใน

3.3 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาและการวัด

ตัวแปร	การวัด
อายุ	อัตราส่วน มีหน่วยเป็นปี
เพศ	นามบัญญัติ มี 2 กลุ่ม 1 ชาย 2 หญิง
สถานภาพสมรส	นามบัญญัติ มี 4 กลุ่ม 1 โสด 2 สมรส 3 หม้าย 4 หย่า/แยกกันอยู่
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	อัตราส่วน มีหน่วยเป็นปี
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเวชระเบียน	นามบัญญัติ มี 4 กลุ่ม 1 ค่าตอบแทนพิเศษ 2 เงินเดือน 3 เป็นหน้าที่ 4 อื่นๆ
การให้ความสำคัญในการปฏิบัติงานเวชระเบียน	อันดับมาตรา มี 5 ระดับ 1 ไม่ให้ความสำคัญเลย 2 ให้ความสำคัญน้อย

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ตัวแปร	การวัด
การให้ความสำคัญในการปฏิบัติงานเวชระเบียน (ต่อ)	3 ให้ความสำคัญปานกลาง 4 ให้ความสำคัญมาก 5. ให้ความสำคัญมากที่สุด
ความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์	อันตรภาค มีคะแนน ต่ำสุด คือ 0 เมื่อตอบผิดทุกข้อและสูงสุดคือ 9 เมื่อตอบถูกทุกข้อ โดยมีข้อถามเพื่อวัดความรู้ ดังนี้ 1. เวชระเบียนเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพบริการในโรงพยาบาล 2. วัตถุประสงค์ของการบันทึกเวชระเบียนเพื่อใช้สื่อสารข้อมูลของการรักษา 3. Principal Diagnosis อาจมีได้หลายโรค 4. เมื่อผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วทางโรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องส่งข้อมูลเพื่อทำการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ เนื่องจากได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวแล้ว 5. การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในมีความสัมพันธ์กับระบบการเบิก-จ่ายค่ารักษาพยาบาล ของโรงพยาบาล 6. หลังจากผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ภายใน 30 วัน 7. หลังจากผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ภายใน 45 วัน

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ตัวแปร	การวัด
ความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ (ต่อ)	8. หลังจากผู้ป่วยสิทธิต้นสังกัดจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ภายใน 45 วัน 9. กรณีส่งข้อมูลเบิกค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ไม่ทันเวลา มีผลกระทบต่อรายรับของโรงพยาบาล

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะการปฏิบัติงาน คือ

1. แพทย์
2. เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ (Coder)
3. เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ

โดยแบบสอบถามในแต่ละกลุ่มจะแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคำถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะแบบสอบถามปลายปิด โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ และการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยแยกตามลักษณะงาน เป็นลักษณะแบบเลือกตอบข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ส่วนแบบสอบถามของเจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ และเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ จะมีคำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เพิ่มเติมจากแบบสอบถามในกลุ่มของแพทย์ สำหรับคำถามในส่วนนี้ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยกับข้อความนี้มากที่สุดถึงเห็นด้วยกับข้อความนี้น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 ระดับความคิดเห็นและระดับค่าคะแนน

ระดับความคิดเห็น	ระดับการให้ค่าคะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5
เห็นด้วยมาก	ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 4
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 3
เห็นด้วยน้อย	ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1

เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best) ดังตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.4 เกณฑ์ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น

ค่าเฉลี่ย	การแปลผล
4.50 – 5.00	เห็นด้วยมากที่สุด
3.50 – 4.49	เห็นด้วยมาก
2.50 – 3.49	เห็นด้วยปานกลาง
1.50 – 2.49	เห็นด้วยน้อย
1.00 – 1.49	เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องระบบเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งมีคำถามวัดความรู้ทั้งหมด 9 ข้อ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3.2 ถ้าข้อใดตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ดังนั้นคะแนนวัดความรู้จึงมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 9 คะแนน

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

3.5 ข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ

3.5.1 ข้อมูลปฐมภูมิ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อมูลจากแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.5.1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ เพื่อขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1.2 กำหนดรหัสหมายเลขแบบสอบถามเพื่อตรวจสอบการเก็บแบบสอบถาม

3.5.1.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 68 ชุด

3.5.1.4 แจกให้ตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอในภาพรวม

3.5.1.5 ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนที่จะนำมาประมวลผล หากมีฉบับไหนไม่สมบูรณ์ทำการเก็บเพิ่มให้ครบ

3.5.2 ข้อมูลทุติยภูมิ

เป็นข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผู้วิจัยขอหนังสือจากโรงพยาบาลกลาง เพื่อขอความอนุเคราะห์จากเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อขอความอนุเคราะห์ข้อมูล

3.6 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนแล้วนำมาลงรหัสเลข (Code)

2. นำแบบสอบถามที่ลงรหัสแล้ว มาบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ Statistical Package of Social Science (SPSS) for Windows Version 15.0 เพื่อประมวลผลข้อมูลที่จัดเก็บและคำนวณค่าทางสถิติใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายลักษณะของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแจกแจงตาราง

ความถี่แบบตารางไขว้ (Crosstab) โดยนำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบตารางการวิเคราะห์ และ นำผลการศึกษาที่ได้มาสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและเขียนข้อเสนอแนะ

3. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากคำถามปลายเปิด โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ในการศึกษาเรื่อง การปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในกับการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจ การให้ความสำคัญ และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลกลาง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม จำนวน 68 ชุด (จากผู้ตอบแบบสอบถาม 3 กลุ่ม) และได้นำข้อมูลบันทึกลงเครื่องคอมพิวเตอร์และทำการประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ผลการศึกษาแบ่งออกเป็นหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- 4.1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- 4.2 แรงจูงใจและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- 4.3 ความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
- 4.4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

4.1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

หัวข้อนี้นำเสนอข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร อันได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพสมรส และลักษณะด้านงานที่เกี่ยวข้อง คือ ประสบการณ์ในการทำงาน และจำนวนเฉลี่ยของเวชระเบียนที่ต้องทำต่อวัน โดยมีรายละเอียด แสดงไว้ในตารางที่ 4.1 และ 4.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ลักษณะส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	41	60.30
หญิง	27	39.70
อายุ ($\bar{x} = 39$ ปี , S.D. = 8.87 ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	7	10.30
30-39 ปี	34	50.00
40-49 ปี	16	23.50
50 ปี ขึ้นไป	11	23.50
สถานภาพสมรส		
โสด	25	36.80
สมรส	43	63.20
รวม	68	100.00

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.30 และที่เหลือคือร้อยละ 39.70 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30-39 ปี เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่สมรสแล้ว จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 63.20

ตารางที่ 4.2 การทำงานของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามลักษณะงาน

ข้อมูลส่วนบุคคล	แพทย์		เจ้าพนักงานเวชสถิติ		เจ้าหน้าที่ศูนย์ปรึกษา	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการทำงาน						
ภายใน 5 ปี	9	15.50	4	80.00	4	80.00
6-10 ปี	22	37.90	0	0.00	1	20.00
11 ปีขึ้นไป	27	46.60	1	20.00	0	0.00

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	แพทย์		เจ้าพนักงานเวชสถิติ		เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันฯ	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
จำนวนเฉลี่ยของเวชระเบียน : วัน						
1-2 ราย	24	41.40	0	0.00	0	0.00
3-5 ราย	28	48.30	0	0.00	0	0.00
6-10 ราย	5	8.60	1	20.00	0	0.00
11-20 ราย	1	1.70	0	0.00	0	0.00
21-30 ราย	0	0.00	4	80.00	0	0.00
31 รายขึ้นไป	0	0.00	0	0.00	5	100.00
รวม	58	100.00	5	100.00	5	100.00

จากตารางที่ 4.2 พบว่าเกือบครึ่งของแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมีประสบการณ์ในการทำงาน 11 ปีขึ้นไป และมีจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ต้องสรุปคำวินิจฉัยเฉลี่ยวันละ 3-5 ราย เจ้าพนักงานเวชสถิติส่วนใหญ่คือร้อยละ 80 มีประสบการณ์ในการทำงานไม่เกิน 5 ปี และร้อยละ 80 เช่นกัน มีจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ต้องให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการเฉลี่ยวันละ 21-30 ราย ส่วนเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานไม่เกิน 5 ปี และร้อยละ 100 มีจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน นำส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เฉลี่ยวันละ 31 รายขึ้นไป

4.2 แรงจูงใจและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับแรงจูงใจและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในตามลักษณะงานของแต่ละอาชีพ

ตารางที่ 4.3 แรงจูงใจ และระดับของการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน

แรงจูงใจและการให้ความสำคัญ	แพทย์		เจ้าพนักงานเวชสถิติ		เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันฯ	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน						
ค่าตอบแทน	7	12.10	3	60.00	0	0.00
เป็นหน้าที่	51	87.90	2	40.00	5	100.00

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

แรงจูงใจและการให้ ความสำคัญ	แพทย์		เจ้าพนักงานเวชสถิติ		เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันฯ	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
การให้ความสำคัญ						
ให้ความสำคัญมากที่สุด	6	10.30	4	80.00	1	20.00
ให้ความสำคัญมาก	34	58.60	1	20.00	3	60.00
ให้ความสำคัญปานกลาง	16	27.60	0	0.00	0	0.00
ให้ความสำคัญน้อย	2	3.40	0	0.00	1	20.00
รวม	58	100.00	5	100.00	5	100.00

จากตารางที่ 4.3 พบว่าแพทย์ให้ความสำคัญในการสรุปค่าวินิจฉัยในระดับมาก เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 58.60 และส่วนใหญ่เห็นว่าการสรุปค่าวินิจฉัยเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ ร้อยละ 87.90 และที่เหลือคือร้อยละ 12.10 เห็นว่าแรงจูงใจในการสรุปค่าวินิจฉัยคือค่าตอบแทน

เจ้าพนักงานเวชสถิติให้ความสำคัญในการให้รหัสโรค-รหัสผ่าตัดและหัตถการ ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80 โดยเห็นว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้รหัสโรค-รหัสผ่าตัดและหัตถการคือค่าตอบแทน ร้อยละ 60

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพให้ความสำคัญในการส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 60 และเห็นว่าการปฏิบัติงานส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เป็นหน้าที่ที่ต้องทำ

เป็นที่น่าสังเกตว่าไม่มีผู้ใดทั้งในกลุ่มแพทย์ เจ้าพนักงานเวชสถิติ และเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพให้ความสำคัญในการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในระดับน้อยที่สุด ดังนั้นจึงไม่ปรากฏตัวเลขของการให้ความสำคัญในระดับนี้ ในตารางที่ 4.3

เนื่องจากในการทำงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องดังนี้ แพทย์ เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ โดยในแต่ละตำแหน่งก็ไม่ได้มีงานรับผิดชอบเพียงภาระงานเกี่ยวกับเวชระเบียนเท่านั้น แต่ยังมีงานอื่นๆ ที่ต้องรับผิดชอบอีกด้วย แพทย์ มีงานการตรวจรักษา การบริหาร การสอนนักศึกษาแพทย์ และงานการสรุปค่าวินิจฉัย เจ้าพนักงานเวชสถิติมีงานการให้รหัสต่างๆ อาทิ รหัสโรค รหัสผ่าตัด-หัตถการ การจัดทำสถิติ และงานคุณภาพ เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพมีงานส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการ รับเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้ป่วย ประสานงานกับ สปสช. รับ-ส่งหนังสือภายในหน่วยงาน และงานพบผู้ป่วย ในแต่ละตำแหน่งมีการความสำคัญของงานที่รับผิดชอบแตกต่างกัน แสดงไว้ในตารางที่ 4.4, 4.5 และ 4.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 การให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในของแพทย์

ภาระงาน	อันดับที่ให้ความสำคัญ
1. ตรวจรักษา	1
2. บริหาร	4
3. สอนนักศึกษาแพทย์	3
4. สรุปคำวินิจฉัย	2

จากตารางที่ 4.4 พบว่า แพทย์ให้ความสำคัญต่อภาระงานตรวจรักษาเป็นลำดับแรก รองลงมาคือ งานสรุปเวชระเบียน งานสอนนักศึกษาแพทย์ และงานบริหาร ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 การให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในของเจ้าพนักงานเวชสถิติ

ภาระงาน	อันดับที่ให้ความสำคัญ
1. ให้รหัส	1
2. จัดทำสถิติ	3
3. งานคุณภาพ	2

จากตารางที่ 4.5 พบว่าเจ้าพนักงานเวชสถิติให้ความสำคัญต่อภาระงานให้รหัสเป็นลำดับแรก รองลงมาคือ งานคุณภาพและงานสถิติ

ตารางที่ 4.6 การให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในของเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ

ภาระงาน	อันดับที่ให้ความสำคัญ
1. ส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการ	4
2. รับเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้ป่วย	2
3. ประสานงานกับ สปสช.	5
4. รับ-ส่งหนังสือภายในหน่วยงาน	3
5. พบผู้ป่วย	1

จากตารางที่ 4.6 พบว่า เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพให้ความสำคัญต่อภาระงานพบผู้ป่วยเป็นลำดับแรก รองลงมา คือ งานรับเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้ป่วย งานรับ-ส่งหนังสือภายในหน่วยงาน งานส่งข้อมูลชุดเวชค่าบริการทางการแพทย์และงานประสานงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามลำดับ

ในการส่งเบิกชุดเวชค่าบริการทางการแพทย์ สถานพยาบาลต้องส่งข้อมูลภายในระยะเวลา 30 วันนับตั้งแต่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แพทย์เป็นบุคลากรที่สำคัญที่จะให้การดำเนินงานเป็นไปตามกำหนด เพื่อให้การส่งข้อมูลทันเวลาจึงได้ศึกษาพฤติกรรมการทำงานและความคิดเห็นของแพทย์ที่มีต่อการสรุปเวชระเบียบผู้ป่วยใน แสดงไว้ในตารางที่ 4.7 , 4.8 , 4.9 และ 4.10 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 เวลาที่ใช้ในการสรุปเวชระเบียบผู้ป่วยในของแพทย์

ระยะเวลาในการสรุปเวชระเบียบ	ความถี่	ร้อยละ
1. สรุปทันทีหลังผู้ป่วยจำหน่าย	24	41.40
2. สรุปภายใน 1 สัปดาห์	23	39.70
3. สรุปภายใน 10 วัน	7	12.10
4. สรุปภายใน 1 เดือน	3	5.20
5. อื่นๆ	1	1.70

จากตารางที่ 4.7 พบว่าแพทย์ทำการสรุปเวชระเบียบทันทีหลังผู้ป่วยจำหน่ายมากที่สุด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 41.40 รองลงมาสรุปภายใน 1 สัปดาห์ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 39.70

ตารางที่ 4.8 การสรุปเวชระเบียบผู้ป่วยในของแพทย์กรณีไปประชุม ลาพักผ่อน ลากิจติดต่อกันเกิน 1 สัปดาห์

การดำเนินการสรุปเวชระเบียบ	ความถี่	ร้อยละ
1. สรุปเวชระเบียบผู้ป่วยในให้เสร็จก่อน	33	56.90
2. ผ่ากแพทย์ท่านอื่นสรุปเวชระเบียบผู้ป่วยในให้	2	3.40
3. สรุปเวชระเบียบผู้ป่วยในหลังจากประชุม/ลาพักผ่อน/ลากิจ	23	39.70

จากตารางที่ 4.8 พบว่าหากแพทย์ต้องไปประชุม ลาพักผ่อน หรือลากิจ ติดต่อกันเกิน 1 สัปดาห์ จะดำเนินการสรุปเวชระเบียน โดยสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในให้เสร็จก่อน จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 56.90 ผากแพทย์ท่านอื่นสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.40 และสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังจากประชุม / ลาพักผ่อน / ลากิจ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 39.70

ตารางที่ 4.9 ความคิดเห็นของแพทย์ต่อการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในล่าช้า

ความคิดเห็น	ความถี่	ร้อยละ
1. มีผลกระทบต่อการจัดทำสถิติของโรงพยาบาล	2	3.40
2. มีผลทำให้โรงพยาบาลสูญเสียรายได้	26	44.80
3. มีผลต่อการทำสถิติและสูญเสียรายได้	30	51.10

จากตารางที่ 4.9 พบว่า แพทย์เห็นว่าการสรุปเวชระเบียนล่าช้าจะส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลโดยทำให้มีผลกระทบต่อการจัดทำสถิติของโรงพยาบาล จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.40 มีผลทำให้โรงพยาบาลสูญเสียรายได้ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 44.80 มีผลต่อการทำสถิติและสูญเสียรายได้ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 51.10

ตารางที่ 4.10 ความคิดเห็นของแพทย์ต่อภาระงานการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ความคิดเห็น	ความถี่	ร้อยละ
1. ไม่เพิ่ม	9	15.50
2. เพิ่มเล็กน้อย	24	41.40
3. เพิ่มปานกลาง	19	32.80
4. เพิ่มมาก	4	6.90
5. เพิ่มมากที่สุด	2	3.40

จากตารางที่ 4.10 พบว่า แพทย์เห็นว่าการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในเป็นการเพิ่มภาระงานเล็กน้อย ระดับมากที่สุด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 41.40 รองลงมาคือ เพิ่มปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 32.80 และเห็นว่าการสรุปเวชระเบียนเป็นการเพิ่มภาระงานมากที่สุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.40

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้โรงพยาบาลส่งข้อมูลเพื่อขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์โดยการกำหนดเงื่อนไขในการส่งข้อมูลภายใน 30 วันหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งหลังจากที่แพทย์สรุปคำวินิจฉัยแล้ว เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติเป็นผู้มีหน้าที่ให้รหัส หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันจะดำเนินการส่งข้อมูลไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หากส่งไม่ทันภายในกำหนดจะมีผลต่อการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ดังนั้นเพื่อให้การส่งข้อมูลได้ทันเวลา จึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อขั้นตอนการส่งข้อมูล แสดงไว้ในตาราง 4.11 และ 4.12 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานการให้รหัสโรค	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ ความ คิดเห็น
1. ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 30 วัน ทำให้ต้องใช้เวลาในการให้รหัสมากขึ้น	4.60	.458	มากที่สุด
2. ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ (ventilation) ทำให้ต้องใช้เวลาในการให้รหัสมากขึ้น	4.20	.837	มาก
3. ผู้ป่วยที่มีแพทย์ผู้ร่วมรักษาหลายท่าน ทำให้เกิดปัญหาว่าแพทย์ท่านใดจะเป็นผู้สรุปเวชระเบียน	3.40	1.140	ปานกลาง
4. อ่านลายมือแพทย์ไม่ออก	4.40	.548	มาก
5. แพทย์ใช้คำย่อในการคำวินิจฉัยที่ไม่เป็นสากลหรือมีได้หลายความหมาย	4.40	.548	มาก
6. ผู้ให้รหัสขาดความรู้ ประสบการณ์ รวมทั้งความชำนาญในการให้รหัส	2.60	1.342	ปานกลาง
7. จำนวนผู้ปฏิบัติงานการให้รหัส ไม่เพียงพอกับปริมาณงานที่ได้รับ	3.00	.707	ปานกลาง
8. ท่านได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในการสรุปเวชระเบียนให้ทันเวลา	2.80	.837	ปานกลาง

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานการให้รหัสโรค	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ ความ คิดเห็น
9. ท่านได้รับเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อทำการให้รหัสหลังจาก ผู้ป่วยจำหน่ายภายใน 7 วัน	2.40	.548	น้อย
10. โดยทั่วไปข้อมูลการวินิจฉัยโรคและหัตถการที่รักษา ผู้ป่วยได้สรุปไว้ในใบสรุป (Summary sheet) มีความ ครบถ้วน สมบูรณ์	2.40	.894	น้อย
11. ผู้ปฏิบัติงานการให้รหัสขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจาก			
11.1 ไม่มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ	3.60	1.342	มาก
11.2 ขาดการสนับสนุน ส่งเสริมด้านการพัฒนาความรู้ในการ ให้รหัส	3.20	1.304	ปานกลาง
11.3 ขาดการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	3.20	1.304	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.11 พบว่า เจ้าพนักงานเวชสถิติ เห็นว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานการให้รหัสโรคมามากที่สุดคือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 30 วัน มีคะแนนเฉลี่ย 4.60 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .458 ปัจจัยที่รองลงมาคือ แพทย์ใช้คำย่อในการคำวินิจฉัยที่ไม่เป็นสากลหรือมีได้หลายความหมายมีคะแนนเฉลี่ย 4.40 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .548 และเห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานให้รหัสโรค-รหัสผ่าตัดและหัตถการน้อยที่สุดคือ การได้รับเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อทำการให้รหัสโรค-รหัสผ่าตัดและหัตถการหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายภายใน 7 วัน มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น 2.40 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .548

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความคิดเห็นเกี่ยวกับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานการส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานการส่งข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ ความ คิดเห็น
1. ระบบ Internet ในโรงพยาบาลของท่านสามารถส่งข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.40	.548	ปานกลาง
2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลของท่าน	3.20	.447	ปานกลาง
3. ผู้บริหารของท่านให้ความสำคัญและสนับสนุนงานของท่าน	3.20	.447	ปานกลาง
4. ผู้บริหารของท่านรับทราบผลการส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จาก Statement ทุกเดือน	3.40	.548	ปานกลาง
5. กรณีที่ท่านส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ไม่ทันเวลา เนื่องจากปัญหากระบวนการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล ผู้บริหารของท่านสามารถให้ความช่วยเหลือท่านได้เสมอ	2.80	.447	ปานกลาง
6. ผู้บริหารของท่านอนุมัติให้ท่านเบิกค่าตอบแทนนอกเวลาราชการได้ทุกครั้งที่ท่านส่งข้อมูลค่าชดเชยไม่ทัน	3.00	.707	ปานกลาง
7. ผู้บริหารของท่านยกย่องชมเชยผลงานของท่าน	2.20	1.095	น้อย

จากตารางที่ 4.12 เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ เห็นว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานการส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ที่ทำให้การส่งข้อมูลส่งได้ทันในกำหนดเวลา คือ ระบบ Internet ของโรงพยาบาลที่ใช้ในการส่งข้อมูลมีประสิทธิภาพ และผู้บริหารรับทราบการส่งข้อมูลจาก Statement ทุกเดือน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากันคือ 3.40 ส่วนปัจจัยที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน คือ เมื่อปฏิบัติงานแล้วผู้บริหารควรให้การยกย่องชมเชยผลงาน โดยมีคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ย 2.20

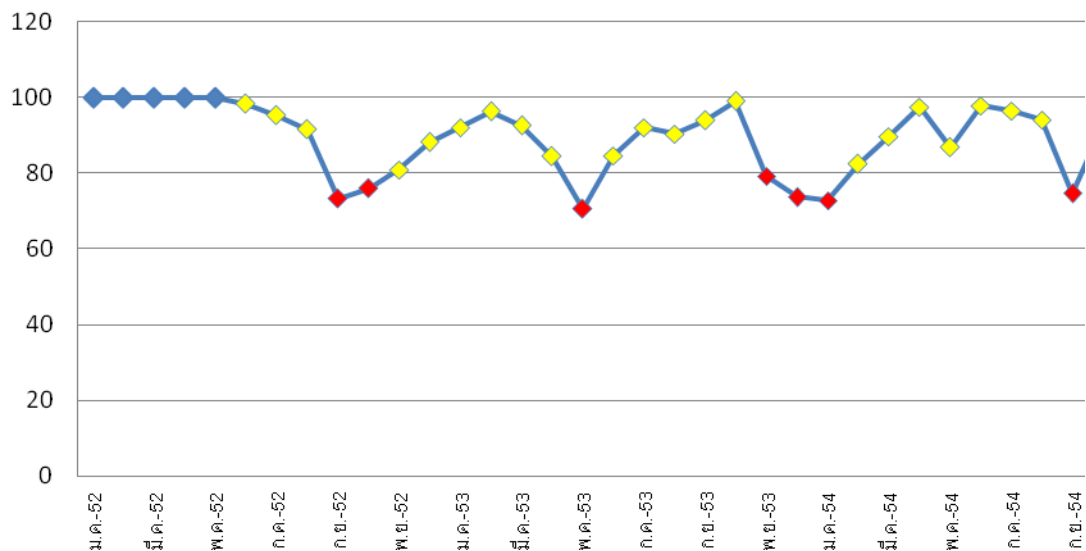
จากเงื่อนไขในการส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้โรงพยาบาลส่งข้อมูลภายใน 30 วันหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นเพื่อให้การส่งข้อมูลได้ทันเวลา จึงได้ศึกษาสถิติการส่งข้อมูลรายเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงานของบุคลากร แสดงไว้ในตาราง 4.13 และ 4.14 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของเวชระเบียนผู้ป่วยในสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการโรงพยาบาลที่ส่งทันและล่าช้าโดยจำแนกเป็นรายเดือน

เดือน	จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน				
	ทั้งหมด	ทัน(ราย)	ทัน(%)	ล่าช้า(ราย)	ล่าช้า(%)
ม.ค.52	523	523	100	0	0
ก.พ.52	829	829	100	0	0
มี.ค.52	502	502	100	0	0
เม.ย.52	545	545	100	0	0
พ.ค.52	539	527	100	12	0
มิ.ย.52	565	556	98.41	9	1.59
ก.ค.52	654	623	95.26	31	4.74
ส.ค.52	484	443	91.53	41	8.47
ก.ย.52	570	418	73.33	152	26.67
ต.ค.52	798	606	75.94	192	24.06
พ.ย.52	748	605	80.88	143	19.12
ธ.ค.52	712	628	88.20	84	11.80
ม.ค.53	656	604	92.07	52	7.93
ก.พ.53	595	573	96.30	22	3.70
มี.ค.53	679	629	92.64	50	7.36
เม.ย.53	556	470	84.53	86	15.47
พ.ค.53	766	540	70.50	226	29.50
มิ.ย.53	722	611	84.63	111	15.37
ก.ค.53	739	681	92.15	58	7.85
ส.ค.53	797	720	90.34	77	9.66
ก.ย.53	864	811	93.87	53	6.13
ต.ค.53	652	645	98.93	7	1.07

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

เดือน	จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน				
	ทั้งหมด	ทัน(ราย)	ทัน(%)	ล่าช้า(ราย)	ล่าช้า(%)
พ.ย.53	773	612	79.17	161	20.83
ธ.ค.53	750	553	73.73	197	26.27
ม.ค.54	931	677	72.72	254	27.28
ก.พ.54	836	689	82.42	147	17.58
มี.ค.54	897	805	89.74	92	10.26
เม.ย.54	674	657	97.48	17	2.52
พ.ค.54	930	807	86.77	123	13.23
มิ.ย.54	952	931	97.79	21	2.21
ก.ค.54	774	747	96.51	27	3.49
ส.ค.54	950	894	94.11	56	5.89
ก.ย.54	1151	860	74.72	291	25.28
ต.ค.54	877	813	92.70	64	7.30



ภาพที่ 4.1 ร้อยละของข้อมูลที่ส่งเบิกทันตามกำหนดในช่วงระหว่าง มกราคม 2552 ถึง กันยายน 2555

จากกราฟข้อมูลส่งเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จะเห็นว่าการส่งเบิกค่าบริการทางการแพทย์ไม่ทันภายในกำหนด โดยที่ในเดือนที่ส่งเบิกค่าบริการทางการแพทย์ไม่ทันมากที่สุด คือ เดือนพฤษภาคม 2553 เดือนมกราคม 2554 และเดือน กันยายน 2552 คิดเป็นร้อยละ 29.50, 27.28 และ 26.67 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.14 จำนวนวันเฉลี่ยในการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	ระยะเวลามากที่สุด (วัน)	ระยะเวลาน้อยสุด (วัน)	ระยะเวลาเฉลี่ย (วัน)
แพทย์	256	1	9.13
Coder	249	1	6.22
* กรณีส่งปรึกษา	189	1	8.51

หมายเหตุ: * ข้อมูลที่ศึกษาจากผู้มารับบริการประเภทผู้ป่วยใน ในระหว่าง กันยายน 2554 ถึง กุมภาพันธ์ 2555

จากตารางที่ 4.14 ในการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยจำแนกตามอาชีพพบว่า ระยะเวลาที่แพทย์สรุปคำวินิจฉัยหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายใช้เวลาน้อยที่สุดคือ 1 วัน มากที่สุดคือ 256 วัน คิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 9.13 วัน เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติใช้เวลาในการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดหลังจากรับเวชระเบียนผู้ป่วยในจากแพทย์น้อยที่สุดคือ 1 วัน มากที่สุดคือ 249 วัน คิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 6.22 วัน และเวชระเบียนที่รับจากแพทย์แล้วหากพบว่ามีข้อมูลบางส่วนที่ยังไม่ครบถ้วนจะส่งปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ โดยใช้ระยะเวลาในการปรึกษาแพทย์น้อยที่สุดคือ 1 วัน มากที่สุด 189 วัน คิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ยในการส่งปรึกษา 8.51 วัน

ในการส่งเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สถานพยาบาลต้องส่งข้อมูลภายในระยะเวลา 30 วันนับตั้งแต่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยได้แบ่งช่วงเวลาในการปฏิบัติงานเวชระเบียนตามลักษณะงานเป็น 3 ช่วงดังนี้ ช่วงที่ 1 ระยะเวลาของแพทย์ โดยใช้เวลาระมาณ 1-14 วันในการสรุปคำวินิจฉัย เนื่องจากแพทย์มีภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและอาจมีภาระงานอื่นอีก จึงให้ระยะเวลายาวที่สุด ช่วงที่ 2 เป็นระยะเวลาของเจ้าพนักงานเวชสถิติ (Coder) จะอยู่ที่วันที่ 15-21 จะใช้เวลาประมาณ 1-7 วัน ในการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ และส่งต่อให้ศูนย์ประกันสุขภาพ โดยศูนย์ประกันสุขภาพจะเป็นช่วงสุดท้ายในการส่งข้อมูลไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) เพื่อเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ จะใช้เวลาประมาณ 7 วัน โดยจะอยู่ในช่วงวันที่ 22-28 และจะเหลือเวลาประมาณ 2 วันที่คำนวณเผื่อไว้ในกรณีส่งคืนเพื่อปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้

ตารางที่ 4.15 ระยะเวลาปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในของแพทย์

ระยะเวลา		จำนวน 14 วัน					จำนวน 7 วัน			จำนวน 7 วัน			
วันที่	ระยะเวลา	0-3 (3วัน)	4-6 (3วัน)	7-9 (3วัน)	10-12 (3วัน)	13-15 (3วัน)			16-18 (3วัน)	19-21 (3วัน)	22-24 (3วัน)	25-27 (3วัน)	มากกว่า 28 วัน
						13	14	15					
จำนวน		1374	1535	902	578	362			217	187	101	72	225
ร้อยละ		24.74	27.64	16.24	10.41	2.74	2.22	1.57	3.91	3.37	1.82	1.30	4.05
							6.52						

ตารางที่ 4.15 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการสรุปคำวินิจฉัยอยู่ในช่วง 4-6 วัน คิดเป็นร้อยละ 27.64

ตารางที่ 4.16 ระยะเวลาในการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัด นับตั้งแต่วันรับเวชระเบียนผู้ป่วยในมาที่งานเวชระเบียน

วันที่	ระยะเวลา					
	1	2-4	5-7	8-10	11-13	มากกว่า 14
ระยะเวลา	(1 วัน)	(3 วัน)	(3 วัน)	(3 วัน)	(3 วัน)	วัน
จำนวน (คน)	1201	1911	1165	379	282	590
ร้อยละ	21.60	34.41	20.98	6.83	5.08	10.62

ตาราง 4.16 พบว่าเจ้าพนักงานเวชสถิติ จะใช้เวลาในการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการอยู่ในช่วง 2-4 วัน คิดเป็นร้อยละ 34.41

ตารางที่ 4.17 ระยะเวลาในการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยในปรึกษาแพทย์โดยจำแนกตามเวลาที่ใช้

ระยะเวลา	จำนวน	ร้อยละ
0-3 วัน	272	30.20
4-7 วัน	352	39.10
8 วันขึ้นไป	277	30.70
รวม	901	100.00

จากตารางที่ 4.17 พบว่าระยะเวลาในการส่งคืนเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 4-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 39.10 ซึ่งในข้อมูลยังพบว่ามียังมีมากถึงร้อยละ 30.70 ที่ใช้เวลา 8 วันขึ้นไปในการส่งคืนเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้

4.3 ความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4.18 ระดับความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

ความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์	แพทย์		เจ้าหน้าที่	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1. ความรู้ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	23	39.70	1	10.00
2. ความรู้ระดับมาก (7-9 คะแนน)	35	60.30	9	90.00

จากตารางที่ 4.18 ระดับความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ พบว่า โดยส่วนใหญ่ คือร้อยละ 60.30 และร้อยละ 90.00 ของแพทย์และเจ้าหน้าที่ อันประกอบด้วยเจ้าพนักงานเวชสถิติ และเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ ตามลำดับ ซึ่งจัดได้ว่ามีความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4.19 ระดับความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ (รายข้อ)

ความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์	แพทย์		เจ้าพนักงานเวชสถิติ		เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1. เวชระเบียนเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพบริการในโรงพยาบาล						
ตอบถูก	53	91.40	5	100	5	100
ตอบผิด	5	8.60	0	0	0	0
2. วัตถุประสงค์ของการบันทึกเวชระเบียนเพื่อใช้สื่อสารข้อมูลของการรักษา						
ตอบถูก	54	93.10	5	100	5	100
ตอบผิด	4	6.90	0	0	0	0
3. Principal Diagnosis อาจมีได้หลายโรค						
ตอบถูก	39	67.20	5	100	3	60.0
ตอบผิด	19	32.80	0	0	2	40.0
4. เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ไม่จำเป็นต้องส่งข้อมูลเพื่อทำการเรียกเก็บชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ เนื่องจากได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัว						
ตอบถูก	52	89.70	5	100	4	80.0
ตอบผิด	6	10.30	0	0	1	20

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

ความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์	แพทย์		เจ้าพนักงานเวช สถิติ		เจ้าหน้าที่ศูนย์ ประกันสุขภาพ	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
5. การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในมี ความสัมพันธ์กับระบบเบิก-จ่ายค่า รักษาพยาบาลของโรงพยาบาล						
ตอบถูก	55	94.80	5	100	5	100
ตอบผิด	3	5.20	0	0	0	0
6. หลังจากผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องส่ง ข้อมูลเรียกเก็บฯ ภายใน 30 วัน						
ตอบถูก	55	94.80	5	100	5	100
ตอบผิด	3	5.20	0	0	0	0
7. หลังจากผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องส่ง ข้อมูลเรียกเก็บฯ ภายใน 45 วัน						
ตอบถูก	16	27.60	4	80	3	60
ตอบผิด	42	72.40	1	20	2	40
8. หลังจากผู้ป่วยสิทธิต้นสังกัดจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล ต้องส่งข้อมูลเรียก เก็บฯ ภายใน 45 วัน						
ตอบถูก	15	25.90	4	80	3	60
ตอบผิด	43	74.10	1	20	2	40
9. กรณีส่งข้อมูลค่าชดเชยบริการทาง การแพทย์ไม่ทันเวลา มีผลกระทบต่อ รายรับของโรงพยาบาล						
ตอบถูก	56	96.60	5	100	5	100
ตอบผิด	2	3.40	0	0	0	0

จากตารางที่ 4.19 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ มีความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เมื่อพิจารณารายข้อจะเห็นว่า เกือบทั้งหมด คือร้อยละ 96.60 รู้ว่า หากทำการสรุปคำวินิจฉัยล่าช้าจะทำให้ส่งข้อมูลไม่ทันเวลาทำให้มีผลกระทบต่อรายรับของโรงพยาบาล (ข้อ 9) แต่ก็มีแพทย์จำนวนไม่น้อย คือ ร้อยละ 72.40 และ ร้อยละ 74.10 ที่ยังเข้าใจผิดเกี่ยวกับ

ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและสิทธิต้นสังกัดที่สามารถส่งข้อมูลได้ภายใน 45 วัน หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เจ้าพนักงานเวชสถิติ เกือบร้อยละ 100 มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ แต่ก็ยังพบว่า ร้อยละ 20 ของเจ้าพนักงานเวชสถิติ ที่ยังเข้าใจผิดเกี่ยวกับผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและสิทธิต้นสังกัดที่สามารถส่งข้อมูลได้ภายใน 45 วัน หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ แต่ก็ยังมีเกือบครึ่ง คือ ร้อยละ 40 ที่ยังเข้าใจผิดว่าสามารถสรุปคำวินิจฉัยหลักได้หลายโรค (ข้อ 3) , ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและสิทธิต้นสังกัดที่สามารถส่งข้อมูลได้ภายใน 45 วัน หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ข้อ 7 , ข้อ 8)

ตารางที่ 4.20 คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของแพทย์

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
เพศ			
ชาย	31	6.78	1.396
หญิง	27	7.06	1.209
สถานภาพสมรส			
โสด	25	6.88	1.394
สมรส	33	6.97	1.237
อายุ			
น้อยกว่า 30 ปี	7	6.00	1.633
30-39 ปี	34	7.09	1.288
40-49 ปี	16	7.06	1.063
50 ปีขึ้นไป	1	6.00	
ประสบการณ์ในการทำงาน			
ภายใน 5 ปี	9	6.44	1.236
6-10 ปี	22	7.00	1.345
11 ปีขึ้นไป	27	7.04	1.285
แรงจูงใจ			
ค่าตอบแทน	7	6.86	0.690
เป็นหน้าที่	51	6.94	1.363

ตารางที่ 4.20 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
การให้ความสำคัญ			
น้อย	49	6.00	0.000
ปานกลาง	16	6.81	1.109
มาก	3	7.03	1.387

จากตารางที่ 4.20 พบว่า แพทย์หญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าแพทย์ชาย แพทย์ที่สมรสมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าแพทย์ที่มีสถานะโสด แพทย์ที่อายุ 30-39 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 7.09 คะแนน แพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงาน 11 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 7.04 คะแนน แพทย์ที่เห็นว่าการสรุปคำวินิจฉัยเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าแพทย์ที่เห็นว่าการสนใจในการสรุปคำวินิจฉัยคือค่าตอบแทน และแพทย์ที่ให้ความสำคัญต่อภาระงานเวชระเบียนในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 7.03 คะแนน

ตารางที่ 4.21 คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของเจ้าพนักงานเวชสถิติ

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	คะแนนเฉลี่ย
เพศ		
ชาย	1	7.00
หญิง	4	9.00
สถานภาพสมรส		
โสด	4	9.00
สมรส	1	7.00
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	4	9.00
40-49 ปี	1	7.00
ประสบการณ์ในการทำงาน		
ภายใน 5 ปี	4	9.00
11 ปีขึ้นไป	1	7.00

ตารางที่ 4.21 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	คะแนนเฉลี่ย
แรงจูงใจ		
ค่าตอบแทน	2	8.00
เป็นหน้าที่	3	9.00
การให้ความสำคัญ		
มาก	5	8.60

จากตารางที่ 4.21 พบว่า เจ้าพนักงานเวชสถิติเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเจ้าพนักงานเวชสถิติเพศชาย เจ้าพนักงานเวชสถิติที่มีสถานะโสดมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเจ้าพนักงานเวชสถิติที่สมรสแล้ว โดยเจ้าพนักงานเวชสถิติที่อายุน้อยกว่า 30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 9 คะแนน เจ้าพนักงานเวชสถิติที่มีประสบการณ์ทำงานภายใน 5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 9 คะแนน เจ้าพนักงานเวชสถิติที่เห็นว่าการปฏิบัติงานเวชระเบียนเป็นหน้าที่ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเจ้าพนักงานเวชสถิติที่เห็นว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานคือค่าตอบแทน และเจ้าพนักงานเวชสถิติทุกคนให้ความสำคัญต่อภาระงานเวชระเบียนในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย คือ 8.60 คะแนน

ตารางที่ 4.22 คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	คะแนนเฉลี่ย
เพศ		
ชาย	1	8.00
หญิง	4	7.50
สถานภาพสมรส		
โสด	3	7.66
สมรส	2	7.50
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	2	8.50
30-39 ปี	3	7.00

ตารางที่ 4.22 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	คะแนนเฉลี่ย
ประสบการณ์ในการทำงาน		
ภายใน 5 ปี	4	8.00
6-10 ปี	1	6.00
แรงจูงใจ		
เป็นหน้าที่	5	7.60
การให้ความสำคัญ		
น้อย	1	6.00
มาก	4	8.00

จากตารางที่ 4.22 พบว่า เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพเพศหญิง เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพที่มีสถานะโสดมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพที่สมรสแล้ว โดยเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพที่อายุน้อยกว่า 30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 8.50 คะแนน เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพที่มีประสบการณ์ทำงานภายใน 5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 8.00 คะแนน เห็นว่างานส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการเป็นการปฏิบัติงานตามหน้าที่ และผู้ที่ให้ความสำคัญต่อภาระงานในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 8.00 คะแนน

4.4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาที่ได้จากความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถามโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ยังไม่เข้าใจการลงสรุปเวชระเบียน เช่น แพทย์บางท่านสรุปคำวินิจฉัยหลักมากกว่า 1 โรค , สรุปการสงสัยหรืออาการเป็นคำวินิจฉัยหลัก ทำให้เจ้าพนักงานเวชสถิติต้องส่งเวชระเบียนฉบับนั้นคืนแพทย์เจ้าของไข้

2. ICD-9, ICD-10 ไม่ตรง ไม่ครอบคลุมคำวินิจฉัย เช่น Multiple organ failure ไม่มีในระบบ ICD ทำให้เจ้าพนักงานเวชสถิติต้องส่งกลับมาปรึกษาอีกครั้งซึ่งเป็นข้อจำกัดของ ICD ที่ไม่มีทุกโรคที่แพทย์วินิจฉัย
3. ในโรคที่ยังให้การวินิจฉัยไม่ได้ เช่น กำลังอยู่ในขั้นตอนการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการ จะไม่สามารถให้คำวินิจฉัยได้เพราะลงวินิจฉัยอาการเป็นคำวินิจฉัยหลักไม่ได้ (ICD ไม่ควรสรุปอาการเป็นคำวินิจฉัยหลัก)
4. ภาวะบางอย่างที่ไม่สรุปแล้วไม่มีผลต่อ DRG ไม่น่าส่งกลับมาแก้ไข เพราะทำให้ล่าช้า
5. ไม่เข้าใจระบบ DRGs ทำให้การสรุปคำวินิจฉัยไม่ครบถ้วน ซึ่งอาจมีผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งในผู้ป่วยรายนั้นแพทย์ให้การรักษาโรคดังกล่าว มีการสูญเสียทรัพยากรของโรงพยาบาล แต่คิดว่าไม่ใช่โรคที่สำคัญจึงไม่ได้สรุป ทั้งที่ความเป็นจริงโรคดังกล่าวมีผลต่อ DRGs เช่น Electrolyte imbalance (Hypokalemia , Hyperkalemia , Hyponatremia , Hypernatremia) Bed sore เป็นต้น
6. ผู้ป่วยบางคนไม่ใช่เจ้าของไข้คนเดียว เช่นผู้ป่วยที่นอนนาน ย้าย WARD แล้วมาจำหน่าย หรือตายในช่วงรับดูแล ทำให้เสียเวลาและยากต่อการสรุปคำวินิจฉัย
7. ผู้ป่วยที่มีแพทย์ดูแลหลายคนร่วมกัน แพทย์บางท่านตรวจร่างกายผู้ป่วยไม่ครบถ้วนชัดเจน
8. ควรมีแบบฟอร์มที่กะทัดรัดไม่เยิ่นเย้อ ทำให้ต้องพลิกแบบฟอร์มไปมา ซึ่งได้เคยเสนอให้มีใบ Problem list ในเวชระเบียนว่าวินิจฉัยวันที่เท่าไร รักษาหายแล้ววันที่เท่าไร เพื่อให้การสรุปคำวินิจฉัยที่ครบถ้วน และโรงพยาบาลได้รายได้เพิ่มขึ้น
9. เวชระเบียนเป็นงานที่ซ้ำซ้อน คือ ต้องวินิจฉัยลงใน OPD Card เขียนลงในใบผู้ป่วยใน เขียนใบรายงานความก้าวหน้า (Progress note) สรุปคำวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายหรือบางรายที่มีการทำประกันชีวิต ก็ต้องเขียนใบ Claim ประกัน ซึ่งงานดังกล่าวควรทำเป็นขั้นตอนเดียว เนื่องจากทำให้เสียเวลาโดยไม่จำเป็น
10. อยากให้มีมาตรการบดทลงโทษแพทย์ที่สรุปเวชระเบียนล่าช้า เช่น ตัดค่าเวรงดการจ่ายเวร เป็นต้น เพราะได้เตือนแพทย์ที่มีพฤติกรรมสรุปเวชระเบียนช้าแล้วแต่ไม่มีผลใดๆ
11. มักได้เวชระเบียนกลับมาแก้ไข ทำให้ล่าช้า ซึ่งความล่าช้าอาจเกิดจากขั้นตอนของการส่งเอกสาร ไม่ใช่แพทย์สรุปล่าช้าเพียงอย่างเดียว

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์:กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจ ความคิดเห็นและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประชากร ได้แก่ แพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยในและทำการสรุปคำวินิจฉัย เจ้าหน้าที่เวชสถิติ เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ จำนวน 68 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแจกแจงตารางความถี่แบบตารางไขว้ (Crosstab)

5.1 สรุปผลการศึกษา

1. ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 68 คน เป็นแพทย์ 58 คน เจ้าหน้าที่เวชสถิติ 5 คน และเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ 5 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 30-39 ปี และมีสถานภาพสมรส

2. แรงจูงใจ การให้ความสำคัญเกี่ยวกับงานเวชระเบียน

แพทย์ พบว่าให้ความสำคัญในการสรุปคำวินิจฉัย ในระดับมากเป็นสัดส่วนที่มากที่สุด จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 58.60 ถ้าพิจารณาการให้ความสำคัญของงาน จะพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อภาระงาน คือ งานตรวจรักษา งานสรุปคำวินิจฉัย งานสอนนักศึกษาแพทย์ และงานบริหาร ตามลำดับ มีจำนวนเฉลี่ยของเวชระเบียนที่ต้องทำการสรุปคำวินิจฉัย 3-5 ราย : วัน มีประสบการณ์ในการทำงาน 11 ปีขึ้นไปเห็นว่าการปฏิบัติงานสรุปคำวินิจฉัยเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ โดยจะทำการสรุปเวชระเบียนทันทีหลังผู้ป่วยจำหน่าย แต่หากต้องไปประชุม/ลาพักผ่อน/ลาพัก ติดต่อกันเกิน 1 สัปดาห์ ก็จะทำสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในให้เสร็จก่อน ซึ่งโดยส่วนใหญ่เห็นว่าการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในล่าช้าจะมีผลกระทบต่อการจัดทำสถิติและทำให้โรงพยาบาลสูญเสียรายได้ และเห็นว่าการสรุปเวชระเบียนเป็นการเพิ่มภาระงานเล็กน้อย

เจ้าพนักงานเวชสถิติให้ความสำคัญในการให้รหัสโรค-รหัสผ่าตัดและหัตถการ ในระดับมากที่สุด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีจำนวนเฉลี่ยเวชระเบียนที่ต้องให้รหัสโรค-รหัสผ่าตัดและหัตถการ 21-30 ราย/วัน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานไม่เกิน 5 ปี มีค่าตอบแทนเป็นแรงจูงใจในการทำงาน

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพให้ความสำคัญในการส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 60 มีจำนวนเฉลี่ยเวชระเบียนที่ต้องส่งเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ 31 รายขึ้นไป ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานไม่เกิน 5 ปี และเห็นว่าการปฏิบัติงานส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เป็นหน้าที่ที่ต้องทำ

3. ความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

พบว่า แพทย์หญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าแพทย์ชาย แพทย์ที่สมรสมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าแพทย์ที่มีสถานะโสด แพทย์ที่อายุ 30-39 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 7.09 คะแนน แพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงาน 11 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 7.04 คะแนน แพทย์ที่เห็นว่าการสรุปคำวินิจฉัยเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าแพทย์ที่เห็นว่าแรงจูงใจในการสรุปคำวินิจฉัยคือค่าตอบแทน และแพทย์ที่ให้ความสำคัญต่อภาระงานเวชระเบียนในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 7.03 คะแนน

เจ้าพนักงานเวชสถิติ พบว่าเจ้าพนักงานเวชสถิติหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเจ้าพนักงานเวชสถิติชาย เจ้าพนักงานเวชสถิติที่มีสถานะโสดมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเจ้าพนักงานเวชสถิติที่สมรสแล้ว โดยเจ้าพนักงานเวชสถิติที่อายุน้อยกว่า 30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 9 คะแนน เจ้าพนักงานเวชสถิติที่มีประสบการณ์ทำงานภายใน 5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 9 คะแนน โดยเฉลี่ยแล้วเจ้าพนักงานเวชสถิติมีความรู้เรื่องการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ 8.60 คะแนน จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ พบว่า เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพชายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพหญิง เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพที่มีสถานะโสดมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพที่สมรสแล้ว โดยเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพที่อายุน้อยกว่า 30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 8.50 คะแนน เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพที่มีประสบการณ์ทำงานภายใน 5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 8.00 คะแนน

โดยส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในระดับมาก โดยเพศหญิงมีความรู้มากกว่าเพศชาย ผู้ที่อายุน้อยกว่า 30 ปี และสถานะโสด จะมีความรู้มากที่สุด ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานไม่เกิน 5 ปี โดยกลุ่มที่มีความรู้มากที่สุดคือ เจ้าพนักงานเวชสถิติ รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ

5.2 อภิปรายผล

ข้อค้นพบแรกจากการศึกษาพบว่า แพทย์ให้ความสำคัญต่อภาระงานตรวจรักษาเป็นลำดับแรก กรณีดังกล่าวนี้จะอธิบายได้ว่าเป็นเพราะ ตามจรรยาบรรณของแพทย์ เพราะแพทย์คือผู้ที่ตรวจค้นโรคและความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ สังญา ให้การรักษา มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน ส่วนเจ้าพนักงานเวชสถิติก็ให้ความสำคัญต่อภาระงานให้รหัสโรคเป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นงานหลักที่ต้องปฏิบัติ แต่จะพบว่าในส่วน of เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ จะให้ความสำคัญกับภาระงานการส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เป็นลำดับที่ 4 ซึ่งเป็นลำดับเกือบสุดท้าย โดยให้ความสำคัญกับภาระงานการพบผู้ป่วยเป็นลำดับแรก ทั้งนี้จะอธิบายได้ว่าเป็นเพราะงานพบผู้ป่วยเป็นงานที่ต้องทำให้เสร็จภายในวันนั้น ซึ่งเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพอาจเห็นว่างานส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ยังสามารถทำได้หลังจากพบผู้ป่วยเสร็จแล้ว เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดมากที่สุด คือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 30 วัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล (2552: 121) ที่กล่าวไว้ในงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการให้รหัสโรค หัตถการและการผ่าตัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช และปัจจัยที่ส่งผลทำให้การส่งข้อมูลได้ทันเวลาคือ ระบบ Internet ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเบญจพรรณ เสนป่าหมื่น (2551: 52) ที่กล่าวไว้ในงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ที่ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยความพร้อมของระบบคอมพิวเตอร์และการติดต่อสื่อสารข้อมูล ระบบ Internet มีประสิทธิภาพทำให้สามารถบันทึกและส่งข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์ ทันกำหนดเวลา

เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการปฏิบัติงานของระบบเวชระเบียนในการส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ จะพบว่าข้อมูลส่วนใหญ่ที่เลยกำหนดเวลาจะเป็นเวชระเบียนที่แพทย์ใช้เวลาในการสรุปคำวินิจฉัยเกิน 14 วัน และเป็นเวชระเบียนที่ส่งคืนเพื่อปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพรรณ เสนป่าหมื่น (2551: 49) ที่กล่าวไว้ว่าปัญหาสำหรับการส่งข้อมูลผู้ป่วยในไม่มีประสิทธิภาพที่เลยกำหนดเวลา 30 วันหลังจากผู้ป่วยจำหน่าย ส่วนใหญ่เป็นขั้นตอนของการสรุปคำวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์

ข้อค้นพบที่สอง คือ ความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ พบว่า ผู้มีสถานะโสด มีประสบการณ์ในการทำงานภายใน 5 ปี มีความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์มากที่สุด ทั้งนี้จะอธิบายได้ว่าเป็นเพราะผู้มีสถานะโสด อาจมีเวลาทุ่มเทให้กับงานที่รับผิดชอบมากกว่าผู้ที่สมรสแล้ว ประกอบกับเพิ่งเริ่มทำงานจึงต้องศึกษาเรียนรู้กฎเกณฑ์ระเบียบปฏิบัติในการทำงานให้เข้าใจ ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ายังมีมากถึงร้อยละ 32.80

ที่แพทย์ยังเข้าใจผิดว่าสามารถสรุปคำวินิจฉัยหลัก (Principal Diagnosis) ได้หลายโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล (2552: 125) ที่กล่าวไว้ว่า การวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรกของแพทย์ยังสรุปไม่ถูกต้อง

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่าการสรุปเวชระเบียนของแพทย์ยังขาดความสมบูรณ์ครบถ้วนถูกต้องและทันเวลา เนื่องจากยังไม่เข้าใจการลงสรุปเวชระเบียนและระบบ DRG มีปริมาณงานมาก ไม่เห็นความสำคัญและขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ดังนั้น ควรมีการให้ความรู้แก่แพทย์ในเรื่องการบันทึกเวชระเบียน หลักการสรุปข้อมูลการวินิจฉัยโรค หลักการตรวจสอบเวชระเบียน หลักการให้รหัสโรค ผ่าตัดและหัตถการ ความรู้เรื่องระบบ DRG มีการทบทวนเวชระเบียนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมทั้งมีการใช้ประโยชน์จากการบันทึกเวชระเบียน มีการสร้างระบบตรวจสอบเวชระเบียนภายใน โดยมีการควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล ให้ผู้บริหารแต่ละระดับรับทราบ มีการชี้แจงหลักเกณฑ์ในการส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้แพทย์ทราบว่าต้องส่งข้อมูลภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายและทราบถึงผลกระทบของการส่งข้อมูลล่าช้าว่ามีผลกระทบต่อรายได้ของโรงพยาบาล โดยให้ถือเป็นนโยบายปฏิบัติเพื่อจะได้ส่งข้อมูลได้ทันเวลา

2. ในการประชุมชี้แจงเรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของแต่ละกองทุน ควรจัดให้มีเจ้าพนักงานเวชสถิติ เข้าร่วมประชุมด้วย เพื่อรับทราบแนวทางในการปฏิบัติให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์

3. ในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ควรมีสิ่งตอบแทนหรือแรงจูงใจผู้ปฏิบัติงาน ต้องมีความเหมาะสมกับตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน

4. การส่งเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้ทันเวลาและมีประสิทธิภาพ ระบบบริการการจัดการเวชระเบียนต้องมีระบบที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ ต้องให้ความร่วมมือกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการส่งข้อมูลได้ทันเวลา

5. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่สามารถเก็บข้อมูลจากศูนย์ประกันสุขภาพว่าหลังจากรับข้อมูลจากเจ้าพนักงานเวชสถิติแล้วส่งเบิกไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อไร ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ทุกขั้นตอนการปฏิบัติงาน

6. ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรวางนโยบายการปฏิบัติงานให้ชัดเจน ประกาศให้ทราบและเข้มงวด เช่น กำหนดระยะเวลาในการสรุปคำวินิจฉัย กำหนดระยะเวลาในการให้รหัสโรค

รหัสผ่าตัดและหัตถการ กำหนดระยะเวลาในการส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ เป็นต้น

7. ในหลักสูตรแพทยศาสตร์ ควรมีการเพิ่มหลักสูตรการสรุปเวชระเบียนให้กับนักศึกษาแพทย์ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาต้นเหตุของแพทย์ที่ไม่เข้าใจการสรุปเวชระเบียน

8. ระบบเวชระเบียน เกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติงานหลายหน่วยงานโดยแพทย์ คือผู้เริ่มงานเวชระเบียน เริ่มบันทึกการตรวจรักษา สรุปคำวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อแพทย์สรุปคำวินิจฉัยเสร็จแล้ว เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติจะเป็นผู้ให้รหัสโรค รหัสผ่าตัด และหัตถการ จากการทบทวนข้อมูลที่แพทย์บันทึกในเวชระเบียน ซึ่งหากพบว่าข้อมูลยังขาดความครบถ้วน ถูกต้องสมบูรณ์ หรือไม่มั่นใจในคำวินิจฉัยของแพทย์ จะดำเนินการส่งเวชระเบียนฉบับนั้นคืนเพื่อปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ เมื่อเสร็จขั้นตอนการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการแล้ว เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพจะเป็นหน่วยงานที่รวบรวมข้อมูลเพื่อส่งเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกระบวนการทั้งหมด ทั้งสามหน่วยงานต้องปฏิบัติงานร่วมกันภายในเวลาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด คือ 30 วัน หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นควรมีการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติเช่น แพทย์ต้องทำการสรุปคำวินิจฉัยภายใน 7 วัน หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากมีเวชระเบียนหลังจำหน่ายเกิน 7 วันที่แพทย์ยังไม่สรุปคำวินิจฉัย ควรมีระบบหรือมอบหมายให้มีผู้ติดตามเวชระเบียนจากแพทย์ กำหนดระยะเวลาในการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ ภายใน 7 วัน หลังจากรับเวชระเบียนที่แพทย์สรุปคำวินิจฉัยแล้ว (หรือ 14 วัน หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) รวมถึงมีการติดตามประเมินผล และรายงานผลให้ผู้บริหารแต่ละระดับรับทราบ

ข้อเสนอแนะที่ควรทำในงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อกระบวนการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ให้ขยายขอบเขตที่กว้างขวางขึ้น เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาที่หลากหลายไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติงานระบบเวชระเบียน

2. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำการศึกษาผลกระทบและได้ข้อมูลที่เป็นเชิงปฏิบัติเพิ่มขึ้น สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในเชิงพัฒนาได้มากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กนธิ์ สังขวาสิ. 2551. การให้รหัสการวินิจฉัย รหัสผ่าตัดและรหัสหัตถการทางสูติหรือเวชกรรม. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ บางซื่อ.
- ธารา ธรรมโรจน์ และวินัย ตันติยาสวัสดิกุล. 2549. การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 21 (2): 130-137.
- เบญจพรรณ เสนป่าห่ม. 2551. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการส่งข้อมูลของชุดเขย ค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการในเขตภาคเหนือของประเทศไทย. การค้นคว้าแบบอิสระ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. 2547. จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อเสริม.
- ปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล และคณะ. 2552. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการให้รหัสโรคหัตถการและการผ่าตัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช. เวชบัณฑิตศิริราช. 3 (กันยายน-ธันวาคม): 121-130.
- เพ็ญพร คุณขาว และคณะ. 2553. ปัจจัยที่มีผลต่อการให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช. เวชบัณฑิตศิริราช. 3 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 79-85.
- เยาวลักษณ์ จันแดง และวันชัย ล้อกาญจนรัตน์. 2552. ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. 24 (3): 1-10.
- วรรษษา เปาอินทร์. 2553. ความรู้พื้นฐานในการให้รหัสโรคและรหัสผ่าตัดตามระบบ ICD. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: องค์การทหารผ่านศึก.
- วีณา จีระแพทย์. 2544. สารสนเทศทางการพยาบาลและทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพงษ์ เศาภายน. 2550. การบริหารทรัพยากรมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บริษัท ไทยร่มเกล้า จำกัด.
- สมคิด บางโม. 2551. องค์การและการจัดการ (Organization and Management). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บริษัท วิทยพัฒน์ จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2550. การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 4.0 พ.ศ. 2550 เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2553. **แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวช
ระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2553.**

กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สุกัญญา ประจุศิลป์. 2550. **สารสนเทศทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

แสงเทียน อยู่เถา. 2551. **เวชระเบียน.** นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา. ค้นวันที่ 22
พฤษภาคม 2554 จาก <http://th.wikipedia.org/wiki>.

Alderfer, C. 1972. **Existence, Relatedness and Growth.** New York: Free Press.

Murray, H. A. 1938. **Explorations in Personality.** New York: Oxford University Press.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

คู่มือการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลกลาง

คู่มือการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลกลาง

เวชระเบียน (อังกฤษ: Medical Record) หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภทที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพทย์ เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผลหรือพลิกศพ ผลการบันทึกค่าทั้งที่เป็นตัวเลข ตัวอักษร รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นใด จากอุปกรณ์ เครื่องมือในสถานบริการสาธารณสุขหรือเครื่องมือทางการแพทย์ทุกประเภท หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใด ๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ เอกสารอื่น ๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเอกสารอื่นใดที่ทางองค์การอนามัยโลก หรือสถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าเป็นเอกสารทางเวชระเบียน หมายถึงชื่อของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดทำเอกสารดังกล่าว การเก็บรวบรวม การค้นหา การบันทึก การแก้ไข การให้รหัสโรค การจัดทำรายงานทางการแพทย์ การนำมาจัดทำสถิติผู้ป่วย การนำมาเพื่อการศึกษาวิจัย หรือเพื่อการอื่นใดตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record -EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นในปัจจุบัน

เวชระเบียน หมายถึง การรวบรวมข้อเขียนหรือบันทึกที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นข้อมูลที่บันทึกเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานอนามัย เวชระเบียนนั้นเป็นบันทึกขบวนการทุกอย่างที่จัดกระทำกับผู้ป่วยซึ่งข้อมูลนั้น ๆ ควรจะต้องประกอบด้วยประวัติการเจ็บป่วยในอดีตรวมทั้งความคิดเห็น การค้นหา สืบสวนผลทางห้องปฏิบัติการและข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย เวชระเบียนเป็นเอกสารที่อาจมีหลายขนาดหลายรูปแบบ และหลายข้อมูล โดยการบันทึกของหลายบุคคลในหลาย ๆ วิธีการ แต่ตามรูปลักษณะทั่วไปแล้ว เวชระเบียนจะประกอบด้วยจำนวนแผ่นกระดาษ หรือบัตร ซึ่งอาจจะบรรจุอยู่ในแฟ้มหรือซอง และยิ่งนำสมัยมากไปกว่านี้ก็จะบันทึกในคอมพิวเตอร์หรือบันทึกลงแผ่นกระดาษแล้วถ่ายไว้ในไมโครฟิล์มก็ได้

เวชระเบียน หมายถึง การรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยและประวัติสุขภาพรวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและในปัจจุบันและการรักษาซึ่งจดบันทึกไว้โดยแพทย์ผู้ดูแล เวชระเบียนจะต้องบันทึกตามเวลาที่ศึกษาดูแลผู้ป่วย และจะต้องมีข้อมูลที่เพียงพอที่จะต้องบอกให้ทราบถึงการพิเคราะห์โรค และการดูแลรักษาโรคได้ และต้องเป็นเอกสารที่ถูกต้องครบถ้วน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางให้กับผู้ปฏิบัติงานเพื่อทราบถึงนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเข้ม มุ่งของโรงพยาบาล
2. เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวน และติดตามระบบบริหารคุณภาพ ภายใน
3. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน
4. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรทำอะไรก่อนและหลัง
5. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทราบว่าควรปฏิบัติงานอย่างไรเมื่อใดกับใคร
6. เพื่อให้ผู้บริหารติดตามงานได้ทุกขั้นตอน
7. เพื่อใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในการทำงาน
8. เพื่อเป็นเครื่องมือในการฝึกอบรม
9. เพื่อใช้เป็นสื่อในการประสานงาน

ขอบเขตบริการ

ให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยใน รวดเร็ว มีคุณภาพได้มาตรฐาน ลงทะเบียนผู้ป่วยใน จัดทำรหัสทางการแพทย์ เพื่อรวบรวมเป็นฐานข้อมูลของโรงพยาบาล จัดเก็บรักษาเวชระเบียน ผู้ป่วยใน

ความต้องการของผู้รับผลงาน(จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้ป่วย

ญาติ

แพทย์

พยาบาล

เจ้าหน้าที่อื่นๆทุกคนในโรงพยาบาลให้ได้รับบริการงานเวชระเบียนที่สะดวก รวดเร็ว และถูกต้อง

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

แพทย์ทุก ๆ ท่านสรุปเวชระเบียนได้ถูกต้อง

การเงินบริการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนได้ทันเดือนต่อเดือน

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

มีการตรวจสอบระดับคุณภาพและการให้รหัส โดยการ Audit เวชระเบียนผู้ป่วยในทุก เดือน และเปรียบเทียบกับ การตรวจสอบครั้งก่อนๆ

บันทึกรหัสทางการแพทย์ได้ถูกต้อง ทันเวลา

เก็บรักษาเวชระเบียนผู้ป่วยในได้เหมาะสม ถูกต้อง ค้นหาได้สะดวก รวดเร็ว
 มีระบบระเบียบ การยืม – คืนเวชระเบียน ให้เป็นไปตามมาตรฐาน
 การกำหนดบุคคลเข้า-ออก ห้องปฏิบัติงานเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยใน และห้องเก็บ
 เวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อป้องกันความลับของผู้ป่วย

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

เวชระเบียนผู้ป่วยในสูญหาย
 ใ้รหัสและบันทึกรหัสทางการแพทย์ผิด
 เก็บเวชระเบียนผิดพลาด
 ข้อมูลผู้ป่วยถูกเปิดเผยโดยมิได้รับอนุญาต

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี

บุคลากรมีน้อยไม่พอกับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น
 บุคลากรขาดความรู้ความสามารถ
 ขาดเครื่องมือ เทคโนโลยี ในการปฏิบัติงาน

ตัวชี้วัด และการพัฒนา

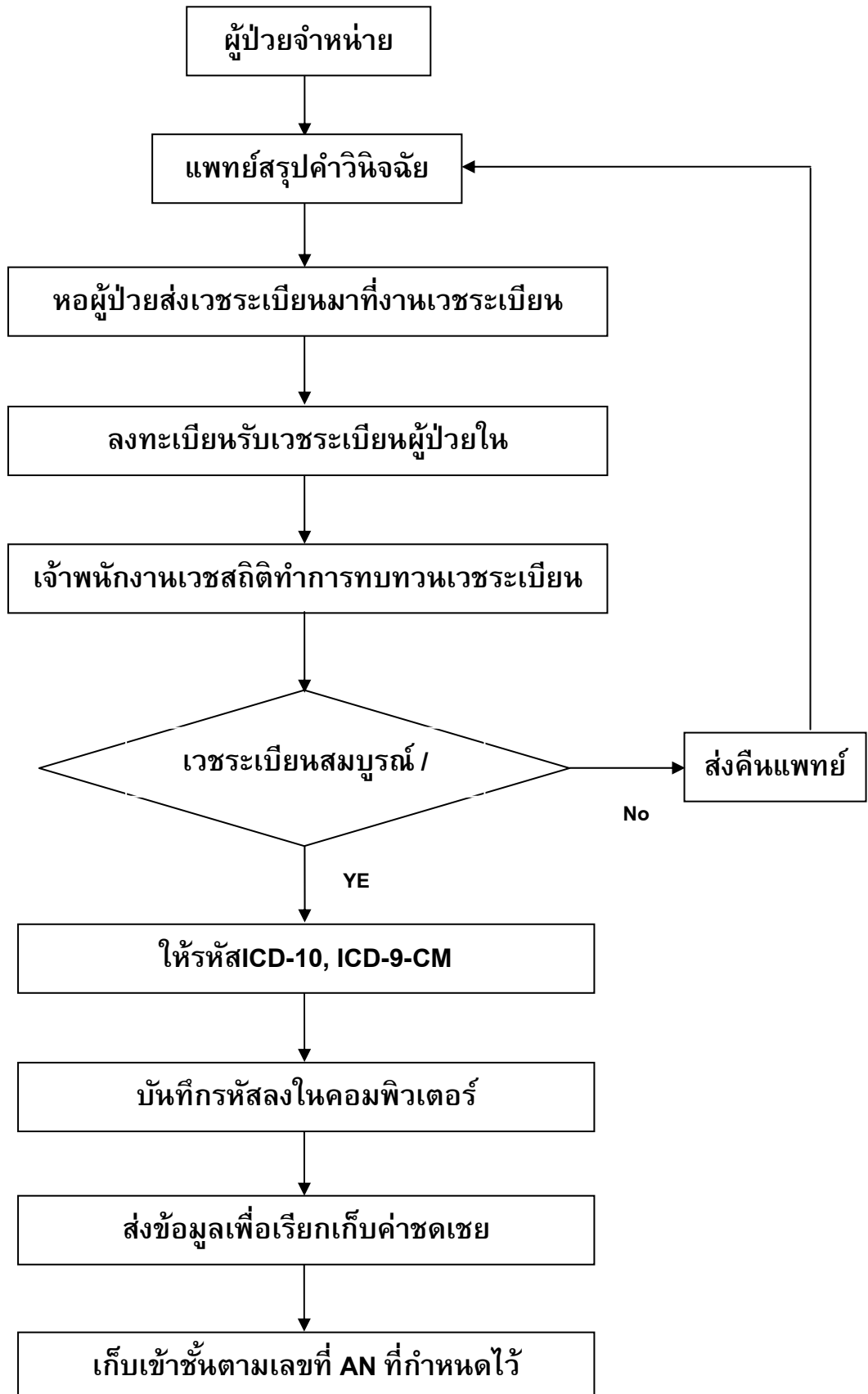
ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมการพัฒนามีระเบียบปฏิบัติในการ
เวชระเบียนผู้ป่วยในสูญหาย	เวชระเบียนอยู่ครบถ้วน	อัตราเวชระเบียนสูญหาย	มีระบบ ระเบียบ การยืม – คืนเวชระเบียน ให้เป็นไปตามมาตรฐาน
ใ้รหัสและบันทึกรหัสทางการแพทย์ผิดพลาด	โรงพยาบาลได้รับเงินคืนครบถ้วน	อัตราการใ้รหัสและบันทึกรหัสทางการแพทย์ผิดพลาด	Audit การใ้รหัสและการบันทึกรหัสทางการแพทย์
เก็บเวชระเบียนผิด	ผู้รับบริการได้รับบริการอย่างถูกต้อง รวดเร็ว	อัตราการเก็บเวชระเบียนผิดพลาด	จัดทำ Guide Card แทนเวชระเบียนที่ถูกค้นออกไป

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์	กิจกรรมการพัฒนามีระเบียบปฏิบัติในการ
ข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกเปิดเผยโดยมิได้รับอนุญาต	ความลับของผู้ป่วยไม่ถูกเปิดเผย โดยมิได้รับอนุญาต	ความลับของผู้ป่วยไม่ถูกเปิดเผย โดยมิได้รับอนุญาต100%	การกำหนดบุคคลเข้า-ออก ห้องปฏิบัติงานเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยในและห้องเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ลักษณะสำคัญของบริการและประมาณงานในปีงบประมาณ 2554

เดือน	ปีงบ 2552	ปีงบ 2553	ปีงบ 2554	ปีงบ 2555
ตุลาคม	1,355	1,447	1,476	1,482
พฤศจิกายน	1,283	1,292	1,465	1,220
ธันวาคม	1,301	1,366	1,542	1,433
มกราคม	1,159	1,265	1,393	1,455
กุมภาพันธ์	1,189	1,243	1,497	1,436
มีนาคม	1,288	1,423	1,497	
เมษายน	1,099	1,310	1,343	
พฤษภาคม	1,192	1,263	1,493	
มิถุนายน	1,254	1,355	1,644	
กรกฎาคม	1,430	1,409	1,643	
สิงหาคม	1,344	1,468	1,774	
กันยายน	1,358	1,613	1,616	
รวม	15,252	16,454	18,231	7,026

ผังกระบวนการภายในหน่วยงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน



คู่มือการปฏิบัติงาน

การให้รหัสโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางการให้รหัสโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM)
2. เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับรหัสโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM) ครบถ้วนและถูกต้อง
3. เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการศึกษาวิจัยจัดทำสถิติของโรงพยาบาล
4. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จากกองทุนต่างๆ

ขอบเขต

- ให้รหัสโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM) ของผู้รับบริการที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน

คำจำกัดความ

- ICD - 10 (International Classification of Disease 10th Revision) หมายถึง บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่10 ขององค์การอนามัยโลก
- ICD - 9(International Classification of Disease 9th Revision Clinical Modification) หมายถึง บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่9 ปรับปรุงเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
- การขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ หมายถึง การส่งข้อมูล ICD – 10 และ ICD – 9 – CM ของโรงพยาบาลไปที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) , กรมบัญชีกลาง (กบค) และ ประกันสังคม (ปกส) ในการเรียกเก็บค่าบริการพยาบาล

ความรับผิดชอบ

- เจ้าพนักงานเวชสถิติ

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. อ่านข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในแล้วนั้น เช่น ชื่อ – สกุล อายุ เพศ ภาวะการตั้งครรภ์และหลังคลอด เป็นต้น

2. ทบทวน ตรวจสอบ คำวินิจฉัยที่มีการบันทึกในเวชระเบียนว่าถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ บางครั้งแพทย์อาจไม่ทราบว่าภาวะผิดปกติบางอย่างต้องสรุปด้วยผู้ให้รหัสควรแนะนำอย่างไรก็ตามขั้นตอนนี้ผู้ให้รหัสต้องมีความรู้มากพอสมควร

**** ห้ามผู้ให้รหัส เพิ่มเติม เปลี่ยนแปลง แก้ไข ลายมือแพทย์เด็ดขาดซึ่งถือว่าเป็นการผิดจรรยาบรรณอย่างร้ายแรง**

1. แปลงคำย่อเป็นคำเต็มคำย่อที่ถือว่าเป็นมาตรฐานได้แก่คำย่อ ที่ปรากฏในหนังสือ ICD-10, ICD-9-CM, Standard coding guideline หากเป็น คำย่ออื่นๆ โรงพยาบาลควรทำเอกสารชี้แจงไว้เป็นหลักฐาน เนื่องจากคำย่อบางคำ สามารถแปลงได้หลายความหมาย

2. เลือกคำหลัก (lead term) ลักษณะของคำหลัก

- มักเป็นคำที่บอกโรค เช่น failure, disease, disorder, hypo-, hyper- เป็นต้น
- มักอยู่ส่วนท้ายของคำวินิจฉัย
- อาจมีมากกว่า 1 คำ
- บางครั้งอาจต้องเปลี่ยนหรือแปลงคำ

คำหลักนับว่าสำคัญ ถ้าเราสามารถเลือกคำหลักได้ถูกต้องจะทำให้หารหัสได้เร็วขึ้น

3. นำคำหลักที่ได้ไปหารหัสเบื้องต้นในหนังสือ ICD-10 เล่มที่ 3 ในขั้นตอนนี้รหัสที่ได้จะเป็นรหัสเบื้องต้นยังไม่สมบูรณ์ อาจมีความผิดพลาดได้ ผู้ให้รหัสต้องนำรหัสที่ได้ไปตรวจสอบความถูกต้องในหนังสือ ICD-10 เล่มที่ 1 เสมอ ส่วนรหัสผ่าตัด และหัตถการ สามารถนำคำหลักไปหารหัสเบื้องต้น และสามารถตรวจสอบในหนังสือ ICD-9-CM ได้

4. นำรหัสที่ได้จากหนังสือ ICD-10 เล่มที่ 3 ไปตรวจสอบความถูกต้อง ในหนังสือ ICD-10 เล่ม 1 ทุกครั้งผู้ให้รหัสต้องนำรหัสที่ได้ตรวจสอบก่อนที่จะเลือกรหัสทุกครั้ง และควรดูที่กลุ่มรหัส หมวดรหัส และต้นบทด้วยเพราะอาจมีคำแนะนำอยู่ เช่น exclude, include, see before..... เป็นต้น

5. เลือก/บันทึกรหัสที่ถูกต้อง ครอบคลุมคำวินิจฉัยให้มากที่สุดถูกต้องตามหลักการ ICD-10, ICD-9-CM , Standard coding guideline และตรงตามประเภทคำวินิจฉัย โดยเฉพาะการให้รหัสการวินิจฉัยโรคหลัก, โรคร่วม, โรคแทรก, โรคอื่นๆ รวมทั้งรหัสสาเหตุการตายและรหัสเนื้องอก (ICD-O) รวมทั้งข้อยกเว้นต่าง ๆ เช่นในกลุ่มผู้ป่วยตั้งครรภ์/คลอด (รหัส O), ทารกแรกคลอด (รหัส P) เป็นต้นขั้นตอนต่าง ๆ ผู้ให้รหัสมือใหม่ ควรศึกษา ทำความเข้าใจให้ดี จะทำให้การให้รหัสถูกต้อง สมบูรณ์ มากยิ่งขึ้น

ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงาน

1. แพทย์และเจ้าพนักงานเวชสถิติมีความเข้าใจไม่ตรงกันในเรื่องการสรุปคำวินิจฉัยโรคหรือหัตถการโดยใช้คำเฉพาะของแพทย์ซึ่ง Coder ไม่รู้จัก, อ่านลายมือไม่ออก, สรุป R/O เป็นคำวินิจฉัยหลัก , คำย่อไม่เป็นสากล

2. แพทย์ไม่เห็นความสำคัญในการสรุปเวชระเบียน

แนวทางการแก้ไข

1. ควรมีการสื่อสารกันระหว่างแพทย์และเจ้าพนักงานเวชสถิติเพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างวิชาชีพและเป็นการลดช่องว่างของความขัดแย้ง

การบันทึกโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาล
2. เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการจัดทำสถิติของโรงพยาบาล
3. เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการศึกษาวิจัย

ขอบเขต

- การบันทึกโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM) ของผู้รับบริการที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน

คำจำกัดความ

- ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล(E - Phis)หมายถึงระบบที่โรงพยาบาลใช้ในการบันทึกข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยรวมถึงใช้สำหรับบันทึกโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM)

ความรับผิดชอบ

- เจ้าพนักงานเวชสถิติ
- เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล (ขณะนี้ยังไม่มี)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. เข้าสู่ระบบ (E - Phis)
2. ใส่ User / login
3. เข้าระบบงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน
4. เข้าเมนูระบบงานเวชระเบียนและสถิติ – งานเวชสถิติ – Inpatient Summary

5. เมื่อเข้าถึงเมนู Inpatient Summary และจะมีเมนูย่อยอีก 4 เมนู คือ ข้อมูลพื้นฐาน / Diagnosis / Procedure / รายละเอียดผู้เสียชีวิต

5.1 เมนูDiagnosis บันทึกโรค ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007

5.2 เมนูProcedure บันทึกการผ่าตัดและหัตถการ ICD-9-CMซึ่งหากเป็น OR Procedure ต้องบันทึกข้อมูลแพทย์ที่ทำผ่าตัด , วันที่ทำผ่าตัด และเวลาเริ่มต้น – เวลาสิ้นสุดของการทำหัตถการนั้น

ในส่วนเมนูDiagnosis จะมีปุ่ม DRG ให้คลิกปุ่มนี้ด้วยเพื่อให้โปรแกรมประมวลผลค่า AdjRW

6. เมื่อใส่รหัส ICDรหัสโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM)แล้วทำการตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้งแล้วทำการบันทึกข้อมูล

ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงาน

- ในการบันทึกโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM)อาจเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน เช่น รหัส E876 (Hypokalemia) อาจบันทึกเป็นE86 (Hypovolemia) ซึ่งจะทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ถูกต้อง ทำให้มีผลกระทบต่อการเบิกค่าชดเชยในการรักษาและข้อมูลด้านสถิติ

แนวทางการแก้ไข

- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานให้มากขึ้น หลังจากให้รหัสโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM) เสร็จแล้ว ให้ผู้ปฏิบัติงานอีกท่านที่ไม่ใช่ผู้ให้รหัสในผู้ป่วยรายนั้นเป็นผู้ตรวจสอบซ้ำอีกรอบ และเป็นผู้บันทึกข้อมูล

การส่งปรึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยใน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ได้คำวินิจฉัยและรหัสโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM) ที่ถูกต้อง ครบถ้วนตรงตามกฎในการเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาล

2. เพื่อให้แพทย์และCoder มีความเข้าใจตรงกันในการบันทึกคำวินิจฉัยและให้รหัสโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM) ให้เป็นไปในทางเดียวกัน

3. เพื่อให้ได้คุณภาพในการสรุปคำวินิจฉัยของแพทย์ และการลงรหัสโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM) ของCoder ให้มีความครบถ้วน สมบูรณ์

4. เพื่อเพิ่มค่าน้ำหนัก AdjRW

ขอบเขต

- การส่งเวชระเบียนผู้ป่วยในที่พบว่าข้อมูลยังไม่ครบถ้วน หรือเจ้าพนักงานเวชสถิติ สงสัย/ไม่เข้าใจในผู้ป่วยรายนั้น เพื่อปรึกษาแพทย์ผู้เป็นเจ้าของไข้

คำจำกัดความ

- RW (Relative Weight) หมายถึง คำนำนักสัมพัทธ์ เป็นตัวเลขเปรียบเทียบการใช้ ต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลรักษาผู้ป่วยของDRGsนั้นว่าเป็นกี่เท่าของต้นทุน เฉลี่ยของผู้ป่วยทุก กลุ่ม DRGs
- AdjRW (Adjusted Relative Weight) หมายถึง คำนำนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามค่าวันนอนจริง

ความรับผิดชอบ

- เจ้าพนักงานเวชสถิติ

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. เขียนแบบฟอร์มการขอรายละเอียดเพิ่มเติมในการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดย จำเป็นต้องกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน
2. บันทึกข้อมูลการส่งปรึกษาของสมุดส่งปรึกษาแพทย์ โดยบันทึก แผนก วันที่ ชื่อ – สกุลผู้ป่วย แพทย์ผู้สรุป สิทธิการรักษาผู้ป่วย ลายเซ็นผู้รับ ลายเซ็นผู้รับคืน วันที่รับคืน AdjRW (ก่อนส่ง) AdjRW (หลังส่ง)
3. บันทึกการส่งปรึกษาลงในโปรแกรม E-Phis ดังต่อไปนี้
 - 3.1 เปิดโปรแกรม E-Phis
 - 3.2 ใส่User / Login
 - 3.3 เข้าระบบงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน
 - 3.4 เข้าระบบงานเวชระเบียนและสถิติ – จัดการแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน – บันทึกยืมแฟ้มเวชระเบียน
 - 3.5 จะปรากฏหน้าต่างการค้นหาขึ้น ให้กดปุ่ม “เพิ่ม”
 - 3.6 กรอกข้อมูล วันที่/เวลายืมแฟ้ม – ผู้ยืมแฟ้ม – กำหนดวันคืน – สาเหตุการยืม – สถานะแฟ้ม
 - 3.7 กรอกข้อมูลANผู้ป่วยลงในช่องHN / AN
 - 3.8 ตรวจสอบความถูกต้อง AN และชื่อ ผู้ป่วยให้ตรงกับแฟ้มเวชระเบียน
 - 3.9 กดปุ่มบันทึก

4. เจ้าหน้าที่นำเวชระเบียนที่จะส่งปรึกษาส่งที่เลขานุการประจำกลุ่มงานนั้นๆ

ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงาน

- ในระหว่างการส่งปรึกษาเวชระเบียนฉบับนั้น มีการขอยืมจากหน่วยงานอื่น เช่น แพทย์ หอผู้ป่วย OPD Claim ประกันฯลฯ ทำให้เกินกำหนดระยะเวลาในการส่งข้อมูลเพื่อขอชดเชยฯ ส่งมีผลกระทบต่อรายได้ของโรงพยาบาล
- บางครั้งเวชระเบียนที่จะส่งปรึกษาไม่ได้ส่งภายในวันนั้น

แนวทางการแก้ไข

1. กำหนดนโยบายในการยืมเวชระเบียน
2. ให้มีผู้รับผิดชอบประจำในการส่งเวชระเบียนเพื่อปรึกษา หากเจ้าหน้าที่ท่านนั้นไม่อยู่/ไม่มาปฏิบัติงานก็ควรมอบหมายให้ผู้อื่นส่งแทน

การส่งข้อมูลศูนย์ประกันสุขภาพชั้น 8

วัตถุประสงค์

- เพื่อส่งข้อมูลในการขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จากกองทุนต่างๆ

ขอบเขต

- เวชระเบียนที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล ประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ประกันสังคม, พ.ร.บ., แรงงานต่างด้าว

คำจำกัดความ

- **DRGs** คือ Diagnosis Related Groups หมายถึงกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน

ความรับผิดชอบ

- เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ
- เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล(ยังไม่มี)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. เปิดโปรแกรม E-Phis

2. ใส่ User / Login
3. เข้าระบบงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน
4. เข้าระบบงานเวชระเบียนและสถิติ – จัดการแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน – บันทึกเยี่ยมแฟ้มเวชระเบียน
5. จะปรากฏหน้าต่างการค้นหาขึ้น ให้กดปุ่ม “เพิ่ม”
6. กรอกข้อมูล วันที่/เวลายืมแฟ้ม – ผู้ยืมแฟ้ม – กำหนดวันคืน – สาเหตุการยืม – สถานะแฟ้ม
7. กรอกข้อมูล AN ผู้ป่วยลงในช่อง HN / AN
8. ตรวจสอบความถูกต้อง AN และชื่อ ผู้ป่วยให้ตรงกับแฟ้มเวชระเบียน
9. กดปุ่มบันทึก

ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงาน

-

แนวทางการแก้ไข

-

การเก็บข้อมูลการบันทึก(KEY)ผิดพลาด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบันทึกรหัสโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM) ได้ถูกต้อง ครบถ้วนตรงตามกฎในการเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาล
2. เพื่อให้เจ้าพนักงานเวชสถิติและหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาลเข้าใจตรงกันในการบันทึกรหัสโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM)

ขอบเขต

- การเก็บข้อมูลการบันทึก(KEY)โรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM) ผิดพลาด

คำจำกัดความ

-

ความรับผิดชอบ

- เจ้าพนักงานเวชสถิติ

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

หลังจากรับทราบจากหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาลปฏิบัติดังนี้

1. ตรวจสอบดูว่าเวชระเบียนนั้นอยู่ที่ไหน จากโปรแกรมE-Phis
2. เข้าสู่ระบบ (E - Phis)
3. ใส่ User / login
4. เข้าสู่ระบบงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน
5. เข้าเมนูระบบงานเวชระเบียนและสถิติ – งานเวชสถิติ – Inpatient Summary
6. เมื่อเข้าถึงเมนู Inpatient Summary และจะมีเมนูย่อยอีก 4 เมนู คือ ข้อมูลพื้นฐาน /

Diagnosis / Procedure / รายละเอียดผู้เสียชีวิต

7. แก้ไขข้อมูลที่คีย์ผิด
8. ในส่วนเมนูDiagnosis จะมีปุ่ม “หา DRG” ให้คลิกปุ่มนี้ด้วยเพื่อให้โปรแกรม

ประมวลผลค่า AdjRW อีกครั้งเพราะอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงของค่า AdjRW

9. เมื่อแก้ไขรหัส ICDรหัสโรค (ICD-10-ของWHO ฉบับปี ค.ศ. 2007) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD-9-CM)ที่ผิดพลาดแล้วทำการตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้งแล้วทำการบันทึกข้อมูล

ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงาน

-

แนวทางการแก้ไข

การบันทึกข้อมูลค่าAdjRW ก่อนส่ง - หลังส่งปรึกษาแพทย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำเป็นสถิติค่าAdjRW ก่อน-หลัง ส่งปรึกษาแพทย์
2. เพื่อเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน

ขอบเขต

- ค่าAdjRW ของเวชระเบียนผู้ป่วยในฉบับที่ส่งคืนเพื่อปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ทุกฉบับ

คำจำกัดความ

1. เวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง เวชระเบียนของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
2. ส่งปรึกษา หมายถึง เวชระเบียนผู้ป่วยในฉบับที่เจ้าพนักงานเวชสถิติพบว่าข้อมูลที่แพทย์สรุป Summary sheet ยังไม่ครบ / ไม่ถูกต้อง หรือสงสัยในคำวินิจฉัย จึงส่งคืนเพื่อปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้

ความรับผิดชอบ

- เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ
- เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล (ขณะนี้ยังไม่มี)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. เข้าระบบ (E - Phis)
2. ใส่ User / login
3. เข้าระบบงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน
4. เข้าเมนูระบบงานเวชระเบียนและสถิติ – จัดการแฟ้มเวชระเบียนใน – บันทึกรับแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน
5. เมื่อเข้าถึงเมนูบันทึกรับแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน เลือกสถานะการสรุปแฟ้ม ใส่หมายเลข 40 (คืนแฟ้มจากการยืม)–หลังจากนั้นใส่ AN แล้วกด Enter ข้อมูลก็จะบันทึก
6. บันทึกวัน/เดือน/ปี ที่รับแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในในสมุดส่งปรึกษาแพทย์
7. ตรวจสอบการแก้ไขหลังจากที่ส่งปรึกษาแพทย์ว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่
8. หาค่า AdjRW ก่อนส่งปรึกษาแพทย์ และหลังส่งปรึกษาแพทย์ ในโปรแกรมtds4
9. บันทึกค่า AdjRW ก่อนส่งปรึกษาแพทย์ และหลังส่งปรึกษาแพทย์ในสมุดส่งปรึกษาแพทย์
10. บันทึกสถิติข้อมูลค่า AdjRW ก่อนส่งปรึกษาแพทย์ และหลังส่งปรึกษาแพทย์ ในโปรแกรม Microsoft Excel ดังนี้
 - วัน/เดือน/ปี ที่ส่งแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในส่งปรึกษาแพทย์
 - แผนก
 - ลำดับที่
 - AN
 - ชื่อ-สกุล
 - ชื่อแพทย์
 - ผู้รับแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน
 - ผู้รับคืนแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน
 - วัน/เดือน/ปี ที่รับแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในคืนจากส่งปรึกษาแพทย์
 - Adj RW ก่อนส่งปรึกษา
 - Adj RW หลังส่งปรึกษา
 - สิทธิการรักษา

ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงาน

-

แนวทางการแก้ไข

การให้บริการที่เกี่ยวข้องเวชระเบียนผู้ป่วยใน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การปฏิบัติงานรับ – ส่งเอกสาร งานการเบิกจ่ายพัสดุ – ครุภัณฑ์ การตรวจสอบเอกสาร การโต้ตอบ การบันทึกเสนอหนังสือราชการและเอกสารต่าง ๆ การเบิกเงินค่าตอบแทน งานธุรการและการพิจารณากรณีร้อง ตรวจสอบความถูกต้องตลอดจนการจัดการงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพถูกต้อง และรวดเร็ว

ขอบเขต

เป็นการกำหนดขั้นตอนเพื่อให้สามารถทราบถึงวิธีการ แนวทางปฏิบัติงานด้านเอกสารและธุรการ

คำจำกัดความ

การกำหนดมาตรฐานเพื่อบริหารจัดการงานเอกสารและการธุรการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. การรับ – ส่งหนังสือราชการ
2. การร่างตอบโต้หนังสือราชการ
3. การขออนุมัติจัดซื้อ
4. การควบคุมการเบิกจ่ายพัสดุ
5. การจัดทำฎีกาเบิกเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
6. การซ่อมแซมวัสดุ เครื่องใช้สำนักงาน
7. การรับรองสำเนาประวัติการรักษาพยาบาล
8. การดำเนินการคำร้องขอประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อการประกันชีวิต การประกันสังคม การรักษาต่อ การศาลและอื่น ๆ
9. การรายงานโรคติดต่อที่สำคัญ
10. การรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์
11. การจัดเตรียมชุดเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

การรับ – ส่งหนังสือราชการ

1. ตรวจสอบและลงลายมือชื่อในทะเบียนของหน่วยงานที่นำส่ง
2. ลงทะเบียนหนังสือรับและคัดแยก หนังสือเพื่อการปฏิบัติ
3. นำเสนอผู้บังคับบัญชาเพื่อพิจารณา
4. เวียนแจ้งหนังสือเพื่อทราบหรือเพื่อถือปฏิบัติต่อผู้เกี่ยวข้อง

การส่งหนังสือราชการ

1. ลงทะเบียนหนังสือส่งเพื่อส่งหนังสือไปยังส่วนราชการเจ้าของเรื่องนั้น ๆ
2. ส่วนราชการผู้รับหนังสือลงลายมือชื่อรับในหนังสือนำส่ง

การร่างตอบหนังสือราชการ

1. ร่างและพิมพ์หนังสือราชการเพื่อตอบโต้หรือแจ้งการดำเนินการต่อส่วนราชการเจ้าของหนังสือ
2. นำเสนอผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น
3. ลงทะเบียนเลขที่หนังสือออกเพื่อส่งไปยังส่วนราชการหรือบุคคลภายนอก

การขออนุมัติจัดซื้อ

1. ร่างและพิมพ์บันทึกเพื่อขออนุมัติการจัดซื้อ จัดทำ จัดจ้างต่อหัวหน้าส่วนราชการ
2. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอใบเสนอราคา
3. นำเสนอผู้ขออนุมัติต่อหัวหน้าส่วนราชการตามลำดับชั้น
4. ส่งบันทึกขออนุมัติจัดซื้อ จัดทำ จัดจ้างที่ได้รับอนุมัติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ

การเบิก – จ่ายพัสดุ

1. บันทึกการขอเบิกไปยังฝ่ายพัสดุในวันจันทร์ และรับของได้ในวันอังคาร สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
2. ลงทะเบียนรับของที่เบิก
3. จัดเก็บหลักฐานการรับของที่ขอเบิกที่ทางฝ่ายพัสดุดอกให้

การจัดทำฎีกาเบิกเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

1. บันทึกข้อมูลวันปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่อยู่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ระบบงานค่าตอบแทน

2. สรุปยอดรวมจำนวนเงินและจำนวนวันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาในวันสุดท้ายของเดือนที่ปฏิบัติงาน

3. พิมพ์และรวบรวมหลักฐานการจ่ายเงินค่าอาหารทำการนอกราชการ ใบสรุปวันปฏิบัติงานนอกราชการวันธรรมดา – วันหยุด หลักฐานเจ้าหน้าที่ (ลงลายมือชื่อ) ปฏิบัติงานนอกราชการเสนอผู้บังคับบัญชาพิจารณาลงนาม

4. จัดส่งหลักฐานการปฏิบัติงานนอกราชการที่ผ่านการลงนามแล้วส่งฝ่ายงบประมาณการเงินฯ เพื่อดำเนินการเบิกจ่ายเงิน

การซ่อมแซมวัสดุ เครื่องใช้สำนักงาน

1. บันทึกแจ้งการขอซ่อมแซมไปยังฝ่ายซ่อมบำรุงฯ
2. กรณีฝ่ายซ่อมบำรุงฯสามารถดำเนินการได้เรียบร้อย ให้ลงลายมือชื่อรับงานที่ส่งซ่อม
3. กรณีฝ่ายซ่อมบำรุงฯไม่สามารถซ่อมได้ ดำเนินการขออนุมัติส่งช่างนอกดำเนินการต่อไป

การรับรองสำเนาประวัติการรักษาพยาบาล

1. รับคำร้องลงทะเบียนรับ ตรวจสอบ ค้นหาระเบียน ถ่ายสำเนาประวัติ
2. ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาประวัติการรักษา
3. ส่งคำร้องและสำเนาประวัติที่รับรองแล้วไปยังฝ่ายบริหารฯ กรณีคำร้องเสียค่าธรรมเนียม
4. แจ้งเจ้าของคำร้องมารับสำเนาประวัติ กรณีคำร้องไม่เสียค่าธรรมเนียม
5. กรณีสำนักงานประกันสังคม หรือ หมายศาล มีหนังสือขอมา จัดทำหนังสือตอบพร้อมสำเนาประวัติการรักษาผู้ป่วยที่รับรองสำเนาเรียบร้อยแล้วส่งกลับไปยังส่วนราชการเจ้าของเรื่องนั้น ๆ

การดำเนินการคำร้องเพื่อการประกันชีวิต

1. รับคำร้องลงทะเบียนรับ ตรวจสอบ ค้นหา เวชระเบียน
2. ส่งคำร้องและเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยในให้เลขาธิการกลุ่มงานดำเนินการส่งให้แพทย์ ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการเขียนใบเคลมประกันชีวิต หรือออกไปรับรองแพทย์ต่อไป

การรายงานโรคติดต่อที่สำคัญ

1. บันทึกข้อมูลแบบรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่สำคัญแต่ละรายลงเครื่องคอมพิวเตอร์
2. บันทึกข้อมูลแบบรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่สำคัญผู้ป่วยแต่ละรายไปยังกองระบาดวิทยา สำนักอนามัย โดยการ Online

การรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์

1. ลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์ของหน่วยงาน
2. จัดทำสำเนาเพื่อจัดส่งให้กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย 1 ชุด สำนักการแพทย์ 1 ชุด

การจัดเตรียมชุดเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. เบิกแบบฟอร์มเอกสารชุดเวชระเบียนผู้ป่วยในจากฝ่ายพัสดุ จำนวน 15 รายการ
2. จัดเรียงเอกสารแบบฟอร์มชุดเวชระเบียนผู้ป่วยในตามที่คณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียนกำหนด
3. จ่ายชุดเวชระเบียนผู้ป่วยในให้แก่ คลินิกศัลยกรรมกระดูก คลินิกกุมารเวชกรรม คลินิกสูติ-นรี เวชกรรม คลินิกจักษุวิทยา คลินิกโสต ศอ นาสิกห้องบัตรกลาง คลินิกประกันสุขภาพ คลินิกอายุรกรรมและคลินิกนอกเวลาราชการที่มาขอเบิก

ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงาน

1. การปฏิบัติงานด้านการเคลมประกันชีวิตและการสำเนาเวชระเบียนล่าช้า เนื่องจากเวชระเบียนหาไม่พบ แพทย์สรุปเวชระเบียนล่าช้า หอผู้ป่วยส่งคืนเวชระเบียนล่าช้า เวชระเบียนสูญหาย
2. เครื่องใช้สำนักงานเสียใช้เวลาในการส่งซ่อมเป็นเวลานานมาก

แนวทางแก้ไข

ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ติดตาม ตรวจสอบ หาสาเหตุเพื่อแก้ไขหรือดำเนินการ

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์ชูวิทย์	ประดิษฐบาทุกา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง
นายแพทย์ณัฐเวทย์	มีกุล	นายแพทย์ ระดับชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลกลาง
แพทย์หญิงจุฬารัตน์	จตุปารีสฤทธิ์	นายแพทย์ ระดับชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลกลาง

ภาคผนวก ค

จดหมายขออนุเคราะห์ข้อมูล



ที่ กท ๐๖๐๕/๒๕๕๐

โรงพยาบาลกลาง

๕๑๔ ถนนหลวง แขวงเทพศิรินทร์

เขตป้อมปราบ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๒๕ สิงหาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ด้วย นางสาวพิรุฬห์พร แสนแพง นักศึกษาปริญญาโท ภาคพิเศษ คณะสถิติประยุกต์ สาขาการวิจัยเพื่อการบริหารจัดการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ขณะนี้อยู่ในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง" ดังนั้น เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โรงพยาบาลกลาง จึงขอความอนุเคราะห์ข้อมูลรายงานการพึงรับ-พึงจ่ายรายเดือน (Statement) ที่โรงพยาบาลกลางส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม NHSO/E-Claim ๕ ปีงบประมาณ (ปีงบประมาณ ๔๙-๕๓) ในการทำวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายชูวิทย์ ประดิษฐบาทุกา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

นางสาวพิรุฬห์พร แสนแพง (ผู้วิจัย)

โทร.๐๘-๑๖๒๓-๐๗/๑๖

หัวหน้าฝ่ายวิชาการ.....

หัวหน้างาน.....

เจ้าหน้าที่.....

เจ้าหน้าที่พิมพ์ดีด.....

ที่ กท ๐๖๐๕/๖๑๘๖



คณะสถิติประยุกต์	
รับที่	104
วันที่	8/7/54
เวลา	9.02

โรงพยาบาลกลาง
 ๕๑๔ ถนนหลวง แขวงเทพศิรินทร์
 เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๑๐

๖ กรกฎาคม ๒๕๕๔

เรื่อง อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน คณบดีคณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

อ้างถึง หนังสือ ที่ ศธ ๐๕๒๖.๐๕/๓๖๗ ลงวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ขออนุญาตให้
 นางสาวพิรุฬห์พร แสนแพง นักศึกษาปริญญาโท ภาคปกติ สาขาวิชาเอกการวิจัยเพื่อการบริหารและการ
 จัดการ มาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์นั้น

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า และศูนย์พร้อมใจ โรงพยาบาลกลาง
 พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายชูวิทย์ ประดิษฐาทุกา)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลกลาง
 โทร. ๐๒-๒๒๐-๘๐๐๐ ต่อ ๑๑๒๗๐
 โทรสาร. ๐๒-๒๒๒-๔๑๓๖

13/๗ ๕๐๕.

13/๗ ๕๐๕.

On

8/7/54

ภาคผนวก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

การปฏิบัติงานเวชระเบียนกับการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ :

กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง(แพทย์)

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ นักศึกษาปริญญาโท คณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) เพื่อให้ผลการศึกษามีความสมบูรณ์ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ จึงขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และใกล้เคียงกับความคิดของผู้ตอบให้มากที่สุด

กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้ จะสรุปออกมาเป็นภาพรวม และคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ส่วนรวม

แบบสอบถามฉบับนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องระบบเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน และ/หรือเติมข้อความที่ตรงตามความเป็นจริงลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส (1) โสด (2) คู่
 (3) หม้าย (4) หย่า/แยกกันอยู่
4. ตำแหน่ง.....
5. กลุ่มงานที่ท่านปฏิบัติงาน

<input type="checkbox"/> (1) กลุ่มงานอายุรกรรม	<input type="checkbox"/> (2) กลุ่มงานศัลยกรรม
<input type="checkbox"/> (3) กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม	<input type="checkbox"/> (4) กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
<input type="checkbox"/> (5) กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก	<input type="checkbox"/> (6) กลุ่มงานจักษุกรรม
<input type="checkbox"/> (7) กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก	<input type="checkbox"/> (8) อื่นๆ (ระบุ).....

6. ประสบการณ์ในการสรุปเวชระเบียน.....ปี
7. ท่านมีหน้าที่งานรับผิดชอบใดบ้าง
- (1) งานตรวจรักษา (2)งานตรวจรักษาและงานบริหาร
- (3) งานตรวจรักษา งานบริหาร และงานสอนนักศึกษาแพทย์
- (4) งานตรวจรักษา งานบริหาร งานสอนนักศึกษาแพทย์ และงานอื่นๆ(ระบุ).....
- (5) งานตรวจรักษา งานสอนนักศึกษาแพทย์
8. จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ท่านต้องทำการสรุปเวชระเบียนในแต่ละวันมีจำนวนเฉลี่ย.....ราย

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. ท่านคิดว่าแรงจูงใจต่อการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน คือ
- (1) ค่าตอบแทนในการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน (รายฉบับ) (2) เงินเดือน
- (3) เป็นหน้าที่ (4) อื่นๆ(ระบุ).....
2. ท่านคิดว่าในการสรุปเวชระเบียนของท่านในปัจจุบัน ท่านให้ความสำคัญในการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในหรือไม่
- (1) ไม่ให้ความสำคัญเลย (2) ให้ความสำคัญน้อย
- (3) ให้ความสำคัญปานกลาง (4) ให้ความสำคัญมาก
- (5) ให้ความสำคัญมากที่สุด
3. ท่านให้ความสำคัญต่อภาระงานต่อไปนี้อย่างไร

ลักษณะงาน	ลำดับที่			
	1	2	3	4
(1) งานตรวจรักษา				
(2) งานบริหาร				
(3) งานสอนนักศึกษาแพทย์				
(4) งานสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน				

10. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดหรือไม่

(1) มี

(2) ไม่มี

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องเวชระเบียนและระบบเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
1. เวชระเบียนเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพการบริการโรงพยาบาล		
2. วัตถุประสงค์ของการบันทึกเวชระเบียนเพื่อใช้สื่อสารข้อมูลของการรักษา		
3. Principal Diagnosis อาจมีได้หลายโรค		
4. เมื่อผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ทางโรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องส่งข้อมูลเพื่อทำการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ เนื่องจากได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวแล้ว		
5. การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในมีความสัมพันธ์กับระบบการเบิก-จ่ายค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาล		
6. หลังจากผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ภายใน 30 วัน		
7. หลังจากผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ภายใน 45 วัน		
8. หลังจากผู้ป่วยสิทธิทันตสังกัดจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ภายใน 45 วัน		
9. กรณีที่สรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน ไม่ทันเวลา มีผลกระทบต่อรายรับของโรงพยาบาล		

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

.....

.....

แบบสอบถาม

การปฏิบัติงานเวชระเบียนกับการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ :

กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง (Coder)

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ นักศึกษาปริญญาโท คณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) เพื่อให้ผลการศึกษามีความสมบูรณ์ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ จึงขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และใกล้เคียงกับความคิดของผู้ตอบให้มากที่สุด

กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้ จะสรุปออกมาเป็นภาพรวม และคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ส่วนรวม

แบบสอบถามฉบับนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องระบบเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส (1) โสด (2) คู่
 (3) หม้าย (4) หย่า/แยกกันอยู่
4. ตำแหน่งในปัจจุบัน.....
5. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานที่
 (1) งานเวชระเบียน (2) ศูนย์ประกันสุขภาพ
 (3) ฝ่ายการพยาบาล (4) ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
 (5) ศูนย์สารสนเทศ (6) อื่นๆ(ระบุ).....
6. ประสบการณ์ในการให้รหัสโรค.....ปี

7. ท่านมีงานรับผิดชอบใดบ้าง

- (1) งานให้รหัสเต็มเวลา (2) งานให้รหัส/งานห้องบัตร
- (3) งานให้รหัส/งานสถิติ (4) งานให้รหัส/งานห้องบัตร/งานสถิติ
- (5) งานให้รหัส/งานเรียกเก็บค่าชุดเซซซ (6) อื่นๆ(ระบุ).....

8. จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ท่านต้องทำการให้รหัสในแต่ละวันมีจำนวนเฉลี่ย.....ราย

9. ท่านเคยเข้ารับการอบรมการให้รหัสโรค/รหัสผ่าตัดและหัตถการหรือไม่

- (1) เคย(ไปข้อที่ 10) (2) ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 11)

10. กรณีที่เคยเข้ารับการฝึกอบรม ท่านต้องการเข้าฝึกอบรมต่ออีกหรือไม่

- (1) ต้องการ (2) ไม่ต้องการ เพราะ.....

11. กรณีไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรม ท่านต้องการเข้ารับการฝึกอบรมหรือไม่

- (1) ต้องการ (2) ไม่ต้องการ เพราะ.....

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน

1. ท่านคิดว่าแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานการให้รหัสคือ

- (1) ค่าตอบแทนในการให้รหัสผู้ป่วยใน (รายฉบับ) (2) เงินเดือน
 (3) เป็นหน้าที่ (4) อื่นๆ (ระบุ).....

2. ท่านคิดว่าในการปฏิบัติงานให้รหัสของท่านในปัจจุบัน ท่านให้ความสำคัญในการปฏิบัติงานให้รหัสอย่างไร

- (1) ไม่ให้ความสำคัญเลย (2) ให้ความสำคัญน้อย
 (3) ให้ความสำคัญปานกลาง (4) ให้ความสำคัญมาก
 (5) ให้ความสำคัญมากที่สุด

3. ท่านให้ความสำคัญต่อภาระงานต่อไปนี้ได้อย่างไร

ลักษณะงาน	ความสำคัญอันดับ ที่		
	1	2	3
(1) งานให้รหัสโรค			
(2) งานสถิติ			
(3) งานคุณภาพ			

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับระดับความคิดของท่าน

- 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด
 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการให้รหัส	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
4. ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอนรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 30 วัน ทำให้ต้องใช้เวลาในการให้รหัสมากขึ้น					
5. ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ (ventilation) ทำให้ต้องใช้เวลาในการให้รหัสมากขึ้น					

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการให้รหัส	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
6. ผู้ป่วยที่มีแพทย์ผู้ร่วมรักษาหลายท่าน ทำให้เกิดปัญหาว่าแพทย์ท่านใดจะเป็นผู้สรุปเวชระเบียน					
7. อ่านลายมือแพทย์ไม่ออก					
8. แพทย์ใช้คำย่อในการคำวินิจฉัยที่ไม่เป็นสากลหรือมีได้หลายความหมาย					
9. ผู้ให้รหัสขาดความรู้ ประสบการณ์ รวมทั้งความชำนาญในการให้รหัส					
10. จำนวนผู้ปฏิบัติงานการให้รหัส ไม่เพียงพอกับปริมาณงานที่ได้รับ					
11. ท่านได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในการสรุปเวชระเบียนให้ทันเวลา					
12. ท่านได้รับเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อทำการให้รหัสหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายภายใน 7 วัน					
13. โดยทั่วไปข้อมูลการวินิจฉัยโรคและหัตถการที่รักษาผู้ป่วยได้สรุปไว้ในใบสรุป (Summary sheet) มีความครบถ้วน สมบูรณ์					
14. ผู้ปฏิบัติงานการให้รหัสขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเนื่องจาก 14.1 ไม่มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ 14.2 ขาดการสนับสนุน ส่งเสริมด้านการพัฒนาความรู้ในการให้รหัส 14.3 ขาดการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา					

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องเวชระเบียนและระบบเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
1. เวชระเบียนเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพบริการในโรงพยาบาล		
2. วัตถุประสงค์ของการบันทึกเวชระเบียนเพื่อใช้สื่อสารข้อมูลของการรักษา		

หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
3. Principal Diagnosis อาจมีได้หลายโรค		
4. เมื่อผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ทางโรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องส่งข้อมูลเพื่อทำการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ เนื่องจากได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวแล้ว		
5. การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในมีความสัมพันธ์กับระบบการเบิก-จ่ายค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาล		
6. หลังจากผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ภายใน 30 วัน		
7. หลังจากผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ภายใน 45 วัน		
8. หลังจากผู้ป่วยสิทธิต้นสังกัดจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ภายใน 45 วัน		
9. กรณีให้รหัสโรค/รหัสผ่าตัด เพื่อส่งเบิกค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ไม่ทันเวลา มีผลกระทบต่อรายรับของโรงพยาบาล		

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบสอบถาม

การปฏิบัติงานเวชระเบียนกับการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ :

กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง(เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ)

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ นักศึกษาปริญญาโท คณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) เพื่อให้ผลการศึกษามีความสมบูรณ์ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ จึงขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และใกล้เคียงกับความคิดของผู้ตอบให้มากที่สุด

กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้ จะสรุปออกมาเป็นภาพรวม และคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ส่วนรวม

แบบสอบถามฉบับนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส (1) โสด (2) คู่
 (3) หม้าย (4) หย่า/แยกกันอยู่
4. ตำแหน่งในปัจจุบัน.....
5. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานที่
 (1) งานเวชระเบียน (2) ศูนย์ประกันสุขภาพ
 (3) ฝ่ายการพยาบาล (4) ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
 (5) ศูนย์สารสนเทศ (6) อื่นๆ(ระบุ).....
6. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน NHSO/E-claimปี

7. ท่านมีหน้าที่งานรับผิดชอบใดบ้าง(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (1) ส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการฯ (2) รับ-ส่งหนังสือภายในหน่วยงาน
 (3) รับเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้ป่วย (4) พบผู้ป่วย
 (5) ประสานงานกับ สปสช. (6) อื่นๆ(ระบุ).....

8. จำนวนข้อมูลผู้ป่วยในที่ส่งเบิกค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ผ่านโปรแกรม NHSO/E-claim เฉลี่ยต่อเดือน.....ราย

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน
 กรุณาใส่เครื่องหมาย / ในช่อง ที่ท่านเลือกหรือเติมข้อความในช่องว่าง ตรงกับความ
 เป็นจริง

1. ท่านคิดว่าแรงจูงใจในการส่งข้อมูลขอรับชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้ทันเวลา คือ

- (1) ค่าตอบแทนพิเศษ (2) เงินเดือน
 (3) เป็นหน้าที่ (4) อื่นๆ (ระบุ).....

2. ท่านคิดว่าในการส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของท่านในปัจจุบัน ท่านให้
 ความสำคัญในการส่งข้อมูลอย่างไร

- (1) ไม่ให้ความสำคัญเลย (2) ให้ความสำคัญน้อย
 (3) ให้ความสำคัญปานกลาง (4) ให้ความสำคัญมาก
 (5) ให้ความสำคัญมากที่สุด

3. ท่านให้ความสำคัญต่อภาระงานต่อไปนี้อย่างไร (ให้เรียงลำดับตามความสำคัญ)

ลักษณะงาน	ความสำคัญอันดับ ที่				
	1	2	3	4	5
(1) งานส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการ					
(2) งานรับเรื่องราวร้องทุกข์จากผู้ป่วย					
(3) งานประสานงานกับ สปสช.					
(4) งานรับส่งหนังสือภายในหน่วยงาน					
(5) งานพบผู้ป่วย					

4. จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในลงในโปรแกรม NHSO/E-Claim
.....คน
5. จำนวนครั้งในการส่งข้อมูลผู้ป่วยในผ่านโปรแกรม NHSO/E-Claim ไปยังสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเฉลี่ยต่อ เดือน.....ครั้ง
6. ท่านมีการคัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อส่งขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์อย่างไร
- ตามลำดับวันที่จำหน่าย ก่อน-หลัง
- เวชระเบียนฉบับใดส่งมาให้ท่านก่อนก็ส่งข้อมูลก่อนไม่ได้ดูวันที่จำหน่าย
- อื่นๆ (ระบุ).....
7. ท่านมีระบบการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในที่จำหน่ายแล้วว่าได้รับการส่งข้อมูลขอชดเชย
ค่าบริการทางการแพทย์ครบทุกรายหรือไม่
- มี ไม่มี
8. ท่านเตรียมข้อมูลส่งเพื่อขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์โดย
- การ Import ข้อมูล Standard data set แล้วบันทึกเพิ่มด้วยระบบ Manual
- การบันทึกข้อมูลในระบบ Manual เท่านั้น
- อื่นๆ (ระบุ).....
9. ท่านทราบหรือไม่ถึงผลกระทบต่อโรงพยาบาลจากการส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
ไม่ทันเวลา
- ทราบ ไม่ทราบ
10. ท่านคิดว่าการขอแก้ไขข้อมูลด้วยวิธีใดที่สะดวกและท่านพอใจ
- ขอแก้ไขข้อมูลเป็นระบบเอกสาร
- ขอแก้ไขข้อมูลเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์
11. ท่านคิดว่าการบันทึกค่าใช้จ่ายอย่างละเอียด ในบางเงื่อนไขที่ขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
แพทย์ เช่น AE,HC เหมาะสมหรือไม่
- เหมาะสม ไม่เหมาะสม
12. ท่านทราบหรือไม่ว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการ
ขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ทุกปี
- ทราบ ไม่ทราบ

กรุณาใส่เครื่องหมาย / ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง

ปัจจัย	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
13. ระบบ Internet ในโรงพยาบาลของท่านสามารถส่งข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
14. ประสิทธิภาพของโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลของท่าน					
15. ผู้บริหารของท่านให้ความสำคัญและสนับสนุนงานของท่าน					
16. ผู้บริหารของท่านรับทราบผลการส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จาก Statement ทุกเดือน					
17. กรณีที่ท่านส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ไม่ทันเวลาเนื่องจากปัญหากระบวนการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล ผู้บริหารของท่านสามารถให้ความช่วยเหลือท่านได้เสมอ					
18. ผู้บริหารของท่านอนุมัติให้ท่านเบิกค่าตอบแทนนอกเวลาราชการได้ทุกครั้งที่ท่านส่งข้อมูลค่าชดเชยไม่ทัน					
19. ผู้บริหารของท่านยกย่องชมเชยผลงานของท่าน					

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องเวชระเบียนและระบบเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
1. เวชระเบียนเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพบริการในโรงพยาบาล		
2. วัตถุประสงค์ของการบันทึกเวชระเบียนเพื่อใช้สื่อสารข้อมูลของการรักษา		
3. Principal Diagnosis อาจมีได้หลายโรค		
4. เมื่อผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ทางโรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องส่งข้อมูลเพื่อทำการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ เนื่องจากได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวแล้ว		
5. การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในมีความสัมพันธ์กับระบบการเบิก-จ่ายค่ารักษาพยาบาล ของโรงพยาบาล		
6. หลังจากผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ภายใน 30 วัน		
7. หลังจากผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ภายใน 45 วัน		
8. หลังจากผู้ป่วยสิทธิต้นสังกัดจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ภายใน 45 วัน		
9. กรณีส่งข้อมูลเบิกค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ ไม่ทันเวลา มีผลกระทบต่อรายรับของโรงพยาบาล		

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอนี้

.....

.....

.....

.....

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นามสกุล

นางสาวพิรุฬห์พร แสนแพง

ประวัติการศึกษา

สาธาณสุขศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระ
เกียรติจังหวัดสกลนคร
ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2551

ประสบการณ์ทำงาน

พ.ศ. 2547 – 2549
เจ้าหน้าที่เวชสถิติ
โรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร
พ.ศ. 2549 – ปัจจุบัน
เจ้าพนักงานเวชสถิติ
โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร