The Model Development of Medical Service Reimbursement for the Inpatient department, Suwannaphum Hospital, Roi-Et Province

Pidsamai Savisai [1*] Songkhamchai Leethongdissakul[2] Surasak Thiabrithi[3]

[1] *Graduate students, Master Degree of Public Health, Mahasarakham University*

[2] *Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University*

[3] *Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University*

* Corresponding author: *e-mail: 65011481044@msu.ac.th*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Savisai, P. ., Leethongdissakul, S. ., & Thiabrithi, S. . (2026). Model Development of Medical Service Reimbursement for the Inpatient department, Suwannaphum Hospital, Roi-Et Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, *12*(1), 173–186. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/286094

Received: 11 January 2026
Revised: 24 January 2026
Accepted: 27 January 2026

Abstract

This action research aimed to develop a medical service reimbursement model for the inpatient department of Suwannaphum Hospital. The target group is comprised of 114 personnel involved in the reimbursement process. Research instruments included questionnaires and tools for operational system development. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics (paired t-test), while qualitative data were examined using content analysis.

The results showed that the newly developed operational process significantly improved reimbursement efficiency, increasing from 58% to 83.96% in the 2025 fiscal year, and generating additional revenue of 8,548,471.71 THB. The development of the reimbursement model had the following six steps: (1) contextual study and situation analysis, (2) stakeholder meetings to report problems and co-create solutions, (3) plan formulation and approval, (4) implementation of the action plan, (5) process evaluation, and (6) lesson-learned extraction through reflection and identification of improvement strategies.

Post-development evaluation indicated that personnel's knowledge increased by an average of 2.87 points (SD = 2.17), which was statistically significant ($p < .05$) at the 95% confidence level. Operational skills increased by an average of 0.35 points (SD = 0.48), ability and readiness for implementation increased by 0.63 points (SD = 0.65), and participation in operations increased by 0.35 points (SD = 0.48). Key success factors were synthesized into a preliminary SVP Model consisting of: (1) an effective system (System), (2) active stakeholder participation (Participation), and (3) value creation with an emphasis on operational sustainability (Value Added).

Keywords: medical service reimbursement, model development, inpatient department, SVP Model, personnel competency

การพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

พิสมัย สาวิศัย [1*] สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล[2] สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์[3]

[1] นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อีเมลติดต่อ 65011481044@msu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 11 มกราคม 2569
วันแก้ไข 24 มกราคม 2569
วันตอบรับ 27 มกราคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ กลุ่มเป้าหมายคือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน จำนวน 114 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม และเครื่องมือพัฒนาระบบการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมาน (paired t-test) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกชดเชย จากร้อยละ 58 เป็นร้อยละ 83.96 ในปีงบประมาณ 2568 ส่งผลให้รายรับเพิ่มขึ้นเป็น 8,548,471.71 บาท กระบวนการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยฯ มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อรายงานปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน 3) จัดทำและอนุมัติแผน 4) นำแผนสู่การปฏิบัติ 5) ประเมินผลกระบวนการ และ 6) ถอดบทเรียนและหาแนวทางปรับปรุง

หลังการพัฒนา พบว่าสมรรถนะบุคลากรด้านความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.87 คะแนน (SD = 2.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านทักษะการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.35 คะแนน (SD = 0.48) ด้านความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงานเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.63 คะแนน (SD = 0.65) และด้านการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.35 คะแนน (SD = 0.48) ปัจจัยแห่งความสำเร็จถูกสังเคราะห์เป็น SVP Model ได้แก่ 1) System ระบบที่มีประสิทธิภาพ 2) Participation การมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง และ 3) Value Added การสร้างคุณค่าและความยั่งยืนของการดำเนินงาน

คำสำคัญ : การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์, การพัฒนารูปแบบ, แผนกผู้ป่วยใน, SVP Model, สมรรถนะบุคลากร

บทนำ

ระบบการเงินการคลังเป็นระบบหล่อเลี้ยงสำคัญในการบริหารจัดการของหน่วยบริการทางสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในระบบสุขภาพภายใต้แนวคิด the sixth Building Blocks หรือ 6 BBs ของ World Health Organization: WHO (WHO, 2017) และเป็นกลไกในการขับเคลื่อนกิจกรรมตามนโยบายและเป้าหมายของการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชน การวางแผนระบบการเงินการคลังที่ดีและเหมาะสม เป็นตัวบ่งชี้ความเจริญและพัฒนาการทางเศรษฐกิจของประเทศในระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ซึ่งกลไกการคลังด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานของความสามารถในระบบสุขภาพ ในการรักษาและปรับปรุงคุณภาพสวัสดิการของมนุษย์ โดยหากปราศจากเงินทุนก็จะไม่มีการจ้างงาน ไม่มียาที่จะรักษา และไม่มีการส่งเสริมสุขภาพ การคลังสุขภาพทำให้เกิดเงินทุนที่มีอยู่ เช่น การตั้งแรงจูงใจทางการเงินที่เหมาะสมในการให้บริการ เพื่อให้แน่ใจว่าทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพและการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลได้ ซึ่งกลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพเป็นส่วนขับเคลื่อนต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชน (สงครามชัย ลีทองดี, 2558)

ประเทศไทยมีการจัดระบบเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพหรือระบบหลักประกันสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบันสามระบบหลัก ประกอบด้วย ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือ Universal Care Coverage Scheme หรือ UCS ระบบประกันสังคม หรือ Social Security Scheme หรือ SSS และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยแต่ละระบบต่างมีกลไก ระบบ และกฎหมาย รวมถึงกลไกการอภิบาลระบบของตนเอง รวมถึงมีปรัชญาแนวคิดในการพัฒนาระบบที่แตกต่างกัน ทำให้แต่ละระบบสามารถกำหนดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการใช้บริการ รวมถึงการบริหารจัดการและกำหนดรูปแบบ วิธีและอัตราจ่ายที่แตกต่างกัน (คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขและคณะ, 2562)

สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเป็นสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่ประชาชนส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าเป็นสวัสดิการที่ให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพดีที่สุดเมื่อเทียบกับอีก 2 กองทุน และผู้มีสิทธิ์ไม่ค่อยมีข้อกังขาหรือกังวลเรื่องคุณภาพของบริการ เมื่อเทียบกับอีก 2 กองทุน การมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพมีบางกลุ่มที่เข้าถึงบริการของหลายสิทธิ ดังเช่นผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคมจำนวนไม่น้อยยังได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลจากนายจ้างหรือซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพื่อเพิ่มเติมความมั่นใจและความมั่นคงในการได้รับบริการทางสุขภาพ (วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ, 2564)

จากข้อมูลภาพรวมของประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 90.0 ประชาชนส่วนใหญ่ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีวิธีการเบิกจ่ายค่าบริการตาม DRG (สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2567) ดังนั้นระบบ DRG ที่มีคุณภาพจะต้องมีการบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และทันเวลา ซึ่งเป็นพื้นฐานการคำนวณค่าใช้จ่ายชดเชยคืนให้กับผู้ให้บริการที่สะท้อนความเป็นจริงมากที่สุด

ปัจจุบันโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 104,924 คน สัดส่วนของความครอบคลุมสิทธิ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 71 สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 9 และสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 20 โดยในปี พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวันอยู่ที่ 114 ราย CMI 1.01 ความทันเวลาในการสรุปเวชระเบียนของแพทย์อยู่ที่ ร้อยละ 73.45 และเมื่อตรวจสอบระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกหนี้เก็บแต่ละสิทธิ พบว่า สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการแม้จะมีสัดส่วนประชากรน้อยที่สุดแต่มีระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ยาวนานมากที่สุดเมื่อเทียบกับสิทธิการรักษาอื่นๆ โดยล่าช้าไปถึง 118 วัน ซึ่งตามเกณฑ์ที่กำหนดคือไม่ควรเกิน 60 วัน ในขณะที่สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าความล่าช้าอยู่ที่ 75 วัน และสิทธิประกันสังคมความล่าช้าอยู่ที่ 69 วัน ตามลำดับ และผลจากความล่าช้านี้เองส่งผลให้การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในปีงบประมาณ 2567 ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือน เมษายน พบมียอดเงินที่เรียกเก็บหนี้ไปทั้งสิ้น 32,484,399.83 บาท แต่เก็บได้จริง 18,840,951.90 บาท คิดเป็น ร้อยละ 58 ของยอดเงินทั้งหมดที่ควรจะได้รับ ซึ่งมีจำนวนเงินที่สูญเสียไปจากระบบข้อมูลการชดเชยที่ไม่มีประสิทธิภาพสูงถึงร้อยละ 42 ซึ่งเป็นจำนวนเกือบถึงครึ่งหนึ่งที่มีการสูญเสียไปจากกรณีนี้ (งานการเงินโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ, 2567)

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยใน สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อแก้ไขปัญหาการ

เบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่ล่าช้า เพื่อให้ได้ค่าชดเชยตามที่สมควรจะได้รับจัดสรรอย่างครบถ้วนและป้องกันการถูกหักเงินชดเชยในภายหลัง รวมถึงมีแนวทางในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

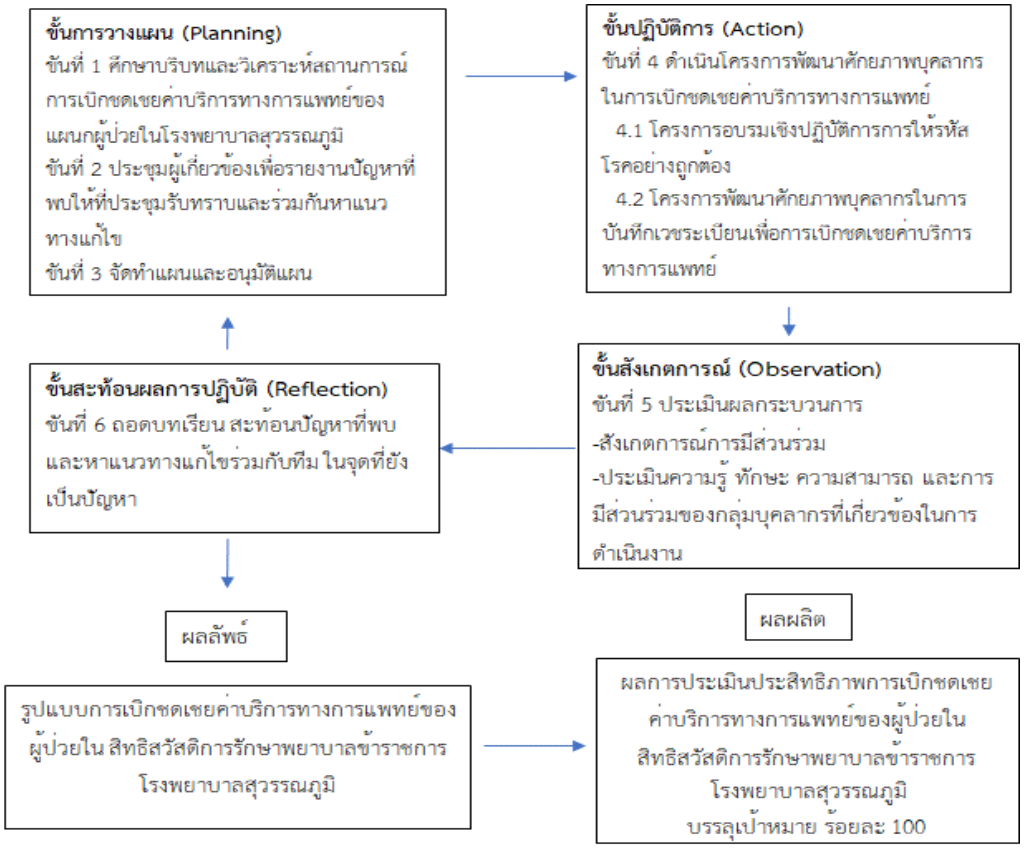
1) เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยใน

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน

3) เพื่อประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อประสิทธิภาพการเบิกชดเชยและสมรรถนะบุคลากร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยใน สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติ (Practical Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติการสังเกตผล และการสะท้อนผล โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยมากยิ่งขึ้น เน้นส่งเสริมผู้ปฏิบัติงานสะท้อนผล และคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการทำงานด้วยตนเอง ในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ โดยใช้

กระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน (Kemmis & Mc Taggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) เก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์ เตรียมผู้ดำเนินงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ โดยการสัมภาษณ์เดี่ยวบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นคณะกรรมการ audit เวชระเบียนของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเวชสถิติ จากนั้นจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ รายงานปัญหาที่พบให้ที่ประชุมรับทราบ และคืนข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้รับรู้สถานการณ์ปัญหาร่วมกัน รวมถึงเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา (Pre-test) เพื่อร่วมกันวางแผนจัดทำแนวทางแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบท

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ดำเนินการตามแนวทางที่วางไว้ ที่ได้จากขั้นที่ 1

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation)

ติดตามผลการดำเนินงาน สังเกตการมีส่วนร่วมและประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) โดยการถอดบทเรียนจากปัญหาที่พบในระบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยการทำ Focus groups ร่วมกับทีมคณะกรรมการ Audit เวชระเบียนของโรงยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเวชสถิติ รวม 25 คน เพื่อสะท้อนปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตตามบริบทของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย ซึ่งได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ กลุ่มบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินงานที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จำนวน 114 คน ประกอบด้วย

แพทย์	จำนวน 23 คน
พยาบาล	จำนวน 88 คน
เวชสถิติ	จำนวน 2 คน
นักวิชาการสาธารณสุข	จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึก การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ โดยใช้ประเด็นหรือหัวข้อที่กำหนดขึ้นมาอย่างกว้างๆ เพียงประเด็นหลัก ส่วนประเด็นย่อยมีการเพิ่มเติมระหว่างการสนทนา ซึ่งแนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับกระบวนการปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามโดยดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะทางประชากร สมรรถนะของบุคลากรในการดำเนินงานและการมีส่วนร่วม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแนวคำถามการสัมภาษณ์ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินการคลังสุขภาพ การบริหารโรงพยาบาล และการวิจัยทางสาธารณสุข พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC)ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ทุกข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 แสดงว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึก การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาโดยประมาณ 60 นาที ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ออกหนังสือใบรับรองอนุมัติ เลขที่ 295-808/2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1.บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

การจัดทำข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อขอรับการชดเชย ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568 ได้แก่ การให้รหัสโรค การให้รหัสการผ่าตัดและหัตการ การนับวันนอนโรงพยาบาล การรับรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน การคำนวณการจ่ายชดเชย การส่งข้อมูล ระยะเวลาการส่งข้อมูล และการตรวจสอบรายงานการโอนเงิน ซึ่งทางโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ได้ดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานในการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

1) กลุ่มงานการแพทย์ ดำเนินการสรุปคำวินิจฉัยและบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตรวจสอบความสมบูรณ์และติดตามการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน

2) กลุ่มบริการทางการพยาบาลผู้ป่วยในบันทึกและตรวจสอบความสมบูรณ์และติดตามการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน

3) งานเวชระเบียน ให้รหัสทางการแพทย์และการผ่าตัด บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมฐานข้อมูลโรงพยาบาล ตรวจสอบความสมบูรณ์และติดตามการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน และติดตามการส่งข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ติดตามการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน และบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม e-claim, FDH เพื่อทำการส่งเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 113,472 คน สัดส่วนของความครอบคลุมสิทธิ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 71 สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 9 และสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 20 โดยในปี 2566 ผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวันอยู่ที่ 114 ราย CMI 1.01 ความทันเวลาในการสรุปเวชระเบียนของแพทย์อยู่ที่ ร้อยละ 73.45 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกหนี้เก็บแต่ละสิทธิ พบว่า สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการแม้จะมีสัดส่วนประชากรน้อยที่สุดแต่มีระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ยาวนานมากที่สุดเมื่อเทียบกับสิทธิการรักษาอื่นๆ โดยล่าช้าไปถึง 118 วัน ซึ่งตามเกณฑ์ที่กำหนดคือไม่ควรเกิน 60 วัน ในขณะที่สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความล่าช้าอยู่ที่ 75 วัน และสิทธิประกันสังคมความล่าช้าอยู่ที่ 69 วัน ตามลำดับ และผลจากความล่าช้านี้เองส่งผลให้การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในปีงบประมาณ 2567 ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือน เมษายน พบมียอดเงินที่เรียกเก็บหนี้ไปทั้งสิ้น 9,244,212.50 แต่เก็บได้จริง 5,374,789.25 บาท คิดเป็นร้อยละ 58 ของยอดเงินทั้งหมดที่ควรจะได้รับ ในส่วนของการสรุปเวชระเบียนของแพทย์ แพทย์ในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ มีทั้งหมด 24 ท่าน พบว่าภาพรวมความทันเวลาในการสรุปเวชระเบียนอยู่ที่ร้อยละ 73.22 โดยมีแพทย์ที่สรุปเวชระเบียนล่าช้ามากที่สุดร้อยละ 100 จำนวน 1 ท่าน ในส่วนของการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน พบว่า มีความครบถ้วนอยู่ที่ ร้อยละ 97.32 และในประเด็นของความถูกต้องของการสรุปโรครวมถึงการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ พบความถูกต้อง ร้อยละ 81.82

2.ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ตามระบบ DRG โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

จากสถานการณ์การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน นำไปสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผนปฏิบัติการ (planning) การปฏิบัติการตามแผน (action) การสังเกตผลการปฏิบัติ (observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection) ได้กระบวนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ**ก่อนการพัฒนา** ดำเนินการโดยการเก็บข้อมูลแบบสอบถามความรู้

ทักษะ ความสามารถและการมีส่วนร่วมของบุคลากร และทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อรายงานปัญหาที่พบให้ที่ประชุมรับทราบและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ดำเนินการประชุมคณะดำเนินงาน โดยได้ข้อสรุปจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในวันที่ 24 มกราคม 2568 ณ ห้องประชุมไพลิน โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เพื่อทบทวนกระบวนการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ และดำเนินการการวางแผนงานอย่างมีขั้นตอนโดยคณะกรรมการสามารถกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการงาน

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแผนและอนุมัติแผน จากการประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ ได้มีการกำหนดแผนการดำเนินงานการโครงการที่สามารถดำเนินการได้จริงในขั้นการปฏิบัติตามแผน ซึ่งได้แผนพัฒนา ดังนี้

1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการให้รหัสโรคอย่างถูกต้อง

2) โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ นำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลกระบวนการ

ตารางที่ 1 การประเมินผลการดำเนินการพัฒนา

แผนงานโครงการ	การประเมินผล
1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการให้รหัสโรคอย่างถูกต้อง	ผู้เข้าร่วมการอบรมทราบถึงแนวทางการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ รวมถึงความสำคัญของการบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้อง และสามารถนำความรู้จากการเข้าอบรมมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ได้
2) โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์	ผู้เข้าร่วมการอบรม ทราบถึง เกณฑ์คุณภาพในการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้อง ครบถ้วน ในการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ และเข้าใจถึงความสำคัญของการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตามระบบ DRG

ขั้นตอนที่ 6 ถอดบทเรียน สะท้อนปัญหาที่พบและหาแนวทางแก้ไขจากการประชุมของคณะกรรมการดำเนินร่วมกับผู้วิจัย สรุปผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยพบว่ายังมีกิจกรรมที่มีผลสำเร็จและกิจกรรมที่ยังไม่สำเร็จ ซึ่งกิจกรรมที่ยังไม่สำเร็จนั้น คือ

การจัดตั้งศูนย์เรียกเก็บแผนกผู้ป่วยในที่แยกออกมาจากห้องบัตร ไม่สามารถทำได้เนื่องจากปริมาณบุคลากรที่มีจำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อการให้บริการหากแยกออกมาจะมีผลกระทบในหลายๆ ด้านตามมาและจากการดำเนินงานตามแผนงานที่ได้กำหนดไว้นั้นพบว่า การร่วมกันกำหนดแนวทางทำให้เกิดการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานมากยิ่งขึ้น เกิดการมีส่วนร่วมและเกิดความเข้าใจตรงกันในการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ แต่ก็พบว่ามีข้อจำกัดในการดำเนินงาน ดังนี้

1) การเข้ารับการอบรมและการพัฒนาความรู้ ไม่สามารถทำกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ครบ 100% เนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอ หรือหากจะครบ 100% ได้จำเป็นต้องจัดอบรมหลายวัน จึงใช้วิธีการให้แต่ละแผนกส่งตัวแทนมาอบรมแผนกละ 2 คน และนำไปถ่ายทอดความรู้ภายในหน่วยงานต่อไปจากนั้นประเมินความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา

2) การตรวจสอบการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ มีเกณฑ์ที่ยุ่งยากซับซ้อน ทำให้การตรวจสอบสุ่มตรวจได้ยังไม่ครอบคลุมทุกกรณี จึงใช้การสุ่มตรวจในบางกรณีเท่านั้น เนื่องจากข้อจำกัดในการดำเนินงานในเรื่องของอัตรากำลังและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ตามระบบ DRG โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

3.1 ข้อมูลสมรรถนะของบุคลากร ด้านความรู้ พบว่า มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.90 หลังการดำเนินการวิจัยมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ร้อยละ 52.60 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน ก่อนดำเนินการวิจัย 8.70 คะแนน (SD = 1.55) และหลังการวิจัย 11.57 คะแนน (SD = 2.15) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน หลังการดำเนินการวิจัยค่ามากกว่าก่อนดำเนินการวิจัย 2.87 ($SD_{(both)}$ = 2.17) ผลการทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p น้อยกว่า 0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %CI มีค่าความแตกต่างอยู่ระหว่าง 2.466 -3.270 คะแนน

ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีทักษะในการปฏิบัติงาน ระดับมาก ร้อยละ 63.20 หลังการดำเนินการวิจัยมีระดับทักษะในการปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.50 มีค่าเฉลี่ยของทักษะในการปฏิบัติงาน ก่อนดำเนินการวิจัย 3.65 คะแนน (SD = 0.52) และหลังการวิจัย 4.01 คะแนน (SD = 0.18) ซึ่งค่าเฉลี่ยทักษะในการปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน หลังการดำเนินการวิจัยค่ามากกว่าก่อนดำเนินการวิจัย 0.35 ($SD_{(both)}$ = 0.48) ผลการทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p น้อยกว่า 0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %CI มีค่าความแตกต่างอยู่ระหว่าง 0.270 – 0.446 คะแนน

ด้านความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงาน ระดับมาก ร้อยละ 60.50 หลังการดำเนินการวิจัยมีระดับความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงานเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ร้อยละ 44.70 มีค่าเฉลี่ยของความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงาน ก่อนดำเนินการวิจัย 3.64 คะแนน (SD = 0.51) และหลังการวิจัย 4.27 คะแนน (SD = 0.74) ซึ่งค่าเฉลี่ยความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน หลังการดำเนินการวิจัยค่ามากกว่าก่อนดำเนินการวิจัย 0.63 ($SD_{(both)}$ = 0.65) ผลการทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p น้อยกว่า 0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %CI มีค่าความแตกต่างอยู่ระหว่าง 0.509 – 0.753 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสมรรถนะบุคลากรก่อนและหลังการพัฒนา

สมรรถนะของบุคลากร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Mean diff. of $\bar{d}$	df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
ด้านความรู้	8.70	1.55	11.57	2.15	2.87	113	14.13	<0.001
ด้านทักษะ	3.65	0.52	4.01	0.18	0.35	113	7.97	<0.001
ด้านความสามารถและความพร้อม	3.64	0.52	4.27	0.74	0.63	113	10.29	<0.001

3.2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการพัฒนา ระดับมาก ร้อยละ 47.40 หลังการดำเนินการวิจัยมีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นร้อยละ 73.70 มีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมก่อนดำเนินการวิจัย 3.55 คะแนน (SD = 0.59) และหลังการวิจัย 3.91 คะแนน (SD = 0.50) ซึ่งค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน หลังการดำเนินการวิจัยค่ามากกว่าก่อนดำเนินการวิจัย 0.35 ($SD_{(both)}$ = 0.48) ผลการทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p น้อยกว่า 0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %CI มีค่าความแตกต่างอยู่ระหว่าง 0.27 – 0.45 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรก่อนและหลังการพัฒนา

การมีส่วนร่วมของบุคลากร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Mean diff. of $\bar{d}$	df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
ระดับการมีส่วนร่วม	3.55	0.59	3.91	0.50		113	7.97	<0.001

4. การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ตามระบบ DRG โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มุ่งพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ตามระบบ DRG โดยกระบวนการวิจัยที่ดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง การวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล และการถอดบทเรียน ส่งผลต่อการพัฒนาระบบในหลายมิติ ดังนี้

4.1 ด้านการพัฒนาคน (Human Resource Development)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการวิจัยมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรอย่างชัดเจน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถในการปฏิบัติงาน

ก่อนการพัฒนา พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระดับปานกลางและควรปรับปรุง โดยเฉพาะความรู้ด้านกระบวนการก่อนการส่งเบิก ซึ่งมีอัตราการตอบถูกต่ำที่สุด (ร้อยละ 31.60) สะท้อนถึงช่องว่างด้านองค์ความรู้ที่ส่งผลต่อคุณภาพการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

ภายหลังการดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการให้รหัสโรคและโครงการพัฒนาศักยภาพการบันทึกเวชระเบียน พบว่าระดับความรู้ของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 8.70 เป็น 11.57 คะแนน และบุคลากรที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.60 เป็นร้อยละ 52.60 แสดงให้เห็นว่ากระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการสามารถยกระดับความรู้เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับระบบ DRG ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านทักษะการปฏิบัติงาน พบว่าหลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ยทักษะโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.65) เป็นระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยเฉพาะทักษะด้านความถูกต้องครบถ้วนในการบันทึกข้อมูล ความรวดเร็ว และการใช้เทคโนโลยี ซึ่งเป็นทักษะสำคัญต่อการลดข้อผิดพลาดในการเบิกชดเชยนอกจากนี้ ความสามารถและความพร้อมในการดำเนินงานหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.64 เป็น 4.27 ($p < .001$) และบุคลากรที่มีระดับความสามารถและความพร้อมในระดับมากที่สุดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการวิจัยไม่เพียงเพิ่มพูนความรู้ แต่ยังเสริมสร้างความมั่นใจ ความรับผิดชอบ และความพร้อมในการปฏิบัติงานจริง

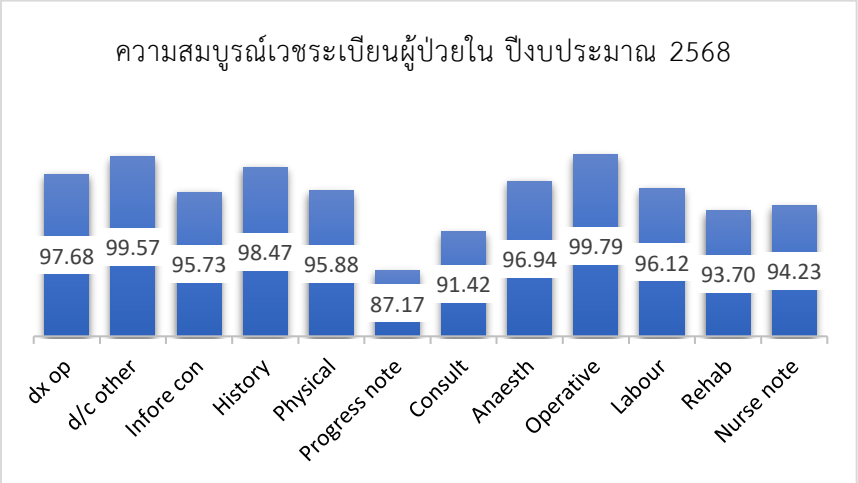
4.2 ด้านการพัฒนาระบบสารสนเทศและข้อมูล (Information System Development)

กระบวนการวิจัยส่งผลต่อการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในเชิงคุณภาพของข้อมูลมากกว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบเทคโนโลยี

จากการวิเคราะห์ปัญหาและการสนทนากลุ่ม พบว่าปัญหาสำคัญเกิดจากการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน การให้รหัสโรคและรหัสหัตถการไม่ถูกต้อง และความล่าช้าในการไหลเวียนของเวชระเบียน ซึ่งล้วนส่งผลต่อการถูกเรียกเงินคืนและการเบิกชดเชยล่าช้า

ภายหลังการพัฒนา บุคลากรมีทักษะในการใช้ระบบและเครื่องมือสารสนเทศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยสามารถบันทึกข้อมูลได้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาเพิ่มขึ้น รวมถึงสามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบเพื่อนำไปปรับปรุงกระบวนการทำงานได้ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพ

ข้อมูลที่ใช้ในการเบิกชดเชยมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ และ
ตรวจสอบย้อนหลังได้มากขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ปีงบประมาณ 2568

แม้ว่าจะยังไม่สามารถพัฒนาระบบสารสนเทศใหม่หรือจัดตั้งศูนย์เรียกเก็บผู้ป่วยในแยกจากห้องบัตรได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง แต่กระบวนการวิจัยช่วยยกระดับ “การใช้ระบบที่มีอยู่” ให้เกิดประสิทธิภาพสูงขึ้น ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสารสนเทศในระยะต่อไป

4.3 ด้านการพัฒนาการจัดการ (Management Development)

กระบวนการวิจัยส่งผลต่อการพัฒนาการจัดการในเชิงระบบและเชิงกระบวนการอย่างชัดเจน โดยเฉพาะด้านการกำหนดบทบาทหน้าที่ การประสานงาน และการควบคุมติดตามงาน

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม ทำให้ผู้เกี่ยวข้องจากหลายหน่วยงาน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เวชระเบียน และฝ่ายประกันสุขภาพ ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไข ส่งผลให้เกิดความเข้าใจร่วมกันในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์มากขึ้น ลดการทำงานแบบแยกส่วน และเพิ่มการประสานงานระหว่างหน่วยงาน

ผลการประเมินหลังการพัฒนาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านการดำเนินงานซึ่งปรับจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรไม่ได้เป็นเพียงผู้ปฏิบัติตามคำสั่ง แต่เป็นผู้มีบทบาทในการขับเคลื่อนระบบ

แม้การจัดตั้งศูนย์เรียกเก็บผู้ป่วยในจะยังไม่สามารถดำเนินการได้ แต่กระบวนการถอดบทเรียน (AAR) ช่วยให้ผู้บริหารและทีมงานเห็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างอย่างชัดเจน และสามารถนำไปใช้ประกอบการวางแผนเชิงนโยบายในอนาคต

4.4 ผลต่อการพัฒนาการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาล (Revenue Cycle Development)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากระบวนการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ส่งผลเชิงบวกต่อการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาล โดยเฉพาะในส่วนของรายได้จากผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งใช้ระบบ DRG เป็นกลไกหลักในการชดเชยค่าบริการ

ก่อนการพัฒนา ระบบการจัดเก็บรายได้ประสบปัญหาความล่าช้าและการสูญเสียรายได้จากการเบิกชดเชยไม่ครบถ้วน อันเนื่องมาจากความไม่ถูกต้องของการให้รหัสโรคและหัตถการ การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ และการไหลเวียนเอกสารที่ไม่เป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการถูกเรียกเงินคืน (Claim Rejection) และการตีกลับข้อมูลจากหน่วยงานต้นสังกัด

ภายหลังการพัฒนา พบว่าการกำหนดขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการให้รหัสและการบันทึกข้อมูล รวมถึงการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ช่วยลดข้อผิดพลาดในกระบวนการเรียกเก็บเงิน และเพิ่มความครบถ้วนของข้อมูลที่ใช้ในการเบิกชดเชย ส่งผลให้กระบวนการจัดเก็บรายได้มีความต่อเนื่อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ 5 ปีย้อนหลัง

รายการ	ปีงบประมาณ				
	2564	2565	2566	2567	2568
ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (วัน)	130.28	129.23	127.95	84.13	70.21
จำนวนเงินที่เรียกเก็บ (บาท)	30,652,028.05	35,337,212.03	32,593,060.98	32,484,399.83	32,858,421.50
รายได้จากการเบิกชดเชย (บาท)	17,165,135.71	18,499,030.50	17,965,295.21	18,840,951.90	27,515,032.60
ร้อยละของจำนวนเงินที่เรียกเก็บได้	56	52.35	55.12	58	83.74

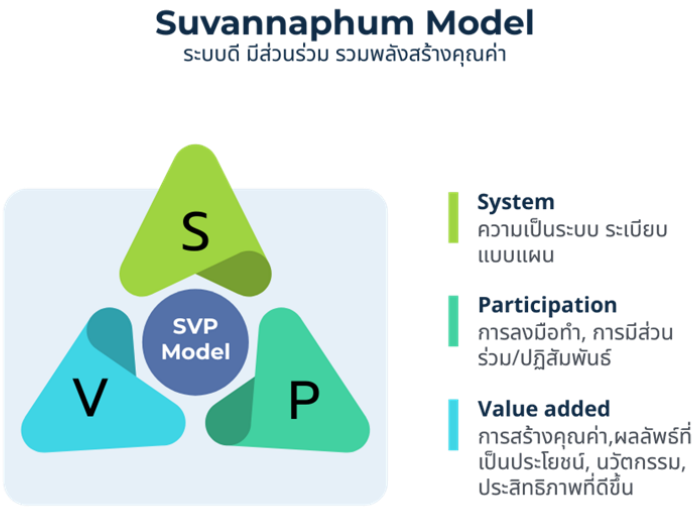
จากการดำเนินงานตามกระบวนการการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในตามระบบ DRG โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากเดิมที่เรียกเก็บหนี้ได้เพียง 18,840,951.90 บาท ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 58 ของยอดเงินทั้งหมดที่ควรจะได้รับในปีงบประมาณ 2567 แต่ปัจจุบันสามารถเรียกเก็บหนี้ได้เพิ่มมากขึ้นถึง 27,515,032.60 บาท คิดเป็นร้อยละ 83.74 ของยอดเงินที่ควรจะได้รับในปีงบประมาณ 2568

โดยสรุป กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ มิได้ก่อให้เกิดเพียงรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติใหม่เท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อการพัฒนาระบบในภาพรวม ได้แก่ การพัฒนาคนให้มีสมรรถนะสูงขึ้น การยกระดับคุณภาพข้อมูลในระบบสารสนเทศ การพัฒนาการจัดการให้มีความเป็นระบบมีส่วนร่วม และพัฒนาการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากขึ้น

กระบวนการมีส่วนร่วม การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และการสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การพัฒนารูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล และเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในหน่วยบริการสุขภาพอื่นต่อไป

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

จากการดำเนินงานโดยใช้ประบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จได้แก่ System Participation และ Value added เกิดเป็น SVP Model ซึ่งมาจากคำว่า Suvannaphum Model ดังภาพประกอบ



ภาพที่ 2 Suvannaphum Model

อภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการดำเนินการในครั้งนี้ ได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีเชิงปฏิบัติการโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานร่วมกันพัฒนาและ สามารถกำหนดแผนการทำงานและโครงการเพื่อการแก้ปัญหาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน โดยมีแผนงานโครงการ ได้แก่ โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการให้รหัสโรคอย่างถูกต้อง และโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ จากนั้นนำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ พบว่า ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ และทำให้สามารถเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ได้เพิ่มมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรรณวิมล พูลสุวรรณ (2565) ศึกษาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนากระบวนการทั้ง 3 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการตรวจสอบข้อมูลนำเข้า กระบวนการบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรม E-Claim และกระบวนการส่งมอบงานให้กับ สปสช. ในแนวทางตามผลการศึกษา สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านการขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ได้อย่างแท้จริง ทั้งคุณภาพข้อมูล การใช้ต้นทุน/ทรัพยากรให้คุ้มค่า และการส่งมอบงานให้ทันเวลา

ผลจากการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน พบว่า หลังการพัฒนามีระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้สูง ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนนท์ จันทร์แก้ว (2566) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร มีกระบวนการ 9 ขั้นตอนได้แก่ 1) การศึกษาบริบทของปัญหาการบันทึกคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2) การจัดประชุมว่างแผนเชิงปฏิบัติการ 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การปฏิบัติการตามแผน 5) การนิเทศติดตาม 6) ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน 7) การเปรียบเทียบผล 8) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) สรุปผล การพัฒนาตามขั้นตอนได้กระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลยโสธร ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินแก่คณะกรรมการและผู้ที่สนใจ ตามคู่มือแบบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2563 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ได้แผนปฏิบัติการในการแก้ปัญหา สรุปผลกระบวนการดังกล่าว ผู้เข้าอบรมมีความรู้ตามเกณฑ์การประเมินเพิ่มขึ้น คือก่อนอบรมมีความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 60 หลังอบรมคณะกรรมการมีความรู้ระดับดีร้อยละ 64 และระดับดีมากร้อยละ 32 และได้กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนใน 4 เกณฑ์เร่งด่วน จากทั้งหมด 12 เกณฑ์การประเมิน ได้แก่ เกณฑ์ข้อที่ 3 Inform Consent คือ เกณฑ์ข้อที่ 4 History เกณฑ์ข้อที่ 5 Physical Exam เกณฑ์ข้อที่ 7 Consultation Record จะเห็นได้ว่าหลังการพัฒนามีการพัฒนาที่เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 50.33 55.78 71.29 77.78 ตามลำดับ เพิ่มขึ้นร้อยละ 79.72 71.38 76.49 และ 58.02

ผลจากการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน พบว่า หลังการพัฒนามีระดับทักษะการปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

ของแผนกผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.01, SD= 0.18) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความถูกต้องและครบถ้วนในการบันทึกข้อมูล ($\bar{X}$ = 4.10, SD= 0.29) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนกพร ภูมิการีย์ (2563) ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม(DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาการดำเนินงานทำให้ได้กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วมใหม่ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ทำให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ทันเวลาและครบถ้วน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสวรส แก้วศรีทัศน์ (2561) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้มี6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ศึกษาบริบท และวิเคราะห์ปัญหา 2) แต่งตั้งคณะทำงาน 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ 5) ประเมินผลการพัฒนา และ 6) คืนข้อมูลและถอดบทเรียนหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และพฤติกรรมในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของทีมสหวิชาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการดำเนินการพัฒนา

ผลจากการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยใน พบว่า หลังการพัฒนามีระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.91, SD= 0.50) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฮารีปีน มิสลิมิน (2565) ศึกษาการพัฒนารูปแบบความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ ในการลดความผิดพลาด จากการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ผลการศึกษา พบว่า ความผิดพลาดในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประเภท Coding audit ลดลง ทั้งการวินิจฉัยโรคหลัก การไม่สรุปโรคร่วม การสรุปโรคร่วมผิด การสรุปโรคร่วมไม่พบหลักฐานสนับสนุน การให้รหัสโรคและหัตถการผิด การบันทึกเวลาจำหน่ายผู้ป่วย และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยเปลี่ยนแปลงหลังการตรวจสอบ ส่งผลให้การเรียกเงินกองทุนผู้ป่วยในคืนลดลง 96.75% เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2563 ด้วยรูปแบบความร่วมมือทั้ง 4 ด้าน 1) ด้านบุคคล ประกอบด้วย การสร้างความตระหนักและเห็นความสำคัญการอบรมฟื้นฟู คู่มือการวินิจฉัยโรค การผลิตสื่อแนวทางการบันทึกหลักฐานในเวชระเบียน กำหนดแพทย์ผู้ทำหน้าที่ตรวจสอบเวชระเบียน 2) ด้านเทคนิค พัฒนาแบบฟอร์ม แผนพัฒนาระบบสารสนเทศเข้าสู่ Smart Hospital การสอนบันทึกข้อมูล 3) ด้านระบบ การประเมินผลการปฏิบัติงาน ระบบควบคุมกำกับงาน ระบบการตรวจสอบซ้ำและแก้ไขความผิดพลาด และ 4) ด้านนโยบาย รางวัลเพิ่มแรงจูงใจและสร้างขวัญกำลังใจ นโยบายการดำเนินงานเวชระเบียน และคณะกรรมการเวชระเบียน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) นโยบายจากผู้บริหาร มีส่วนช่วยในการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินการได้ดียิ่งขึ้น ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญ รวมทั้งกำหนดนโยบาย บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้ในแนวทางเดียวกัน

2) ผู้บริหารควรสนับสนุนการพัฒนาและใช้ระบบสารสนเทศในการบริหารจัดการการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความถูกต้อง รวดเร็ว และสามารถตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังได้ ซึ่งจะช่วยลดข้อผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กร

3) ควรจัดให้มีคณะทำงานหรือกลไกกลางในการกำกับ ติดตาม และประเมินผล

การดำเนินงานของระบบการเบิกชดเชยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถปรับปรุงระบบให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทด้านบริการทางการแพทย์และนโยบายที่เกี่ยวข้อง

4) ควรมีการส่งเสริมปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพื่อให้มีความยั่งยืนยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การพัฒนารูปแบบการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ควรเพิ่มกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุน (Unit cost) และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในรายโรค เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น และควรมีการขยายผลไปสู่การพัฒนาการเบิกจ่ายค่าชดเชย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งสำเร็จนี้ราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., & Wiley, M. (2011). Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Press.

Cylus, J., Papanicolas, I., & Smith, P. C. (Eds.). (2016). Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Haripin, M. (2022). Development of a collaborative model among medical personnel to reduce errors in inpatient medical record documentation: A case study of Sabayoi Hospital, Songkhla Province. In *Proceedings of the 13th Hatyai National and International Conference*.

Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2020). Medical record audit guideline. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing. (in Thai)

Jannoi, T. (2013). Health care payment models for universal health coverage: Reducing inequality and enhancing equity in health. In Proceedings of the 2013 Health Systems Research Conference. (in Thai)

Kaewsritas, S., Thernbol, N., & Boonsang, A. (2018). Factors affecting the quality of inpatient medical record documentation among multidisciplinary teams at Det Udom Crown Prince Hospital, Ubon Ratchathani Province. Mahasarakham Hospital Journal, 15(3), 135–141. (in Thai)

Kemmis & Mc Taggart. (1988). *The Action Research Planer (3rd ed.).* Victoria: Deakin University.

Khongkasawat, T. (2009). How to implement competency in organizations. Bangkok: Technology Promotion Association (Thailand–Japan). (in Thai)

Leethongdee, S. (2015). Health system management (2nd ed.). Khon Kaen: Klangnanawitthaya Press. (in Thai)

Ministry of Public Health. (2006). Hospital and health service standards commemorating the 60th anniversary of His Majesty the King's accession to the throne. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)

National Health Security Office. (2014). Guidelines for auditing the quality of medical record documentation. Bangkok: National Health Security Office. (in Thai)

Phumikariy, C. (2020). Development of a medical service reimbursement process under the Diagnosis Related Group (DRG) system at Phra Sri Mahapho Hospital, Ubon Ratchathani Province. Journal of Community Public Health, 6(3), 62–70. (in Thai)

Preker, A. S., Harding, A., & Travis, P. (2000). "Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: New insights from institutional economics and organizational theory. Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 779–790.

Saengthian, Y. (2013). Medical records and health service quality improvement. Bangkok: Publisher. (in Thai)

Saenthong, N. (2004). Understanding competency. Bangkok: HR Center. (in Thai)

Sangkamee, N., Lekboonyasin, O., & Ronnapatranit, R. (2005). Process improvement for inpatient medical reimbursement using diagnosis related groups at Srinagarind Hospital. Khon Kaen University Academic Service Journal. (in Thai)

Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I., & Leatherman, S. (Eds.). (2009). Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press.

Sunthon, C. (2023). Development of the quality of inpatient medical record documentation at Yasothon Hospital. *Journal of Community Public Health*, *9*(3).

Wanwimon, P. (2022). Guidelines for improving the efficiency of medical service reimbursement claims of the Urban Disease Prevention and Control Institute. *Vajira Medical Journal and Journal of Urban Medicine*.

World Health Organization. (2007). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2010). Health systems financing: The path to universal coverage. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2017). *Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. World Health Organization.