

แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารการตรวจสอบภายในการให้รหัสทางการแพทย์เวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

THE QUALITY IMPROVEMENT GUIDELINES FOR AN INTERNAL AUDIT MANAGEMENT OF THE INPATIENT MEDICAL RECORDS CODING AT VAJIRA HOSPITAL

วารารณ ปานเงิน^{1*}

WARAPORN PANNGOEN^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบงานในการตรวจสอบภายในการให้รหัสทางการแพทย์ และพัฒนาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารการตรวจสอบภายในการให้รหัสทางการแพทย์ เวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล รวมทั้งศึกษาความพึงพอใจต่อแนวทางดังกล่าวที่ถูกพัฒนาขึ้น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยดำเนินการสัมภาษณ์เกี่ยวกับระบบงานและปัญหาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานจริง และนำไปพัฒนาแนวทางในการตรวจสอบการให้รหัสทางการแพทย์ ประกอบด้วย รหัสโรค และรหัสหัตถการและการผ่าตัด หลังจากนั้นนำแนวทางที่ถูกพัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และสนทนากลุ่มแบบเจาะประเด็น (Focus Group) และประเมินความพึงพอใจ โดยใช้แบบสอบถามใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการตรวจสอบรหัสทางการแพทย์ 2) ด้านเครื่องมือสนับสนุนการทำงาน และ 3) ด้านแนวทางการพัฒนาคุณภาพของการให้รหัสทางการแพทย์

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ปัญหาในการตรวจสอบเวชระเบียนคือมีดำเนินการเพียง 2 ครั้งต่อปี เป็นการตรวจสอบแบบย้อนหลัง และยังไม่มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ทำให้เกิดข้อผิดพลาดและไม่สามารถแก้ไขได้ทันเวลา ผู้วิจัยได้นำปัญหามาวิเคราะห์และพัฒนาแนวทางดังกล่าว โดยออกแบบให้ตรวจสอบในงานประจำ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือ 4 ครั้งต่อเดือน และเมื่อสิ้นสุดรายเดือน ให้มีการสรุปผลเพื่อประชุมติดตามผลการปฏิบัติงาน หลังจากนั้นนำไปทดลองปฏิบัติงานจริง และประเมินความพึงพอใจพบว่า แนวทางดังกล่าวส่งผลให้การให้รหัสทางการแพทย์ มีความถูกต้อง ร้อยละ 94.16 และมีข้อผิดพลาด ร้อยละ 5.84 และทำให้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Adjust Relative Weight; AdjRW) มีการเปลี่ยนแปลงโดยมีผลต่างเท่ากับ 0.38 ส่งผลให้สามารถเรียกเก็บค่าชดเชยทางการแพทย์ตามระบบวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups; DRGs) ได้มากขึ้นกว่าเดิม และผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ ประกอบด้วย 1) ด้านการตรวจสอบรหัสทางการแพทย์ ในระดับมากที่สุด (4.32 ± 0.69) การตรวจสอบรายสัปดาห์ สามารถช่วยให้มีความถูกต้องมากขึ้น 2) ด้านเครื่องมือสนับสนุนการทำงานในระดับมาก (3.50 ± 1.05) โรงพยาบาลมีหนังสือคู่มือการให้รหัสทางการแพทย์ครบถ้วน และ 3) ด้านแนวทางการพัฒนาคุณภาพของการให้รหัสทางการแพทย์ในระดับมาก (4.01 ± 0.68) ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนา ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้คือ โรงพยาบาลควรนำแนวทางดังกล่าวไปใช้จริง พร้อมทั้งวิเคราะห์อัตรากำลังคนในด้านการตรวจสอบเวชระเบียน เพื่อพัฒนางานและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ : การวินิจฉัยโรคร่วม ; การตรวจสอบการให้รหัสทางการแพทย์ ; การตรวจสอบภายใน ; เวชระเบียนผู้ป่วยใน

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการจัดการเวชสารสนเทศ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, Master Student, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

* Corresponding Author, Email: Waraporn.Pan@mahidol.edu

Received: Aug 29, 2022, Revised: Nov 19, 2022, Accepted: Dec 2, 2022

ABSTRACT

The purpose of this research was to study the internal audit system of medical records coding and develop the quality improvement guidelines for the internal audit management of medical records coding at Vajira hospital, including studied the satisfaction with the guidelines that have been developed. This research was a mixed method research by conducting the interview about work system and problems from 14 person of sample group who were practical operators and used that to develop the quality improvement guidelines for an internal audit management towards medical, procedure and surgical codes. After that applied the developed method to the sample group for 4 weeks and arranged a focus group discussion and assessed their satisfaction using questionnaire that consisted of 3 aspects: 1) medical record code examination 2) tools and 3) quality improvement guideline of medical record coding.

The research result found that the problem of medical record verification was performed only twice a year. It was traceability review without a clear operational guideline thus it caused errors and could not be corrected in a timely manner. The researcher had analyzed the problems and developed that guideline by designing to have a check in the routine work, once a week or 4 times a month and at the end of the month, arranged the meeting to follow up on the performance. After that did a tryout for real work and assessed their satisfaction which found that process had helped the resulted in medical record coding having an accuracy of 94.16%, an error of 5.84% and AdjRW had been changed by 0.38. Because of this, medical compensation could be charged more than current rate based on the Diagnostic Related Groups (DRGs) and the operators were satisfied with 1) medical record code examination at the greatest level (4.32 ± 0.69), weekly monitoring could help to be more accurate 2) supporting tool at a high level (3.50 ± 1.05), hospital had a complete set of medical record coding manuals and 3) quality improvement guideline of medical record coding at a high level (4.01 ± 0.68), operators had participated in development. Suggestions of this research was hospital should implement these guidelines in their practical operations, as well as analyzes the manpower rate in the area of medical record checks to improve operations and achieve maximum efficiency.

Keywords : Diagnostic Related Groups ; Coding Audit ; Internal Audit ; Medical Record

บทนำ

บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Statistical Classification of Disease and Related Problem; ICD) ถูกนำมาเป็นเครื่องมือหลักในการจำแนกและให้รหัสทางการแพทย์ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้ความสำคัญและได้มีการปรับปรุงแก้ไขบัญชีดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันประเทศไทยใช้บัญชีจำแนกโรคฉบับที่ 10 (ICD-10) ในการให้รหัสทางการแพทย์ (Diagnostic Coding) ประกอบด้วย การให้รหัสโรค (ICD-10) รหัสหัตถการและการ

ผ่าตัด (ICD-9-CM) เป็นการแปลงชื่อโรคให้เป็นรหัส โดยเจ้าหน้าที่เวชสถิติ หรือนักเวชสถิติ (Medical Coders) รหัสได้มาจากการทบทวนหลักฐานการบันทึกของแพทย์ที่ปรากฏในเวชระเบียน การให้รหัสดังกล่าวมีความซับซ้อน เพราะเป็นรหัสการจัดกลุ่มโรค ไม่ใช่ชื่อโรค ผู้ให้รหัสอาจไม่เข้าใจลักษณะที่ซับซ้อน จึงให้รหัสผิดพลาด ส่งผลให้การทำสถิติโรคของโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุขของประเทศผิดพลาดด้วยเช่นกัน (วรระเบียน เปาอินทร์, 2561) รหัสทางการแพทย์ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ในหลายด้าน โดยเฉพาะการเรียกเก็บเงินคืนกลับสู่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของโรงพยาบาล

ปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups; DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight; RW) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ข้อมูลที่สำคัญในการจัดกลุ่มโรคได้แก่ รหัสโรคหลัก รหัสโรคร่วม รหัสโรคแทรกซ้อน (ICD-10) รหัสผ่าตัดและหัตถการตามรหัส (ICD-9-CM) อายุ เพศ ชนิดของการจำหน่าย และจำนวนวันนอน (อรรถีย์ เขียวเจริญและคณะ, 2552) และในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยต้องใช้ระบบ DRGs ในการเรียกเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ไปยังกองทุนต่างๆ ตามสิทธิการรักษาพยาบาล ซึ่งพบว่าปัญหาในการสรุปคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ในเวชระเบียน และส่งผลต่อค่า Adj RW ทำให้ค่าตอบแทนที่ได้รับตามระบบ DRGs ต่ำกว่าความเป็นจริง (สัมปັນ ศรีหนูขำและคณะ, 2557)

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในการส่งเวชระเบียนกลับไปทบทวนการสรุปที่ภาคีต่างๆ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 – 2561 จำนวน 2,429 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 4.34 ของจำนวนผู้ป่วยใน และในการตรวจสอบความถูกต้องในการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Summary Discharge Audit: SA) พบว่า มีความคลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยโรค ทำให้เกิดความแตกต่างของค่า Adj RW ก่อนและหลังตรวจสอบ ซึ่งมีผลกระทบต่อการจัดสรรค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลจะได้รับจากต้นสังกัดสิทธิการรักษาของผู้ป่วย และถ้ามีการทบทวนเวชระเบียนแบบ Real time จะทำให้เกิดประโยชน์มากกว่าการทบทวนแบบย้อนหลัง (วันดี วันศรีสุธนและคณะ, 2555) ซึ่งระบบการตรวจสอบคุณภาพในการให้รหัสทางการแพทย์ (Coding Audit) ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่เป็นการตรวจสอบคุณภาพในการให้รหัสทางการแพทย์แบบย้อนหลัง โดยทำการตรวจสอบหลังจากที่ผู้ป่วยในจำหน่ายเป็นเวลานานแล้ว โดยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัดตามจำนวนผู้ป่วยในจำหน่ายในปีงบประมาณนั้นๆ ปีละ 2 รอบ ทำให้พบความผิดพลาดในการให้รหัสทางการแพทย์ ไม่สามารถแก้ไขให้ถูกต้องได้ในทันทีหลังจากผู้ป่วยในจำหน่าย ส่งผลต่อข้อมูลสถิติทางการแพทย์ จำนวนผู้ป่วยรายโรค การพยากรณ์โรคในอนาคต ตลอดจนส่งผลกระทบต่อการจัดสรรค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ ซึ่งหมายถึงสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลและคุณภาพของข้อมูลทางการแพทย์ระดับประเทศ

จากความสำคัญและปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญในการหาแนวทางการตรวจสอบการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยให้นักวิชาการเวชสถิติหรือผู้ให้รหัส (Coder) ได้ตรวจสอบระบบงานการให้รหัสโรค (Coding Audit: CA) และจะทำให้เกิดแนวทางการพัฒนาแบบควบคุมและอย่างยั่งยืน รวมทั้งส่งผลให้โรงพยาบาลมีการดำเนินการตรวจสอบเวชระเบียนอย่างเป็นระบบ และผู้บริหารสามารถดำเนินการควบคุมภายใน ลดความผิดพลาดจากการตรวจสอบเวชระเบียนได้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารการตรวจสอบภายในการให้รหัสโรคเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อให้การให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัดที่ใช้ประกอบการขอเบิกค่าชดเชยทางการแพทย์มีความถูกต้องครบถ้วน และใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการบริหารทรัพยากรของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระบบงานในการตรวจสอบภายในการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด เวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
- 2) เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการการตรวจสอบภายในการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด เวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
- 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารการตรวจสอบภายในการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด เวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

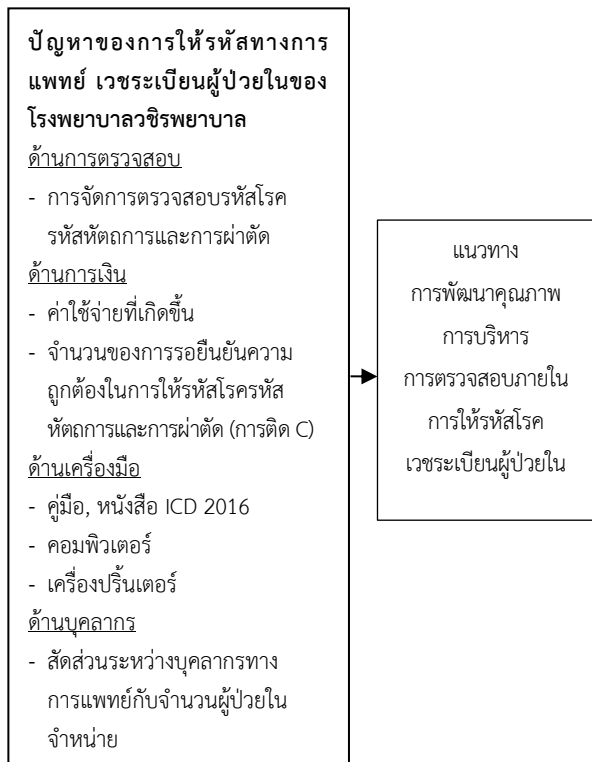
สมมติฐานการวิจัย

แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการการตรวจสอบภายในการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด ช่วยลดข้อผิดพลาดในการการให้รหัสดังกล่าว ส่งผลให้ค่า AdjRW สูงขึ้นและโรงพยาบาลสามารถเก็บค่าชดเชยทางการแพทย์ตามระบบ DRGs ได้มากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำความรู้จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดเป็นกรอบแนวคิด (Conceptual

Framework) ในการพัฒนาแนวทางการพัฒนาคุณภาพ การบริหารการตรวจสอบภายในการให้รหัสทางการแพทย์ เวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล รายละเอียด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้ศึกษา รายงานสถิติการให้บริการ สรุปผลการดำเนินงานประจำปี ของโรงพยาบาล รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล การตรวจสอบการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด จากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อรวบรวมระบบงาน ปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ การให้รหัสทางการแพทย์ นำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางดังกล่าว หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ปฏิบัติงานทดลองใช้เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และดำเนินการสนทนากลุ่มแบบเจาะประเด็น (Focus Group) อีกครั้ง และในส่วนการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ สอบถามระดับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานหลังจากการทดลอง ใช้แนวทางดังกล่าวเสร็จสิ้น การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส 2020/225(B1) และคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล รหัส 058/64 E

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 14 คน ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการเวชระเบียน 1 คน หัวหน้างานเวชระเบียน และเวชสถิติ 1 คน นักวิชาการเวชสถิติ จำนวน 11 คน และ เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติช่วยราชการ 1 คน ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวม ข้อมูลทุกหน่วยประชากร (Census) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นผู้ปฏิบัติงานจริงในการให้รหัสทางการแพทย์ และปฏิบัติ คณะกรรมการตรวจสอบการให้รหัสทางการแพทย์เขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระบบงาน ปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ การให้รหัสทางการแพทย์ นำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางดังกล่าว ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ระบบงานและปัญหา ในการให้รหัสทางการแพทย์ และแนวทางในการพัฒนา การตรวจสอบภายในการให้รหัสทางการแพทย์ โดยข้อคำถามมี 4 ด้าน คือ ด้านระบบการตรวจสอบ ด้านการเงิน ด้านเครื่องมือ และด้านบุคลากร

2) แบบสอบถาม ใช้ในการประเมินระดับความพึงพอใจ ของผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ข้อมูล ส่วนบุคคล และระดับความพึงพอใจ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยข้อคำถาม มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการตรวจสอบรหัสทางการแพทย์ ด้านเครื่องมือสนับสนุนการทำงาน และด้านแนวทางการพัฒนา คุณภาพของการให้รหัสทางการแพทย์

ทั้งนี้ แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัย ตรวจสอบคุณภาพโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความเที่ยงตรง เชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความถูกต้องของภาษา (Verbal Validity) และตรวจสอบความครอบคลุมของโครงสร้าง โดยใช้เทคนิคการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item -

Objective Congruence: IOC) คัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และนำผลมาปรับให้สมบูรณ์ก่อนการใช้จริง

สรุปผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ศึกษารายงานสถิติการให้บริการ สรุปผลการดำเนินงานประจำปีของโรงพยาบาล รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลการตรวจสอบการให้รหัสโรค รหัสหัตถการ และการผ่าตัด จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการนัดวันและสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เพื่อรวบรวมระบบงาน ปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้รหัสทางการแพทย์ นำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารการตรวจสอบภายในการให้รหัสทางการแพทย์ ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดวัตถุประสงค์ และแนะนำตัวให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และทำการสัมภาษณ์ โดยได้ขออนุญาตจดบันทึก และใช้เครื่องบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ด้วย หลังจากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวสรุปผลและออกแบบแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารการตรวจสอบภายในการให้รหัสทางการแพทย์ และนำแนวทางดังกล่าวไปทดลองใช้เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และดำเนินการสนทนากลุ่มแบบเจาะประเด็น (Focus Group) อีกครั้ง และผู้วิจัยได้ดำเนินการสอบถามระดับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน หลังจากการทดลองใช้แนวทางดังกล่าวเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลระบบงาน ปัญหาและความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้รหัสทางการแพทย์ และทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อวิเคราะห์แยกประเด็นสำคัญ หลังจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลจากการสอบถามโดยข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน และประสบการณ์ในการทำงานด้านการให้รหัสทางการแพทย์ วิเคราะห์ด้วยความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) และวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแบ่งเกณฑ์ระดับความพึงพอใจ ดังนี้

- 4.20 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด
- 3.41 – 4.20 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก
- 2.61 – 3.40 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง
- 1.81 – 2.60 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย
- 1.00 – 1.80 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด

ผลการศึกษาระบบงานและปัญหาในการตรวจสอบภายในการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด พบว่า

1) การจัดระบบตรวจสอบการให้รหัสทางการแพทย์ มีการตรวจสอบเวชระเบียนเพียง 2 ครั้งต่อปี โดยจัดเป็นโครงการและไม่ได้ทำทุกแฟ้มเวชระเบียน ทำให้ไม่ครอบคลุมแฟ้มเวชระเบียนทั้งหมด เนื่องจากข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายและกำลังคน อีกทั้งการตรวจสอบดังกล่าวเป็นการตรวจสอบแบบย้อนหลัง ทำให้ไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้ทันเวลา และยังไม่มียุทธศาสตร์ตรวจสอบหรือแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ส่วนใหญ่อาศัยประสบการณ์ในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งทำให้มีความแตกต่างในแต่ละบุคคล และเป็นการตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนในเวลางานปกติ เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากร ซึ่งบุคลากรดังกล่าวมีภาระงานประจำสูง การจัดการระบบกำลังคนในการตรวจสอบความถูกต้องดังกล่าว ดำเนินการโดยมอบให้ Coder เป็นผู้รับผิดชอบและสลับกันในวัน ซึ่งอาจเกิดความไม่โปร่งใส โดยผู้ปฏิบัติงานมีการตรวจสอบในเวลางานปกติ เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากร และยังไม่มีการกำหนดบุคลากรหรือทีมที่รับผิดชอบโดยตรง และปัญหาเกี่ยวกับจำนวนการปฏิเสธการจ่ายเงินชดเชยทางการแพทย์ (ร้อยละการติด C) พบว่า มีจำนวนการปฏิเสธการจ่ายเงินชดเชยทางการแพทย์ค่อนข้างสูง ยังไม่มีการนำข้อมูลผลการติด C มาวิเคราะห์หาสาเหตุที่ชัดเจน ไม่มีบุคลากรหรือทีมที่รับผิดชอบในการวิเคราะห์ปัญหาโดยตรง

2) ปัญหาที่เกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารการตรวจสอบภายในการให้รหัสทางการแพทย์ พบว่าด้านระบบการตรวจสอบ โรงพยาบาลยังไม่มีระบบในการตรวจสอบเวชระเบียนที่ชัดเจน และบุคลากรยังมีความเข้าใจกับระบบดังกล่าวไม่มากนัก บางครั้งในการตรวจสอบเวชระเบียนอาจเกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน พบความคลาดเคลื่อนในการให้รหัสทางการแพทย์ อีกทั้งปัจจุบันแฟ้มเวชระเบียนมีความต้องการรายละเอียดมากขึ้นทำให้ระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่อแฟ้มค่อนข้างสูง ด้านการเงิน พบว่า ไม่มีงบประมาณเพียงพอจึงจำเป็นต้องใช้งบประมาณมากขึ้นในการพัฒนาการตรวจสอบเวชระเบียน และด้านเครื่องมือ พบว่า การใช้ระบบให้รหัสทางการแพทย์ ผ่านระบบ Lan และ Wifi มีความล่าช้า เครื่องคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลรุ่นเก่า มีระบบการ

ประมวลผลซ้ำ และด้านบุคลากร จำนวนบุคลากรยังไม่เพียงพอต่อการงานด้านการตรวจสอบเวชระเบียน เพราะเน้นงานบริการตามความต้องการมากกว่า ส่งผลให้ประสิทธิภาพการตรวจสอบลดลง

3) ระบบงานในการตรวจสอบภายในการให้รหัสทางการแพทย์ มีการดำเนินการสรุปเวชระเบียน และการตรวจสอบการให้รหัสดังกล่าวโดย Coder เป็นผู้ตรวจสอบเวชระเบียนและบันทึกในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการโรงพยาบาล (e – Phis) ซึ่งหากพบข้อผิดพลาดจะดำเนินการทบทวนและติดต่อแพทย์ เพื่อทำการทบทวนอีกครั้ง รวมทั้งต้องดำเนินการคำนวณค่า Adj RW และบันทึกในระบบด้วย ในการตรวจสอบเวชระเบียนดำเนินการโดยสุมเวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวนร้อยละ 2 มาตรวจสอบความถูกต้องดังกล่าว กรณีพบว่าผลการตรวจสอบถูกต้อง Coder จะบันทึกรหัส ICD และคำนวณค่า Adj RW ลงใน Google Cloud ของระบบงานเวชระเบียนและเวชสถิติ และกรณีพบว่าผลการตรวจสอบไม่ถูกต้อง Coder จะดำเนินการทบทวนและแก้ไขการให้รหัสดังกล่าว พร้อมทั้งยืนยันความถูกต้องและบันทึกรหัส ICD และคำนวณค่า Adj RW ลงใน Google Cloud ของระบบงานเวชระเบียนและเวชสถิติ

ผลการพัฒนาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารการตรวจสอบภายในการให้รหัสทางการแพทย์ เวชระเบียนผู้ป่วยใน รายละเอียดดังนี้

1) ด้านระบบการตรวจสอบ ผู้วิจัยได้พัฒนาให้มีการตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนมากขึ้น เพื่อให้เกิดความถูกต้องและประสิทธิภาพในการดำเนินงาน โดยจำลองทีมในงานเวชระเบียนและสถิติ และปรับความถี่ในการตรวจสอบเวชระเบียนให้มากขึ้น โดยปรับให้มีการตรวจสอบในงานประจำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือ 4 ครั้งต่อเดือน จะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น และเมื่อสิ้นสุดรายเดือน ให้มีการสรุปผลเพื่อร่วมประชุมติดตามผลการดำเนินการ และผู้ปฏิบัติงานควรจัดทำคู่มือในการตรวจสอบภายในการให้ทางการแพทย์ เวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อให้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน

2) ด้านการเงิน จากการจำลองการดำเนินงานเพิ่มความถี่ให้มีการตรวจสอบมากขึ้นนั้น จึงควรมีการนำเสนอแผนปฏิบัติงานและเป้าหมายความสำเร็จแก่ผู้บริหาร เพื่อวิเคราะห์ห้ตรงกลางที่เหมาะสม และชี้ให้เห็นถึงผลกระทบต่อโรงพยาบาลที่จะเกิดขึ้นจากการได้รับเงินชดเชยการรักษาจากกองทุนต่างๆ ตามความจริง

3) ด้านเครื่องมือ ผู้วิจัยได้เห็นควรในการสำรวจเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ใช้งานเกิน 5 ปี และจัดทำแผนงบประมาณในการเพื่อจัดซื้อเครื่องคอมพิวเตอร์และหนังสือคู่มือการให้รหัสทางการแพทย์ และเสนอแผนดังกล่าวกับผู้บริหาร

4) ด้านบุคลากร ผู้วิจัยเห็นควรวิเคราะห์อัตรากำลังคนเพื่อนำเสนอข้อมูล ผลงาน และภาระงาน ต่อผู้บริหาร โดยมุ่งเน้นให้มีการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ประชุมร่วมกันเพื่อหาแนวทางที่ชัดเจน และเกิดความเข้าใจตรงกัน โดยควรเพิ่มผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด รวมทั้งพิจารณาเพิ่มเติมแพทย์ที่เป็นที่ปรึกษาให้แพทย์ประจำบ้านด้วย

ภายหลังการนำแนวทางดังกล่าวไปให้ผู้ปฏิบัติงานทดลองใช้เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลผลการตรวจสอบการให้รหัสทางการแพทย์ ตามแนวทางดังกล่าวที่ถูกพัฒนาขึ้น รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 สรุปผลการตรวจสอบการให้รหัสโรค รหัสหัตถการ และการผ่าตัด ตามแนวทางการตรวจสอบภายในการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด เวชระเบียนผู้ป่วยใน

ผลการตรวจสอบ	ก่อนการใช้แนวทาง		หลังการใช้แนวทาง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ถูกต้อง	205	85.33	129	94.16
มีข้อผิดพลาด	35	14.64	8	5.84
ค่า AdjRW เฉพาะรายที่มีการเปลี่ยนแปลง				
AdjRW ก่อน			267.98	
AdjRW หลัง			268.36	
ผลต่าง AdjRW หลังตรวจสอบ			0.38	
เงินส่วนต่างที่โรงพยาบาลได้รับ			+4,000	

จากตารางที่ 1 พบว่า จากเดิมก่อนการใช้แนวทางดังกล่าว เวชระเบียนมีความถูกต้อง ร้อยละ 85.33 และมีข้อผิดพลาด ร้อยละ 14.64 และภายหลังการตรวจสอบเวชระเบียนตามแนวทางดังกล่าว ทำให้เวชระเบียนมีความถูกต้อง ร้อยละ 94.16 และมีข้อผิดพลาด ร้อยละ 5.84 ผลดังกล่าวส่งผลให้ ค่า AdjRW เฉพาะรายที่มีการเปลี่ยนแปลง มีผลต่างเท่ากับ 0.38 ส่งผลให้สามารถเรียกเก็บค่าชดเชยทางการแพทย์ตามระบบวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups; DRGs) ได้มากขึ้นกว่าเดิมประมาณ 4,000 บาท

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน		
ไม่เกิน 5 ปี	8	57.1
6-10 ปี	1	7.1
11 ปีขึ้นไป	5	35.7
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการให้รหัสทางการแพทย์		
ไม่เกิน 5 ปี	5	35.7
6-10 ปี	1	7.1
11 ปีขึ้นไป	8	57.1

จากตารางที่ 2 พบว่า ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.7 และ 6-10 ปี ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ และประสบการณ์ในการทำงานด้านการให้รหัสทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะทำงาน 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 35.7 และ 6-10 ปี ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจด้านการตรวจสอบรหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด

รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับ
1) การจัดระบบการตรวจสอบการให้รหัสทาง การแพทย์ แบบรายสัปดาห์	4.36	0.63	มากที่สุด	2
2) การตรวจสอบการให้รหัส ทาง การแพทย์แบบรายสัปดาห์ สามารถช่วยให้รหัสมีความถูกต้องมากขึ้น	4.50	0.65	มากที่สุด	1
3) การปฏิบัติงานด้านตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสอย่างเป็นระบบ ทำให้รหัสทางการแพทย์ และ มีความครบถ้วน	4.36	0.64	มากที่สุด	2
4) ความทันเวลาในการจัดระบบ การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสทาง การแพทย์ แบบรายสัปดาห์	4.00	0.78	มาก	5
5) ความคุ้มค่าต่อการปฏิบัติงาน อย่างเป็นระบบด้านตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสทางการแพทย์	4.36	0.75	มากที่สุด	2
รวมทุกด้าน	4.32	0.69	มากที่สุด	

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด (4.32 ± 0.69) โดยผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการจัดระบบการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสทางการแพทย์แบบรายสัปดาห์ (4.36 ± 0.63) สามารถช่วยให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัดมีความถูกต้องมากขึ้น (4.50 ± 0.65) และการปฏิบัติงานด้านตรวจสอบคุณภาพการให้ทางการแพทย์อย่างเป็นระบบทำให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัดมีความครบถ้วน (4.36 ± 0.64) รวมทั้งมีความคุ้มค่าต่อการปฏิบัติงาน (4.36 ± 0.75) ซึ่งมีผลประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานยังเห็นว่า การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส แบบรายสัปดาห์ มีความทันเวลา โดยมีความพึงพอใจในระดับมาก (4.00 ± 0.78)

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจด้านเครื่องมือที่สนับสนุนการทำงาน

รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับ
1) มีหนังสือคู่มือการให้รหัสทางการแพทย์อย่างครบถ้วน	3.57	1.22	มาก	1
2) คอมพิวเตอร์ที่มีสมรรถนะรองรับการปฏิบัติงาน	3.57	0.94	มาก	1
3) จำนวนเครื่องปริ้นเตอร์เพียงพอต่อการใช้งาน	3.50	1.16	มาก	4
4) ระบบคอมพิวเตอร์ (e-PHIS) สนับสนุนการทำงาน	3.29	0.73	ปานกลาง	5
5) ระบบอินเทอร์เน็ตสนับสนุนการทำงาน	3.57	1.22	มาก	1
รวมทุกด้าน	3.50	1.05	มาก	

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (3.50 ± 1.05) โดยผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อเครื่องมือการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด ในการปฏิบัติงานอย่างครบถ้วน (3.57 ± 1.22) คอมพิวเตอร์ที่มีสมรรถนะรองรับการปฏิบัติงาน (3.57 ± 0.94) จำนวนเครื่องปริ้นเตอร์เพียงพอต่อการใช้งาน (3.50 ± 1.16) และระบบอินเทอร์เน็ตสนับสนุนการทำงาน (3.57 ± 1.22) โดยมีผลประเมินอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานยังเห็นว่าระบบคอมพิวเตอร์ (e-PHIS) สนับสนุนการทำงาน (3.29 ± 0.73) โดยมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจด้านแนวทางการพัฒนาคุณภาพของการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด

รายการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับ
1) การมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพของการให้รหัสทางการแพทย์	4.29	0.73	มากที่สุด	1
2) การปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบในการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสทางการแพทย์ แบบรายสัปดาห์	3.79	0.58	มาก	4
3) การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสทางการแพทย์ แบบรายสัปดาห์ มีความเหมาะสม	3.79	0.80	มาก	4
4) การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสทางการแพทย์ แบบรายสัปดาห์ มีความสำคัญต่อท่านและหน่วยงาน	4.07	0.62	มาก	3
5) การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสทางการแพทย์แบบรายสัปดาห์ มีประโยชน์ในการพัฒนาตนเองและหน่วยงาน	4.14	0.66	มาก	2
รวมทุกด้าน	4.01	0.68	มาก	

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (4.01 ± 0.68) โดยผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพของการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด (4.29 ± 0.73) โดยมีผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจระดับมาก คือ การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัดแบบรายสัปดาห์ มีประโยชน์ในการพัฒนาตนเองและหน่วยงาน (4.14 ± 0.66) มีความสำคัญต่อท่านและหน่วยงาน (4.07 ± 0.62) มีความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน (3.79 ± 0.80) และเป็นการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ (3.79 ± 0.58) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบงานและปัญหาในการตรวจสอบภายในการให้รหัสทางการแพทย์

เวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารการตรวจสอบภายในดังกล่าว รวมทั้งศึกษาความพึงพอใจต่อแนวทางดังกล่าวร่วมด้วย ซึ่งผลการศึกษาระบบงานและปัญหาในการตรวจสอบภายในการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด พบว่า การจัดระบบตรวจสอบดังกล่าว มีการตรวจสอบเพิ่มเวชระเบียนเพียง 2 ครั้งต่อปี โดยจัดโครงการทำให้ไม่ได้ทำทุกเพิ่มเวชระเบียน เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายและกำลังคน อีกทั้งยังเป็นการตรวจสอบแบบย้อนหลัง และยังไม่มียุทธศาสตร์การตรวจสอบหรือแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน การจัดการระบบกำลังคนดำเนินการโดยมอบให้ Coder เป็นผู้รับผิดชอบและสลับกันในทีม ซึ่งอาจเกิดความไม่โปร่งใส และดำเนินงานเวลาว่างปกติ เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากร สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญประภา พรศรีเมตต์ และกนกกรัตน์ ไสยเลิศ (2559) ซึ่งพบปัญหาในการส่งต่อเวชระเบียนในโรงพยาบาลลำปาง เนื่องจากเวชระเบียนไม่สมบูรณ์หรือสูญหาย ภาระงานมาก ทำให้ไม่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับโอภาส วงศ์ศิลป์ (2563) ซึ่งพบว่า เวชระเบียนมีข้อมูลไม่ครบถ้วน ข้อมูลไม่ถูกต้อง และพบปัญหาในด้านความทันเวลา ในส่วนผลการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารการตรวจสอบภายในการให้รหัสทางการแพทย์ ใน 4 ด้านหลัก พบว่า ด้านระบบการตรวจสอบโรงพยาบาลไม่มีระบบในการตรวจสอบเวชระเบียนที่ชัดเจน และบุคลากรยังมีความเข้าใจกับระบบดังกล่าวไม่มากนัก พบความคลาดเคลื่อนในการให้รหัสทางการแพทย์ ด้านการเงินไม่มีงบประมาณเพียงพอ จำเป็นต้องใช้งบประมาณมากขึ้นในการพัฒนาการตรวจสอบเวชระเบียน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสิรินทร์ ภักดีพันธ์ และคณะ (2557) พบว่าการจ่ายเงินชดเชยแบบ DRGs โรงพยาบาลยังคงประสบภาวะขาดทุนและมีปัญหาด้านการเงินเช่นกัน ในส่วนด้านเครื่องมือ ระบบให้รหัสดังกล่าวผ่านระบบ Lan และ Wifi มีความล่าช้า เครื่องคอมพิวเตอร์เป็นรุ่นเก่า และสุดท้ายด้านบุคลากร จำนวนบุคลากรยังไม่เพียงพอต่อการะงานด้านการตรวจสอบเวชระเบียน อีกทั้งจำนวนแพทย์ที่ร่วมตรวจเพิ่มเวชระเบียนมีจำนวนน้อย ทำให้การตรวจสอบไม่ทันเวลา และผลการศึกษากระบวนการในการตรวจสอบภายในการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด พบว่ามีการดำเนินการสรุปเวชระเบียน และการตรวจสอบการให้รหัสดังกล่าวโดย Coder และบันทึกในระบบ e - Phis ซึ่งหากพบข้อผิดพลาดจะดำเนินการทบทวนและติดต่อแพทย์ เพื่อทำการ

ทบทวนอีกครั้ง รวมทั้งต้องดำเนินการ คำนวณค่า Adj RW และ บันทึกในระบบด้วย

จากผลการศึกษาปัญหาและระบบงานดังกล่าว ผู้วิจัย ได้พัฒนาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารการตรวจสอบ ภายในการให้รหัสโรคเวชระเบียนผู้ป่วยใน รายละเอียดดังนี้

1) ด้านระบบการตรวจสอบ ผู้วิจัยได้พัฒนาให้มีการ ตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนมากขึ้น เพื่อให้เกิดความถูกต้องและ ประสิทธิภาพ โดยจำลองทีมในงานเวชระเบียนและสถิติ และปรับ ความถี่ในการตรวจสอบเวชระเบียนให้มากขึ้นแบบรายสัปดาห์ โดยปรับให้มีการตรวจสอบในงานประจำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือ 4 ครั้งต่อเดือน ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น และเมื่อสิ้นสุด รายเดือน ให้มีการสรุปผลเพื่อร่วมประชุมติดตามผลการ ดำเนินการ และผู้ปฏิบัติงานควรจัดทำคู่มือในการตรวจสอบภายใน การให้รหัสดังกล่าว เพื่อให้เป็นมาตรฐาน นั่นคือกำหนดให้มีระบบ การตรวจสอบเวชระเบียนที่มีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในการ ทำงาน การประเมินความเสี่ยง จัดกิจกรรมควบคุมการทำงาน และมีการติดตามประเมินผลสม่ำเสมอ ทั้งนี้กำหนดให้ผู้บริหารมี ส่วนเกี่ยวข้องในการควบคุมภายในดังกล่าว (สำนักงาน ปลัดกระทรวงการคลัง, 2562) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปราณี คำแก้ว และคณะ (2563) พบว่าระบบการบริหารจัดการ เวชระเบียนควรมีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนอย่าง สม่าเสมอ และผลการศึกษาของวันดี วันศรีสุธน และคณะ (2555) พบว่า การตรวจสอบรหัสแบบ Real time เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วย ทำให้การสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการมีความครบถ้วนและ ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

2) ด้านการเงิน จากการจำลองการดำเนินงานเพิ่มความถี่ ให้มีการตรวจสอบมากขึ้นนั้น จึงควรมีการนำเสนอแผนปฏิบัติงาน และเป้าหมายความสำเร็จแก่ผู้บริหาร เพื่อวิเคราะห์อัตรา กำลังคนที่เหมาะสม และชี้ให้เห็นถึงผลกับโรงพยาบาลที่จะ เกิดขึ้นจากการได้รับเงินชดเชยการรักษาจากกองทุนต่างๆ สอดคล้องกับหลักการในการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2562) ซึ่งการตรวจสอบทางด้าน การเงินว่าเป็นไปอย่างเหมาะสมหรือไม่ และเป็นการตรวจสอบ สถานะการเงินอีกด้วย

3) ด้านเครื่องมือ ผู้วิจัยได้เห็นควรให้สำรวจเครื่อง คอมพิวเตอร์ที่ใช้งานเกิน 5 ปี และจัดทำแผนงบประมาณในการ เพื่อจัดซื้อเครื่องคอมพิวเตอร์และหนังสือคู่มือการให้รหัสทางการ แพทย์ และเสนอแผนดังกล่าวต่อผู้บริหาร ซึ่งสอดคล้องกับ

หลักการในการตรวจสอบเวชระเบียน สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (2562) เป็นการตรวจสอบต้นทุนว่ามีการใช้ ทรัพยากรไปมากน้อยเพียงใด ทั้งอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เป็นไปอย่างเหมาะสมหรือไม่

4) ด้านบุคลากร ผู้วิจัยเห็นควรวิเคราะห์อัตรากำลังคน เพื่อนำเสนอข้อมูล ผลงาน และภาระงานต่อผู้บริหาร โดยมุ่งเน้น ให้มีการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ โดยควรเพิ่มผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการ ให้รหัสทางการแพทย์ และพิจารณาเพิ่มเติมแพทย์ที่เป็น ที่ปรึกษาให้แพทย์ประจำบ้านด้วย รวมทั้งควรมีการพัฒนาทักษะ การให้รหัสทางการแพทย์ของบุคลากร สร้างแรงจูงใจในการ เรียนรู้เพิ่มเติม (อัญชลี อ่ำประสิทธิ์, 2564) สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของเพ็ญประภา พรศรีเมตต์และกนกรัตน์ ไสยเลิศ (2559) ใช้การแก้ปัญหาความล่าช้าของเวชระเบียนด้วยการให้ สหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และติดตามผล การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และผลการศึกษาของอุไรพร โคตะมี และคณะ (2560) พบว่า การมีส่วนร่วมที่ดีของทีม สหวิชาชีพ ก่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ทำให้คุณภาพการบันทึก เวชระเบียน ครบถ้วน สมบูรณ์ขึ้น

ภายหลังการนำแนวทางดังกล่าวไปให้ผู้ปฏิบัติงานทดลอง ใช้เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และสรุปผลการตรวจสอบการให้รหัส ทางการแพทย์ ตามแนวทางดังกล่าวที่ถูกพัฒนาขึ้น พบว่า จากเดิมก่อนการใช้แนวทางดังกล่าวเวชระเบียนมีความถูกต้อง ร้อยละ 85.33 และมีข้อผิดพลาด ร้อยละ 14.64 และภายหลัง การตรวจสอบเวชระเบียนตามแนวทางดังกล่าว ทำให้เวชระเบียน มีความถูกต้อง ร้อยละ 94.16 และมีข้อผิดพลาด ร้อยละ 5.84 แนวทางดังกล่าวช่วยให้เวชระเบียนมีความผิดพลาดน้อยลง ส่งผลให้ ค่า AdjRW เฉพาะรายที่มีการเปลี่ยนแปลง มีผลต่างเท่ากับ 0.38 และสามารถเรียกเก็บค่าชดเชยทางการแพทย์ตามระบบ DRGs ได้มากขึ้นกว่าเดิมประมาณ 4,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของวันดี วันศรีสุธน (2555) การพัฒนา การตรวจสอบเวชระเบียนมีส่วนในการลดความผิดพลาดและมีผล การศึกษาความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ด้านการตรวจสอบ รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจโดย ภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด (4.32±0.69) นั่นคือ ผู้ปฏิบัติงานมี ความพึงพอใจต่อการจัดระบบการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ทางการแพทย์แบบรายสัปดาห์ สามารถช่วยให้รหัสทางการแพทย์ มีความถูกต้องมากขึ้น และเป็นการปฏิบัติงานด้านตรวจสอบ

คุณภาพอย่างเป็นระบบ ทำให้รหัสทางการแพทย์ มีความครบถ้วน สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุทัย ทับทอง และคณะ (2563) ซึ่งการพัฒนาแนวทางในการให้รหัสทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติมีความพึงพอใจมากต่อแนวทางดังกล่าว และสามารถใช้งานได้จริง ส่วนในด้านเครื่องมือที่สนับสนุนการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (3.50 ± 1.05) นั่นคือ ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการมีหนังสือคู่มือการให้รหัสทางการแพทย์ อย่างครบถ้วน คอมพิวเตอร์ที่มีสมรรถนะรองรับการปฏิบัติงานจำนวนเครื่องปริ้นเตอร์เพียงพอต่อการใช้งาน และระบบอินเทอร์เน็ตสนับสนุนการทำงาน และในด้านการพัฒนาคุณภาพของการให้รหัสโรค รหัสหัตถการและการผ่าตัด ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (4.01 ± 0.68) นั่นคือ ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพของการให้ทางการแพทย์ การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสทางการแพทย์แบบรายสัปดาห์ มีประโยชน์ในการพัฒนาตนเองและหน่วยงาน มีความสำคัญต่อตนเองและหน่วยงาน มีความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน และเป็นการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1) ควรส่งเสริมให้มีการจัดการการตรวจสอบความถูกต้อง ในการให้รหัสทางการแพทย์แบบรายสัปดาห์ ขึ้นอย่างเป็นระบบ

เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกำหนดให้มีการควบคุมภายในหน่วยงาน โดยกำหนดให้มีระบบการตรวจสอบเวชระเบียนที่มีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม การประเมินความเสี่ยง จัดกิจกรรมควบคุมการทำงาน และมีการติดตามประเมินผลสม่ำเสมอ

2) ควรพัฒนารูปแบบการจัดการองค์ความรู้เกี่ยวกับเวชระเบียน ทั้งที่ใช้ในการสื่อสารเพื่อการรักษาพยาบาลและกฎหมาย และให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม DRGs ในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

1) หน่วยงานควรมีการวิเคราะห์อัตราค่าจ้างคนในด้านการตรวจสอบเวชระเบียนเพิ่มเติม เพื่อให้ค่าตอบแทนการจ่ายค่าชดเชยทางการแพทย์ตรงตามความเป็นจริง

2) หน่วยงานควรมีการนำแนวทางดังกล่าวไปใช้จริง เพื่อเป็นการพัฒนาการดำเนินงานของโรงพยาบาล และประสิทธิภาพสูงสุด

3) หน่วยงานควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาการติด C จากสาเหตุต่างๆ โดยอาจในแต่ละแผนกร่วมประชุมหารือ

เอกสารอ้างอิง

- [1] ปราณี คำแก้ว, ยิ่งยง เทาประเสริฐ, และกันยานุช เทาประเสริฐ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบันทึกเวช ระเบียนในโรงพยาบาลสาธิตการแพทย์แผนไทยจังหวัดเชียงราย. *วารสารมจรสังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 9(2), 62-72.
- [2] เพ็ญประภา พรศรีเมตต์ และกนกรัตน์ ไสยเลิศ. (2559). การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบ *Diagnosis Related Groups*. *Journal of Health Science-วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 865-871.
- [3] วรธนา เปาอินทร์. (2561). การใช้ฐานประสพการณ์เพื่อเสริมประสิทธิภาพของระบบค้นหารหัสการจำแนกโรคระหว่างประเทศแบบอัตโนมัติ และการแลกเปลี่ยนประสพการณ์ของระบบ. *วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศ*, 9(1), 1-6.
- [4] วันดี วันศรีสุธน, ศุภโชค สิงห์กันต์, และสุดสบาย จุลกัทัพพะ. (2555). การศึกษาความคลาดเคลื่อนของการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการที่มีผลต่อการให้รหัส ICD จากการตรวจสอบรหัส ICD real time ของผู้ป่วยในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช. *เวชบันทึกศิริราช*, 5(2), 62-68.

- [5] สัมแป้น ศรีหนูขำ, วราภรณ์ ปานเงิน, ธาณี รักนาม, และยุพาพร วัฒนกุล. (2557). การศึกษาการสรุปรหัสคำวินิจฉัยโรคหัตถการและการผ่าตัดของคำรักษาพยาบาลตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. *Integrated Social Science Journal*, 1(2), 125-143.
- [6] สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง. (2562). *คู่มือการควบคุมภายใน 2562*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง.
- [7] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2562). *แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- [8] สิริพันธ์ ภักดีพันธ์, ภูรี อนันต์โชติ, ธิติมา เฟื่องสุภาพ, และสมรัฐ ตระกูลกาญจน์. (2557). สถานะทางการเงิน และคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลภายใต้กลไกการจ่ายเงินแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ*, 9(4), 213-221.
- [9] อรทัย เขียวเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรธนาโรจน์ทัย, ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, และนิพนธ์ รอดเนียม. (2552). การพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยในจิตเวชฉบับที่ 3. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(1), 95-112.
- [10] อัญชลี อ่ำประสิทธิ์. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้และแนวทางการพัฒนาการเรียนรู้ด้านรหัสทางการแพทย์. *วารสารวิชาการวิทยาลัยสันตพล*, 7(2), 62-73.
- [11] อุทัย ทับทอง, สุदानดา สุขศาลา, และธันวา โอโรรัมย์. (2563). การพัฒนาเว็บไซต์คำนวณค่าสายตาในการให้รหัสทางการแพทย์ของผู้ป่วยต่อกระจกสำหรับเจ้าพนักงานเวชสถิติโรงพยาบาลราชบุรี. *UBRU Journal for Public Health Research*, 9(1), 93-103.
- [12] อุไรพร โคตะมี, นิรุวรรณ เทรินโบล, และสุทิน ชนะบุญ. (2560). การพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนของ تیمสหวิชาชีพโรงพยาบาลไชยวานอำเภอไชยวานจังหวัดอุดรธานี. *The Public Health Journal of Burapha University*, 12(2), 1-14.
- [13] โอภาส วงศ์ศิลป์. (2563). การพัฒนาคุณภาพข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลลำปาง. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง*, 9(1), 112-125.