

# การศึกษาความคลาดเคลื่อนของการสรุปการวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ที่มีผลต่อการให้รหัส ICD จากการตรวจสอบรหัส ICD real time ของผู้ป่วยใน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

วันดี วันศรีสุธน วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์), บธ.ม.\*, ศุภโชค สิงห์กนต์ พ.บ.\*\*, สุดสบาย จุลกัมพพะ พ.บ.\*\*

\*หน่วยรหัสโรค, งานเวชระเบียน, โรงพยาบาลศิริราช, \*\*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐.

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความคลาดเคลื่อนของการสรุปการวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ที่มีผลต่อการให้รหัส ICD จากการตรวจสอบรหัส ICD real time ของผู้ป่วยใน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช รวมทั้งผลต่างของการปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (adjust relative weight, AdjRW) รวมก่อนและหลังการตรวจสอบรหัส ICD real time

**วิธีการ:** เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยในของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่จำหน่ายตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-ธันวาคม ๒๕๕๔ นำมาตรวจสอบรหัส ICD real time รวมจำนวนทั้งสิ้น ๒๔๒ ฉบับเพื่อนำมาวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยวิธีแจกแจงความถี่, ร้อยละ, Chi-square และ T-test

**ผลการศึกษา:** เวชระเบียนผู้ป่วยในที่ตรวจพบข้อผิดพลาดในการสรุปการวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ก่อนการตรวจสอบมีจำนวน ๑๗๗ ฉบับ (๗๓.๑%) และหลังการตรวจสอบมีจำนวน ๑๓ ฉบับ (๕.๔%) แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๒๕ ส่วนการสรุปการวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ที่มีผลต่อการให้รหัส ICD ผิดพลาดก่อนตรวจสอบมีจำนวน ๑๖๒ ฉบับ (๖๖.๙%) ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๐๐ แต่ไม่มีผลต่อการให้รหัส ICD ผิดพลาดหลังตรวจสอบมีจำนวน ๗ ฉบับ (๒.๙%) ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๑๐๔ นอกจากนี้ AdjRW ก่อนตรวจสอบคิดเป็น ๓๐๒.๘๐๖๐ และหลังตรวจสอบ คิดเป็น ๓๑๔.๘๐๐๖ ทำให้ผลต่างของ AdjRW รวมเพิ่มขึ้น คิดเป็น ๑๑.๙๙๔๖

**สรุป:** การสรุปการวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ของแพทย์ให้ครบถ้วนและถูกต้องเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้การให้รหัส ICD ของผู้ให้รหัสมีความครบถ้วนและถูกต้อง ส่วนการตรวจสอบรหัส ICD real time น่าจะเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยทำให้การสรุปการวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ของแพทย์ การให้รหัส ICD ของผู้ให้รหัสมีความครบถ้วนและถูกต้องมากยิ่งขึ้นก่อนบันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลเพื่อนำไปเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลตามความเป็นจริง

**คำสำคัญ:** ICD (international statistical classification of diseases and related health problems), AdjRW (adjust relative weight)

**Abstract:** **A Study of an Error in Summarized Diagnosis and Procedure that affected ICD Code by Using Real Time ICD Coding Audit among Inpatients in Department of Psychiatric at Siriraj Hospital**

**Wandee Wansrisuthon, B.Se., M.B.A.\*, Supachoke Singhakant, M.D.\*\*,  
Sudsabuy Chlakadabba, M.D.\*\***

*\*Medical Record Division Siriraj Hospital, \*\*Department of Psychiatric, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700.*

**Siriraj Medical Bulletin 2012;5(2):62-68**

**Objective:** To study an error in summarized diagnosis and procedure that affected the ICD code of psychiatric inpatients at Siriraj hospital and to examine the differences which adjusted the relative weight (AdjRW) before and after using a real time ICD coding audit.

**Methods:** This study was descriptive research. It studied the medical records of psychiatric inpatients who were discharged during May-December 2011. There were a total of 242 records that used real time ICD coding audit. The data were analyzed and reported by using descriptive statistics such as frequency, percentage, Chi-square, and T-test.

**Results:** The errors in summarized diagnosis and procedure were 177 records (73.1%) before audit and 13 records (5.4%) after audit. Differences of the errors between before and after audit were found at the 0.025 level of significance. The diagnoses and procedures that affected error of the ICD codes were 162 records (66.9%) before coding audit at the 0.000 level of significance. However, seven records (2.9%) after coding audit found no effect at the 0.104 level of significance. The value of AdjRW before real time audit was 302.8060, and the value of AdjRW after real time audit was 314.8006. These numbers affected the difference of AdjRW which was an increase of 11.9946

**Conclusion:** The completeness and accuracy of a summary of the diagnosis and procedures is the best way for making ICD code completeness and accuracy. The ICD coding audit real time can be another appropriate way to reduce the errors before recording in the computer system of the hospital for medical expenses.

**Keywords:** ICD (international statistical classification of diseases and related health problems), AdjRW (adjust relative weight)

### บทนำ

จากการรายงานผลวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการให้รหัสโรค หัตถการและการผ่าตัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช โดยสุ่มตรวจสอบการให้รหัส ICD เวชระเบียนผู้ป่วยในที่กำหนดตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม ๒๕๕๑ จำนวน ๗๙๐ ฉบับ พบว่ามีเวชระเบียนที่ตรวจพบข้อผิดพลาดในการให้รหัส ICD จำนวน ๓๒๗ ฉบับ คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๔ ส่วนใหญ่เกิดจากการให้รหัสการวินิจฉัยโรคหลัก การวินิจฉัยโรคอื่น หัตถการและการผ่าตัดที่ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง ซึ่งข้อผิดพลาดดังกล่าวมีผลต่อ AdjRW ในส่วนของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ตรวจพบข้อผิดพลาดในการให้รหัส ICD

ร้อยละ ๓๐ มี AdjRW หลังตรวจสอบเพิ่มขึ้น ๐.๙๑๗๒ และจากการติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพงานตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในที่กำหนดตั้งแต่เดือนมกราคม-มีนาคม ๒๕๕๔ จำนวน ๑๐๓ ฉบับ พบว่ามีเวชระเบียนที่สรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและให้รหัส ICD ถูกต้องร้อยละ ๖๑.๒ อย่างไรก็ตามการสุ่มตรวจย้อนหลังไม่สามารถแก้ไขข้อผิดพลาดได้ทั้งหมดและไม่สามารถเรียกครองค่ารักษาพยาบาลกลับคืน จึงควรลดความผิดพลาดดังกล่าวโดยการตรวจสอบรหัส ICD real time ซึ่งเป็นวิธีตรวจสอบและแก้ไขการสรุปวินิจฉัยโรค หัตถการและรหัส ICD ให้ครบถ้วนและถูกต้องก่อนบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล เพื่อนำไปเบิกค่ารักษาพยาบาลและให้ได้รับค่าตอบแทนตามความเป็นจริง

**วัตถุประสงค์และวิธีการ**

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

๑. เพื่อศึกษาความถูกต้องของการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและการให้รหัส ICD

๒. เพื่อให้ทราบปริมาณผลต่างของ AdjRW รวมก่อนและหลังการตรวจสอบรหัส ICD real time

**ขอบเขตของงานวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยในของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่จำหน่ายตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-ธันวาคม ๒๕๕๔

**นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย**

๑. รหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis code, PDX)

คือรหัส ICD-10 สำหรับโรคหลักที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลครั้งนั้น PDX จะต้องเป็นโรคหรือภาวะที่มีอยู่ขณะที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งต้องมีเสมอและมีได้ ๑ รหัสเท่านั้น

๒. รหัสการวินิจฉัยโรคอื่น (secondary diagnosis code, SDx)

คือรหัส ICD-10 สำหรับโรคอื่นนอกเหนือจากโรคหลัก ซึ่ง SDx อาจเป็นโรคร่วม (comorbidities) หรือภาวะแทรกซ้อน (complications) ก็ได้ แต่ต้องเป็นปัญหาที่ให้การรักษายาในครั้งนั้น ส่วนโรคในอดีตที่หายแล้วหรือโรคที่ไม่มีการดำเนินการตรวจหาจะนำมาเป็น SDx ไม่ได้ SDx อาจไม่มีเลยหรือมีหลายรหัสก็ได้

๓. รหัสหัตถการและการผ่าตัด (procedure code, Proc)

คือรหัส ICD-9-CM สำหรับการผ่าตัดและทำหัตถการต่าง ๆ ซึ่งในที่นี้จะเรียกรวมกันว่าหัตถการ ใน Thai DRG version 4.0 แบ่ง Proc เป็น ๒ ประเภท คือ

๓.๑ OR procedure (operating room procedure, OR-Proc) หมายถึง หัตถการที่มีการกำหนดไว้ว่าเป็นหัตถการที่ต้องใช้ห้องผ่าตัด

๓.๒ Non-OR procedure (non-operating room procedure) หมายถึง หัตถการที่มีการ กำหนดไว้

ว่าเป็นประเภทไม่ต้องใช้ห้องผ่าตัด (แม้ว่าในการทำจริง ๆ อาจทำในห้องผ่าตัดก็ตาม) procedure อาจไม่มีหรือมีหลายรหัสได้

๔. กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group, DRG) เป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน

๕. ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight, RW) เป็นตัวเลขเปรียบเทียบการใช้ต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลรักษาผู้ป่วยของ DRG นั้น ว่าเป็นที่เท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่ม DRG

6. การปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (adjust relative weight, AdjRW) เป็นค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วโดยใช้สูตรการคำนวณจำนวนวันนอนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในคู่มือ Thai DRG

**วิธีดำเนินการวิจัย**

๑. วิธีการศึกษา

๑.๑ แจกให้หัวหน้าหน่วยเวชระเบียนภาควิชาจิตเวชศาสตร์รับทราบก่อนดำเนินการตรวจสอบรหัส ICD real time

๑.๒ ดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในตามระเบียบปฏิบัติของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ประจำบ้านสรุปเวชระเบียน การวินิจฉัยโรคและหัตถการในใบ general in-patient summary และ discharge summary

ขั้นตอนที่ ๒ อาจารย์แพทย์ประจำหอผู้ป่วยตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในพร้อมบันทึกใน medical record audit form ของภาควิชาฯ กรณีที่สรุปเวชระเบียน การวินิจฉัยโรคและหัตถการไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง อาจารย์แพทย์ประจำหอผู้ป่วยจะบันทึกแก้ไขให้ใหม่พร้อมแจ้งกลับ (feedback) แพทย์เจ้าของไข้

ขั้นตอนที่ ๓ นักวิชาการเวชสถิติผู้ให้รหัส (coder) คุณวุฒิปริญญาตรีทางการบัญชี เป็นผู้ให้รหัส ICD ตามกฎของ WHO และ standard coding guideline พร้อมบันทึกให้รหัส ICD ในใบ general in-patient summary ของแพทย์



ขั้นตอนที่ ๔ เพิ่มการตรวจสอบรหัส ICD real time โดยนักวิชาการเวชสถิติผู้ตรวจสอบรหัส (coding auditor) คุณวุฒิปริญญาตรีทางการพยาบาล ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพผู้ให้รหัสโรคระดับกลางของกระทรวงสาธารณสุขและมีประสบการณ์ในการให้รหัส ICD มากกว่า ๕ ปี เป็นผู้ตรวจสอบการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและรหัส ICD ด้วยวิธีการทบทวนและเก็บข้อมูลตามแนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๓<sup>๓</sup> พร้อมบันทึกลงใน coding audit form กรณีที่สรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและรหัส ICD ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้องจะแจ้งกลับแพทย์เจ้าของไข้และผู้ให้รหัสเพื่อบันทึกแก้ไขในใบ general in-patient summary ใหม่ให้ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ ๕ นักวิชาการเวชสถิติผู้ให้รหัสจะบันทึกรหัส ICD ที่ผ่านการตรวจสอบรหัส ICD real time แล้วลงในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลภายใน ๑๐ วันหลังจากผู้ป่วยจำหน่าย เพื่อนำไปเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล

ขั้นตอนที่ ๖ อาจารย์แพทย์เวชระเบียนภาควิชาตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในการสรุปเวชระเบียน การวินิจฉัยโรคและหัตถการพร้อมบันทึกใน medical record audit form ซ้ำอีกครั้ง กรณีที่ความเห็นไม่ตรงกันจะแจ้งกลับอาจารย์แพทย์ประจำหอผู้ป่วยและเพิ่มการแจ้งกลับผู้ตรวจสอบรหัสด้วย

๒. เลือกลุ่มตัวอย่าง

เพิ่มเวชระเบียนผู้ป่วยในของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่จำหน่ายตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-ธันวาคม ๒๕๕๔ รวมจำนวนทั้งสิ้น ๒๔๒ ฉบับ

๓. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เป็นโปรแกรม Tgrp40 (version 4.0.45) for Thai DRG 4.0 คำนวณหา DRG, RW และ AdjRW

๔. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดจาก coding audit form มาบันทึกลงในระบบคอมพิวเตอร์

๕. วิธีการวัดผลการวิจัย ใช้วิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ chi square และ t- test ในการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล

**ผลการศึกษา**

จากการศึกษาความคลาดเคลื่อนของการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการที่มีผลต่อการให้รหัส ICD ของผู้ป่วยในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน ๒๔๒ ฉบับ พบว่าเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ตรวจพบข้อผิดพลาดในการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการก่อนตรวจสอบรหัส ICD real time มีจำนวน ๑๗๗ ฉบับ คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๑ และหลังตรวจสอบ ICD real time มีจำนวน ๑๓ ฉบับ คิดเป็นร้อยละ ๕.๔ ซึ่งแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๒๕ (ตารางที่ ๑)

การสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการที่มีผลต่อการให้รหัส ICD ผิดพลาดก่อนตรวจสอบรหัส ICD real time มีจำนวน ๑๖๒ ฉบับ คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๙ ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๐๐ แต่ไม่มีผลต่อการให้รหัส ICD ผิดพลาดหลังตรวจสอบรหัส ICD real time มีจำนวน ๗ ฉบับ คิดเป็นร้อยละ ๒.๙ ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๑๐๔ (ตารางที่ ๒ และ ๓)

การตรวจสอบการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการ พบว่าส่วนใหญ่แพทย์ไม่สรุปหรือสรุปการวินิจฉัยโรคอื่น (secondary diagnosis,SDx) ไม่ครบมีจำนวน ๘๓ ฉบับคิดเป็นร้อยละ ๓๔.๓ รองลงมาสรุปการวินิจฉัยโรคอื่นไม่ถูกต้องมีจำนวน ๗๐ ฉบับ คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๙ (ตารางที่ ๔)

ตารางที่ ๑. เปรียบเทียบข้อผิดพลาดของการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการก่อนและหลังตรวจสอบรหัส ICD real time

การสรุปการวินิจฉัยโรค และหัตถการ	ก่อนตรวจสอบ	หลังตรวจสอบ	$\chi^2$
ไม่พบข้อผิดพลาด	๖๕ (๒๖.๙%)	๒๒๒ (๙๔.๖)	๐.๐๒๕
พบข้อผิดพลาด	๑๗๗ (๗๓.๑)	๑๓ (๕.๔)	
	<b>๖๕</b>		

ตารางที่ ๒. เปรียบเทียบการสรุปการวินิจฉัยโรคที่มีผลต่อการให้รหัส ICD ก่อนตรวจสอบรหัส ICD real time

การให้รหัส ICD ก่อนตรวจสอบ	การสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการ		$\chi^2$
	ไม่พบข้อผิดพลาด	พบข้อผิดพลาด	
ไม่พบข้อผิดพลาด	๕๔ (๒๒.๓๓%)	๒๖ (๑๐.๗%)	๐.๐๐๐
พบข้อผิดพลาด	๑๑ (๔.๕%)	๑๕๑ (๖๒.๔)	

ตารางที่ ๓. เปรียบเทียบการสรุปการวินิจฉัยโรคที่มีผลต่อการให้รหัส ICD หลังตรวจสอบรหัส ICD real time

การให้รหัส ICD หลังตรวจสอบ	การสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการ		$\chi^2$
	ไม่พบข้อผิดพลาด	พบข้อผิดพลาด	
ไม่พบข้อผิดพลาด	๖๕ (๒๖.๙%)	๑๗๐ (๗๐.๒%)	๐.๑๐๔
พบข้อผิดพลาด	๐ (๐%)	๗ (๒.๙%)	

ตารางที่ ๔. ผลการตรวจสอบการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการ

ผลการตรวจสอบ	จำนวน (ฉบับ)	ร้อยละ
ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการสรุปใน discharge summary	๖๕	๒๖.๙
PDx สรุปไม่ตรงกับข้อมูลที่มีในเวชระเบียน	๓๗	๑๕.๓
PDx สรุปไม่ละเอียดทั้งที่มีข้อมูลที่สามารถสรุปให้ละเอียดได้	๒๘	๑๑.๖
PDx สรุปไม่สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียนแต่สรุป SDx ที่นำมาเป็น PDx ที่ถูกต้องได้	๔	๑.๗
PDx และ SDx สรุปถูกต้องทั้งคู่แต่สลับที่กัน	๓	๑.๒
PDx สรุปไม่ถูกต้องแต่สามารถนำ PDx ไปเป็นการวินิจฉัยอื่นได้	๑	๐.๔
SDx ไม่สรุปหรือสรุปไม่ครบ	๘๓	๓๔.๓
SDx สรุปไม่ถูกต้อง	๗๐	๒๘.๙
SDx สรุปไม่ละเอียดทั้งที่มีข้อมูลที่สามารถสรุปให้ละเอียดได้	๔๘	๑๙.๘
SDx สรุปมากเกินไปหลักการสรุปเวชระเบียน	๓๕	๑๔.๕
SDx สรุปมากเกินไปโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน	๗	๒.๙
Proc ไม่สรุปหรือสรุปไม่ครบ	๑๒	๕.๐

หมายเหตุ : บางฉบับผิดมากกว่า ๑ รายการ

การตรวจสอบการให้รหัส ICD พบว่าส่วนใหญ่ผู้ให้รหัส (coder) สามารถแก้ไขรหัสได้ถูกต้อง ถึงแม้ว่าแพทย์จะสรุปการวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis, PDx) หรือการวินิจฉัยโรคอื่น (secondary diagnosis, SDx) ไม่ถูกต้องมีจำนวน ๙๐ ฉบับ คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๒ รองลงมาให้รหัสการวินิจฉัยโรคอื่นไม่ถูกต้อง เนื่องจากให้ตามการสรุปของแพทย์มีจำนวน ๗๒ ฉบับ คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๘ (ตารางที่ ๕)

นอกจากนี้การตรวจสอบรหัส ICD real time ยังพบว่า AdjRW ก่อนตรวจสอบ คิดเป็น ๓๐๒.๘๐๖๐ และหลังตรวจสอบ คิดเป็น ๓๑๔.๘๐๐๖ ทำให้ผลต่างของ AdjRW รวมเพิ่มขึ้น คิดเป็น ๑๑.๙๙๔๖ โดยค่าเฉลี่ย AdjRW ก่อนตรวจสอบคิดเป็น ๑.๒๕๑๓ และหลังตรวจสอบคิดเป็น ๑.๓๐๐๘ ซึ่งไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕

ตารางที่ ๕. ผลการตรวจสอบการให้รหัส ICD

รายละเอียด	จำนวน (ฉบับ)	ร้อยละ
ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการ	๕๔	๒๒.๓
แพทย์สรุป PDx หรือ SDx ไม่ถูกต้องแต่ coder แก้ไขรหัสได้ถูกต้อง	๙๐	๓๗.๒
รหัส PDx ของ auditor และ coder ต่างกันเนื่องจาก coder ให้รหัสตามการสรุปของแพทย์	๓๓	๑๓.๖
แพทย์สรุป PDx ถูกแต่ coder ให้รหัสผิด	๕	๒.๑
แพทย์สรุป PDx ผิดและ coder ให้รหัสผิดไม่ตรงกับที่แพทย์สรุป	๘	๓.๓
รหัส SDx ของ auditor และ coder ต่างกันเนื่องจาก coder ให้รหัสตามการสรุปของแพทย์	๗๒	๒๙.๘
แพทย์สรุป SDx ไม่ครบและ coder ไม่ได้เพิ่มเติมรหัสให้	๕๗	๒๓.๖
แพทย์สรุป SDx ไม่ครบแต่ coder เพิ่มเติมรหัสให้ถูกต้อง	๔๑	๑๖.๙
ไม่ให้รหัส SDx ทั้งที่มีการสรุปใน discharge summary	๓๙	๑๖.๑
แพทย์สรุป SDx ถูกแต่ coder ให้รหัสผิด	๓๕	๑๔.๕
รหัส SDx ที่ coder ใส่เพิ่มให้ไม่ถูกต้อง	๓๑	๑๒.๘
แพทย์สรุป SDx ผิดและ coder ให้รหัสผิดไม่ตรงกับที่แพทย์สรุป	๒๖	๑๐.๗
ให้รหัส PDx หรือ SDx ไม่ตรง sequence ที่แพทย์สรุป	๑๑	๔.๖
แพทย์สรุป Proc ไม่ครบแต่ coder เพิ่มเติมรหัสให้ถูกต้อง	๘	๓.๓
แพทย์สรุป Proc ไม่ครบ และ coder ไม่ได้เพิ่มเติมรหัสให้	๖	๒.๕
แพทย์สรุป Proc ถูกแต่ coder ให้รหัสผิด	๔	๑.๗
ไม่ให้รหัส Proc ทั้งที่มีการสรุปใน discharge summary	๑	๐.๔
รหัส Proc ที่ coder ใส่เพิ่มให้ไม่ถูกต้อง	๑	๐.๔

หมายเหตุ : บางฉบับผิดมากกว่า ๑ รายการ

**อภิปรายผล**

จากการศึกษาพบว่าการสรุปการวินิจฉัยโรคและการให้รหัส ICD ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง เนื่องจากมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกันหลายประการ ได้แก่ โรคทางจิตเวชเป็นโรคเฉพาะทางแต่โรคที่ทำการรักษาเป็นโรคหรือภาวะที่ซับซ้อนเพราะมีโรคร่วมซึ่งเป็นโรคทางกายและภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นโดยเฉพาะกรณีที่ย้ายมาจากภาควิชาอื่น ๆ อีกทั้งความแตกต่างระหว่างการวินิจฉัยโรคตาม DSM IV (the diagnosis and statistical manual of mental disorders 4<sup>th</sup> edition) กับ ICD-10 รวมทั้งผู้ให้รหัสก็มีประสบการณ์น้อยและขีดความรู้ความสามารถจำกัด จากปัญหาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่านอกจากการจัดการเรียนการสอนหรืออบรมแพทย์และ

ผู้ให้รหัสแล้ว ควรจัดให้มีการบริหารจัดการความรู้ (knowledge management) เกี่ยวกับการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการ การให้รหัสและการตรวจสอบรหัส ICD อย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีการติดตามตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและจริงจังร่วมกับการตรวจสอบรหัส ICD real time โดยอาจใช้วิธี select case เช่น กลุ่ม ICD top ten, กลุ่ม high cost, กลุ่มโรคใน area of excellent เป็นต้น เพื่อให้เหมาะสมกับภาระงานของแต่ละภาควิชาและควรมีการกำหนดเกณฑ์ประเมินผลงานและค่าตอบแทนบุคลากรให้สอดคล้องกัน แต่สิ่งที่กล่าวมานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายจึงจะทำให้เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและถูกต้องรวมทั้งสามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ตามความเป็นจริง

**สรุปผลการวิจัย**

การตรวจสอบรหัส ICD real time โดยวิธีตรวจสอบและแก้ไขข้อผิดพลาดดังกล่าวก่อนบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลทำให้การวินิจฉัยโรคหัตถการและรหัส ICD มีความครบถ้วนและถูกต้อง รวมทั้งสามารถนำไปเรียกเก็บเงินค่าบริการรักษาพยาบาลตามความเป็นจริง

**กิตติกรรมประกาศ**

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้เนื่องจากผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พนม เกตุมาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่ให้การสนับสนุน รองศาสตราจารย์ดอกเตอร์สุชีรา ภัทรายุตวรรัตนที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์และประมวลผลทางสถิติ รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิทยา

ศรีดามา ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับรหัสโรค รวมทั้งอาจารย์แพทย์แพทย์ประจำบ้าน พยาบาลและบุคลากรของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่ช่วยให้การดำเนินงานสำเร็จ ในการนี้คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง

**เอกสารอ้างอิง**

๑. วันดี วันศรีสุธน, วิทยา ติฐาพันธ์, ปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล. ปัญหาการให้รหัสโรคเพื่อเบิกค่าบริการพยาบาลตามระบบ DRG: ประสบการณ์จากศิริราช. สารศิริราช ๒๕๔๗;๕๖:๑๕๔-๑๖๑.
๒. ปานทิพย์ สวัสดิ์มงคล, วันดี วันศรีสุธน, เพ็ญพร คุณขาว, สุมาลย์ วงษ์ไทย. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการให้รหัสโรค หัตถการและการผ่าตัดของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศิริราช: งานเวชระเบียน. โรงพยาบาลศิริราช, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล. เวชบันทึกศิริราช ๒๕๕๒;๓:๑๒๑-๑๓๐.
๓. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการจัดการกลุ่มวินิจฉัยกลุ่มโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ ๔.๐ พ.ศ. ๒๕๕๐.
๔. สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการตรวจสอบหลักฐานในเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๓.

