

การศึกษาผลการสรุปคำวินิจฉัยโรคหัตถการและการผ่าตัด ของสาขาศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

กมลวรรณ วงษ์ฝุง

Received: June 29, 2022; Received in revision: August 1, 2022; Accepted: August 8, 2022

บทคัดย่อ

บทนำ: กลุ่มโรคศัลยกรรมระบบประสาทเป็นกลุ่มโรคและการผ่าตัดที่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาค่อนข้างมาก จากการปฏิบัติงานการให้รหัสคำวินิจฉัยพบว่า ยังมีการสรุปคำวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วมโรคแทรกซ้อน หัตถการและการผ่าตัดที่ไม่ครบถ้วน ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นอย่างมาก

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการสรุปคำวินิจฉัยโรคหัตถการและการผ่าตัด ที่มีผลกระทบต่อค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อศึกษาปริมาณของเวชระเบียนที่ตรวจพบความคลาดเคลื่อนที่มีผลต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ (AdjRW.) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้ก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปคำวินิจฉัย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ เวชระเบียนผู้ป่วยใน ทุกสิทธิการรักษา สาขาศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่จำหน่ายในเดือน มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2564 ทั้งหมด จำนวน 491 ฉบับ และใช้หลักเกณฑ์ประเมินการสรุปคำวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary assessment (SA) version-2018(6) มาศึกษาผลการสรุปคำวินิจฉัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และทำการเปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษา: จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 491 ฉบับ พบว่ามีเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด จำนวน 144 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 29.33 เป็นความคลาดเคลื่อนที่ส่งผลต่อ AdjRW. จำนวน 120 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 24.44 เมื่อปรับแก้ไขเพิ่มเติมทำให้ AdjRW. เพิ่มขึ้น 510.5541 AdjRW. ซึ่งทำให้เงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเท่ากับ ร้อยละ 53.03 ของผลต่างจำนวนเงินหลังตรวจพบความคลาดเคลื่อน

สรุป: การสรุปคำวินิจฉัยที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ถือเป็นสิ่งสำคัญรวมทั้งความรู้ในเรื่องของการสรุปคำวินิจฉัย โรค หัตถการและการผ่าตัดที่มีผลต่อ AdjRW. จะทำให้โรงพยาบาลได้รับค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์มากยิ่งขึ้นโดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงที่ได้ทำการรักษาผู้ป่วยไป

คำสำคัญ : ความคลาดเคลื่อนของการสรุปคำวินิจฉัย, หลักเกณฑ์การประเมินการสรุปคำวินิจฉัย, คำนำน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน, เงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

A study on Summary of Discharge Diagnosis on Neurosurgery at Thammasat University Hospital

Kamonwan Wongfung

Received: June 29, 2022; Received in revision: August 1, 2022; Accepted: August 8, 2022

Abstract

Background: Neurosurgery requires a lot of resources to treat. From the current practice for diagnostic codes, summary of principal diagnosis, comorbidity, complication, surgery and procedure are often incomplete. This problem affects the hospital fee reimbursement of Thammasat University Hospital.

Objective: 1) To study the results of the summary of the diagnosis of surgical and surgical diseases that affects hospital fee reimbursement. 2) To study the quality of medical records regarding discrepancies affecting Adjust Relative Weight (AdjRW.). 3) To compare the differences in hospital fee reimbursement before and after the discrepancies of discharge diagnosis.

Material and methods: The sample group was inpatient neurosurgery medical records in all treatment benefit schemes and discharged from January 2021 to June 2021. The total 491 charts were assessed by using the criteria for assessing the summary of diagnosis and procedures of the physicians summary assessment (SA) version-2018 and to study the results of conclusions of the diagnosis. Data were analyzed by frequency distribution, percentage and comparison of sample data with Wilcoxon Signed Rank Test statistic.

Result: From a total of 491 samples, There were 144 inpatient medical records that were inaccurate Inaccuracies in the conclusion of the diagnosis, 144 procedures and surgeries, accounting for 29.33 percent. After revision, this practice had added a 120 (24.4%) discrepancies that affects AdjRW. were found 510.5541 AdjRW. which increased the compensation for medical services by 53.03 percent of the amount difference after the discrepancy was detected.

Conclusion: It is important to accurately, complete the medical rewards the including disease and procedure, that affect AdjRW. This will allow hospitals to receive more reimbursement for their medical services based on the actual expenses.

Keywords: Discrepancy of discharge summary, Summary assessment, Adjusted Relative Weight, Hospital fee reimbursement

บทนำ

ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกนั้น ระบบสุขภาพต้องมีระดับการคลังที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการผลิตทรัพยากรด้านสุขภาพ (resource generation) การจัดบริการ (service delivery) โดยมีความเป็นธรรมในการแบกรับค่าใช้จ่าย (fair financial contribution) ปัจจุบันผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้จ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลโดยตรง แต่เป็นการจ่ายผ่านตัวแทน กองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคม^[1] และโรงพยาบาลมีหน้าที่ส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลเพื่อเบิกค่าบริการทางการแพทย์จากกองทุนต่าง ๆ ตามสิทธิการรักษาของผู้มารับบริการ การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้กับโรงพยาบาล กองทุนดังกล่าวจะจ่ายชดเชยโดยใช้ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (Thai Diagnosis Related Group: TDRG) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjust Relative Weight; AdjRW.) คูณจำนวนเงินที่จ่ายต่อหนึ่งหน่วย ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน ตามเกณฑ์ของกลุ่มวินิจฉัย โรคร่วม ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน ที่สำคัญในการจัดกลุ่มโรค ได้แก่ รหัสโรคหลัก รหัสโรคร่วม รหัสโรคแทรกซ้อน ตามรหัส ICD-10 ของ WHO, รหัสผ่าตัดและหัตถการ ตามรหัส ICD-9-CM, วันเกิด, อายุ, น้ำหนักเด็ก(กรณีอายุไม่เกิน 1 ปี), เพศ, ประเภทของการจำหน่าย, จำนวนวันนอน^[2] จะเห็นได้ว่าการสรุปโรคหลัก รหัสโรคร่วม รหัสโรคแทรกซ้อน มีผลต่อการได้รับการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์โดยตรงซึ่งสอดคล้องกับอุทัย ทับทอง, สุกานดา สุขศาลา, ธันวาท โอโรรัมย์ได้ศึกษาการพัฒนาเว็บไซต์คำนวณค่าสายตาในการให้รหัสทางการแพทย์

ของผู้ป่วยต่อกระจก สำหรับเจ้าพนักงานเวชสถิติ โรงพยาบาลราชบุรีผลการวิจัยนี้พบว่า ปัญหาการให้รหัสค่าสายตาของผู้ป่วยต่อกระจก คือ แพทย์ไม่สรุปค่าสายตาของผู้ป่วยต่อ กระจกมาให้ การให้รหัสผู้ป่วยต่อกระจกของโรงพยาบาลราชบุรี ผู้ให้รหัสมีทั้ง แพทย์พยาบาล และเจ้าพนักงานเวชสถิติ เมื่อทำการเบิกค่าบริการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยต่อกระจก จำเป็นต้องมีรหัสในกลุ่มความบกพร่องทางการมองเห็น (H54.-) ร่วมด้วยเสมอ^[3]

กลุ่มโรคศัลยกรรมระบบประสาทเป็นกลุ่มโรคและการผ่าตัดที่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาค่อนข้างมาก ซึ่งจากการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการให้รหัสคำวินิจฉัยเพื่อเบิกค่าบริการทางการแพทย์นั้น พบว่ามีการสรุปคำวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรกซ้อน หัตถการและการผ่าตัดที่ไม่ครบถ้วน จากการรวบรวมข้อมูลการสรุปคำวินิจฉัยโรคผู้ป่วยในสาขาศัลยกรรมระบบประสาทของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในเดือนมิถุนายน 2563 ถึง สิงหาคม 2563 มีเวชระเบียนผู้ป่วยในที่จำหน่ายในช่วงเวลาดังกล่าวจำนวน 257 ฉบับ โดยมีเวชระเบียนที่สรุปคำวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรกซ้อน หัตถการและการผ่าตัดที่ยังไม่ครบถ้วน จำนวน 123 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 47.85 ซึ่งสอดคล้องกับอุทัย ทับทอง, เอกชัย ใจมุข, พิชญ์วรา จันทร์แย้ม ได้ศึกษาการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 5 กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า สภาพปัญหาของการตรวจสอบเวชระเบียนคือ สรุปโรคหลักผิดพลาดคิดเป็นร้อยละ 28.00 สรุปโรครองผิดพลาดคิดเป็นร้อยละ 42.47 และสรุปหัตถการผิดพลาดคิดเป็นร้อยละ 27.38^[4] การสรุปคำวินิจฉัยที่ไม่ครบถ้วนนี้ มีผลกระทบต่อ การได้รับเงินชดเชย

ค่าบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นอย่างมาก จึงควรให้ความสำคัญกับการสรุปโรค รวมทั้งหัตถการต่าง ๆ ที่ได้ทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไปให้มีความครบถ้วนและถูกต้อง โดยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4: มุ่งสู่องค์กรแห่งอนาคต เป้าประสงค์ที่ 2: สร้างระบบการเงินการคลังที่มั่นคงและมีประสิทธิภาพ^[5]

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการสรุปคำวินิจฉัยโรคหัตถการและการผ่าตัด ที่มีผลกระทบต่อค่าบริการทางการแพทย์ ศึกษาปริมาณของเวชระเบียนที่ตรวจพบความคลาดเคลื่อนที่มีผลต่อน้ำหนักสัมพัทธ์(AdjRW.) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้ก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปคำวินิจฉัยโดยใช้การประเมินความถูกต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary assessment (SA) version 2018^[6] สาขาศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อให้ได้มาซึ่งความครบถ้วนและสมบูรณ์ของการสรุปคำวินิจฉัย และได้รับเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กลับมายังโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถใช้ข้อมูลวิจัยนี้วางแผนพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการสรุปคำวินิจฉัยโรคในสาขาอื่น ๆ ให้เกิดคุณภาพของการสรุปคำวินิจฉัยอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปริมาณของเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ตรวจพบรายการความคลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด

2. เพื่อศึกษาผลการสรุปคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด ก่อนและหลังแพทย์พิจารณาการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างผลลัพธ์ในการขอรับค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ (AdjRW. และเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์) ก่อนและหลังแพทย์พิจารณาการสรุปการวินิจฉัย

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา(descriptive research) โดยใช้แบบฟอร์มเก็บข้อมูลตามหลักเกณฑ์การประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary assessment (SA) version 2018^[6] และเปรียบเทียบผลลัพธ์ในการขอรับค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ที่ได้รับกับค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ที่ควรได้รับของเวชระเบียนผู้ป่วยใน สาขาศัลยกรรมระบบประสาทที่จำหน่ายภายในเดือน มกราคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2564 ทั้งหมด จำนวน 491 ฉบับ โดยผ่านการรับรองจริยธรรมจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ อนุมัติวันที่ 5 เมษายน 2564 รหัสโครงการวิจัย 001/2564

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุญาต เข้าเก็บข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยแนบใบอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เมื่อได้รับอนุมัติให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจะเข้าเก็บข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย และมีวิธีการรักษาความลับของข้อมูลโดยบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีรหัสป้องกันบุคคลอื่น

ไม่ให้สามารถเปิดได้ส่วนเครื่องมือแบบประเมิน (กระดาษ) จัดเก็บไว้ในตู้ลิ้นชัก ที่มีกุญแจ ล็อก ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลไว้ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564 วิธีการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัยข้อมูลที่เป็น ไฟล์ในคอมพิวเตอร์ทำการลบทิ้งในเครื่อง ที่จัดเก็บและใน Recycle Bin ข้อมูลที่บันทึก ในแบบประเมิน(กระดาษ) ทำการทำลายโดยใช้ เครื่องทำลายกระดาษ

ดำเนินการวิจัยจัดเก็บข้อมูลโดย ดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่มีความรู้ความ เชี่ยวชาญทางด้านเวชสถิติ ดำเนินการ ตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน สาขา ศัลยกรรมระบบประสาทที่ผ่านการให้รหัสโรค หัตถการและการผ่าตัดแล้ว นำมาประเมินตาม หลักเกณฑ์การประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรค และ หัตถการ ของ แพทย์ Summary assessment (SA) version 2018 ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ^[6] โดย หลักเกณฑ์การประเมินนี้สามารถใช้ประเมินได้ กับแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกสิทธิการรักษา

2. กรณีพบเวชระเบียนที่มีความ คลาดเคลื่อนของการสรุปคำวินิจฉัย ตัวอย่างเช่น สรุปโรคหลักไม่เฉพาะเจาะจง สรุปโรคร่วม โรคแทรกซ้อนไม่ครบถ้วน ไม่สรุป หัตถการหรือการผ่าตัด เป็นต้น ผู้วิจัยจะ รวบรวมข้อมูลหลักฐานเอกสารสนับสนุนการ พิจารณาเปลี่ยนแปลงคำวินิจฉัยและทำการส่ง ปริญญาแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ Auditor ให้พิจารณาการสรุปคำวินิจฉัยใหม่อีกครั้ง (เดือนละ 3 ครั้ง/ทุก 10 วัน)

3. เมื่อแพทย์ทำการพิจารณาการสรุป คำวินิจฉัยแล้ว

- กรณีที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง คำวินิจฉัย ผู้วิจัยจะทำการยืนยันการให้รหัส

ตามเดิมและส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ การเงินเบิกค่าบริการทางการแพทย์

- กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงคำ วินิจฉัย ผู้วิจัยจะทำการให้รหัสโรคและ หัตถการใหม่อีกครั้งแล้วนำมาคำนวณค่า น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ป รับ ตาม วัน น อน (AdjRW.)ใหม่ จากนั้นยืนยันการให้รหัสโรค แล้วส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่การเงินเบิก ค่าบริการทางการแพทย์

4. บันทึกข้อมูล โดยใช้เครื่องมือแบบ บันทึกผลการตรวจสอบเวชระเบียน ตาม หลักเกณฑ์การประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรค และ หัตถการ ของ แพทย์ Summary assessment (SA) version 2018 สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(6)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปริมาณของเวชระเบียน ผู้ป่วยในที่ตรวจพบความ คลาดเคลื่อนในการ สรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดของ เวชระเบียนผู้ป่วยใน สาขา ศัลยกรรมระบบ ประสาท โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด ก่อนและหลังแพทย์ พิจารณาการสรุป คำวินิจฉัยโรค หัตถการและ การผ่าตัด โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ โดย ใช้หลักเกณฑ์การประเมินการสรุปการ วินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summary assessment (SA) version 2018(6)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ใน การขอรับค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ (AdjRW. และเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์) ก่อนและหลังการตรวจพบความ คลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด ของเวชระเบียนผู้ป่วย ใน สาขา ศัลยกรรมระบบประสาท โดยการใช้การ

แจกแจงความถี่ ร้อยละ และ ทำการเปรียบเทียบข้อมูล กลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

ผลการวิจัย

การศึกษาความคลาดเคลื่อนของการสรุป คำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด สาขาศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จากกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยใน ทุกสิทธิการรักษาที่จำหน่ายในเดือน มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ทั้งหมด จำนวน 491 ฉบับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. ปริมาณของเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด สาขาศัลยกรรมระบบประสาท พบว่าเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด สาขาศัลยกรรมระบบประสาท แยกโดยสิทธิการรักษา พบว่า สิทธิการรักษาที่พบความคลาดเคลื่อนที่ส่งผลต่อ AdjRW. ในการสรุปการวินิจฉัยมากที่สุดคือ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าคิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมาคือ สิทธิข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 15.83 และน้อยที่สุดคือ สิทธิข้าราชการและอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 0.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปริมาณของเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยแยกโดยสิทธิการรักษา

เวชระเบียนแยกโดยสิทธิการรักษา	เวชระเบียนทั้งหมด (ฉบับ)	ตรวจพบความคลาดเคลื่อน (ฉบับ)	ร้อยละตรวจพบความคลาดเคลื่อน (ฉบับ)	ตรวจพบความคลาดเคลื่อนส่งผลต่อ AdjRW. (ฉบับ)	ร้อยละตรวจพบความคลาดเคลื่อนส่งผลต่อ AdjRW.
ข้าราชการ	93	21	14.58	19	15.83
ประกันสังคม	15	1	0.70	1	0.84
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	238	101	70.14	100	83.33
ข้าราชการและอื่น ๆ*	145	21	14.58	0	0
รวม	491	144	100	120	100

หมายเหตุ: *สิทธิการรักษาอื่น ๆ หมายถึง กองทุนเงินทดแทน (บาดเจ็บในงาน),เงินสด,เงินสด (รอสิทธิ-บริษัทผู้สัญญา (ประกันชีวิต รออนุมัติ)),เงินสด (รอสิทธิ-พรบ. เบื้องต้น), ข้าราชการ(ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ),ประกันสังคม (supra), ประกันสังคม(รับส่งต่อ), ประกันสังคม (72ชั่วโมง), ต้นสังกัด (รัฐวิสาหกิจ) – เบิกกรมบัญชีกลาง, ต้นสังกัด (ครูเอกชน ไม่มีบัตรครูสภา), พรบ. เบื้องต้น, พรบ. เบื้องต้น + ส่วนเกิน,บริษัทผู้สัญญา (ประกันชีวิต), บริษัทผู้สัญญา(ประกันชีวิตอนุมัติ), บริษัทผู้สัญญา (บริษัท) ,SSO_โควิด-19

2. ศึกษาคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด ก่อนและหลังแพทย์พิจารณาการสรุปคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด พบว่า ความคลาดเคลื่อนการสรุปคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดที่มีผลต่อค่า AdjRW. พบมากที่สุดในส่วนของ ไม่สรุป โรคร่วมโรคแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 18.99 รองลงมา

คือ ไม่สรุปหัตถการหรือการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 8.04 และน้อยที่สุดคือสรุปโรคหลักไม่เฉพาะเจาะจงคิดเป็นร้อยละ 0.30 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความผิดพลาดการสรุปโรคและหัตถการ (Summary assessment - SA)

Summary assessment	SA	ร้อยละ
SA: 0 ความเห็นเกี่ยวกับการสรุปการวินิจฉัยและการสรุปหัตถการสอดคล้องกัน (ไม่มีผลต่อ AdjRW.)	348	34.97
SA1: โรคหลัก Principal diagnosis (PDX)		
SA1a: ไม่สรุปโรคหลัก	-	-
SA1b: สรุป โรคหลักไม่ถูกต้อง	-	-
SA1c: สรุป โรคหลักไม่เฉพาะเจาะจง	3	0.30
SA1d: สรุป โรคหลักโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน	-	-
SA2: โรคร่วม โรคแทรกซ้อน (Co-morbidity and Complication : SDX)		
SA2a: ไม่สรุป โรคร่วม โรคแทรกซ้อน	189	18.99
SA2b: สรุปโรคร่วม โรคแทรกซ้อน ไม่ถูกต้อง	1	0.11
SA2c: สรุป โรคร่วม โรคแทรกซ้อน ไม่เฉพาะเจาะจง	1	0.11
SA2d: สรุป โรคร่วม โรคแทรกซ้อน โดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน	-	-
SA3: Operation (Op) : หัตถการหรือการผ่าตัด ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG หรือการเบิก		
SA3a: ไม่สรุปหัตถการหรือการผ่าตัด	80	8.04
SA3b: สรุปหัตถการหรือการผ่าตัดไม่ถูกต้อง	-	-
SA3c: สรุปหัตถการหรือการผ่าตัดไม่เฉพาะเจาะจง	8	0.80
SA3d: สรุปหัตถการหรือการผ่าตัด โดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน	-	-
SA5: ไม่มีการสรุปเวชระเบียน	-	-
SA6: ปัญหาอื่น ใช้คำย่อ คำกำกวม อ่านไม่ออก (ไม่มีผลต่อ AdjRW.)	365	36.68
รวม	995	100

หมายเหตุ: ใน 1 ฉบับสามารถมี SA ได้มากกว่า 1 SA ตัวหารจึงเป็นจำนวน SA ทั้งหมดคือ 995 SA

3. ผลลัพธ์ในการขอรับค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ (AdjRW. และเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์) ก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดมีผลการวิจัยดังนี้

3.1 เปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (AdjRW.) ระหว่างก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดของเวชระเบียนผู้ป่วยในพบว่าแสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (AdjRW.) แยกตามสิทธิการรักษา พบว่า ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (AdjRW.) หลังตรวจพบความคลาดเคลื่อนและปรับแก้ไขเพิ่มเติมการสรุปคำวินิจฉัยให้ครบถ้วน ถูกต้องแล้ว สิทธิการรักษาที่มีผลต่างของ AdjRW. เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลต่าง 373.0035 AdjRW. รองลงมาคือ สิทธิ

ชำระเงินเองและอื่น ๆ มี AdjRW. เพิ่มขึ้น 66.0267 AdjRW. และน้อยที่สุดคือสิทธิประกันสังคมมี AdjRW. เพิ่มขึ้น 6.1466 AdjRW. ในภาพรวมทั้งหมดหลังปรับแก้ไขเพิ่มเติมการสรุปคำวินิจฉัย มีค่า AdjRW. เพิ่มขึ้นทั้งหมด 510.5541 AdjRW. ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (AdjRW.) ระหว่างก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยแยกโดยสิทธิการรักษา

สิทธิการรักษา	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (AdjRW.)		
	ก่อนตรวจพบความคลาดเคลื่อน	หลังตรวจพบความคลาดเคลื่อน	ผลต่าง
ข้าราชการ	97.7508	163.1281	65.3773
ประกันสังคม	6.9435	13.0901	6.1466
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	749.3111	1122.3146	373.0035
ชำระเงินเองและอื่น ๆ	113.5572	176.4587	66.0267
รวม	967.5626	1474.9915	510.5541

หมายเหตุ : ตามหลักมาตรฐาน การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย และน้ำหนักสัมพัทธ์ค่า AdjRW. ให้มีค่าทศนิยม 4 ตำแหน่ง

3.2 เปรียบเทียบเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดของเวชระเบียนผู้ป่วยในพบว่า การเปรียบเทียบจำนวนเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลได้รับตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) แยกตามสิทธิการรักษา หลังตรวจพบความคลาดเคลื่อนและปรับแก้ไขเพิ่มเติมการสรุปคำวินิจฉัยให้ครบถ้วน ถูกต้องแล้ว ผลต่างของจำนวนเงินที่พบมากที่สุดคือสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดยมีผลต่างเป็นจำนวนเงินที่เพิ่มมากขึ้น 3,357,032 บาท รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ 891,027 และน้อยที่สุดคือสิทธิประกันสังคม 86,057 บาท ในภาพรวมทั้งหมดจำนวนเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ที่โรงพยาบาลได้รับตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) หลังตรวจพบความคลาดเคลื่อนและปรับแก้ไขเพิ่มเติมการสรุปคำวินิจฉัยให้ครบถ้วน ถูกต้องแล้วทำให้ได้รับเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น 4,334,116 บาท ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ระหว่างก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยแยกโดยสิทธิการรักษา

สิทธิการรักษา	เงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์			ร้อยละเงินชดเชยที่เพิ่มขึ้น
	ก่อนตรวจพบความคลาดเคลื่อน	หลังตรวจพบความคลาดเคลื่อน	ผลต่าง	
ข้าราชการ	1,332,246	2,223,273	891,027	20.56
ประกันสังคม	97,209	183,266	86,057	1.99
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6,743,800	10,100,831	3,357,032	77.46
รวม	8,173,255	12,507,370	4,334,116	53.03

3.3 เปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน(AdjRW.) ก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดของเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่า ผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน

(AdjRW.) ก่อนตรวจสอบความคลาดเคลื่อนและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (AdjRW.) หลังตรวจสอบความคลาดเคลื่อนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน(AdjRW.) ระหว่างก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยของทุกสิทธิการรักษา

Adj.RW (ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน)	n	z	p-value
Adj.RW ก่อน-หลังตรวจพบ ความคลาดเคลื่อน	203	-10.08	0.00*

หมายเหตุ : *p-value < 0.01

อภิปรายและสรุปผล

สิ่งสำคัญในการสรุปคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การบันทึกข้อมูลการรับบริการในรูปแบบฟอร์มต่าง ๆ ให้ครบถ้วนเพื่อจะนำมาสนับสนุนการวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดใน Summary Discharge โดยการสรุปคำวินิจฉัยในส่วนของโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรกซ้อน หรือแม้กระทั่งหัตถการและการผ่าตัด จะส่งผลกระทบต่อได้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์กลับมายังโรงพยาบาลทั้งสิ้น

การศึกษาความคลาดเคลื่อนของการสรุป คำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด จำนวน 491 ฉบับ พบเวชระเบียนที่ตรวจพบความคลาดเคลื่อน จำนวน 144 ฉบับ ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนที่ส่งผลกระทบต่อ AdjRW. จำนวน 120 ฉบับ ความคลาดเคลื่อนที่ตรวจพบมากที่สุด ที่ส่งผลกระทบต่อ AdjRW. คือ ไม่สรุปโรคร่วมโรคแทรกซ้อน รองลงมาคือ ไม่สรุปผ่าตัดและหัตถการ และน้อยที่สุดคือสรุปโรคร่วม โรคแทรกซ้อน ไม่ถูกต้อง และไม่เฉพาะเจาะจง โดยเมื่อปรับแก้ไขเพิ่มเติมการสรุปคำวินิจฉัยให้ครบถ้วน ถูกต้องแล้ว ทำให้ AdjRW. เพิ่มขึ้น 510.5541 ซึ่งคิดเป็นจำนวนเงินที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 4,334,116 บาท เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน(AdjRW.) ก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดของเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับ เพ็ญพร คุณขาว, สุมาลย์ วงษ์ไทย ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการให้รหัสโรค หัตถการ และการผ่าตัดของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล ศิริราชพบว่า การวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วม โรค

แทรก ข้อมูลหัตถการและการผ่าตัด ส่วนใหญ่แพทย์สรุปคำวินิจฉัยไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง แต่ผู้ให้รหัสสามารถเพิ่มเติมรหัสได้ถูกต้อง หรือผู้ให้รหัสไม่สามารถเพิ่มเติมรหัสให้ก็มี^[7]

จากการศึกษาพบว่า ความคลาดเคลื่อนการสรุปคำวินิจฉัยโรคหัตถการและการผ่าตัดที่มีผลต่อค่า AdjRW. พบมากที่สุดในส่วนที่ไม่สรุป โรคร่วม โรคแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 18.99 ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการขอรับค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ (AdjRW., เงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์) ดังนั้นการสรุปคำวินิจฉัยที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ถือเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งความรู้ในเรื่องของการสรุปคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดที่มีผลต่อ AdjRW. เนื่องจากการสรุปคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์จะทำให้โรงพยาบาลได้รับค่าชดเชยบริการทางการแพทย์กลับมายังโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้นโดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงที่ได้ทำการรักษาผู้ป่วยไปตามหลักของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ซึ่งสอดคล้องกับกมลวรรณ วงษ์ผุง, วสุนันท์ มโนคติธรรม ได้ศึกษาการศึกษาแนวทางปฏิบัติและผลลัพธ์ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยเชิงคุณภาพนี้พบว่า สิ่งสำคัญในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคือการจัดส่งเอกสารการข้อมูลและบันทึกข้อมูลการรับบริการให้ครบถ้วน โดยเริ่มจากการวินิจฉัยของแพทย์จะต้องสรุปโรคและหัตถการในหน้า Discharge Summary ให้ครบถ้วน และถูกต้อง โดยมีข้อมูลสนับสนุนในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่เวชระเบียนต้อง

ทำการให้รหัสโรคและหัตถการตามที่แพทย์สรุปและมีการตรวจสอบค่า AdjRW. เพื่อความเหมาะสมระหว่างจำนวนเงินที่ใช้รักษาผู้ป่วยตามจริงกับจำนวนเงินที่ได้รับกลับมา^[8] สอดคล้องกับ อุทัย ทับทอง, สุกานดา สุขศาลา, ธันวาท โอโรรัมย์ ได้ศึกษาการพัฒนาเว็บไซต์คำนวณค่าสายตาในการให้รหัสทางการแพทย์ของผู้ป่วยต่อกระจกสำหรับเจ้าพนักงานเวชสถิติ โรงพยาบาลราชบุรี ผลการวิจัยนี้พบว่าปัญหาการให้รหัสค่าสายตาของผู้ป่วยต่อกระจกคือ แพทย์ไม่สรุปค่าสายตาของผู้ป่วยต่อกระจกมาให้การให้รหัสผู้ป่วยต่อกระจกของโรงพยาบาลราชบุรี ผู้ให้รหัสมีทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าพนักงานเวชสถิติ เมื่อทำการเบิกค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยต่อกระจกจำเป็นต้องมีรหัสในกลุ่มความบกพร่องทางการมองเห็น (H54.-) ร่วมด้วยเสมอ^[3] สอดคล้องกับ สัมพันธ์ ศรีหนูขำ, วราภรณ์ ปานเงิน, ธาณี รักนาม และยุพาพร วัฒนกุล ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาการสรุปรหัสคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดของค่ารักษาพยาบาลตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรค รวม โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนพบว่า จากการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกฉบับตั้งแต่เดือนตุลาคม 2556 ถึงเดือนเมษายน 2557 จำนวน 1,107ฉบับ พบการคลาดเคลื่อนการสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรก หัตถการ และการผ่าตัด ซึ่งแพทย์ทำการสรุปไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน ผู้ตรวจสอบ (auditor) จึงแก้ไขเพิ่มเติมข้อมูลคำวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องครบถ้วน จำนวน 322ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 29.09^[9] สอดคล้องกับทฤษฎีกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) คือการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน ข้อมูลที่ใช้ใน

การหา DRG และมีผลทำให้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมีการเปลี่ยนแปลง^[2]

จากผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 พบว่า AdjRW. ก่อนและหลังตรวจสอบความคลาดเคลื่อนแตกต่างกัน โดยเงินชดเชยบริการทางการแพทย์ก่อนการตรวจสอบน้อยกว่าเงินชดเชยบริการทางการแพทย์หลังการตรวจสอบ เนื่องจากหลังการตรวจสอบและแก้ไขคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดแล้ว ในบางรายส่งผลให้เห็นถึงโรคของผู้ป่วยที่เป็นจริงตามการรักษาที่มีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ตัวอย่างเช่น มีโรคร่วม โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้ AdjRW. เพิ่มมากขึ้น เงินค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ที่เรียกเก็บก็มากขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับอุทัย ทับทอง, เอกชัย ใจमुख, พิษณุวรรา จันทรย์แย้ม ได้ศึกษาการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 5 กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าความแตกต่างระหว่างค่า AdjRW. ก่อนและหลังการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติค่า AdjRW. ก่อนการตรวจสอบมีค่าเฉลี่ย 2.45 และค่า AdjRW. หลังการตรวจสอบมีค่าเฉลี่ย 2.33 เปรียบเทียบโดยใช้ค่าสถิติ Wilcoxon matched pairs signed rank test ซึ่งเป็นการปฏิเสธสมมติฐาน แสดงว่าค่า AdjRW. ก่อนและหลังการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(4) ^[4] สอดคล้องกับวันเพ็ญ ภารศรีศรี, อีระ ฤทธิรอด ได้ศึกษาค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บกับรายรับที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสต์ิกที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า รายรับที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มี 2 แบบคือ แบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และแบบเหมาจ่ายตามเงื่อนไขการบริการโรคเฉพาะ มีข้อมูลเงินที่ได้รับแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ประเภทผู้ป่วยใน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพียง 39 ราย ในปีงบประมาณ 2554-2556 และมีข้อมูลเงินที่ได้รับแบบเหมาจ่ายตามเงื่อนไขการบริการโรคเฉพาะของผู้ป่วยเพียง 8 ราย ในปีงบประมาณ 2554 โดยเมื่อศึกษาพบว่า ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บในปีงบประมาณ 2554 ถึงปีงบประมาณ 2556 มีแนวโน้มลดลง ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาล 3 ปี เท่ากับ 4,654,169.99 บาท (6,7451.74 ต่อผู้ป่วย 1 ราย) เมื่อเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บแบบเหมาจ่ายตามเงื่อนไขการบริการโรคเฉพาะ 1,668,750 บาท กับรายรับ 949,800 บาท พบว่าได้รับเงินกว่า 718,950 บาท กับรายรับ 9,823,869.47 บาท พบว่าได้สูงกว่า 4,045,273.47 บาท เนื่องจากโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ชนิดลิ้มโฟบลาสติกที่เกิดในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปีที่มีภาวะความรุนแรงของโรคสูงมีจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน ซึ่งเมื่อจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลนานจะทำให้ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษามากขึ้นแต่ไม่สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์ได้เพิ่มโดยบ่งบอกถึงว่าจำนวนวันนอนและค่าวินิจฉัยโรคนั้นมีผลต่อการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ ดังนั้นการจำแนกความรุนแรงของโรคในการรักษาการควบคุมดูแล การให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างถูกต้องเพื่อลดความรุนแรงของโรค ลดการมานอนรักษาในโรงพยาบาลจะส่งผลให้อัตรารายรับของโรงพยาบาลสูงกว่าค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ^[10]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สร้างแนวปฏิบัติเพื่อใช้เป็นมาตรฐานและพัฒนาระบบการสรุปคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด สาขาศัลยกรรมระบบประสาท คือจะต้องสรุปโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรกซ้อน หัตถการและการผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วน สรุปให้ละเอียดและเฉพาะเจาะจงไม่วินิจฉัยด้วยคำย่อหรือคำกำกวม

1.2 สาขาศัลยกรรมระบบประสาทนำเวชระเบียนที่พบความคลาดเคลื่อน มาเป็นกรณีศึกษาให้แพทย์จบใหม่ที่จะเข้ามาปฏิบัติงานได้รับทราบถึงปัญหาและแนวทางที่ถูกต้องของการสรุปคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด

1.3 ควรเพิ่มการตรวจสอบความถูกต้องของการสรุปคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการให้รหัสทางการแพทย์ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยเฉพาะสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความคลาดเคลื่อนการให้รหัสโรค หัตถการและการผ่าตัดควบคู่กับการศึกษาความคลาดเคลื่อนของการสรุปคำวินิจฉัยด้วยเพื่อให้ทราบถึงข้อมูลความคลาดเคลื่อนทั้งกระบวนการก่อนจะเป็นข้อมูลรหัสโรค หัตถการและการผ่าตัดที่จะนำมาส่งเบิกเงินชดเชยบริการทางการแพทย์

2.2 จากผลการศึกษาพบว่า การประเมินและทบทวนตามวิธีการวิจัยนี้ส่งผลให้ได้รับเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กลับมายังโรงพยาบาลมากขึ้นดังนั้นหากนำวิธีการดังกล่าวไปใช้กับสาขาอื่น ๆ ภายใน

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ จะส่งผลให้ได้รับ
ค่าบริการทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ปีงบประมาณ 2564 ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณ
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็น
อย่างสูงที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการทำวิจัยครั้งนี้
และงานวิจัยนี้เกิดขึ้นและสำเร็จลงได้ด้วย
ความอนุเคราะห์ การช่วยเหลือจากบุคคลและ
คณะบุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยต้อง
ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ถาวร สกุลพาณิชย์. รายงานการทบทวน
สถานการณ์ระบบการเงินการคลังด้าน
สุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ
แห่งชาติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
2552(อินเทอร์เน็ต). สำนักงานวิจัยเพื่อการ
พัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย: เครือข่าย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556(
เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2564). เข้าถึงได้
จาก : <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3883?locale-attribute=th>
2. ศุภสิทธิ์ พรธมนารุณทนต์, ชัยโรจน์ ชิงสนธิ
พร, สุเมธี เขยประเสริฐ, อรทัย เขียวเจริญ.
การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยและน้ำหนัก
สัมพัทธ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:
สำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย(สรท.); 2560
3. อุทัย ทับทอง, สุกานดา สุขศาลา, ธันวา โอ
โรรัมย์. การพัฒนาเว็บไซต์คำนวณค่า
สายตาในการให้รหัสทางการแพทย์ของ
ผู้ป่วยต่อกระจก สำหรับเจ้าพนักงานเวช
สถิติ โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารวิจัย
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
อุบลราชธานี 2563; 9 (1):93-103.
4. อุทัย ทับทอง, เอกชัย ใจมุข, พิชญ์วรา
จันทร์แย้ม. การตรวจสอบคุณภาพเวช
ระเบียนของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขต
สุขภาพที่ 5 กับสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: วิทยาลัย
เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข
กาญจนาภิเษก; 2564
5. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม (อินเทอร์เน็ต).
ปทุมธานี: 2564 (เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม
2564). เข้าถึงได้จาก<https://www.hospital.tu.ac.th/page/vision-mission-and-core-values/>
6. ประมุข มุทิตางกูร. การประเมินความถูก
ต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการ
ของแพทย์ Summay assessment (SA)
version 2018. ใน: กฤติยา ศรีประเสริฐ,
บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการ
ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วย
บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วน
หน้า ปี 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี:
บริษัท สหมิตรพรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิง
จำกัด; 2561. 357
7. เพ็ญพร คุณขาว, สุมาลย์ วงษ์ไทย. ปัจจัยที่
มีผลต่อความสำเร็จในการให้รหัสโรค
หัตถการและการผ่าตัดของผู้ป่วยใน
ที่โรงพยาบาลศิริราช. เวชบัณฑิตศิริราช
2553; 2(1):121-130.
8. กมลวรรณ วงษ์ฟู่ง, วสุนันท์ มโนคติธรรม
การศึกษาแนวทางปฏิบัติและผลลัพธ์ใน
การขอรับ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
ตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปใน
เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข
(ปริญญานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต).
สาขาวิชาเวชระเบียน, บัณฑิตวิทยาลัย
,นนทบุรี: วิทยาลัยเทคโนโลยีทาง
การแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก.
; 2560: 117-118.

9. สัมแป้น ศรีหนูขำ, วราภรณ์ ปานเงิน, ธาณี
รักนาม ,ยุพาพร วัฒนกุล. การศึกษาการ
สรุปรหัสคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการ
ผ่าตัดของ ค่ารักษาพยาบาลตามระบบกลุ่ม
วินิจฉัยโรคร่วม โรงพยาบาล
เวชศาสตร์เขตร้อน. วารสารสังคมศาสตร์
บูรณาการ 2557; 1(2):113-131.
10. วันเพ็ญ ภารรัมย์, อีระ ฤทธิรอด. ค่า
รักษาพยาบาลที่เรียกเก็บกับรายรับที่ได้รับ
จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ชนิด
ลิมโฟบลาสต์ิกที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์
ขอนแก่น . วารสารวิจัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557;14(3):92-
96.