

การศึกษาความคลาดเคลื่อนของการสรุปการวินิจฉัยโรค และหัตถการที่มีผลต่อการให้รหัส ICD จากการตรวจสอบรหัส ICD real time ของผู้ป่วยใน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช



ปัญญามหิดล
คุณภาพคน คุณภาพงาน
Mahidol Quality Fair 2014
18-12-2557 ณ ศูนย์การเรียนรู้มหิดล ศาลายา

นางสาววันดี วันศรีสุธน หน่วยรหัสโรค งานเวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความถูกต้องของการสรุปการวินิจฉัยโรคหัตถการและการให้รหัส ICD
2. เพื่อให้ทราบปริมาณผลต่างของ AdjRW รวมก่อนและหลังการตรวจสอบรหัส ICD real time

หลักการและเหตุผล

จากการรายงานผลวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการให้รหัสโรคหัตถการและการผ่าตัดของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศิริราช² โดยสุ่มตรวจสอบการให้รหัส ICD เวชระเบียนผู้ป่วยในที่จำหน่ายตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2551 จำนวน 790 ฉบับ พบว่ามีเวชระเบียนที่ตรวจพบข้อผิดพลาดในการให้รหัส ICD จำนวน 327 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 41.4 ส่วนใหญ่เกิดจากการให้รหัสการวินิจฉัยโรคหลัก การวินิจฉัยโรคอื่น หัตถการและการผ่าตัดที่ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง¹ ซึ่งข้อผิดพลาดดังกล่าวมีผลต่อ AdjRW ในส่วนของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ตรวจพบข้อผิดพลาดในการให้รหัส ICD ร้อยละ 30 มี AdjRW หลังตรวจสอบเพิ่มขึ้น 0.9172 และจากการติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพงานตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในที่จำหน่ายตั้งแต่เดือนมกราคม-มีนาคม 2554 จำนวน 103 ฉบับ พบว่ามีเวชระเบียนที่สรุปการวินิจฉัยโรคหัตถการและให้รหัส ICD ถูกต้องร้อยละ 61.2 อย่างไรก็ตามการสุ่มตรวจย้อนหลังไม่สามารถแก้ไขข้อผิดพลาดได้ทั้งหมดและไม่สามารถเรียกร้องคำปรึกษาพยาบาลกลับคืน จึงควรลดความผิดพลาดดังกล่าวโดยการตรวจสอบรหัส ICD real time ซึ่งเป็นวิธีตรวจสอบและแก้ไขการสรุปวินิจฉัยโรค หัตถการและรหัส ICD ให้ครบถ้วนและถูกต้องก่อนบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล เพื่อนำไปเบิกค่ารักษาพยาบาลและให้ได้รับค่าตอบแทนตามความเป็นจริง

กรอบแนวคิด



ขั้นตอนที่ 1 แพทย์เจ้าของไข้/แพทย์ประจำตัวสรุปเวชระเบียน การวินิจฉัยโรค และหัตถการในใบ general in-patient summary และ discharge summary
ขั้นตอนที่ 2 อาจารย์แพทย์ประจำตัวตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในพร้อมบันทึกใบ medical record audit form ของภาควิชาการที่สรุปเวชระเบียน การวินิจฉัยโรคและหัตถการไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง อาจารย์แพทย์ประจำตัวจะบันทึกใบบันทึกใบฟอร์มและส่งแพทย์เจ้าของไข้
ขั้นตอนที่ 3 ภาควิชาการเวชระเบียน/รหัสโรค (coder) ครูผู้ปฏิบัติงานหัตถการบัญชีเป็นผู้ให้รหัส ICD พร้อมบันทึก ICD ในใบ general in-patient summary ของแพทย์
ขั้นตอนที่ 4 ทีมการตรวจสอบรหัส ICD real time โดยนักวิชาการเวชระเบียน/ผู้ตรวจรหัส (coding auditor) ครูผู้ปฏิบัติงานหัตถการพยาบาลวิชาชีพ/นักเทคนิคการแพทย์/ผู้ให้รหัสโรค/หัตถการและรหัส ICD ด้วยวิธีการทวนสอบและเก็บข้อมูลความน่าเชื่อถือการตรวจหลักฐานในเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 1 พ.ศ. 2553¹ พร้อมบันทึกลงใน coding audit form กรณีที่สรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและรหัส ICD ไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้องจะแจ้งกับแพทย์เจ้าของไข้และผู้ให้รหัสเพื่อบันทึกแก้ไขในใบ general in-patient summary หากไม่ถูกต้อง
ขั้นตอนที่ 5 นักวิชาการเวชระเบียน/ผู้ตรวจรหัส ICD ที่ผ่านการตรวจสอบรหัส ICD real time แล้วลงในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลภายใน 10 วันหลังจากผู้ป่วยจำหน่าย เพื่อนำไปเชื่อมโยงกับนักวิชาพยาบาล
ขั้นตอนที่ 6 อาจารย์แพทย์เวชระเบียน/ภาควิชาฯ ตรวจสอบประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสรุปเวชระเบียน การวินิจฉัยโรคและหัตถการพร้อมบันทึกใน medical record audit form ซ้ำอีกครั้ง กรณีมีความเห็นไม่ตรงกันจะแจ้งกลับอาจารย์แพทย์ประจำตัวผู้ป่วย และเพิ่มการแจ้งกลับผู้ตรวจรหัสด้วย

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยในของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่จำหน่ายตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-ธันวาคม 2554 รวมจำนวนทั้งสิ้น 242 ฉบับ

ระเบียบวิธีวิจัย

- แจ้งให้หัวหน้าหน่วยเวชระเบียนภาควิชาจิตเวชศาสตร์รับทราบก่อนดำเนินการตรวจสอบรหัส ICD real time
- ดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในตามระเบียบปฏิบัติของภาควิชา โดยเพิ่มขั้นตอนการตรวจสอบรหัส ICD real time
- เก็บรวบรวมข้อมูลจาก coding audit form มาบันทึกลงในระบบคอมพิวเตอร์เพื่อนำมาวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยวิธีแจกแจงความถี่, ร้อยละ, Chi square และ T-test

ข้อค้นพบจากการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อผิดพลาดของการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการก่อนและหลังการตรวจสอบรหัส ICD real time

การสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการ	ก่อนตรวจสอบ	หลังตรวจสอบ	χ^2
ไม่พบข้อผิดพลาด	65 (26.9%)	229 (94.6%)	0.025
พบข้อผิดพลาด	177 (73.1%)	13 (5.4%)	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการที่มีผลต่อการให้รหัส ICD ก่อนตรวจสอบรหัส ICD real time

การให้รหัส ICD ก่อนตรวจสอบ	การสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการ		χ^2
	ไม่พบข้อผิดพลาด	พบข้อผิดพลาด	
ไม่พบข้อผิดพลาด	54 (22.3%)	26 (10.7%)	0.000
พบข้อผิดพลาด	11 (4.5%)	151 (62.4%)	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการที่มีผลต่อการให้รหัส ICD หลังตรวจสอบรหัส ICD real time

การให้รหัส ICD หลังตรวจสอบ	การสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการ		χ^2
	ไม่พบข้อผิดพลาด	พบข้อผิดพลาด	
ไม่พบข้อผิดพลาด	65 (26.9%)	170 (70.2%)	0.104
พบข้อผิดพลาด	0 (0%)	7 (2.9%)	

ตารางที่ 4 ผลการตรวจสอบการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการ

รายละเอียด	จำนวน (ฉบับ)	ร้อยละ
ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการสรุปใน discharge summary	65	26.9
PDX สรุปไม่ตรงกับข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน	37	15.3
PDX สรุปไม่ละเอียดทั้งที่มีข้อมูลที่สามารถสรุปให้ละเอียดได้	28	11.6
PDX สรุปไม่สอดคล้องกับข้อมูลในเวชระเบียนแต่สรุป SDx ที่น่าจะเป็น PDX ที่ถูกต้องได้	4	1.7
PDX และ SDx สรุปถูกต้องทั้งคู่แต่สลับที่กัน	3	1.2
PDX สรุปไม่ถูกต้องแต่สามารถนำ PDX ไปเป็นการวินิจฉัยอื่นได้	1	0.4
SDx ไม่สรุปหรือสรุปไม่ครบ	83	34.3
SDx สรุปไม่ถูกต้อง	70	28.9
SDx สรุปไม่ละเอียดทั้งที่มีข้อมูลที่สามารถสรุปให้ละเอียดได้	48	19.8
SDx สรุปมากกว่าหลักการสรุปเวชระเบียน	35	14.5
SDx สรุปมากกว่าโดยไม่มีหลักฐานในเวชระเบียน	7	2.9
Proc ไม่สรุปหรือสรุปไม่ครบ	12	5.0

หมายเหตุ: พบข้อผิดพลาดซ้ำ 1 รายการ

ตารางที่ 5 ผลการตรวจสอบการให้รหัส ICD

รายละเอียด	จำนวน (ฉบับ)	ร้อยละ
ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการ	84	22.3
แพทย์สรุป PDX หรือ SDx ไม่ถูกต้องแต่ coder แก้ให้รหัสได้ถูกต้อง	90	37.2
รหัส PDX ของ auditor และ coder ต่างกันเนื่องจาก coder ให้รหัสตามการสรุปของแพทย์	33	13.6
แพทย์สรุป PDX ถูกแต่ coder ให้รหัสผิด	5	2.1
แพทย์สรุป PDX ผิดและ coder ให้รหัสผิดไม่ตรงกับแพทย์สรุป	8	3.3
รหัส SDx ของ auditor และ coder ต่างกันเนื่องจาก coder ให้รหัสตามการสรุปของแพทย์	72	29.8
แพทย์สรุป SDx ไม่ครบและ coder ไม่ได้เพิ่มเติมรหัสให้	57	23.6
แพทย์สรุป SDx ไม่ครบแต่ coder เพิ่มเติมรหัสให้ถูกต้อง	41	16.9
ไม่ให้รหัส SDx ทั้งที่มีการสรุปใน discharge summary	39	16.1
แพทย์สรุป SDx ถูกแต่ coder ให้รหัสผิด	35	14.5
รหัส SDx ที่ coder ใส่เพิ่มไม่ถูกต้อง	31	12.8
แพทย์สรุป SDx ผิดและ coder ให้รหัสผิดไม่ตรงกับแพทย์สรุป	26	10.7
ให้รหัส PDX หรือ SDx ไม่ตรง sequence ที่แพทย์สรุป	11	4.6
แพทย์สรุป Proc ไม่ครบแต่ coder เพิ่มเติมรหัสให้ถูกต้อง	8	3.3
แพทย์สรุป Proc ไม่ครบ และ coder ไม่ได้เพิ่มเติมรหัสให้	6	2.5
แพทย์สรุป Proc ถูกแต่ coder ให้รหัสผิด	4	1.7
ไม่ให้รหัส Proc ทั้งที่มีการสรุปใน discharge summary	1	0.4
รหัส Proc ที่ coder ใส่เพิ่มไม่ถูกต้อง	1	0.4

หมายเหตุ: พบข้อผิดพลาดซ้ำ 1 รายการ

จากการศึกษาพบว่าเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ตรวจพบข้อผิดพลาดในการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการก่อนการตรวจสอบมีจำนวน 177 ฉบับ (73.1%) และหลังการตรวจสอบมีจำนวน 13 ฉบับ (5.4%) แตกต่างกันในระดับนัยสำคัญ 0.025 ส่วนการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการที่มีผลต่อการให้รหัส ICD ผิดพลาดก่อนตรวจสอบมีจำนวน 162 ฉบับ (66.9%) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.000 แต่ไม่มีผลต่อการให้รหัส ICD ผิดพลาดหลังตรวจสอบมีจำนวน 7 ฉบับ (2.9%) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.104 นอกจากนี้ AdjRW ก่อนตรวจสอบคิดเป็น 302.8060 และหลังตรวจสอบคิดเป็น 314.8006 ทำให้ผลต่างของ AdjRW รวมเพิ่มขึ้นคิดเป็น 11.9946

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดให้มีการบริหารจัดการความรู้เกี่ยวกับสรุปการวินิจฉัยโรค/หัตถการ/การให้รหัสและการตรวจสอบรหัส ICD อย่างเป็นระบบรวมทั้งมีการติดตามตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในอย่างต่อเนื่อง และจริงจังร่วมกับการตรวจสอบรหัส ICD real time โดยอาจใช้วิธี select case เช่น กลุ่ม ICD top ten, กลุ่ม high cost, กลุ่มโรคใน area of excellent เป็นต้น เพื่อให้เหมาะสมกับภาระงานของแต่ละภาควิชา และควรมีการกำหนดเกณฑ์ประเมินผลงานและค่าตอบแทนบุคลากรให้สอดคล้องกันแต่สิ่งที่กล่าวมานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายจึงจะทำให้เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและถูกต้อง รวมทั้งสามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ตามความเป็นจริง



ปัญญาเลิศ
คุณภาพคน คุณภาพงาน

Mahidol Quality Fair 2014

18-12-2557 ณ ศูนย์การเรียนรู้รังสิต ศาลายา