



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5

พัฒนาระบบการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการเวชระเบียนผู้ป่วยใน

สรุปผลงานโดยย่อ : ปี2560-2561 พบปัญหาเรื่องการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนในกลุ่มผู้ป่วยใน ทำให้เกิดความผิดพลาดในการส่งเคลมและถูกเรียกเงินคืนจากการตรวจสอบของ สปสช. เมื่อวิเคราะห์ความผิดพลาดพบว่ามีสาเหตุจาก

1. ความเร่งรีบในการใส่รหัสโรคเพื่อส่งข้อมูลให้ทันเวลา เนื่องจาก ขาดการติดตามเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ จึงรับเวชระเบียนช้ากว่าที่กำหนด
2. ผู้ให้รหัสโรคขาดความรู้และทักษะเรื่องโรค/การให้รหัสโรค/หัตถการที่มีความซับซ้อน เนื่องจากมีประสบการณ์การทำงานน้อย
3. อ่านลายมือแพทย์ไม่ออก
4. ไม่มีระบบตรวจสอบซ้ำในเรื่องการวินิจฉัยของแพทย์และการให้รหัสโรค
5. เกิดจากการที่ทีมแพทย์ใส่ข้อมูลการวินิจฉัยไม่ครบถ้วนไม่ถูกต้องทำให้การให้รหัสโรคผิด ซึ่งทีมได้ใช้ทฤษฎีระบบในการวิเคราะห์และนำมาปรับกระบวนการทำงาน โดยได้แก้ไขดังนี้

1. ปรับกระบวนการติดตามเวชระเบียนให้สม่ำเสมอใช้สารสนเทศช่วย /ประสานองค์กรแพทย์เพื่อให้เวชระเบียนกลับเข้ามาเร็วขึ้น
 2. เพิ่มศักยภาพบุคลากรโดยวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังการอบรมและส่งเสริมความรู้เรื่องการสรุปเวชระเบียนแก่ทีมแพทย์
 3. สร้างระบบการตรวจสอบซ้ำในทีม **coder** และทีมเรียกเก็บค่าใช้จ่าย
 4. สอบถามแพทย์กรณีที่เขียนการวินิจฉัยที่ไม่ชัดเจนอ่านยาก
- พบว่าหลังการปรับปรุงเรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบระบบการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการเวชระเบียนผู้ป่วยในจากการสุ่มตรวจเวชระเบียนหลังการพัฒนาคุณภาพมีความถูกต้องมากขึ้นร้อยละ 87.10 ในการส่งเบิกโดยใช้โปรแกรม **E-claim** ตรวจสอบข้อมูลแจ้งกลับพบว่าความถูกต้องของการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการหลังการพัฒนาคุณภาพกระบวนการทำงานมีความถูกต้องมากขึ้นจากร้อยละ 99.80 เป็นร้อยละ 99.88 ซึ่งมีผลให้การส่งเรียกเก็บมีความครบถ้วนและการเรียกเงินคืนจากเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ลดลง สามารถทำให้เพิ่มรายได้จากกองทุนผู้ป่วยในให้กับองค์กร

ก่อน	หลัง
1. ส่งฝึกอบรมทบทวนการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการแต่ไม่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มเติม	1. ฝึกอบรมการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการนอกหน่วยงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในทีม(ร่วมกับผู้เคลม)/ทีมแพทย์ร่วมอบรมการบันทึกวินิจฉัยโรค /ทีม audit สะท้อนข้อมูลให้ทีมแพทย์ปรับปรุง
2. ติดตามเวชระเบียนโดยไม่มีโปรแกรมช่วย	2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการในระดับโรงพยาบาล โดยผู้เชี่ยวชาญให้กับผู้เกี่ยวข้องเช่น แพทย์เวชสถิติ ผู้ทำเคลม พยาบาลเป็นต้น
3. ให้รหัสโรคหลังจาก audit แล้วโดยที่ไม่ได้ถามชื่อโรคที่แน่ชัด เมื่ออ่านลายมือแพทย์ไม่ออก	3. ติดตามเวชระเบียนให้สม่ำเสมอ(ใช้สารสนเทศช่วยเขียนคำสั่งติดตามเวชระเบียน)
4. ให้รหัสโรค/รหัสหัตถการโดย เจ้าหน้าที่คนเดียวแบ่งเวชระเบียนผู้ป่วยในให้แต่ละคน (มีเวชสถิติตามคน)	4. หลังจาก audit แล้วโดยโรคที่ไม่แน่ชัด ลายมือแพทย์อ่านไม่ออก จะสอบถามแพทย์เพื่อยืนยันให้แน่นอนก่อนให้รหัสโรค ให้แพทย์ช่วยลงรายละเอียดใน Progress note ให้มากขึ้น
5. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรม Hosxp โดยเจ้าหน้าที่เวชสถิติคนเดียวไม่ตรวจสอบซ้ำ	5. ให้รหัสโรค/รหัสหัตถการตามหลัก WHO
6. ผู้เคลมส่งเคลมโดยไม่ได้มีการตรวจการให้รหัสโรคก่อน เนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องรหัสโรค	6. ตรวจสอบความถูกต้องการให้รหัสโรค/รหัสหัตถการซ้ำอีกครั้งทุกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดย Coder อีกคน
	7. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรม HosXP
	8. ผู้เคลมตรวจสอบแจ้งแก้ไข แล้วส่งเคลม (ใช้สารสนเทศช่วยดึงข้อมูลตรวจสอบ)

ร้อยละความถูกต้องของการให้รหัสโรคจากการสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยในของ สปสช **≥ 95**

ปีงบประมาณ	จำนวนเรียกตรวจ	ร้อยละความผิดพลาดการให้รหัสโรค	ร้อยละความถูกต้องการให้รหัสโรค
2560	198	46.97	53.03
2561	535	35.29	64.71
2562 (ต.ค.61-ถึง ม.ค. 62)	288	23.77	76.23
2562 (ก.พ.-ถึง ก.ย. 62)	259	12.89	87.10

ร้อยละความถูกต้องของการให้รหัสโรคผู้ป่วยในส่งเบิกผ่านโปรแกรม **E-claim 99.99**

ปีงบประมาณ	ก่อน		หลัง	
	2560	2561	2562 (ต.ค.-ม.ค.)	2562 (ก.พ.-ก.ย.)
จำนวนเวชระเบียน	11,477	11,147	5,978	3,989
จำนวนเวชระเบียนที่ผิดพลาด	28	23	10	4
ร้อยละความถูกต้องของการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ	99.75	99.79	99.80	99.88

ผลต่างของ Sum-AdjRW ไม่เกินร้อยละ 10

ปีงบประมาณ	จำนวนเรียกตรวจ	จำนวนเงินก่อน audit	จำนวนเงินหลัง audit	ผลต่าง ๆ	Sum adjRW ก่อน	Sum adjRW หลัง	ผลต่าง Sum adjRW %
2560	339	2,061,636.16	1,830,989.04	-230,647.12	346.6291	304.3609	12.20
2561	385	7,175,777.07	5,556,877.75	-1,618.899.32	1262.6879	1007.0268	20.25
2562 (ต.ค.61-ถึง ม.ค. 62) ก่อนทำ CQI	126	1,223,065.28	849,047.97	-374,017.31	148.6555	100.877	32.15
2562 (ก.พ.62-ถึง ก.ย.62) หลังทำ CQI	197	1,545,378.20	1,378,489.67	166,888.53	196.6920	186.109	10.58

เป้าหมาย:

1. ความถูกต้องของการให้รหัสโรคผู้ป่วยในส่งเบิกผ่านโปรแกรม **E-claim** ร้อยละ 99.99

2. ความถูกต้องของการให้รหัสโรคผู้ป่วยในจากการเรียกสุ่มเวชระเบียน สปสช **≥** ร้อยละ 95

3. ผลต่างของ Sum- AdjRW ไม่เกินร้อยละ **10**

กิจกรรมการพัฒนา:

วิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาสาเหตุของความผิดพลาดในการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการโดยใช้ทฤษฎีระบบดูตั้งแต่ กระบวนการ INPUT /PROCESS/ OUTPUT ดังตารางแสดง

Input	Process	Output
- เวชระเบียนเข้ามาซ้ำ สาเหตุ 1. ไม่มีการติดตามสม่ำเสมอ 2. ไม่มีโปรแกรมช่วยติดตามที่รวดเร็ว	- กระบวนการให้รหัสโรครหัสหัตถการ ผิดพลาด 1. ประสิทธิภาพน้อย ขาดความรู้ทักษะ 2. การพัฒนาทักษะความรู้ไม่ตรงประเด็นที่ขาด 3. ไม่รอบคอบ/เร่งรีบ 4. ขาดการวางระบบตรวจสอบซ้ำ 5. อ่านลายมือแพทย์ไม่ออก	- ข้อมูลการเคลมไม่ครบถ้วน รายได้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย 1. ไม่มีการวางระบบตรวจสอบข้อมูลที่ code เสร็จก่อนที่จะส่งไป เคลม 2. ไม่ได้นำสารสนเทศช่วยดักจับข้อมูลที่ผิด

บทเรียนที่ได้รับ :

1. การให้รหัสโรคและรหัสหัตถการที่ต้องครบถ้วนมีความสำคัญกับโรงพยาบาลได้แก่ การดึงข้อมูลสถิติในการวางแผนของทีมดูแลผู้ป่วยรวมถึงระบบงานต่างๆ ทั้งการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ทีมPCT ระบบยา ชุมชน IC เป็นต้นหากมีความผิดพลาดมาก การวางแผนทิศทางขององค์กรอาจไม่ถูกต้องชัดเจนเพราะระบบทางสถิติต่างๆของโรงพยาบาลดึงข้อมูลจาก ICD10/ICD9

2. การให้รหัสโรคและรหัสหัตถการที่ต้องส่งผลกับรายได้ของโรงพยาบาล เพราะข้อมูลการเคลม การส่งออก 43 แพ้ม 12แพ้ม (DRG) กองทุนต่างๆ ใช้การดึงรหัส ICD10/ICD9 ทั้งหมด

3.เรื่องของ Sum Adj RW ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการเพียงอย่างเดียวมีปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องหลายประการอาทิ การลง Progress note แพทย์บันทึกการวินิจฉัยไม่ครบถ้วน เป็นต้นซึ่งต้องมีการพัฒนาความร่วมมือกับองค์กรแพทย์ต่อไป

4. ผู้ที่ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน สปสช กับของโรงพยาบาลมีมาตรฐานการตรวจสอบที่แตกต่างกันทำให้ผู้ตรวจสอบของโรงพยาบาลต้องพัฒนาศักยภาพมากขึ้น

แผนงานต่อเนื่อง

ในอนาคตอาจมีการตรวจสอบการให้รหัสโรค/รหัสหัตถการในผู้ป่วยนอกมากยิ่งขึ้น

แผนงานต่อเนื่อง

ในอนาคตอาจมีการตรวจสอบการให้รหัสโรค / รหัสหัตถการในผู้ป่วยนอกมากยิ่งขึ้น

การติดต่อกับทีมงาน:

นางสาวสุนิสา สายเทียน

เบอร์โทรศัพท์ 092-9483090

E-mail: namprig4@hotmail.co.th

เบอร์โรงพยาบาล 034611033

ต่อ1214,1216