

Original Article

คุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อใช้ในการ จัดทำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมโรงพยาบาล ในจังหวัดกำแพงเพชร พ.ศ. 2547

สวัสดิ์ อภิวัจนิงค์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

บทคัดย่อ

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group) เป็นการบอกธรรมชาติและความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยมีตัวแปรที่สำคัญคือ โรคหลัก โรคที่เป็นร่วม (co-morbidity) โรคแทรกซ้อน (complication) อายุผู้ป่วย หัตถการ จำนวนวันนอน สถานภาพการจำหน่าย และค่ารักษา นำข้อมูลทั้งหมดมาคำนวณหาค่ามาตรฐานที่เรียกว่า ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight : RW) ซึ่งค่าดังกล่าวใช้ในการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในให้แก่โรงพยาบาล การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความผิดพลาดของการให้รหัสผู้ป่วยในรายบุคคล โดยทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2546 - กุมภาพันธ์ 2547 โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) ร้อยละ 3 ของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 14,872 แพ้มได้จำนวน 468 แพ้ม และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2547 ผลการศึกษามีข้อมูล RW < 4 จำนวน 446 แพ้ม คิดเป็นร้อยละ 95.30 ที่เหลือคือ RW ≥ 4 จำนวน 22 แพ้ม ร้อยละ 4.70 พบข้อมูลการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมีความผิดพลาด 235 แพ้ม ร้อยละ 50.21 เมื่อปรับด้วยข้อมูลวันนอนมีผลทำให้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สุทธิเปลี่ยนไปในทางลดลง ร้อยละ 5.17 การวินิจฉัยโรคหลักผิดพลาดร้อยละ 48.08 ส่วนคุณภาพเวชระเบียนและการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในเกณฑ์ค่าคือโรงพยาบาลที่ได้คะแนนสูงสุด ร้อยละ 74.07 โรงพยาบาลที่มีคะแนนต่ำสุด ร้อยละ 40.74 โดยมีโรงพยาบาลที่คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 36.36)

คำสำคัญ: กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม, ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์, คุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน

บทนำ

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group: DRG) เป็นระบบการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในโดยใช้ข้อมูลทางคลินิกจำนวนไม่มากนัก เพื่อทำนายปริมาณทรัพยากรที่ต้อง

ใช้ในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการใช้บริการต่าง ๆ (output) ของโรงพยาบาล เช่น การชันสูตรโรค การผ่าตัด การพยาบาล แนวคิดการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมอยู่บนพื้นฐานว่าผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเดียวกันจะมีลักษณะของการรักษาพยาบาลหรือ

ใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกัน การจัด-
กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ต้องการข้อมูลการวินิจฉัยโรคที่
นอกธรรมชาติและความรุนแรงของการเจ็บป่วย ฉะนั้น
ตัวแปรสำคัญที่นำมาใช้ในการจัดกลุ่มคือการวินิจฉัย
โรคหลัก การวินิจฉัยโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคที่เป็นร่วมด้วย
โรคแทรกซ้อน หัตถการผ่าตัด อายุผู้ป่วย สถานภาพ
การจำหน่ายผู้ป่วย ข้อมูลจำนวนวันนอนและค่ารักษาที่
โรงพยาบาลเรียกเก็บ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาใช้ใน
การคำนวณค่ามาตรฐานที่เรียกว่าน้ำหนักสัมพัทธ์ซึ่ง
หมายถึงค่าเฉลี่ยของการใช้ทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วย
ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมนั้น เทียบกับค่าเฉลี่ยของการ
ใช้ทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วยในทั้งหมด เมื่อจัดกลุ่ม
ผู้ป่วยแล้วแต่ละกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจะมีค่าน้ำหนัก
สัมพัทธ์ที่บอกความต้องการใช้ทรัพยากรของโรง-
พยาบาลเพื่อการรักษา การนำแนวคิดการจัดกลุ่ม
วินิจฉัยโรคร่วมไปใช้ประโยชน์ในยุคแรก ๆ เพื่ออธิบาย
ผลผลิตของโรงพยาบาล ต่อมาได้พัฒนาเป็นกลไกใน
การจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลหรือหน่วย-
งานสาธารณสุข กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเริ่มใช้เป็นครั้ง
แรกในโครงการ Medicare ซึ่งบริหารโดยสำนักงาน
การคลังสาธารณสุข (Health Care Financing Admin-
istration, HCFA)⁽¹⁾ เพื่อใช้จ่ายเงินแก่โรงพยาบาลที่
ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในสหรัฐอเมริกาในระบบตกลงราคา
ล่วงหน้า (prospective payment system) เพื่อ
กระตุ้นให้โรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ
มากขึ้นและช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่
สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมยังใช้
เป็นเครื่องมือในการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข
เพื่อกระตุ้นประสิทธิภาพของโรงพยาบาลและให้ความ
เป็นธรรมกับสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ อย่างแพร่-
หลายในยุโรป ได้แก่ อังกฤษ สวีเดน เบลเยียม สเปน
เดนมาร์ก ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ส่วนในเอเชีย ได้แก่
เกาหลีใต้ สิงคโปร์ เป็นต้น⁽²⁾

สำหรับประเทศไทย สำนักงานประกันสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข ประกาศให้ใช้กลุ่มวินิจฉัยโรค-

ร่วมสำหรับการจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลราคา
สูงในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษา
พยาบาลตั้งแต่ปี 2541 และใช้ในโครงการหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า ในการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยภายใน
จังหวัดและข้ามเครือข่ายจังหวัดตั้งแต่ปีงบประมาณ
2545 เป็นต้นมา มีการจัดสรรงบประมาณให้แก่
จังหวัดแบบ exclusive capitation และได้กำหนดให้
มีการจ่ายเงินผู้ป่วยในเป็นการภายในตามผลงานการให้
บริการภายใต้งบประมาณยอดรวม (DRG with global
budget) โดยจังหวัดจะจัดสรรตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์
ตามงวดระยะเวลาที่ส่วนกลางจัดสรรงบประมาณให้
โดยใช้ข้อมูลวันจำหน่ายผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ มีการ
ตรวจสอบเวชระเบียนและนำผลการตรวจสอบมาใช้
ในการปรับเพิ่มหรือลดงบประมาณกรณีข้อมูลที่ส่งมา
ขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ได้รับงบ-
ประมาณสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริงจากการตรวจสอบ
เวชระเบียน⁽³⁾

จึงศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความ
ผิดพลาดของการให้รหัสผู้ป่วยในรายบุคคลและผล
กระทบ ผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนสามารถ
นำไปใช้ในการปรับเพิ่มหรือลดงบประมาณอย่างเป็น
ธรรม รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขการลงเวชระเบียนให้เกิด
ความสมบูรณ์ และทบทวนความเหมาะสมของการให้
บริการของสถานบริการต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective
descriptive study) ใช้ข้อมูลของผู้ป่วยในรายบุคคล
ปีงบประมาณ 2547 (ตุลาคม 2546 - กุมภาพันธ์
2547) ของโรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชรจำนวน
11 แห่ง

โดยเปรียบเทียบข้อมูลมาตรฐานการประกัน
สุขภาพกับข้อมูลจากการตรวจสอบเพิ่มเวชระเบียน
ของผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์
และคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนของข้อมูลผู้ป่วย

ในรายบุคคลแบบ coding audit เพื่อเฝ้าระวังคุณภาพของการบริการและป้องกันการลงรหัสการป่วยที่เป็นโรคนักและซับซ้อนกว่าข้อมูลจริง (DRG creep)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาเป็นแฟ้มข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในรายบุคคลของผู้รับบริการที่ใช้สิทธิบัตรทองของโรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชรที่จัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจำนวน 14,872 แฟ้ม และสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบมาร้อยละ 3 และแฟ้มข้อมูลที่ได้ต้องไม่ต่ำกว่า 15 แฟ้มต่อแห่ง

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลของโรงพยาบาล ในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 11 แห่ง ในปีงบประมาณ 2547 ในช่วงเดือนตุลาคม 2546 - กุมภาพันธ์ 2547 โดย

1. สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของเวชระเบียนทั้งหมดที่ใช้ในรายที่ต้องใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยมาจัดสรรทรัพยากร โดยจำนวนที่นำมาตรวจสอบขึ้นกับปริมาณของข้อมูลเวชระเบียนและจำนวนผู้ตรวจสอบที่มีในระบบนั้นโดยอิงแนวคิดดังนี้

- ร้อยละ 1 (HCFA, U.S.A.) ในกรณีที่มีจำนวนเวชระเบียนเป็นจำนวนมาก
- ร้อยละ 5 (Australian coding benchmark audit) เป็นไปตามคำแนะนำของประเทศออสเตรเลียว่าควรมีจำนวนข้อมูลอย่างต่ำร้อยละ 5 แต่ถ้าคำนวณออกมาแล้วได้น้อยกว่า 40 แฟ้ม ต้องใช้ 40 แฟ้ม เป็นจำนวนขั้นต่ำ
- ร้อยละ 1-5 แต่ไม่น้อยกว่า 30 แฟ้มต่อปี⁽⁴⁾

2. ทำการตรวจสอบเฉพาะรายที่มีปัญหาจากการประมวลผลข้อมูล เช่น

2.1 นอนนานเกินเกณฑ์มาตรฐาน

2.2 ค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

2.3 DRG 468, 469, 470, 476, 477 ซึ่งเป็น DRG ที่มีความผิดปกติ เช่น การผ่าตัดไม่ตรงกับโรคหรือการวินิจฉัยที่ไม่เป็นไปตามกฎของการให้รหัส

2.4 DRG เดียวกันแต่มีค่าใช้จ่ายและวันนอนในโรงพยาบาลสูงหรือต่ำแตกต่างกัน

2.5 วันนอนน้อยแต่มีค่าใช้จ่ายสูง

2.6 มีการวินิจฉัยเป็นอาการและการแสดง (sign & symptom) แต่มีค่าใช้จ่ายหรือวันนอนสูง

3. ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรักษาพยาบาลและปัญหาทางกฎหมาย เช่น

3.1 การวินิจฉัยโรคเป็นโรคแปลก ๆ หรือวินิจฉัยไม่ได้

3.2 การตรวจวินิจฉัยที่ผิดปกติ

3.3 เสียชีวิตผิดปกติโดยเฉพาะรายที่ไม่ได้คาดหวังว่าจะเสียชีวิต

3.4 มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สมควร

3.5 มีปัญหาในการให้การรักษาพยาบาล

3.6 ขอบรับการส่งต่อไปรักษาที่อื่น

3.7 มีคดี

- สรุปรวบรวมข้อผิดพลาดเป็นกลุ่ม ส่งผู้รับผิดชอบด้านนั้น ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบบันทึกข้อมูล medical record audit ที่มีผู้ศึกษาและมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแล้ว โปรแกรม DrgAudit V 6.0 for TGrp และโปรแกรม Thai DRG Grouper V 3.01 และโปรแกรม Microsoft Access ซึ่งในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมจากที่สำนักงานประกันสุขภาพซึ่งได้มีการหาระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ

จากการให้บริการผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สุ่มสำรวจข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลของจังหวัดกำแพงเพชรที่ส่งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามชุดข้อมูลมาตรฐานการประกันสุขภาพเพื่อนำไปสำรวจหาเพิ่มเวชระเบียนของโรงพยาบาลจำนวนร้อยละ 3 และเพิ่มข้อมูลที่ได้จะต้องไม่ต่ำกว่า 15 แห่งต่อแห่ง ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2547 โดยมีขั้นตอนการจัดเก็บข้อมูลดังนี้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรสุ่มหาเวชระเบียนจากข้อมูลผู้ป่วยในที่ใช้ในการจัดสรรงบประมาณ แจงเลขที่ HN และ AN ให้โรงพยาบาลนำไปค้นหาเพิ่มเวชระเบียนและจัดส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

2. บันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรคและการให้รหัสโรคในแต่ละแฟ้มในแบบฟอร์มที่ใช้ audit

3. กระจายแฟ้มให้คณะทำงาน 6 ทีม ซึ่งแต่ละทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวชสถิติที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน นำไปทบทวนโดยไม่ให้ตรวจสอบแฟ้มของโรงพยาบาลตนเองและแต่ละแฟ้มต้องผ่านการตรวจสอบจากทุกคนในทีม จากนั้นบันทึกข้อมูลการตรวจสอบในแบบฟอร์ม audit

4. นำผลที่ได้จากการตรวจสอบบันทึกลงในคอมพิวเตอร์

5. ประมวล วิเคราะห์และสรุปผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน

6. แจงผลการตรวจสอบให้โรงพยาบาลทราบและหากพบว่ามีถูกต้องให้อุทธรณ์ ภายใน 7 วัน

7. นำผลที่ได้เสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด และนำผลที่ได้ไปปรับลดหรือเพิ่มยอดเงินที่จัดสรรให้สถานพยาบาลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม DrgAudit V 6.0 for TGrp และโปรแกรม Thai DRG Grouper V 3.01 สำหรับตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในตามชุดข้อมูลมาตรฐานของการประกันสุขภาพที่ใช้ในการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและวิเคราะห์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์และการปรับลดหรือเพิ่มค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ใช้โปรแกรม Microsoft Access สำหรับบันทึกข้อมูลการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในตามชุดข้อมูลมาตรฐานของการประกันสุขภาพและข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โรงพยาบาลส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อขอเบิกค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสัดส่วน

ผลการศึกษา

การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชรเป็นการตรวจสอบความผิดพลาดของการให้รหัสข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลของโรงพยาบาลในจังหวัดกำแพงเพชรระหว่างเดือนตุลาคม 2546 - กุมภาพันธ์ 2547 จากชุดข้อมูลมาตรฐานการประกันสุขภาพที่นำมาใช้ในการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเปรียบเทียบกับข้อมูลในเวชระเบียน และตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนของข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างจำนวน 468 แฟ้ม โดยนำเสนอผลการศึกษา 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ผลการตรวจสอบการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ 3) คุณภาพเวชระเบียน 4) ผลการตรวจสอบเวชระเบียน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จังหวัดกำแพงเพชรมีโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 334 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลขนาด 60 เตียง 4 แห่ง โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง 3 แห่ง และโรงพยาบาล

ขนาด 10 เคียง 3 แห่ง รวม 694 เคียง มีประชากรทั้งหมด 738,005 คน ขึ้นทะเบียนบัตรทอง 595,027 คน คิดเป็นร้อยละ 80.62 สิทธิประกันสังคม 85,121 คน (11.53%) และสิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ 31,905 คน (4.32%) วางสิทธิ 26,002 คน (3.52%)

ในการศึกษาครั้งนี้ได้สุ่มตัวอย่างเวชระเบียนจำนวน 468 แฟ้ม พบว่ามีค่า RW < 4 จำนวน 446 แฟ้มคิดเป็นร้อยละ 95.30 และแฟ้มที่มีค่า RW ≥ 4 จำนวน 22 แฟ้ม (4.70%)

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจสอบการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

ผลการตรวจสอบข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียนตามแบบฟอร์ม medical record audit พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงการจัดกลุ่มโรคและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์จากข้อมูลที่เคยรายงานตามชุดข้อมูลมาตรฐานการประกันสุขภาพเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณผู้ป่วยใน โดยสัดส่วนข้อมูลการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในโรงพยาบาลที่ต่างจากการตรวจสอบเวชระเบียนมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ร้อยละ 76.09, 72.22 และ 69.70 ส่วนโรงพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 23.53 ในภาพรวมการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมีความผิดพลาดร้อยละ 50.21

เมื่อดูจากวันนอนจริงพบว่ามีโรงพยาบาลที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอนจริง (AdjRW) เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือร้อยละ 14.12 โรงพยาบาลที่มีการปรับค่า AdjRW ลดลงมากที่สุด ร้อยละ 36.61 โดยในภาพรวมมีการปรับค่า AdjRW ลดลงร้อยละ 5.17 การลงรหัสการวินิจฉัยโรคหลักโดยรวมผิดพลาดร้อยละ 48.08 โรงพยาบาลที่ผิดพลาดมากที่สุด ร้อยละ 83.87 น้อยที่สุดร้อยละ 26.67 การประเมินส่วน summary assess เป็นการประเมินความถูกต้องของเนื้อหา Dx (การวินิจฉัยโรค) และ Op (หัตถการ) พบว่าสรุปได้ถูกต้องตรงตามความคิดเห็นของผู้ตรวจสอบ (auditor) เพียงร้อยละ 43.80 แตกต่างกับผู้ตรวจสอบร้อยละ 56.20

แยกเป็นแตกต่างในการสรุปโรครอง ร้อยละ 32.04 แตกต่างในการสรุปโรคหลักร้อยละ 48.08 ไม่สรุป Dx ร้อยละ 1.07 สรุป Dx ไม่ถูกต้องร้อยละ 9.19 และไม่ specific ร้อยละ 9.62 ส่วน code assess นั้นเป็นการประเมินความถูกต้องของการให้รหัส Dx และ OP (ICD code) การให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการที่ออกโดยผู้ให้รหัส (coder) นั้นพบว่าถูกต้องตรงตามความคิดเห็นของผู้ตรวจสอบร้อยละ 30.77 รหัสของผู้ตรวจสอบและผู้ให้รหัสต่างกันมากเนื่องจากการลงรหัสวินิจฉัยโรคและหัตถการมีความแตกต่างเป็นอย่างมากในส่วนของแพทย์ร้อยละ 35.04

ส่วนที่ 3 คุณภาพเวชระเบียน

เป็นการตรวจสอบเนื้อหาของเอกสารที่เป็นสาระสำคัญ 11 ชนิดและให้ความเห็นเชิงคุณภาพของเอกสารแต่ละชนิด โดยในการประเมินการให้ความเห็นเชิงคุณภาพของส่วนต่าง ๆ ของเวชระเบียน (content of medical record) มีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพใบสรุปการจำหน่าย (physician discharge summary)

การประเมินคุณภาพใบสรุปการจำหน่ายมีส่วนที่สำคัญอยู่ 2 ส่วนคือ 1) ส่วนที่เป็นการสรุปรายนามโรคของผู้ป่วยการผ่าตัดหรือหัตถการ 2) ส่วนที่แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น ชื่อ ที่อยู่ อายุ เพศ (other) การประเมินจึงต้องทำทั้ง 2 ส่วน ใบสรุปการจำหน่ายเกี่ยวกับการผ่าตัดหรือทำหัตถการที่ดีต้องมีการวินิจฉัยโรคครบถ้วนเป็นไปตาม Rule of ICD (โรคหลัก โรคร่วม โรคแทรก) มีการลงหัตถการเมื่อจำหน่ายครบถ้วนเป็นไปตาม Rule of ICD-9-CM มีผลลัพธ์จากการรักษาและดูสภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย

เมื่อพิจารณาความถูกต้อง ความครบถ้วน การเรียงลำดับลายมือและการใช้คำซึ่งพิจารณาโดยใช้เกณฑ์ 4 ระดับคือ 1) บกพร่อง หมายถึงต้องปรับปรุงมาก 2) พอใช้ หมายถึงยังต้องปรับปรุง 3) ดี หมายถึงได้มาตรฐาน 4) ดีเยี่ยม หมายถึงดีกว่ามาตรฐาน พบว่า

จำนวนโรงพยาบาลที่อยู่ในเกณฑ์ดี คือมีโรคหลักที่
ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการทำ
หัตถการที่สำคัญครบถูกต้องและถูกลำดับร้อยละ 63.64
โรงพยาบาลที่อยู่ในเกณฑ์บกพร่องคือขาดข้อมูลการ
วินิจฉัยโรคและหัตถการหรือมีแต่ไม่ถูกต้องหลาย
รายการร้อยละ 36.36

เมื่อพิจารณาความถูกต้องครบถ้วนในการลง
ข้อมูลส่วนอื่นที่ไม่ใช่การวินิจฉัยโรคและหัตถการพบ
โรงพยาบาลที่อยู่ในเกณฑ์ดีคือลงข้อมูลครบทุกรายการ
และถูกต้องหมดร้อยละ 54.55 อยู่ในเกณฑ์พอใช้ร้อยละ
36.36 และอยู่ในเกณฑ์บกพร่อง คือมีการใส่ผิดหรือใส่
ไม่ครบหลายรายการร้อยละ 9.09

2. การประเมินคุณภาพใบบินยอมให้รักษาของ
ผู้ป่วย (informed consent)

ปัจจุบันได้มีการประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วย
โดยองค์การวิชาชีพต่าง ๆ และได้นำไปใช้ในโรง-
พยาบาลทุกแห่ง ประกอบกับสิทธิส่วนบุคคลตาม
รัฐธรรมนูญ ใบบินยอมให้รักษาของผู้ป่วยต้องปรับ-
เปลี่ยนโดยยึดหลักว่าถ้าผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาลจะต้องได้รับคำอธิบายถึงสิ่งที่จะเกิดกับ
ผู้ป่วย อัตราเสี่ยง และค่าใช้จ่าย เมื่อผู้ป่วยเข้าใจแล้ว
จึงลงนามแสดงความเข้าใจในใบบินยอมให้รักษาพร้อม
เวลาที่รับทราบและพยาน ใบบินยอมให้รักษาของผู้ป่วย
ที่ดีจะต้องมีรายละเอียดข้อมูลของวัน เดือน ปี และ
เวลาที่รับรู้ข้อมูล การแสดงความรับผิดชอบในกรณีที่
ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพช่วยเหลือตัวเองได้ ความสัมพันธ์
ของผู้ที่แสดงความรับผิดชอบกับผู้ป่วยและพยาน เมื่อ
พิจารณาความถูกต้องความครบถ้วนความชัดเจน (ใส่
ชื่อกำกับได้ลายเซ็น ใส่ความสัมพันธ์เมื่อญาติเซ็นชื่อ)
พบมีโรงพยาบาลร้อยละ 72.73 อยู่ในเกณฑ์ดีคือ มีการ
ลงนาม มีสิ่งที่บอกได้ชัดเจนว่าใครเป็นผู้ลงนาม มี
พยานและวันที่ครบ ส่วนอีกร้อยละ 27.27 อยู่ในเกณฑ์
พอใช้คือมีการลงนาม มีสิ่งที่บอกได้ชัดเจนว่าใครเป็นผู้
ลงนาม แต่ไม่ครบถ้วน

3. การประเมินคุณภาพการบันทึกประวัติ (history)

เมื่อพิจารณาความครบถ้วนของเนื้อหา การ
เรียบเรียงตามลำดับเวลาและลายมือ พบการบันทึก
ประวัติในโรงพยาบาลร้อยละ 90.91 อยู่ในเกณฑ์ดี คือ
มีเนื้อหาที่บอกถึงการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มถึงปัจจุบัน ซึ่ง
บรรยายอาการต่าง ๆ ครบ แต่มีโรงพยาบาลร้อยละ
9.09 อยู่ในเกณฑ์บกพร่องคือมีเฉพาะอาการสำคัญ
อย่างเดียว

4. การประเมินคุณภาพการตรวจร่างกาย (physical examination)

ความสมบูรณ์ของการบันทึกการบรรยายถึงสิ่ง
ที่ได้ตรวจอย่างชัดเจนและลายมือ พบโรงพยาบาลที่มี
การบันทึกการตรวจร่างกายอยู่ในเกณฑ์ดีคือมีการ
บันทึกครบทุกระบบมีรายละเอียดในส่วนที่สำคัญที่
เกี่ยวข้องกับอาการร้อยละ 18.18 อยู่ในเกณฑ์พอใช้
ร้อยละ 9.09 ส่วนที่เหลือร้อยละ 72.73 อยู่ในเกณฑ์
บกพร่องคือบันทึกเฉพาะส่วนที่ผู้ป่วยแจ้งให้ทราบ

5. การประเมินคุณภาพบันทึกความก้าวหน้า
(progress note)

กรณีผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาลนานเกิน
หนึ่งวันจะต้องมีการแสดงถึงสภาพผู้ป่วยในวันต่อมา
บันทึกความก้าวหน้าที่ดีจะมีรายละเอียดของการบันทึก
ดังนี้คือ บันทึกโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา การให้ยา บันทึก
รายละเอียดทุกครั้งที่มีการทำหัตถการและจะต้อง
บันทึกทุกวันใน 3 วันแรก บันทึกทุกครั้งที่ปรึกษา
ระหว่างแผนกและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้-
ดูแล และมี SOAP format (Subjective data, Objec-
tive data, Assessment, Plan) เมื่อดูความสม่ำเสมอ
ของการรักษา เนื้อหาในบันทึกครอบคลุมทุกปัญหาที่มี
การเปลี่ยนแปลงเร็ว การมี SOAP ครบจำนวนโรง-
พยาบาลที่มีการบันทึกความก้าวหน้าอยู่ในเกณฑ์ดีมี
ร้อยละ 18.18 คือมีการบันทึกปัญหาสำคัญเมื่อมีการ
เปลี่ยนแปลงอย่างครบถ้วน อยู่ในเกณฑ์พอใช้ร้อยละ
9.09 และอยู่ในเกณฑ์บกพร่องคือ บันทึกซ้ำซากโดยไม่
บ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของโรคร้อยละ 72.73

6. การประเมินคุณภาพบันทึกการผ่าตัด (operative note)

ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดจะต้องมีการเขียนบันทึกการผ่าตัด โดยบันทึกที่ดีจะต้องมีการวินิจฉัยโรคก่อนและหลังผ่าตัด แพทย์ผู้ผ่าตัด ลายมือชื่อแพทย์ผู้ผ่าตัด บันทึกการระงับความรู้สึก วิธีผ่าตัด สิ่งตรวจพบ สิ่งที่ถูกตัดออก และ/หรือสิ่งส่งตรวจทางพยาธิวิทยา พบโรงพยาบาลทั่วไปมีการบันทึกอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่มีการผ่าตัดไม่ได้ให้ความสำคัญในการบันทึก

7. การประเมินคุณภาพบันทึกการดมยาสลบ (anesthetic record)

บันทึกการดมยาสลบที่ดีต้องระบุวิธีการที่ชัดเจนเพื่อแสดงถึงวิธีการระงับความรู้สึก เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาหลังการผ่าตัดจะได้มีข้อมูลพิจารณาหาสาเหตุภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ผิดปกติต่าง ๆ พบว่าโรงพยาบาลทั่วไปมีการบันทึกอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่มีการผ่าตัดไม่ได้ให้ความสำคัญในการบันทึก

8. การประเมินคุณภาพบันทึกการคลอด (labour record)

บันทึกการคลอดเน้นไปที่การบันทึกสภาพมารดา ทารก ความคืบหน้าของกระบวนการคลอดและปัจจัยเสี่ยง ส่วนทารกจะดูเพิ่มเติมคือ APGAR SCORE พบว่าโรงพยาบาลชุมชนยังไม่เห็นความจำเป็นที่ต้องบันทึกในส่วนนี้ ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปมีการบันทึกอยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม

9. การประเมินคุณภาพบันทึกการให้คำปรึกษา (consultation record)

รายละเอียดของบันทึกการให้คำปรึกษาคือมีข้อมูลอาการสำคัญ ผลการตรวจร่างกาย ข้อปรึกษา และเมื่อเสร็จสิ้นแล้วผู้ให้คำปรึกษาต้องสรุปความเห็นและข้อแนะนำที่ชัดเจน สำหรับเวลาที่เหมาะสมในการให้คำปรึกษาให้พิจารณาตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละคนว่าเป็นเรื่องเร่งด่วนหรือปกติโดยมีเงื่อนไขว่าไม่ควร

ตอบช้ากว่า 24 ชั่วโมง พบว่าทุกโรงพยาบาลยังไม่ให้ความสำคัญในการบันทึก

10. การประเมินคุณภาพบันทึกการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation record)

บันทึกการฟื้นฟูสภาพจะต้องระบุแผนการรักษาและขั้นตอนคล้ายกับบริการห้องผ่าตัด เช่น อวัยวะ หรือตำแหน่งที่จะทำการบำบัด ชนิดของกายกรรม จำนวนครั้งที่ทำ ข้อแนะนำที่มีต่อผู้ป่วยและญาติ พบว่าทุกโรงพยาบาลยังไม่ให้ความสำคัญในการบันทึก

11. การประเมินคุณภาพบันทึกการพยาบาล (nurse's note)

บันทึกการพยาบาลจะต้องมีรายละเอียดคือ มีข้อมูลการประเมินผู้ป่วยในระยะแรก และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลต่อเนื่องเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีบันทึกเกี่ยวกับการกินอาหาร การพักผ่อนและการขับถ่าย พบว่ามีโรงพยาบาลที่อยู่ในเกณฑ์บกพร่องร้อยละ 9.09 คือ อานไม่ออก ซึ่งเกิดจากลายมือที่เขียนอย่างเร่งรีบและปากกาเส้นเล็กและข้อมูลไม่ครบถ้วน อยู่ในเกณฑ์พอใช้ร้อยละ 27.27 และอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 63.64

ส่วนที่ 4 ผลการตรวจสอบเวชระเบียนโดยรวม

เมื่อรวมคะแนนจากคะแนนสูงสุดของเอกสารทุกส่วนที่นำมาประเมิน (good = 3 หรือ excellent = 4) ไม่รวมเอกสารที่ประเมินว่าไม่จำเป็นต้องมี (not applicable, NA) และส่วนที่ไม่สมบูรณ์ (miss) โดยมีองค์ประกอบพื้นฐานที่เป็นสาระสำคัญ 7 อย่างได้แก่ 1) discharge summary : Dx & Op 2) discharge summary : others 3) informed consent 4) history 5) physical examination 6) progress note 7) nurse's note helpful ซึ่งแต่ละข้อมีคะแนนเต็ม 4 คะแนน ยกเว้น discharge summary : others มีคะแนนเต็ม 3 คะแนน ผลคะแนนรวมต้องมี 27 คะแนน ผลรวมคะแนนที่ได้จากการนำคะแนนที่ประเมินมารวมกัน โดยไม่รวมคะแนน NA และ miss พบว่า โภ-

พยาบาลที่มีคะแนนสูงสุดมี 20 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 74.07 ส่วนโรงพยาบาลที่มีคะแนนต่ำสุดมี 11 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 40.74 โดยมีโรงพยาบาลที่ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50.00 จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 36.26) ข้อมูลในภาพรวมไม่มีปัญหาร้อยละ 95.51 ข้อมูลไม่เพียงพอร้อยละ 3.42 และเพิ่มมีปัญหาค้นต่อร้อยละ 1.07

วิจารณ์

การศึกษาความผิดพลาดในการให้รหัสผู้ป่วยในของจังหวัดกำแพงเพชรพบข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลของโรงพยาบาลที่นำมาใช้ในการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบจากเพิ่มเวชระเบียนผู้ป่วยในมีความผิดพลาด 235 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50.21 ซึ่งมากกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก⁽⁵⁾ ที่มีความผิดพลาดจำนวนร้อยละ 40 ซึ่งมีผลทำให้น้ำหนักสัมพัทธ์เปลี่ยนแปลงในทางลดลงคิดเป็นร้อยละ 5.17 เหตุผลที่ผิดพลาดเช่นเดียวกันคือไม่เห็นความสำคัญ ส่วนที่มีความผิดพลาดมากที่สุดคือการลงรหัสการวินิจฉัยโรคหลักร้อยละ 48.08 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในโรงพยาบาลหาดใหญ่⁽⁶⁾ ซึ่งผิดพลาดร้อยละ 45.50 การที่ผลการศึกษาในครั้งนี้มีความผิดพลาดสูงอาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหลักการให้รหัสโรคในบางกลุ่มโรคมียุคที่ 4 และตัวที่ 5 เพิ่มขึ้น ส่วนกลางได้ประชุมชี้แจงหลักเกณฑ์ในเดือนมกราคม 2547 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 3 แต่ข้อมูลที่ศึกษาค้างครั้งนี้เป็นข้อมูลเดือนตุลาคม 2546 - กุมภาพันธ์ 2547 ทำให้การลงรหัสกลุ่มโรคยึดหลักการแบบเดิม ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสูงกว่าผลการศึกษาในปีที่ผ่านมา⁽³⁾ เกือบ 3 เท่า นอกจากนั้นความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจากการสรุปการวินิจฉัยโรคหลักไม่ถูกต้องโดยไม่ตรงกับข้อมูลในเวชระเบียนและการเขียนอาการเป็นโรคหลักแทนโรค การไม่ลงรหัสของหัตถการให้ครบตามรายละเอียดที่ตรวจพบ จากเพิ่มผู้ป่วย การลง

รายการวินิจฉัยโรคไม่ครบ เช่น โรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อนโรคที่เป็นก่อนการป่วยในครั้งนี้ การที่เจ้าหน้าที่เวชสถิติลงรหัสคลาดเคลื่อนคือ ไม่ตรงกลุ่มตาม ICD10 และ ICD9CM แพทย์ไม่สรุปการรักษาในใบสรุปผู้ป่วยในและเจ้าหน้าที่ลงรหัสตามการรายงานเท่านั้น ซึ่งสรุปได้ว่าความผิดพลาดเป็นของผู้ปฏิบัติ เช่นเดียวกับการศึกษาของชาณวิทย์ ทรัพย์เทพ⁽⁷⁾

จากการเปลี่ยนแปลงการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมีผลทำให้คะแนนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เปลี่ยนไปซึ่งมีผลกระทบต่อโรงพยาบาลในการได้รับการจัดสรรงบประมาณลดลง มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่ำกว่าจากที่เป็นจริง ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีระบบการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของเวชระเบียนเป็นระยะ เพื่อพัฒนาคุณภาพและนำผลไปใช้ในการจัดสรรงบประมาณต่อไป เช่น การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยใน ผู้สรุปผลการรักษา ผู้มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เจ้าหน้าที่ลงรหัสบันทึกข้อมูล ควรมีการควบคุมและตรวจสอบเวชระเบียนให้มีประสิทธิภาพโดยมีการอบรมเจ้าหน้าที่ทุกระดับเพื่อให้เห็นความสำคัญและเข้าใจแนวทางที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ข้อมูลมีคุณภาพ และการจัดสรรงบประมาณมีความเป็นธรรมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. นำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล โดยจัดประชุมอบรมและฝึกปฏิบัติเพื่อทำความเข้าใจและให้ความรู้กับผู้เกี่ยวข้องของแต่ละโรงพยาบาลทุกระดับ
2. นำผลการศึกษาไปใช้ประกอบการพิจารณาในการจัดสรรงบประมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีข้อมูลมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สูงเกินจริงควรมีการปรับลดงบประมาณที่จะได้รับและมีมาตรการป้องกันการให้รหัสโรคสูงกว่าความเป็นจริง
3. นอกจากการสุ่มตรวจเวชระเบียนในภาพรวม

แล้วควรตรวจสอบเวชระเบียนที่มีปัญหาพร้อมด้วย เช่น รายที่มีการให้รหัสโรคที่มีความรุนแรงเมื่อนำมาจัดกลุ่มวินิจฉัยโรครวมแล้วได้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สูง ๆ แต่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำกว่าที่ควรจะเป็น รายที่มีวันนอนนานเกินเกณฑ์มาตรฐาน และกรณีเด็กแรกคลอดที่มีการวินิจฉัยว่ามีภาวะผิดปกติ

4. ควรมีการประเมินความสามารถของผู้ตรวจสอบเวชระเบียน โดยตรวจสอบความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างผู้ตรวจสอบด้วยกันโดยให้เวชระเบียน 1 ฉบับ มีผู้ตรวจสอบ 2 ทีมทำการตรวจสอบโดยไม่ปรึกษากันและไม่เห็นคำวินิจฉัยของแต่ละฝ่าย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ต้องขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิรัตน์ พุทธิเมธี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร นายแพทย์วินัย ลีสมีทธิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองขลุง นางสมศิริ ศัลยพงษ์ หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร นายกฤษณะ โมราสุข นางสาวใจทิพย์ สิงห์คาร เจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

กำแพงเพชร และคณะทำงานตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนจังหวัดกำแพงเพชรทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. กลุ่มวินิจฉัยโรครวม หลักการ และการใช้ประโยชน์. พิษณุโลก: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2542.
2. สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดสรรเงินโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรครวมปีงบประมาณ 2541 - 2543. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. การจัดสรรงบประมาณโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2545. กำแพงเพชร: กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร; 2545.
4. ประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล. แนวทางการทบทวนคุณภาพเวชระเบียน. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยใน; 28-29 พฤษภาคม 2545; ณ โรงพยาบาลกำแพงเพชร. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2545.
5. ชื่นจิต หาญดำรงศักดิ์, นันทิยา ดันจาชูณห์, เกียรติศักดิ์ เจริญสวรรค์. การวิเคราะห์ความผิดพลาดของการลงรหัสในการศึกษาการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรครวม (DRG). พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก; 2540.
6. วนิดา แซ่อึ้ง, นุญรัตน์ วราชิด. การวิเคราะห์ความผิดพลาดของการลงรหัสในการศึกษาการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรครวม (DRG). สงขลา: โรงพยาบาลหาดใหญ่; 2540.
7. ชาญวิทย์ กระทบ. การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะการักษ์. กาญจนบุรี: โรงพยาบาลมะการักษ์; 2540.

Abstract

Quality of Inpatient Records Related to Diagnosis Related Group in Changwat

Kamphaengphet

Sawat Apiwachaneewong

Kamphaengphet Provincial Health Office

Journal of Health Science 2006; 15:730-9.

Diagnosis Related Group (DRG) reflects nature and severity of the illness. There are several important variables in the DRG including principle diagnosis, co-morbidity, complication, age, procedure, length of stay, discharge status and expenditure. All variables are used for calculating the final standard value, named Relative Weight (RW) and used as a mechanism for inpatient payment system. DRG was initiated in the USA and introduced to Thailand in 1998 for resource allocation in the Low Income Card Scheme. Then, the DRG has been developed to be an important mechanism for inpatient payment system in the Universal Coverage Scheme (UC) since 2002. This descriptive study was aimed at checking out the pitfalls of coding individual inpatient record. The findings were being used for standardizing the inpatient payment in Kamphaengphet province. The study included inpatient data ranging from October 2003 to February 2004. By using systematic random sampling technique, 468 inpatients from every hospital in Kamphaengphet province were included and checked by trained experts. The result of the study showed that there were 446 inpatients, about 95.3 percent, with RW less than 4 ($RW < 4$) while the rest 22 inpatient, about 4.7 percent, had RW equal or more than 4 ($RW \geq 4$). The analysis indicated that the errors found resulting in 50.21 percent change of the DRG grouping and the length of stay should have reduced relative weight by 5.17 percent. In addition, the principle diagnosis had been miscoded in 48.08 percent of the samples. However the quality of the medical and nursing records were not satisfactory. The highest score of the hospitals reached only 74.07 percent and the lowest 40.74 percent. Four of the hospital (36.36%) could not score above 50 percent.

Key words: diagnosis related group, relative weight, quality of inpatient records