

การศึกษาความคลาดเคลื่อนของการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยใน สาขาอายุรกรรมของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

นนุช นอกพุฒา

รับบทความ: 15 สิงหาคม 2566; ส่งแก้ไข: 8 มีนาคม 2567; ตอรับ: 11 มีนาคม 2567

บทคัดย่อ

บทนำ: การสรุปค่าการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยในสาขาอายุรกรรม มีการสรุปค่าวินิจฉัยที่ยังไม่ครบถ้วน ไม่ละเอียดและไม่ตรงกับความเป็นจริง ส่งผลกระทบต่อการเบิกค่ารักษาพยาบาลทำให้โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติสูญเสียรายได้อย่างมาก

วัตถุประสงค์: 1. เพื่อศึกษาความคลาดเคลื่อนของการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคจากเอกสารใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary) ของสาขาอายุรกรรมของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ 2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างการปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Adjust Relative Weight, AdjRW) และค่ารักษาพยาบาลก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปค่าวินิจฉัยโรค และหัตถการจากเอกสารใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary)

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ เวชระเบียนผู้ป่วยในสาขาอายุรกรรมที่จำหน่ายตั้งแต่เดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ.2564 ที่มีสิทธิการรักษาเฉพาะ สิทธิต้นสังกัดกรมบัญชีกลางและสิทธิข้าราชการ กรุงเทพมหานคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคมเท่านั้น ทั้งหมดจำนวน 1,184 ฉบับ และใช้หลักเกณฑ์ประเมินการสรุปค่าวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ summary assessment (SA) version 2018 ศึกษาผลการสรุปการวินิจฉัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และทำการเปรียบเทียบผลต่าง AdjRW ค่ารักษาพยาบาลด้วยผลต่าง

ผลการศึกษา: จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,184 ฉบับ พบว่า มีความคลาดเคลื่อน จำนวน 455 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 38.43 นำข้อมูลมาตรวจสอบความคลาดเคลื่อนส่งผลทำให้ AdjRW เพิ่มขึ้น 1465.4207 เป็นจำนวนเงินเพิ่มขึ้น 17,066,879 บาท คิดเป็นร้อยละ 58.68 ของสิทธิต้นสังกัดกรมบัญชีกลางที่มีความคลาดเคลื่อนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.86 ของการสรุปค่าวินิจฉัยโรคร่วม โรคแทรกซ้อนที่ผิดพลาดของการสรุปโรคและหัตถการ (SA)

สรุป: การสรุปค่าการวินิจฉัยโรคต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วนตรงตามความเป็นจริง มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลได้รับเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์มากยิ่งขึ้นและเต็มจำนวน

คำสำคัญ: ความคลาดเคลื่อน, การสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการ, อายุรกรรม, เงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

A study of discrepancies of diagnosis and procedures of patients in the field of Internal Medicine of Thammasat University Hospital

Nongnuchr Nokputsa

Received: August 15, 2023; Received revision: March 8, 2024; Accepted: March 11, 2024

Abstract

Background: The summary of diagnosis and medical procedures sometimes were in complete in its details and accuracy. These issues have affected the reimbursement of medical expenses, causing expenses, from related agencies and leads to loss of income of the hospital.

Objective: 1) To study inaccuracy in the summary disease of diagnosis and procedures from the In-Patient Summary document of the Internal Medicine Department of Thammasat University Hospital. 2) To compare the difference in AdjRW, and medical expenses before and after detecting discrepancies in the summary disease of diagnosis and procedures from the In-Patient Summary document.

Material and methods: The sample group was medical records of patients in the field of internal medicine from January to June 2021 with specific reimbursement rights such as. rights belonging to the Comptroller General's Department and civil servants Bangkok local government organization, universal health insurance, and social security. We were reviewed used the criteria to evaluate the summary assessment of diagnosis and procedures, summary assessment (SA) version 2018, Data were analyzed by a descriptive method about frequency and percent and compare the difference in AdjRW of expense for medical treatment.

Result: A sample of 1,184 cases were reviewed. discrepancies in 455 documents (38.43%) were found. Based on discrepancies, 1465.4207 AdjRW was increased. The total amount was 17,066,879 baht which were highlighted in (58.68%) of the Agency rights under The Comptroller General's Department moreover, the summary diagnoses of comorbidities, complications of the incorrect disease, and procedure summary (SA) were not summarized in 42.86%.

Conclusion: The summary of disease diagnosis and procedures must be accurate, and complete. These are important for the hospitals, reimbursement. therefore the hospital will receive more compensation from its service.

Keywords: Discrepancy of discharge summary, Summary of disease diagnosis and procedures, Internal medicine, Reimbursement for service

บทนำ

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงที่มีศักยภาพในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยได้ครบวงจร โดยให้บริการการรักษายาบาลทั้งประเภทผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งมีศูนย์ความเป็นเลิศด้านต่าง ๆ และได้รับการรับรองตามมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ เช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืด และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคแผลที่เท้าจากโรคเบาหวาน เป็นต้น ในปัจจุบันมีการให้บริการและรักษายาบาลผู้ป่วยเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น สามารถทำการรักษาโรคที่มีความซับซ้อนมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้า ทันสมัย เข้ามาประกอบการรักษาและวินิจฉัยโรค โรงพยาบาลเร่งเห็นถึงประโยชน์เป็นสำคัญเพื่อช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาลผู้ป่วยโดยจะจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กลุ่มผู้ป่วยสิทธิต้นสังกัดกรมบัญชีกลาง ข้าราชการกรุงเทพมหานคร (กทม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และประกันสังคม (รพธ./ทุพพลภาพ) ให้แต่โรงพยาบาลตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups, DRGs)^[1] โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (AdjRW) เป็นตัวแปรคูณจำนวนเงินที่กำหนดตามงบประมาณที่ควรได้รับของแต่ละสถานพยาบาล เพราะสิทธิการเบิกจ่ายแต่ละประเภทได้รับเงินอัตราฐาน (base rate) ต่างกัน สิทธิต้นสังกัดกรมบัญชีกลางและสิทธิข้าราชการกรุงเทพมหานคร (กทม.) มีอัตรา

ฐาน (base rate) ที่เท่ากัน คือ 13,609 บาทต่อ 1 AdjRW องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีอัตราฐาน (base rate) 13,630 บาทต่อ 1 AdjRW สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ในเขต 4 สระบุรี มีอัตราฐาน (base rate) 8,350 บาทต่อ 1 AdjRW สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) นอกเขต 4 สระบุรี มีอัตราฐาน (base rate) 9,600 บาทต่อ 1 AdjRW ส่วนสิทธิประกันสังคม (รพธ./ทุพพลภาพ) มีอัตราฐาน (base rate) 12,000 บาทต่อ 1 AdjRW^[2] ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีการเรียกเก็บค่าบริการยาบาลที่ต่างกัน ซึ่งเป็นการเหมาจ่ายค่าบริการให้กับทางโรงพยาบาล ทุกครั้งที่ผู้ป่วยเข้าทำการรักษาไปจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ แพทย์ผู้ทำการบันทึกการสรุปคำวินิจฉัยโรคและหัตถการ ต้องบันทึกคำวินิจฉัยโรคและหัตถการลงในเวชระเบียนผู้ป่วยในให้มีความถูกต้องและครบถ้วนตรงตามความเป็นจริงในการรักษายาบาล ลงในเอกสารใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary)

ดังนั้น แพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญมากที่สุดเพราะเอกสารใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary) เป็นเอกสารทางราชการที่จำเป็นต้องใช้ประกอบในการเบิกจ่าย ค่ารักษายาบาลของผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่เข้ารับการรักษาพยาบาลจากการทำงานการสรุปค่ารักษายาบาลของนักวิชาการเวชสถิติ ซึ่งมีหน้าที่ในการให้รหัสโรคและหัตถการเพื่อส่งต่อข้อมูลดังกล่าวให้กับการเงินในการส่งเบิกค่าบริการทางการแพทย์ต่อไป โดยการให้รหัสโรคและหัตถการจะต้องเป็นไปตามการสรุปคำวินิจฉัยของแพทย์ในใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary) ของสาขาอายุรกรรมโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิม พระเกียรติ

พบว่า ยังมีการสรุปการวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ที่มีไม่ครบถ้วนและไม่ละเอียด ในปี พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 40 ทำให้เกิดผลกระทบโดยตรงกับการส่งเบิก ค่ารักษาพยาบาลและก่อให้เกิดการสูญเสียรายได้ของโรงพยาบาลอีกด้วย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความคลาดเคลื่อนของการสรุปการ ค่าการวินิจฉัยโรคที่มีผลต่อ DRG เพื่อให้ได้ข้อมูลความถูกต้องในการสรุปค่าวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ รวมถึงข้อมูลผลต่างของการส่งเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อนและหลังการตรวจสอบเอกสารใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary) ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนให้แพทย์ตระหนักถึงการบันทึกคำวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์อันเป็นประโยชน์ต่อการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลและลดการสูญเสียรายได้ของโรงพยาบาลอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความคลาดเคลื่อนของการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคจากเอกสารใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary) ของสาขาอายุรกรรมของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่าง AdjRW และค่ารักษาพยาบาลก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคจากเอกสารใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary)

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative research) โดยใช้แบบฟอร์มเก็บข้อมูลตามหลักเกณฑ์การประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ของแพทย์ Summary assessment (SA)

Version 2018^[3] ศึกษาความคลาดเคลื่อนและเปรียบเทียบผลต่าง AdjRW ชุดเซย์ค่ารักษาพยาบาลของเวชระเบียนผู้ป่วยในสาขาอายุรกรรมที่จำหน่ายในเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ.2564 จำนวน 1,184 ฉบับ โดยผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติอนุมัติวันที่ 26 เมษายน 2564 รหัสโครงการวิจัย 007/2564

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

1. ประชุม รวบรวมความคิดวางแผน ออกแบบรูปแบบการเก็บข้อมูลของแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในและต้องทราบถึงความหมายของคำว่า “ความคลาดเคลื่อน” หมายถึง แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีคำวินิจฉัยโรค และ เหตุการณ์ ของแพทย์ ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง สรุปไม่เฉพาะเจาะจง ไม่มีการสรุปและสรุปโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน โดยผ่านการตรวจสอบข้อมูลจากแพทย์ผู้ตรวจประเมินคุณภาพ (แพทย์ Audit หรือแพทย์เจ้าของไข้)

2. ประชุมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 6 ท่านทำความเข้าใจ อธิบายหลักเกณฑ์การเก็บข้อมูลลงแบบบันทึกข้อมูล Coding audit from พร้อมกำหนดระยะเวลาการส่งข้อมูลนี้ให้ผู้วิจัยภายใน 3 วัน หลังจากคนไข้จำหน่าย เพราะต้องเพื่อเวลาในการนัดพบ case ที่มีการเปลี่ยนแปลงทำวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์

3. ดำเนินการยืมแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในและ/หรือเอกสาร file scan ระบบ EMR

4. เก็บรวบรวมข้อมูล ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทบทวนแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน เดือนละ 1 ครั้ง

4.1 ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 6 ท่าน ทำหน้าที่เป็นผู้ให้รหัส ICD ตามกฎของ WHO และ Standard coding guideline ตามคำวินิจฉัยของแพทย์เจ้าของไข้ตามใบเอกสารใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary) เท่านั้น

4.2 ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ผ่านการให้รหัสแล้วจากผู้ช่วยวิจัย กรณีพบ case ที่มีความคลาดเคลื่อนของการสรุปคำการวินิจฉัยโรค เช่น ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง สรุปไม่เฉพาะเจาะจง ไม่มีการสรุป และสรุปโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน จะรวบรวมข้อมูลหลักฐานเอกสารสนับสนุนเพื่อขอพิจารณาเปลี่ยนแปลงคำวินิจฉัย และปรึกษาแพทย์ผู้ตรวจประเมินคุณภาพ (แพทย์ Audit) หรือแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อเปลี่ยนแปลงคำวินิจฉัยใหม่อีกครั้ง (กรณี แพทย์ผู้ตรวจประเมินคุณภาพ เป็นอาจารย์แพทย์สาขาอายุรกรรม ทางโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นผู้แต่งตั้งเป็นทีม Auditor สาขาอายุรกรรม)

4.3 กรณีแพทย์ผู้ตรวจประเมินคุณภาพ (แพทย์ Audit) หรือแพทย์เจ้าของไข้ รับพิจารณาการสรุปคำวินิจฉัย กำหนดระยะเวลาภายใน 3 วัน เพื่อให้ข้อมูลนี้ทันการ ยืนยันส่งไปยังหน่วยงานการเงินทำการเบิกค่าเบิกการทางการแพทย์

- กรณีมีการเปลี่ยนแปลงคำวินิจฉัยตามผู้วิจัย ผู้วิจัยจะทำการให้รหัสโรค และหัตถการใหม่อีกครั้ง คิดคำนวณค่า AdjRW บันทึกลงระบบโปรแกรมของทางโรงพยาบาล พร้อมยืนยันข้อมูลส่งต่อไปยังหน่วยงานการเงินทำการเบิกค่าบริการทางการแพทย์ต่อไป

- กรณีไม่มีการเปลี่ยนแปลงคำวินิจฉัยตามผู้วิจัย ผู้วิจัยจะทำการยืนยันข้อมูลเดิมส่งต่อไปยังหน่วยงานการเงินได้เลย

5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเปรียบเทียบผลต่าง AdjRW ก่อนและหลังการตรวจสอบพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปคำวินิจฉัยโรคและหัตถการจากใบเอกสารใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary) (เปรียบเทียบระหว่าง ข้อ 4.1 ข้อ 4.3)

6. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พร้อมสรุปผลการดำเนินงานวิจัย ทำรายงาน feed back กลับไปยังภาควิชาอายุรกรรม เพื่อให้ตระหนักถึง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์การศึกษาความคลาดเคลื่อนของการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ป่วยในสาขาอายุรกรรมของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยใช้วิธีแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. เปรียบเทียบผลต่าง AdjRW และค่ารักษาพยาบาลก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปคำวินิจฉัยโรคและหัตถการจากเอกสารใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary) ด้วยผลต่าง

ผลการวิจัย

การศึกษาความคลาดเคลื่อนของการสรุปคำการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยในสาขาอายุรกรรมของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ ที่จำหน่ายตั้งแต่เดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2564 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. ความคลาดเคลื่อนของการสรุปคำการวินิจฉัยโรคคิดเป็นร้อยละ 38.43 เฉพาะสิทธิการรักษาสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิทันตกรรม บัญชีกลาง และสิทธิประกันสังคม (รพธ./ทุพพลภาพ) เท่านั้น ยังพบอีกว่า สิทธิทันตกรรม บัญชีกลางที่มีความคลาดเคลื่อนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.68 นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีการสรุปคำวินิจฉัย โรคร่วม โรคแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 41.32 (ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ตรวจพบความคลื่อนในการสรุป คำการวินิจฉัยโรค สาขาอายุรกรรมแยกโดยสิทธิการรักษา

เวชระเบียนแยกโดยสิทธิการรักษา	จำนวน เวชระเบียนทั้งหมด	จำนวนที่พบ ความคลาดเคลื่อน	ร้อยละที่พบความ คลาดเคลื่อน
ต้นสังกัดกรมบัญชีกลาง	677	267	58.68
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	490	182	40.00
สิทธิประกันสังคม(รพธ./ทพพล ภาพ)	17	6	1.32
รวม	1,184	455	100.00

ตารางที่ 2 ความผิดพลาดการสรุปโรคและหัตถการ (Summary assessment - SA)

Summary assessment	SA	ร้อยละ
SA:0 ความเห็นเกี่ยวกับการสรุปการวินิจฉัยและการสรุปหัตถการสองคล้อง กัน	729	61.57
SA1 : โรคหลัก Principal diagnosis : PDX	84	18.46
SA1a : ไม่สรุปโรคหลัก	-	-
SA1b : สรุปโรคหลักไม่ถูกต้อง	80	17.58
SA1c : สรุปโรคหลักไม่เฉพาะเจาะจง	4	0.88
SA1d : สรุปโรคหลักโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน	-	-
SA2 : โรคร่วม โรคแทรกซ้อน (Co-morbidity and Complication : SDX)	195	42.86
SA2a : ไม่สรุปโรคร่วม โรคแทรกซ้อน	188	41.32
SA2b : สรุปโรคร่วม โรคแทรกซ้อนไม่ถูกต้อง	3	0.66
Summary assessment	SA	ร้อยละ
SA2c : สรุปโรคร่วม โรคแทรกซ้อนไม่เฉพาะเจาะจง	3	0.66
SA2d : สรุปโรคร่วม โรคแทรกซ้อน โดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน	-	-
SA3 : Operation หัตถการหรือการผ่าตัด ที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG หรือการเบิก	176	38.68
SA3a : ไม่สรุป หัตถการหรือการผ่าตัด	163	35.82
SA3b : สรุป หัตถการหรือการผ่าตัดไม่ถูกต้อง	-	-
SA3c : สรุป หัตถการหรือการผ่าตัดไม่เฉพาะเจาะจง	14	3.08
SA3d : สรุป หัตถการหรือการผ่าตัดโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน	-	-

2. เปรียบเทียบผลต่าง AdjRW และค่ารักษาพยาบาลก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปคำการวินิจฉัยโรคจากเอกสารใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary) พบว่า เงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์หลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนใหม่ เงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นทั้งหมด 17,066,879 บาท ซึ่งแยกตามสิทธิค่ารักษาพยาบาล เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือสังกัดกรมบัญชีกลาง มีผลต่างของเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ 11,333,200 บาท รองลงมา คือ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลต่างของเงินชดเชย

ค่าบริการทางการแพทย์ 5,542,111 บาท และน้อยที่สุด คือ สิทธิประกันสังคม(รพธ./ทุพพลภาพ)มีผลต่างของเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ 191,569 บาท (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ก่อนและหลังการตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคแยกโดยสิทธิการรักษาพยาบาล

เวชระเบียนแยกโดยสิทธิการรักษา	ก่อนตรวจพบความคลาดเคลื่อน (AdjRW)	หลังตรวจพบความคลาดเคลื่อน (AdjRW)	ผลต่าง (AdjRW)
ต้นสังกัดกรมบัญชีกลาง	27,368,929	38,702,129	11,333,200
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	13,000,331	19,073,571	5,542,111
ประกันสังคม(รพธ./ทุพพลภาพ)	698,859	890,427	191,569
รวม	41,068,118	58,666,127	17,066,879

อภิปรายและสรุปผล

จากผลวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความคลาดเคลื่อนของการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยในสาขาอายุรกรรมของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบความคลาดเคลื่อนของการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยอายุรกรรมชายสามัญ(ดุสิตภาคย์ ชั้น7) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.07 พบว่า หอผู้ป่วยนี้เป็นผู้ป่วยหนัก นอนนานและประกอบกับผู้ป่วยจำนวนมากด้วย ทำให้แพทย์ต้องใช้เวลากับการรักษาผู้ป่วยมากกว่าการสรุปค่าวินิจฉัย จากการวิจัยพบอีกว่า สิทธิการรักษาพยาบาลที่มีความคลาดเคลื่อนมากที่สุด คือ สิทธิต้นสังกัดกรมบัญชีกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.68 เนื่องจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรตินั้นให้บริการการรักษาพยาบาลสิทธิต้นสังกัดกรมบัญชีกลาง และสิทธิการรักษาประกันสุขภาพเป็นหลักอยู่แล้วทำให้ผู้ป่วยทั้งสองสิทธิการรักษานี้มีจำนวนที่มาก พบความผิดพลาดการสรุปโรคและหัตถการ (SA) ใบเอกสารใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary) พบมากที่สุดคือ เกี่ยวกับสรุปค่าวินิจฉัยโรคร่วม

โรคแทรกซ้อนไม่ครบถ้วนคิดเป็นร้อยละ 42.86 แบ่งออกเป็นไม่สรุปโรคร่วม โรคแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 41.32 โดยเฉพาะโรค AKI, Acute respiratory failure นอกจากนี้ พบว่า แพทย์เจ้าของไข้ได้มีการบันทึกคำวินิจฉัยโรคไว้ที่ใบคำสั่งการรักษา ใบรายงานผลความก้าวหน้าการรักษา (progress note) แต่แพทย์ไม่นำไปบันทึกในหน้าเอกสารบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary) พบความผิดพลาดการสรุป Operation หัตถการหรือการผ่าตัดที่มีความสำคัญต่อการจัดกลุ่ม DRG หรือการเบิก คิดเป็นร้อยละ 38.68 แพทย์ขาดการสรุป On ventilator </> 96 hours รองลงมา คือ Chemotherapy injection ตามลำดับ ผู้วิจัย พบว่า แพทย์มีความเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องบันทึกคำวินิจฉัยหัตถการหรือถ้ามีการบันทึกมักจะไม่ระบุจำนวนชั่วโมง และพบความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดคือเกี่ยวกับแพทย์สรุปโรคหลัก คิดเป็นร้อยละ 18.46 เป็นการสรุปโรคหลัก ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะกลุ่ม Sepsis ซึ่งพบว่าแพทย์วินิจฉัย Sepsis เพราะผู้ป่วยแสดงอาการภาวะติดเชื้อตอนแรก (provisional diagnosis) และมีความจำเป็นต้องรับเข้ารักษาที่

โรงพยาบาล เมื่อเวลาผ่านไป มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาเพิ่มเติม แต่แพทย์ไม่ได้เปลี่ยนโรคหลักยังเป็น Sepsis เช่นเดิม รองลงมา กลุ่มโรค มะเร็ง ซึ่งพบว่า แพทย์เจ้าของไข้บันทึกอาการของโรคเป็นโรคหลัก แทนกลุ่มโรค มะเร็ง ทั้งที่ผู้ป่วยมีโรค มะเร็ง และ ยังมีการรักษาอยู่ ซึ่งพบว่า ลักษณะของหอผู้ป่วยนั้นส่งผลกระทบต่อการสรุปการวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ซึ่งสอดคล้องกับ อุทุมพร วงษ์ศิลป์^[4] ได้ศึกษาต้นทุนบริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตของโรงพยาบาลภายใต้โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง ผลการวิจัย พบว่า ในการให้บริการผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินมีต้นทุนที่สูง ค่าใช้จ่ายรวม จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายหน่วยรังสี แผนการรักษาของสหวิชาชีพอื่น เป็นต้นทุนในการรักษาทั้งสิ้น ทำให้แพทย์เจ้าของไข้ต้องใช้เวลาในการรักษามากกว่าตระหนักถึงการสรุปค่าการวินิจฉัยโรค ซึ่งแพทย์มีความสำคัญอย่างยิ่งในการบันทึกการวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ให้มีความครบถ้วน ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ส่งผลให้โรงพยาบาลส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลและได้รับค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ได้ถูกต้อง ไม่ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียรายได้ไป ซึ่งสอดคล้องกับ กมลวรรณ วงษ์ฝุ่ง, วสุนันท์ มโนคธรรม^[5] ได้ศึกษาแนวทางปฏิบัติและผลลัพธ์ในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลนั้น แพทย์สรุปค่าวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ครบถ้วน ในเอกสารใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary) พร้อมทั้งมีหลักฐานการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน เมื่อทำการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลจะส่งผลให้ทางโรงพยาบาลได้รับเงินค่าชดเชย

บริการทางการแพทย์กลับมาที่โรงพยาบาลตรงตามความเป็นจริงและถูกต้องตามหลักการของการให้รหัสโรคและเหตุการณ์อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลงานวิจัยในครั้งนี้ ได้ทราบถึงผลกระทบความคลาดเคลื่อนในการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคของแพทย์เจ้าของไข้ เมื่อมีบทวนค่าวินิจฉัยใหม่อีกครั้ง ทำให้โรงพยาบาลได้รับเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจริง ข้อเสนอแนะมีดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จัดอบรม ชี้แนะแนวทางการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ที่ครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคก่อนขึ้นปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยตอนปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ 1 ครั้ง และทุกครั้งต้องมีข้อมูลการเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ครบถ้วนจากนักวิชาการเวชสถิติเพื่อเป็นตัวอย่างให้เห็นภาพถึงความสำคัญของการสรุปค่าวินิจฉัย ที่ครบถ้วน ถูกต้อง

2. จัดอบรม ชี้แนะแนวทางการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคให้กับแพทย์ประจำบ้านสาขาต่าง ๆ เดือนละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 30 นาที (สามารถแทรกในห้องเรียนที่มีการเรียนการสอนได้) และทุกครั้งต้องมีตัวอย่างข้อมูลนำเสนอความคลาดเคลื่อนในการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคให้แพทย์ได้เห็นเพื่อเพิ่มความตระหนักถึงการสรุปค่าทุกครั้งเมื่อมีการบันทึกค่าวินิจฉัย

3. ทุกภาคควรมีการแต่งตั้งอาจารย์แพทย์ 1-2 ท่าน เพื่อพัฒนาการบันทึกค่าการวินิจฉัยโรคอย่างมีประสิทธิภาพและจัด KM กับแพทย์ประจำบ้านที่ขึ้นปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งทำงานควบคู่กับนักวิชาการเวชสถิติประจำสาขา เพื่อทบทวนความคลาดเคลื่อนการสรุปค่าการ

วินิจฉัยโรคได้ทันเวลาก่อนส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล

4. มีความถี่ในการจัดอบรม KM มากขึ้นจะได้ทีมงานที่มีประสิทธิภาพ มีแนวทางการปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกัน ทุก ๆ สาขา

ข้อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติ

1. นักวิชาการเวชสถิติทุกท่านได้มีการตรวจสอบข้อมูลจัดกลุ่ม DRG และ AdjRW ทุกครั้ง และทุกกลุ่มสิทธิการรักษาพยาบาลก่อนส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลทุกกองทุนอยู่เสมอ

2. นักวิชาการเวชสถิติเป็นผู้พบข้อมูลความคลาดเคลื่อนการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคของแพทย์ทุกครั้งเสมอ ควรนำข้อมูลนี้เสนอให้ทางภาควิชา เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนให้แพทย์ตระหนักถึงความสำคัญของการสรุปค่าการวินิจฉัยโรค

3. นักวิชาการเวชสถิติมีการติดตามการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคประจำหอผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง กรณีพบความคลาดเคลื่อนให้ทำการรวบรวมข้อมูลนั้นพร้อมนัดแพทย์ Audit และแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อชี้แนะแนวทางการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ใช้เวลา 30 นาที

3. ทำรายงานสรุปผลความคลาดเคลื่อนของการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคและการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลรายงานไปที่ภาควิชาเพื่อช่วยในการขับเคลื่อนให้แพทย์ประจำสาขาทระหนักถึงการสรุปค่าวินิจฉัย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ผู้วิจัยต้องการศึกษาความคลาดเคลื่อนการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยมีการรักษาหัตถการจากศูนย์ส่องกล้อง หัตถการจากศูนย์หัวใจ และหัตถการหน่วยตรวจกลุ่ม Intervention

2. ผู้วิจัยต้องการพัฒนาการสรุปค่าการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยมีการรักษาหัตถการจากศูนย์ส่องกล้อง หัตถการจากศูนย์หัวใจ และหัตถการหน่วยตรวจกลุ่ม Intervention เพราะมีผลต่อค่า AdjRW มากส่งผลกระทบต่อค่าวินิจฉัยไม่ครบถ้วน

3. หลังจากผู้วิจัยได้ทำโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว เอกสารใบรายงานผลหัตถการจากศูนย์ส่องกล้อง ศูนย์หัวใจ กลุ่ม Intervention แพทย์เจ้าของไข้และแพทย์ผู้ทำรักษา ไม่ใช่คนเดียวกัน การบันทึกรายงานผลไม่ได้แสดงไว้ในระบบ E-phis ผู้วิจัยจึงคิดควรพัฒนาการบันทึกใบรายงานแสดงในระบบ E-phis ที่หน้าใบเอกสารใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (In-Patient Summary)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปีงบประมาณ 2564 ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นอย่างสูงที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคคลหลายท่านที่ช่วยให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อานนท์ ศักดิ์วรวิชญ์. บทความหมาจ่ารายหัวและ DRG คือการบังคับซื้อในราคาสูงกว่าต้นทุน เผยแพร่: 18 ตุลาคม 2560. เข้าถึงได้จาก <https://mgronline.com/daily/detail/9600000103766>
2. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564. เข้าถึงได้จาก <http://www.pknhospital.com/2019/data/pragun/64/P5.pdf>

- 3.ประมุข มุทิรางกูร. การประเมินความถูกต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ Summay assessment (SA) version 2018. ใน: กฤติยา ศรีประเสริฐ, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินติง แอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2561.357
- 4.ต้นทุนบริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตของโรงพยาบาลภายใต้โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2564. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5415/hsri-journal-v15n3-p370-380.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 5.กมลวรรณ วงษ์ฝุ่ง, วสุนันท์มโนคติธรรม การศึกษาแนวทางปฏิบัติและผลลัพธ์ในการขอรับ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข (ปริญญาานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต). สาขาวิชาเวชระเบียน, บัณฑิตวิทยาลัย, นนทบุรี: วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก; 2560: 117-118.