



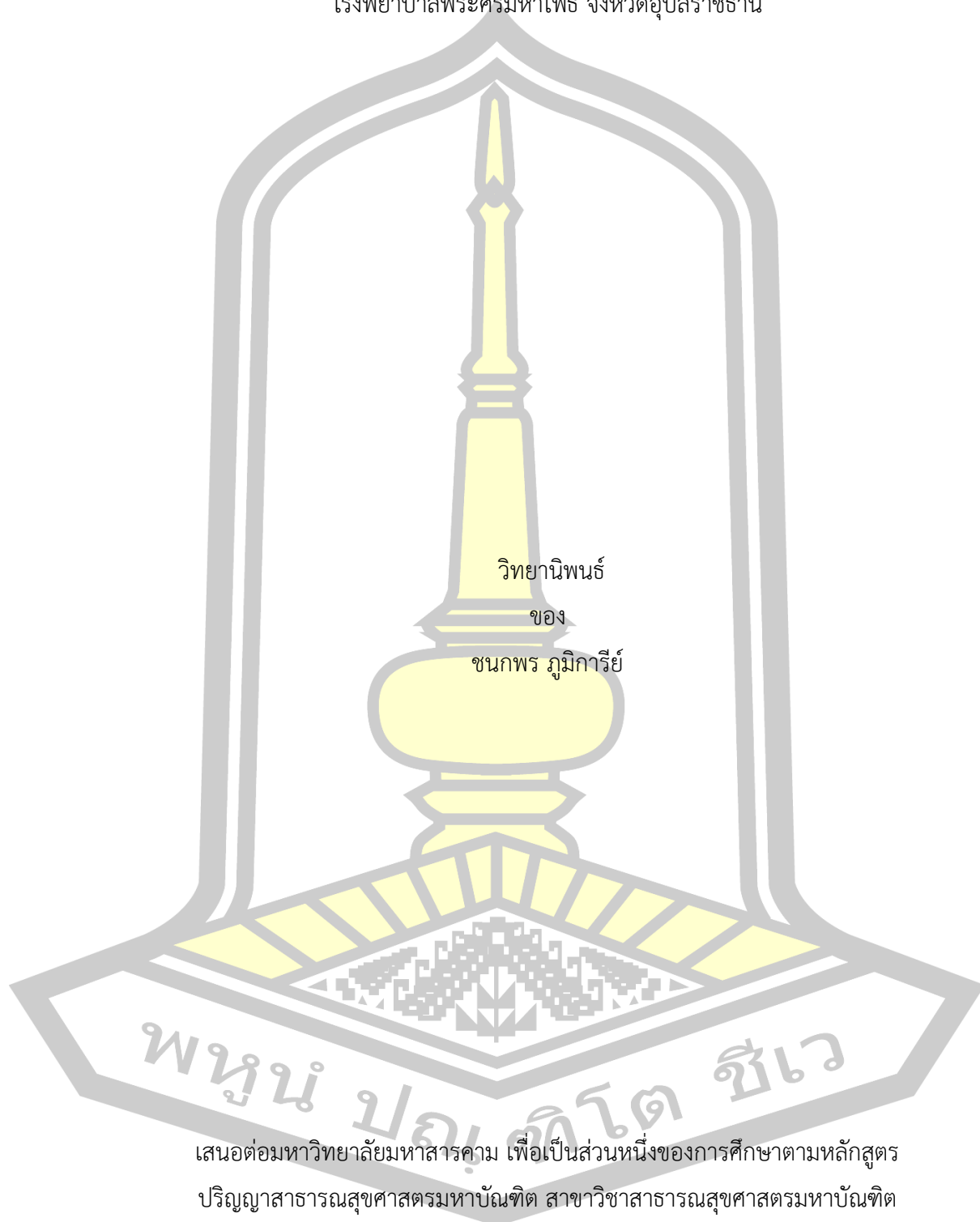
การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)  
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยานิพนธ์  
ของ  
ชนกพร ภูมิการีย์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
ตุลาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)  
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

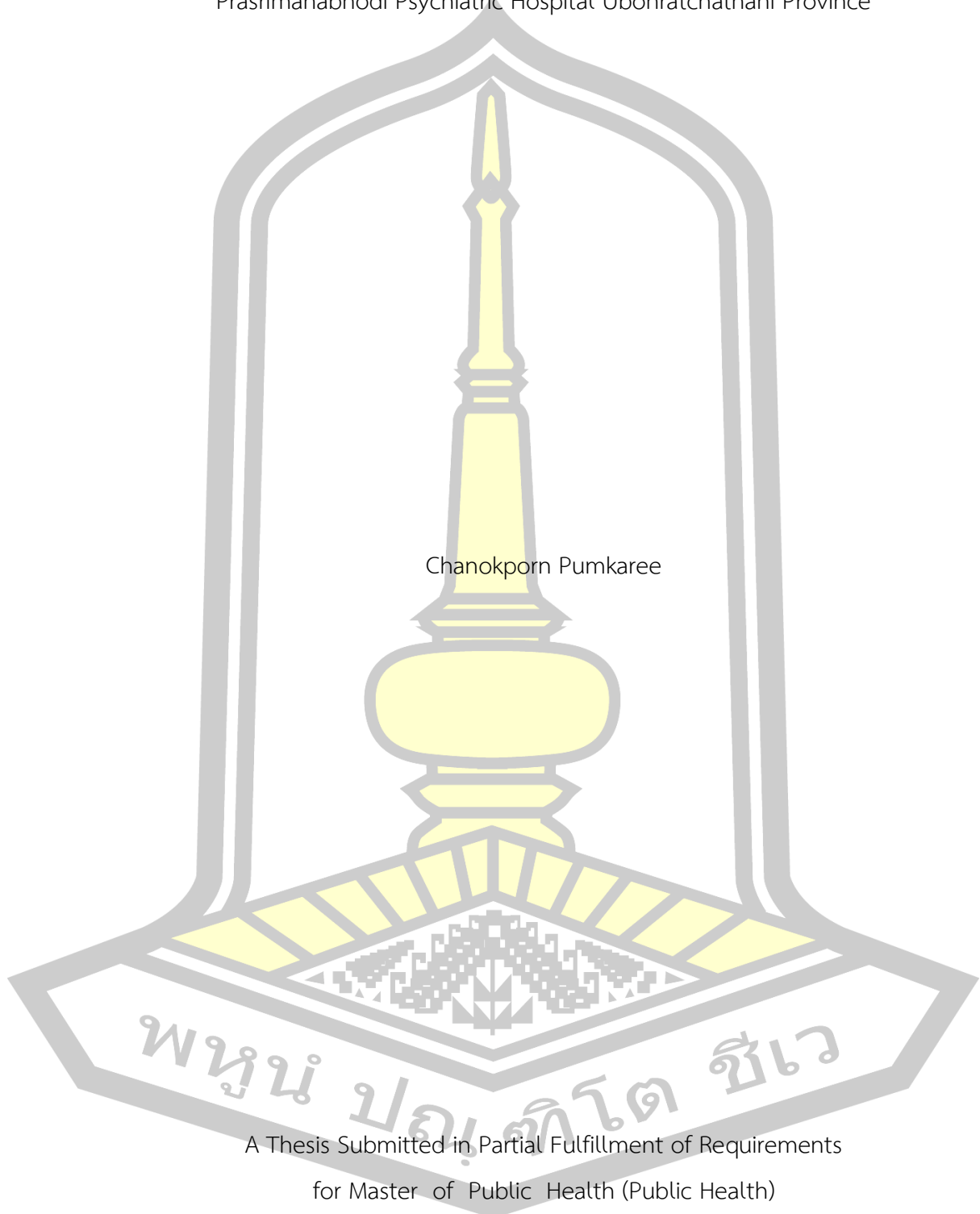


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ตุลาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Development of Medical Service Reimbursement in Diagnosis Related Group of  
Prasimahabhodi Psychiatric Hospital Ubonratchathani Province



Chanokporn Pumkaree

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements  
for Master of Public Health (Public Health)

October 2019

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวชนกพร ภูมิการีย์  
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัย ลีทองดี )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตย์พรต )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์ )

กรรมการ

(อ. ดร. อติศร วงศ์คงเดช )

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. บัณฑิต วรรณประพันธ์ )

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย  
มหาสารคาม

(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข )

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

|                         |   |                   |                         |
|-------------------------|---|-------------------|-------------------------|
| <b>ชื่อเรื่อง</b>       | การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรค<br>ร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี |                   |                         |
| <b>ผู้วิจัย</b>         | ชนกพร ภูมิการีย์  |                   |                         |
| <b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b> | รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตย์พรต<br>อาจารย์ ดร. ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์   |                   |                         |
| <b>ปริญญา</b>           | สาธารณสุขศาสตรมหา<br>บัณฑิต   | <b>สาขาวิชา</b>   | สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต |
| <b>มหาวิทยาลัย</b>      | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  | <b>ปีที่พิมพ์</b> | 2562                    |

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิด PAOR กลุ่มเป้าหมายจำนวน 169 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ในเรื่องความรู้ การปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาการดำเนินงาน มี 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเก็บข้อมูลและศึกษาบริบท 2) แต่งตั้งคณะทำงาน 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 4) วางแผนและกำหนดขั้นตอนการพัฒนา ประกอบด้วย 8 โครงการ 5) นำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ 6) การประเมินผลการดำเนินการพัฒนา และ 7) การสะท้อนผล หลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น

โดยสรุปกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้การขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งปัจจัยของความสำเร็จในครั้งนี้ ได้แก่ การร่วมมือและการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงาน และมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่และเห็นถึงความสำคัญในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

คำสำคัญ : การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข, กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

|                   |   |              |               |
|-------------------|---|--------------|---------------|
| <b>TITLE</b>      | The Development of Medical Service Reimbursement in Diagnosis Related Group of Prasimahabhodi Psychiatric Hospital Ubonratchathani Province |              |               |
| <b>AUTHOR</b>     | Chanokporn Pumkaree   |              |               |
| <b>ADVISORS</b>   | Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D.<br>Phadoongsit Chumanaborirak , Ph.D.   |              |               |
| <b>DEGREE</b>     | Master of Public Health   | <b>MAJOR</b> | Public Health |
| <b>UNIVERSITY</b> | Maharakham University   | <b>YEAR</b>  | 2019          |

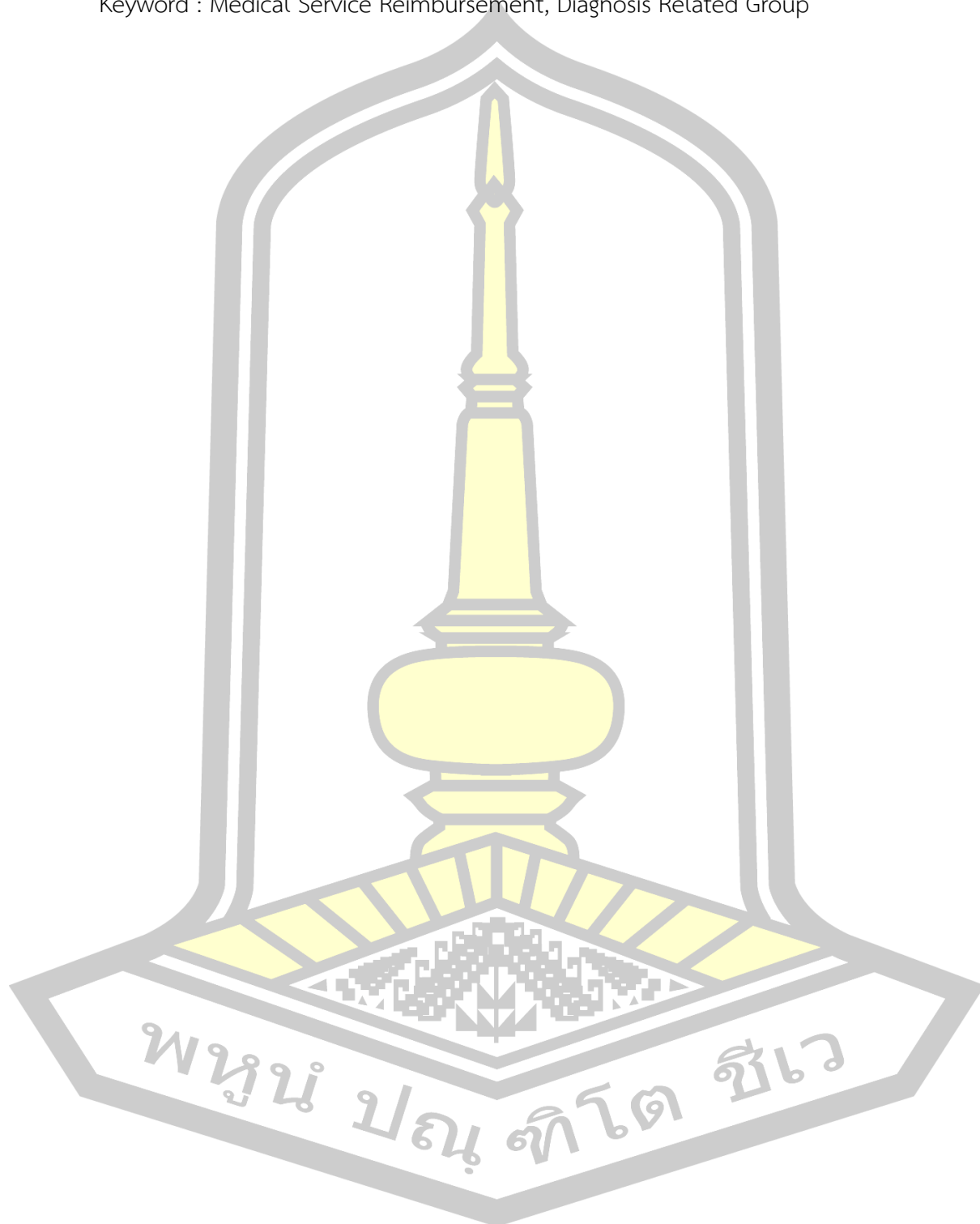
#### ABSTRACT

This study Action Research to The Development of Medical Service Reimbursement in Diagnosis Related Group of Prasimahabhodi Psychiatric Hospital Ubonratchathani Province. Apply PAOR concept to 169 target groups. Qualitative and quantitative data analysis. Knowledge, work methods, satisfaction and participation Using the program. escriptive statistics frequency, percentage, mean, and standard deviation. And qualitative data analysis. By content analysis.

The results revealed the development model is 7 steps 1) Collect data and Study the context 2) Appoint the committee 3) Workshop 4) Plan the methods of procedure to consist of 8 projects 5) Implementation of Project 6) Evaluation and 7) Reflection. After development, Targeted people have more knowledge and work methods about medical service reimbursement in diagnosis related group.

In summary, the medical service reimbursement in diagnosis related group in new methods was development result in for reducing in medical service reimbursement. The success factors of co-operation and participation. And understand the role, duty and importance to medical service reimbursement in diagnosis related group.

Keyword : Medical Service Reimbursement, Diagnosis Related Group



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัจตยพรต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.ผดุงศิษฏ์ ชานาญบริรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาช่วยขัดเกลา ตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้จนสำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล ประธานกรรมการสอบ อาจารย์ ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์ กรรมการสอบ (ผู้ทรงคุณวุฒิ) และอาจารย์ ดร.อดิศร วงศ์คงเดช กรรมการสอบ ที่กรุณาชี้แนะ ตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงนนทยา ผูกพันธ์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี นายวิชัย โลงนะจิตร เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน กลุ่มงานเวชระเบียน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี และนายจรูญชัย พุทธรักษา เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน กลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณ คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่กรุณาเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการบันทึก เก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ประโยชน์และคุณค่าในงานวิจัยฉบับนี้ ขอมอบบูชาพระคุณ บุพการี และครู อาจารย์ทุกท่านที่ให้การศึกษ่า ห่วงใยรักใคร่ สนับสนุนให้เกิดความมานะพยายามให้ งานวิจัยสำเร็จลงด้วยดี

ชนกพร ภูมิการีย์

พนุน ปณฺ ทิโต ชีเว



## สารบัญ

|   | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย.....  | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....   | จ    |
| กิตติกรรมประกาศ.....  | ช    |
| สารบัญ.....   | ช    |
| สารบัญตาราง.....  | ฉ    |
| สารบัญรูปภาพ.....   | ท    |
| บทที่ 1 บทนำ.....   | 1    |
| 1.1 หลักการและเหตุผล .....  | 1    |
| 1.2 คำถามการวิจัย.....  | 4    |
| 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....   | 4    |
| 1.4 ขอบเขตของการวิจัย .....   | 5    |
| 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ .....   | 5    |
| บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....   | 7    |
| 2.1 ความรู้เกี่ยวกับกลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพ.....                           | 7    |
| 2.2 ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG)..... | 11   |
| 2.3 ความรู้เกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข.....                       | 18   |
| 2.4 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพข้อมูล.....                                 | 21   |
| 2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....                                    | 23   |
| 2.6 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ.....                                      | 26   |
| 2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาการปฏิบัติงาน.....                                 | 29   |
| 2.8 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ .....                          | 31   |

|   |     |
|---|-----|
| 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....  | 37  |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....  | 44  |
| 3.1 รูปแบบการวิจัย .....  | 44  |
| 3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย .....   | 45  |
| 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....   | 48  |
| 3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....   | 51  |
| 3.5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย.....   | 53  |
| 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....   | 55  |
| 3.7 จริยธรรมในการวิจัย.....   | 56  |
| บทที่ 4 ผลการวิจัย .....  | 57  |
| 4.1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี .....   | 58  |
| 4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี.....  | 58  |
| 4.1.2 ข้อมูลบริบทและการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี.....                            | 61  |
| 4.1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ความรู้และการปฏิบัติงานก่อนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม..... | 66  |
| 4.2 กระบวนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี .....                             | 89  |
| 4.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี.....                | 97  |
| 4.4 ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ .....    | 109 |
| บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....   | 111 |
| 5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....  | 111 |
| 5.2 สรุปผล.....   | 112 |

|  |     |
|--|-----|
| 5.3 อภิปรายผล .....  | 116 |
| 5.4 ข้อเสนอแนะ .....   | 118 |
| บรรณานุกรม .....   | 120 |
| ภาคผนวก.....   | 124 |
| ภาคผนวก ก รายงานผู้ตรวจสอบเครื่องมือ .....                             | 125 |
| ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ .....   | 127 |
| ภาคผนวก ค ใบรับรองตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....                        | 131 |
| ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์การทดลองใช้เครื่องมือ .....           | 135 |
| ภาคผนวก จ ใบรับรองการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์..... | 137 |
| ภาคผนวก ฉ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....                             | 139 |
| ภาคผนวก ช แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan) .....                       | 154 |
| ประวัติผู้เขียน .....  | 160 |



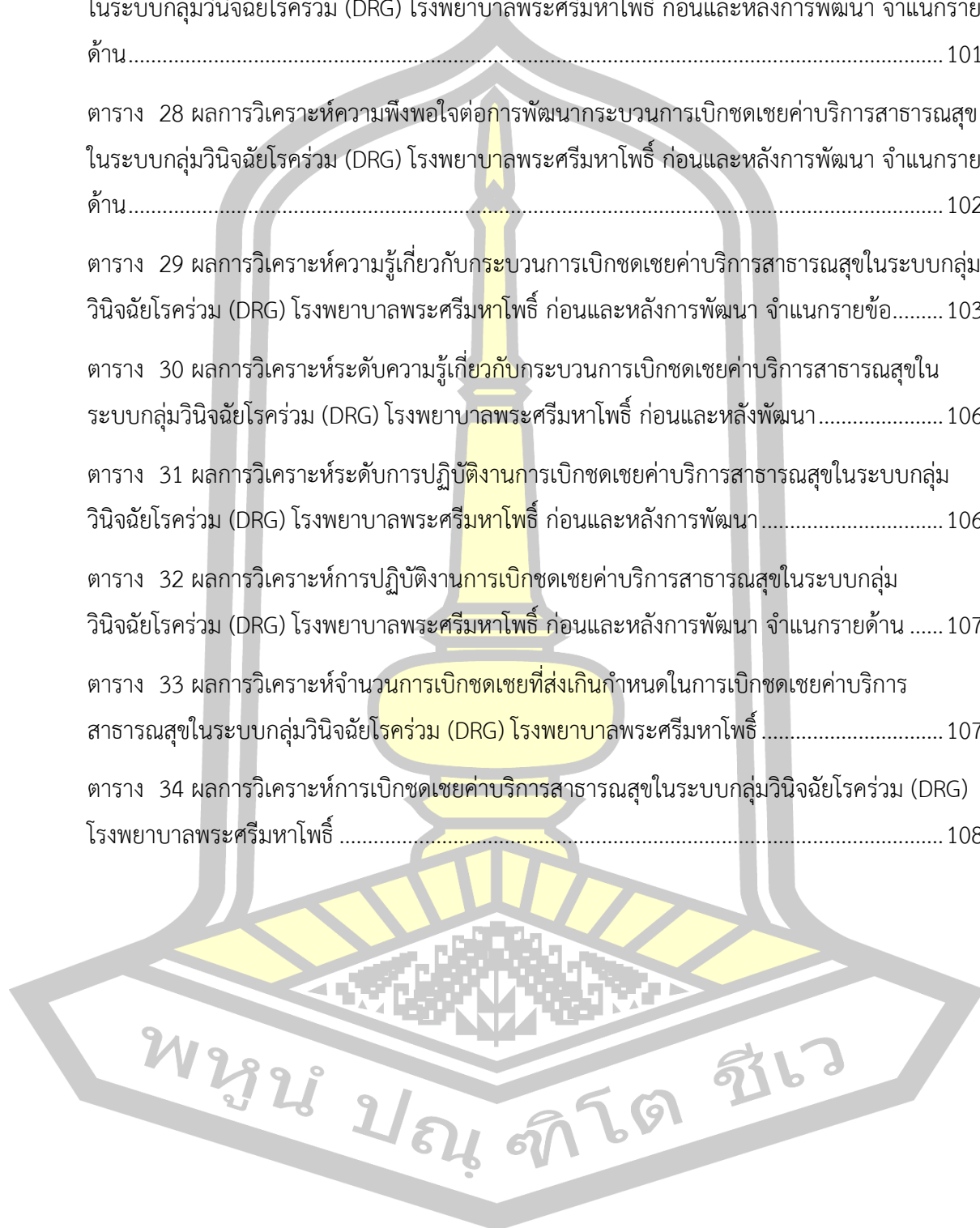
## สารบัญตาราง

หน้า

|   |    |
|---|----|
| ตาราง 1 แสดง 10 ลำดับข้อมูลจำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ ปีงบประมาณ 2560 .....  | 63 |
| ตาราง 2 แสดง 10 ลำดับข้อมูลจำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปีงบประมาณ 2561 .....  | 64 |
| ตาราง 3 แสดงจำนวนข้อมูล RW ADJRW และค่า CMI ผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ .....  | 65 |
| ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรของคณะกรรมการดำเนินงานกระบวนการ เบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ .....                | 66 |
| ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำแนกรายด้าน .....                             | 69 |
| ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน ..... | 70 |
| ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ .....          | 71 |
| ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ .....       | 72 |
| ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล .....           | 73 |
| ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำแนกรายด้าน .....                              | 74 |
| ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านโครงสร้าง .....                             | 75 |
| ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านกระบวนการ .....                             | 75 |

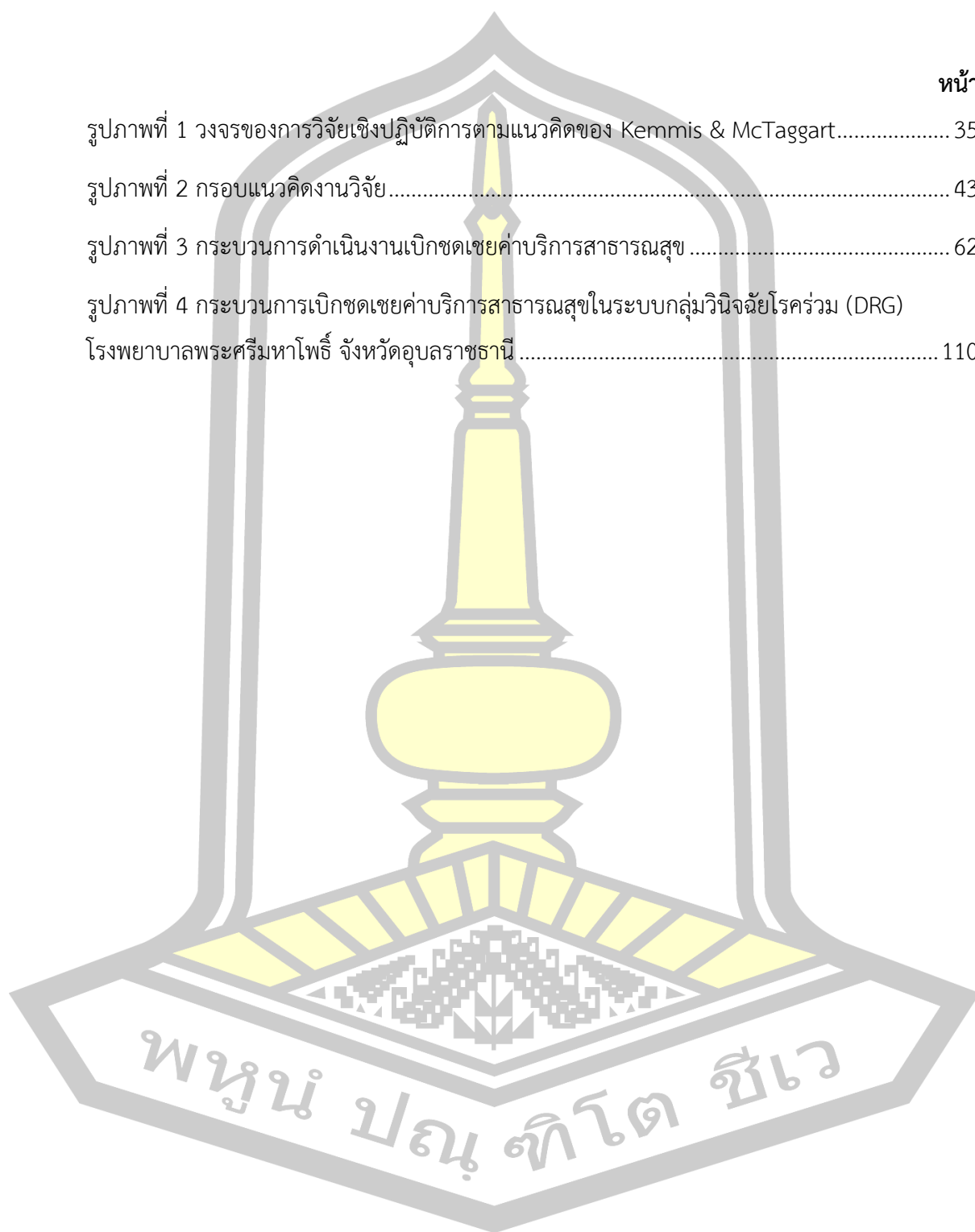
|   |    |
|---|----|
| ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข<br>ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านความสะดวกรสบาย .....                          | 76 |
| ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข<br>ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านความ พึงพอใจทั่วไป .....                      | 77 |
| ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน<br>กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรี<br>มหาโพธิ์..... | 78 |
| ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขใน<br>ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ .....  | 81 |
| ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่ม<br>วินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำแนกรายด้าน .....                                  | 81 |
| ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านการจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการ<br>สาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ .....                             | 82 |
| ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านการส่งข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการ<br>สาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ .....                               | 83 |
| ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการ<br>สาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ .....                           | 84 |
| ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบ<br>กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ .....   | 85 |
| ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่ม<br>วินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำแนกรายด้าน .....   | 85 |
| ตาราง 23 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานด้านความถูกต้องในกระบวนการการเบิกชดเชยค่าบริการ<br>สาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำแนกรายข้อ.....                   | 86 |
| ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานด้านความทันเวลาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการ<br>สาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำแนกรายข้อ.....                      | 87 |
| ตาราง 25 สรุปประเด็นปัญหาจากการวิเคราะห์ของผู้เข้าร่วมประชุม.....   | 91 |
| ตาราง 26 การประเมินผลการดำเนินการพัฒนา.....   | 97 |

|  |     |
|--|-----|
| ตาราง 27 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข<br>ในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกราย<br>ด้าน..... | 101 |
| ตาราง 28 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข<br>ในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกราย<br>ด้าน.....  | 102 |
| ตาราง 29 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่ม<br>วินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ.....             | 103 |
| ตาราง 30 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขใน<br>ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังพัฒนา.....                       | 106 |
| ตาราง 31 ผลการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่ม<br>วินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการพัฒนา.....                             | 106 |
| ตาราง 32 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่ม<br>วินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายด้าน .....                    | 107 |
| ตาราง 33 ผลการวิเคราะห์จำนวนการเบิกชดเชยที่ส่งเกินกำหนดในการเบิกชดเชยค่าบริการ<br>สาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ .....                                | 107 |
| ตาราง 34 ผลการวิเคราะห์การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)<br>โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ .....   | 108 |



## สารบัญรูปภาพ

|   | หน้า |
|---|------|
| รูปภาพที่ 1 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart.....   | 35   |
| รูปภาพที่ 2 กรอบแนวคิดงานวิจัย.....   | 43   |
| รูปภาพที่ 3 กระบวนการดำเนินงานเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข.....  | 62   |
| รูปภาพที่ 4 กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)<br>โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี..... | 110  |



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 หลักการและเหตุผล

ระบบการเงินการคลังเป็นกลไกที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมตามนโยบายและเป้าหมายของการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชน ภายในโรงพยาบาลนี้ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถขับเคลื่อนและดำเนินการเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพของประชาชน รายได้ส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลนั้น มาจากส่วนกลางผ่านกลไกการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการ ซึ่งส่วนสำคัญในการรักษาพยาบาลคือการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน โดยใช้กลไกการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG) เป็นระบบกลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพโดยการเหมาจ่ายตามรายป่วย ซึ่งคำนึงถึงความหนักเบาของแต่ละโรคที่แตกต่างกัน จึงเหมาตามความรุนแรงของผู้ป่วยที่มาในแต่ละครั้ง (WHO, 1993 อ้างใน วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2560) โดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมีเป้าหมายคือให้ผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกและใช้ทรัพยากรในการรักษาใกล้เคียงกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน วิธีจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเริ่มใช้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยด้วยวิสัยทัศน์สนับสนุนการส รางหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยทั้งประเทศ (ศูนย์พัฒนาากลุ่มโรคร่วมไทย, 2560)

ระบบกลไกการจ่ายเงินแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เริ่มต้นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ปัจจุบันถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ เช่น อังกฤษ ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย สิงคโปร์ ญี่ปุ่น ไต้หวัน เป็นต้น ซึ่งในประเทศไทย กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ถูกพัฒนาขึ้นในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และภายหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้นำระบบกลไกการจ่ายเงินแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) มาใช้เป็นครั้งแรก จนถึงปัจจุบันประเทศไทย ใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นเครื่องมือสำคัญทางการเงินการคลังสำหรับพิจารณาจ่ายเงินให้สถานพยาบาลกรณีรักษาผู้ป่วยใน ในระบบประกันสุขภาพรัฐสามระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ละระบบมีอิสระในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายเงิน โดยทั้ง 3 ระบบ จ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลคู่สัญญาสำหรับบริการผู้ป่วยในโดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight : RW) กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมคูณ



ด้วยอัตราฐาน (Base rate) คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์จึงเป็นชุดตัวเลขที่สถานพยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยให้ความสนใจมากเพราะหมายถึงจำนวนเงินที่สถานพยาบาลจะได้รับตามข้อตกลงกับกองทุนประกันสุขภาพ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ได้ดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนถึงปัจจุบันเป็นการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับ 6.2 (TDRG Version 6.2) ซึ่งกองทุนสวัสดิการข้าราชการและกองทุนประกันสังคม ประกาศใช้ TDRG Version 6.2 เป็นเครื่องมือในการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล สำหรับผู้ป่วยในทุกรายที่จำหน่ายตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 เป็นต้นไป ส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังดำเนินการใช้ TDRG Version 5.0 หลักการและแนวคิดของการวินิจฉัยโรคร่วม มีความสอดคล้องกับเป้าหมายสูงสุด ของการพัฒนาาระบบประกันสุขภาพ คือ การทำให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างเสมอภาคกันและขณะเดียวกันก็สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในภาพรวมของประเทศได้มาตรฐานอย่างเสมอภาคกัน และในขณะเดียวกันก็ต้องสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ ในภาพรวมของประเทศได้

จากข้อมูลต้นทุนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วย 1 รายมีต้นทุนในการรักษาสูงมากโดยเฉพาะค่ายาและต้นทุนในการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน โดยพบว่าจากการวิเคราะห์ต้นทุนรายกลุ่มโรคร่วมจิตเวชสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มผู้ใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม 90019 Mental Health Disease, Ongoing type มีต้นทุนสูงที่สุด คือ 200,817 บาท ส่วนต้นทุนรายกลุ่มโรคร่วมจิตเวชสำหรับผู้ป่วยในเด็ก พบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม 95012 Complex development problem severe มีต้นทุนต่อรายสูงสุดเท่ากับ 22,853 บาท (SD = 24,513) (อรทัย เขียวเจริญ และคณะ, 2561) การจ่ายเงินสำหรับบริการจิตเวชในประเทศไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะผู้ป่วยในทุกกองทุนยังคงจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งเป็นเครื่องมือในการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน โดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ยึดตัวแปรสำคัญในการจัดกลุ่มโรคและความรุนแรงรวมถึงขนาดการใช้ทรัพยากร จากการวินิจฉัยโรคซึ่งไม่เพียงพอต่อการวัดความแตกต่างของความรุนแรงทางจิตและไม่สามารถสะท้อนขนาดการใช้ทรัพยากรที่แท้จริงได้และอาจมีผลต่อการเข้าถึงบริการจิตเวชแบบผู้ป่วยในได้

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต ขนาด 390 เตียง มีภารกิจหลักในการให้บริการสุขภาพจิต ในเขตสุขภาพที่ 10 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และมุกดาหาร และพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพจิตให้ได้คุณภาพมาตรฐาน โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์นั้น ได้มีการดำเนินการ การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ซึ่งการจัดทำข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อขอรับการชดเชย ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2560 ได้แก่ การให้รหัสโรค การให้รหัสการผ่าตัดและหัตถการ การนับวันนอนโรงพยาบาล การรับรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน การคำนวณการจ่ายชดเชย

การส่งข้อมูล ระยะเวลาการส่งข้อมูล และการตรวจสอบรายงานการโอนเงิน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) จากข้อมูลพบว่าโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มาใช้บริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากในปีงบประมาณ 2558-2560 จำนวน 83,214 ราย, 85,579 ราย และ 88,464 รายตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2558-2560 จำนวน 6,380 ราย, 5,921 ราย และ 5,339 รายตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยในที่ลดลง ในขณะที่มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย (Length of Stay) ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากปีงบประมาณ 2558 เท่ากับ 26.82 เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2559 เท่ากับ 32.44 และพบว่าในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนวันนอนนานสูงสุดเท่ากับ 1,337 วัน ซึ่งเป็นผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีจำนวนวันนอนนานและไม่สามารถเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้ ในระยะวันนอนที่นานเกินเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560) อีกทั้งยังพบว่าข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระยะเวลา 6 เดือนย้อนหลัง ในเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561 สามารถเบิกได้เฉลี่ยร้อยละ 52.89 ซึ่งพบว่ามีส่วนต่างจากค่าใช้จ่ายจริงที่ไม่สามารถเบิกได้มากถึงร้อยละ 47.11

การดำเนินงานที่ผ่านมาของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้แก่ องค์กรแพทย์ ตึกผู้ป่วยใน งานเวชระเบียน และศูนย์ประกันสุขภาพ นั้นได้มีการดำเนินการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โดยการพัฒนาข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ในการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนภายในโรงพยาบาล และการดำเนินการส่งข้อมูลเพื่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขให้ทันเวลาและถูกต้อง แต่ในการจัดทำข้อมูลนั้นยังมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการไม่สมบูรณ์ ซึ่งส่งผลต่อปริมาณเงินที่สามารถเบิกชดเชยคืนมาได้ โดยจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานพบว่า การจัดทำข้อมูลยังขาดความครบถ้วนของข้อมูล เนื่องจากยังไม่ได้มีกระบวนการตรวจสอบ ทั้งในเรื่องของการให้รหัส ทางแพทย์ ซึ่งจากการสุ่มตรวจการให้รหัสทางการแพทย์ในส่วนของผู้ป่วยใน พบว่าร้อยละของการให้รหัสถูกต้องในปีงบประมาณ 2559 เท่ากับ 79.80 และยังขาดกระบวนการตรวจสอบข้อมูลของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ก่อนการส่งข้อมูล อีกทั้งระยะเวลาของการส่งข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการจัดทำข้อมูลก็พบว่ายังมีความล่าช้า โดยในปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีผู้ป่วยสิทธิข้าราชการกรมบัญชีกลาง จำนวน 9 ราย ที่มีการส่งเบิกข้อมูลช้ากว่าวันที่กำหนด ซึ่งในกรณีข้อมูลที่ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะลดอัตราการจ่ายชดเชย และพบปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้องในระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ซึ่งการดำเนินการต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

จากการทบทวนข้อมูลกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและปัญหาที่พบจากกระบวนการดำเนินงาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาการเบิกชดเชยให้ได้มากยิ่งขึ้น และนำทรัพยากรด้านการเงินมาบริหารโรงพยาบาลในการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

## 1.2 คำถามการวิจัย

กระบวนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นอย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### 1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

### 1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

2) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

3) เพื่อศึกษาผลการดำเนินการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

#### 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตดังนี้

##### 1.4.1 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

1.4.1.1 ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้คือ บุคลากรในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

1.4.1.2 กลุ่มเป้าหมายของการศึกษาในครั้งนี้ ได้กำหนดบุคลากรในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2562 เป็นผู้เข้าร่วมวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นกลุ่มคณะกรรมการดำเนินงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัย และส่วนที่ 2 เป็นผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รวมทั้งสิ้น 169 คน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการดำเนินงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัย โดยร่วมกันคิด ร่วมวางแผนปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนผล เพื่อค้นหากระบวนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 15 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นจำนวน 169 คน

##### 1.4.2 ขอบเขตด้านสถานที่

สถานที่ในการศึกษา คือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

#### 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการเบิกจ่ายการให้บริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยต้องดำเนินการจัดทำข้อมูลในการเบิกจ่ายตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยการจัดทำข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อขอรับการชดเชย ประกอบด้วย การให้รหัสโรค การให้รหัสการผ่าตัดและหัตถการ การนับวันนอนโรงพยาบาล การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน การให้รหัสโรค

การให้รหัสการผ่าตัดและหัตถการ การนับวันนอนโรงพยาบาล การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน การคำนวณการจ่ายชดเชย การส่งข้อมูล และระยะเวลาการส่งข้อมูล

1.5.2 กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) หมายถึง ระบบกลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพโดยการเหมาจ่ายตามรายป่วย ซึ่งคำนึงถึงความหนักเบาของแต่ละโรคที่แตกต่างกัน โดยเป็นกลไกการจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพใช้ในการคำนวณการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งจะอ้างอิงจากสำนักพัฒนาโรคร่วมไทย โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight : RW) กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมคูณด้วยอัตราฐาน (Base rate) เพื่อเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.3 ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight : RW) หมายถึง ค่าเฉลี่ยของการใช้ทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมนั้น เทียบกับต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญและนำมาคิดค่ารักษาในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.4 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่วม (Case Mix Index : CMI) หมายถึง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วของบริการผู้ป่วยในทั้งที่จำหน่ายในช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อแสดงถึงศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในของของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.5 ความรู้และการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่บุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการเรียนรู้และการลงมือทำงานตามแนวทางขั้นตอน ในกระบวนการการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.6 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบ หมายถึง การที่บุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้สึกในทางบวกของบุคคลที่มีต่อการพัฒนากระบวนการการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.7 การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการร่วมกันคิด ร่วมวางแผนปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนผล ตามแนวคิด PAOR Cycle เพื่อค้นหากระบวนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี



## บทที่ 2

### ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากตำราเอกสาร วารสาร บทความ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับกลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพ
- 2.2 ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG)
- 2.3 ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข
- 2.4 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพข้อมูล
- 2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.6 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ
- 2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาการปฏิบัติงาน
- 2.8 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.10 กรอบแนวคิดงานวิจัย

#### 2.1 ความรู้เกี่ยวกับกลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพ

ระบบการเงินการคลัง (Financing) มีความสำคัญ และเป็นกลไกในการขับเคลื่อนกิจกรรมตามนโยบายและเป้าหมายของการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชน การวางแผนระบบการเงินการคลังที่ดีและเหมาะสม เป็นตัวบ่งชี้ความเจริญและพัฒนาการทางเศรษฐกิจของประเทศในระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ซึ่งกลไกการคลังด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานของความสามารถในระบบสุขภาพ ในการรักษาและปรับปรุงคุณภาพสวัสดิการของมนุษย์ โดยหากปราศจากเงินทุนก็จะเป็นการจ้างงาน ไม่มียาที่จะรักษา และไม่มี การส่งเสริมสุขภาพ การคลังสุขภาพทำให้เกิดเงินทุนที่มีอยู่ เช่น การตั้งแรงจูงใจทางการเงินที่เหมาะสมในการให้บริการ เพื่อให้แน่ใจว่าทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพและการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลได้ ซึ่งกลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพเป็นส่วนขับเคลื่อนต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ (สงครามชัย ลีทองดี, 2558)

ทศนีย์ จันทน์น้อย (2556) กล่าวว่า กลไกการจ่ายเงิน เป็นรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับระบบประกันสุขภาพ หรืออาจเรียกว่า เครื่องมือการเงินประกันสุขภาพที่กองทุนประกันสุขภาพใช้ในการคำนวณการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นกลไกสำคัญในการบริหารงบประมาณกองทุนประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาไปสู่มาตรฐานการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และใช้ร่วมกันทุกกองทุนประกันสุขภาพ จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในด้านราคา และด้านการให้บริการ และยังส่งเสริมการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า และสมเหตุสมผล

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1993 อ้างใน วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2560) จัดหมวดหมู่ของกลไกการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการ ในระบบสาธารณสุขออกเป็น 7 วิธี แต่ละวิธีมีแรงจูงใจที่แตกต่างกัน ดังนี้

1) การจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการตามรายกิจกรรม (Fee for service) เป็นวิธีที่ใช้มากสำหรับการจ่ายจากครัวเรือนเมื่อใช้บริการ เพราะตั้งอยู่บนฐานใครใช้บริการมากควรจ่ายเงินมาก บริการที่เข้าข่ายเป็นรายกิจกรรมได้แก่ ค่ายา ค่าตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ค่าผ่าตัด ค่าแพทย์เยี่ยมไข้ ค่าทำแผล ฯลฯ วิธีจ่ายเงินแบบนี้จะทำให้สถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการนัดผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้น บ่อยครั้งขึ้น และยังเลือกที่จะให้บริการเฉพาะอย่างที่มีราคาแพง เพราะสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการจะได้รับเงินมากขึ้น สวัสดิการข้าราชการ การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และกองทุนเงินทดแทน ใช้วิธีการจ่ายเงินเช่นนี้ ผลกระทบคือค่าใช้จ่ายของโครงการจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นปัญหาจนต้องทำการปฏิรูปวิธีการจ่ายเงิน

2) อัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) เป็นการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการตามจำนวนประชากรที่อยู่ภายใต้การดูแล โดยถ้าหากมีผู้อยู่ในทะเบียนความรับผิดชอบสูงก็จะได้รับเงินมาก แต่ในขณะเดียวกันถ้าผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบมีโรคเรื้อรังต้องรับการรักษาบ่อยหรือเจ็บป่วยที่ต้องเสียค่ารักษาสูง ก็จะไม่ได้รับเงินเพิ่ม เพราะเงินที่ได้รับเป็นไปตามจำนวนคนที่ขึ้นทะเบียนไม่ได้เป็นไปตามการรักษาที่ให้ วิธีนี้จึงทำให้ผู้ให้บริการลดการนัดผู้ป่วยมารับบริการครั้งต่อไป ลดการให้บริการที่มีราคาแพง แต่จะพยายามให้มีผู้มาขึ้นทะเบียนมากขึ้น ต้นแบบของจ่ายเงินวิธีนี้คือการจ่ายเงินให้กับแพทย์ประจำครอบครัว (General practitioner) ในประเทศอังกฤษ เพื่อให้แพทย์มีความผูกพันที่จะดูแลและประชาชนให้มีสุขภาพดีตลอดปี สำหรับประเทศไทยเริ่มใช้ครั้งแรกในกรณีประกันสังคม โดยการทำสัญญาล่วงหน้ากับสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก และมีแนวโน้มว่าการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในอนาคตจะมุ่งใช้วิธีจ่ายเงินแบบนี้เพิ่มมากขึ้น เพราะสามารถควบคุมรายจ่ายได้ดี

3) การจ่ายเหมาตามรายป่วย ซึ่งเป็นวิธีที่พยายามหาจุดกึ่งกลางระหว่างสองวิธีแรก เช่น การจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับผู้ป่วย (DRG) หรือการใช้ตารางราคาความรุนแรงของโรค วิธีนี้คำนึงถึงความหนักเบาของแต่ละโรคที่แตกต่างกัน จึงเหมาตามความรุนแรงของผู้ป่วยที่มาแต่ละครั้ง แต่จะไม่จ่ายอย่างเต็มที่เหมือนรายกิจกรรม เพื่อควบคุมไม่ให้บริการมากเกินไป วิธีนี้อาจทำให้มีการนัดมาใช้บริการครั้งต่อ ๆ ไปมากขึ้นได้ แต่ก็พยายามลดบริการที่มีราคาแพงไม่คุ้มกับอัตราเหมา

4) การจ่ายตามงบยอดรวม (Global budget) เป็นวิธีที่นิยม ใช้ในการจัดสรรเงินจากงบประมาณ ข้อดีของการจัดตามงบยอดรวมคืองบประมาณจำกัด เมื่อใช้หมดแล้วไม่มีการให้เพิ่มเติม ยกเว้นในงวดปีงบประมาณใหม่ ดังนั้น สถานพยาบาลที่ได้รับงบประมาณแบบนี้ จึงพยายามบริหารงานให้รายจ่ายอยู่ในระดับเดียวกับงบที่ได้รับ ปริมาณบริการ รวมทั้งคุณภาพจะลดลงมาก ถ้างบประมาณที่จัดให้ต่ำกว่าต้นทุนการจัดบริการ สถานบริการต้องพยายามอยู่ให้รอดโดยการลดคุณภาพลง

5) การเหมาจ่ายค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน (Salary) เป็นการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยการจ่ายเป็นรายเดือนหรือรายปีก็ได้ ทั้งนี้ไม่คำนึงถึงจำนวนรายการ จำนวนครั้งของการบริการหรือจำนวนคนไข้ที่ต้องดูแลรักษา อาจควบคุมด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลได้ดีในช่วงแรกและต่อไปมักจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อย ๆ เนื่องจากสถานพยาบาลประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการพัฒนาด้านเทคนิควิชาการและการบริหารจัดการต่อบุคลากรทางการแพทย์

6) การจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลตามอัตรารายวัน (Daily Charge) เป็นวิธีที่องค์กรบางแห่งใช้ สำหรับจ่ายกรณีผู้ป่วยใน แต่ถ้าใช้วิธีนี้เพียงอย่างเดียว จะทำให้สถานพยาบาลกักตัวผู้ป่วยให้นอนนานขึ้น เนื่องจากหากนอนนานขึ้นอีกก็จะได้เงินค่าห้องและค่าอาหารตามจำนวนวันที่ จึงมีการใช้วิธีนี้ร่วมกับการหาค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ควรนอนในแต่ละโรค เพื่อไม่ให้โรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยนานเกินสมควร

7) การจ่ายตามอัตราคงที่ (Flat rate) เป็นวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อสนับสนุนการลงทุนในกิจกรรมเฉพาะกิจบางอย่าง เช่น สมนาคุณ (Bonus) สำหรับกิจกรรมที่ได้ผลตามเป้าหมาย ฉีดวัคซีนได้ครอบคลุม หรือ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านมได้ครบถ้วน วิธีนี้ใช้ในประเทศอังกฤษ

การปฏิรูปด้านการเงินการคลังครั้งสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งในเชิงระบบของการคลังสาธารณสุขของประเทศในภาพรวมที่หันมาให้ความสำคัญกับแหล่งเงินจากภาครัฐผ่านระบบภาษีเพื่อลดการรับภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนเมื่อไปใช้บริการ ร่วมกับการจัดซื้อบริการสาธารณสุขผ่านหน่วยงานส่วนกลาง การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการเพิ่มบทบาทของกลไกทางการคลังภาครัฐในการอุดหนุน



ทรัพยากรทางการเงินในระบบสาธารณสุข ผ่านทาง 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลของข้าราชการ (CSMBS) ระบบประกันสังคม (SSS) และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) เพื่อลดภาระจากภาคเอกชนและครัวเรือน โดยก่อนที่จะมีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 งบประมาณส่วนใหญ่ที่ใช้ในระบบสุขภาพมาจากงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อมีการตรากฎหมาย มีข้อความที่ระบุถึงการประกันสิทธิของประชาชน และระบุให้การคลังของระบบดำเนินการโดยให้จัดตั้งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ จึงได้รับจัดสรรโดยตรงจากรัฐบาล โดยคำนวณเป็นงบประมาณต่อคนต่อปี ทำให้แหล่งที่มาของงบประมาณมีความชัดเจน ภายใต้ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนและซื้อบริการแทนประชาชน เป็นการแยกบทบาทการซื้อบริการจากการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดสรรงบประมาณรวมเงินเดือนให้จังหวัดและสถานพยาบาลตามรายหัวประชากรที่ลงทะเบียน ซึ่งการเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณ เป็นผลให้โรงพยาบาลหลายแห่งที่ตั้งในพื้นที่ที่มีบุคลากรสาธารณสุขหนาแน่น เช่นในภาคกลาง ได้รับผลกระทบมากจากการได้รับงบประมาณน้อยลงมาก และทำให้บุคลากรเกิดความไม่มั่นใจในสภาพการจ้างงาน การบริหารงบประมาณในช่วง 3 ปีแรก ตามบทเฉพาะกาลของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงกำหนดให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณผ่านกระทรวงสาธารณสุขเพื่อลดผลกระทบและให้สถานพยาบาลได้ปรับตัว ต่อเมื่อพ้นบทเฉพาะกาลของพระราชบัญญัติดังกล่าว ใน พ.ศ.2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงสามารถซื้อบริการจากสถานพยาบาลต่าง ๆ ได้โดยตรง

กลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพ เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมและนโยบาย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพภายในโรงพยาบาล โดยกลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพมีหลากหลายวิธี ซึ่งปัจจุบันในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข จะพิจารณาจ่ายเงินให้สถานพยาบาลกรณีรักษาผู้ป่วยใน ได้ใช้ระบบการจ่ายเหมาตามรายป่วย โดยระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และทางโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก็ได้ดำเนินการตามนโยบายในการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล ซึ่งหากทางโรงพยาบาลมีการบริหารการคลังด้านสุขภาพที่ดีจะทำให้เพียงพอต่อการใช้จ่ายทางสุขภาพ ซึ่งทำให้ประชาชนสามารถใช้บริการสุขภาพที่ต้องการได้ จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

## 2.2 ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG)

การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG) เป็นวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพใหญ่ทั้งระบบ ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน โดยอาศัยตัวแปรคือ น้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) ในการบริหารจัดการการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขตามระบบ DRG รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่ใช้พัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งระบบ DRG ที่มีคุณภาพจะต้องมีการบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วน สมบูรณ์ ถูกต้องและทันเวลา

### 2.2.1 ความเป็นมาของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG) เกิดขึ้นในช่วงปี 1970 ในประเทศสหรัฐอเมริกา Robert Fetter และ John Thompson ได้คิดค้นวิธีนี้ขึ้นมา โดยมีวัตถุประสงค์เริ่มแรกเพื่อใช้สำหรับพัฒนาคุณภาพการบริหารงานโรงพยาบาล ต่อมาจึงนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการจัดสรรเงินและจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี 2533 เป็นต้นมา จากเดิมที่ประชาชนจำนวนมากไม่มีหลักประกัน ต้องจ่ายเงินเมื่อเข้ารับบริการโดยจ่ายตามจำนวนกิจกรรมบริการที่ได้รับ (Fee-for-service) และต่อมา เริ่มระบบประกันสุขภาพแบบเป็นทางการครั้งแรก คือประกันสังคม ซึ่งจ่ายเงินให้กับสถานบริการโดยการทำสัญญาล่วงหน้า (Contractual Basis) ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว ประสบผลสำเร็จอย่างดีของประกันสังคม ทำให้หลายฝ่ายตระหนักถึงความสำคัญของกลไกการคลังสุขภาพ (Financing Mechanism) ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่า การเป็นเจ้าของสถานบริการ (Owner of Health Services) ทำให้แผนการประกันอื่น ๆ พิจารณาใช้การเหมาจ่ายรายหัว ทดแทนวิธีการจัดงบประมาณตามแบบที่เคยใช้กันมา เช่น การปฏิรูประบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล แม้วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว จะมีผลดีมากกว่าผลเสีย แต่การวิจัยเพื่อค้นหาการจ่ายเงินแบบอื่น ๆ สำหรับเป็นทางเลือกเพื่อลดข้อด้อยที่มีมาจากการเหมาจ่ายรายหัว คือการให้บริการต่ำเกิน (underservice) ก็ยังทำอย่างต่อเนื่อง ระบบกลุ่มโรคร่วม (Case Mix System) เป็นทางเลือกอย่างหนึ่งที่ประเทศต่าง ๆ ใช้กันอย่างประสบผลสำเร็จมาแล้ว ไม่ว่าจะเป็นยุโรปหรือออสเตรเลีย ระบบกลุ่มโรคร่วม (Case mix) ถือเป็นชื่อสามัญ (Generic Name) ของระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย (Patient Classification System) ซึ่งครอบคลุมทั้งกลุ่มโรคผู้ป่วยใน กลุ่มโรคผู้ป่วยนอก และอื่น ๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG) เป็นระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยชนิดหนึ่ง ใช้สำหรับผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน (Acute Inpatient) เพื่อทำนายว่า จะใช้ทรัพยากรในการรักษาโรคเพียงใด

ระบบกลุ่มโรคร่วมชนิดแรกที่ใช้คือ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เพราะเป้าหมายคือโรงพยาบาลโรคเฉียบพลัน ซึ่งเป็นรายจ่ายส่วนใหญ่ของรายจ่ายรวมด้านสุขภาพ ในขณะที่จำนวนของการให้บริการน้อยกว่าบริการอย่างอื่น ถ้าเริ่มด้วยกลุ่มโรคร่วมชนิดอื่น เช่น กลุ่มผู้ป่วยนอก Ambulatory Patient Group (APG) จะต้องมีปริมาณของธุรกรรมมากกว่า DRG ถึง 10 เท่า เพราะจำนวนผู้ป่วยนอก จะมากกว่าผู้ป่วยใน นอกจากนี้ต้นทุนของการให้บริการผู้ป่วยนอกต่อราย ก็ยังน้อยกว่าต้นทุนของผู้ป่วยในต่อราย การเริ่มกลุ่มโรคร่วม DRG มีความเหมาะสมอีกประการหนึ่งเมื่อพิจารณาเรื่องแฟ้มข้อมูลมาตรฐานที่ต้องใช้สำหรับการจัดกลุ่มโรค เพราะ DRG ใช้ข้อมูลทางคลินิกไม่มากนัก ได้แก่ การวินิจฉัยโรคหลัก โรคที่เป็นร่วมด้วย โรคแทรกซ้อน หัตถการในห้องผ่าตัด (ถ้ามี) อายุผู้ป่วย ประเภทการจำหน่าย ข้อมูลเหล่านี้ควรปรากฏอย่างครบถ้วนในแผ่นสรุปการจำหน่ายผู้ป่วยใน

ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมีรากฐานมาจากแนวคิดหลัก 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่ต้องการค้นหาฟังก์ชันของการผลิต (Production Function) ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลและแนวคิดทางวิศวกรรมที่ผลักดันให้ค้นหาวิธีวิเคราะห์การใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลและแนวคิดทางวิศวกรรมที่ผลักดันให้ค้นหาวิธีวิเคราะห์การใช้ทรัพยากรของหน่วยงานในระดับจุลภาค การค้นหากระบวนการจัดกลุ่มผู้รับบริการของโรงพยาบาล (Hospital Case-mix) หรือระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วย (Patient Classification System) เพื่อประโยชน์สำหรับการบริการจัดการและบริการผู้ป่วย

การพัฒนากระบวนการวินิจฉัยโรคร่วมเป็นการพัฒนาภายใต้แนวคิดที่ต้องการมีระบบที่วัดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและบริการผู้ป่วยของสถานพยาบาล โดยที่ระบบต้องสามารถอธิบายผลผลิตของสถานพยาบาลได้ ผลผลิตของสถานพยาบาลจะยากหรือง่ายขึ้นอยู่กับ ต้นทุนรวมของการรักษา (total cost) และจำนวนวันนอนของการรักษาในสถานพยาบาล (Length Of Stay : LOS) ถ้าต้นทุนสูงหรือจำนวนวันนอนนานแสดงว่าผลผลิตชนิดนั้นยากในการผลิต

### 2.2.2 หลักการของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ตัวแปรสำคัญที่นำมาใช้ในการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) คือ การวินิจฉัยโรคหลัก (Principal diagnosis) ซึ่งมีลักษณะ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ดังนี้

- 1) การวินิจฉัยโรคหลักมีได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น
- 2) เป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยแน่ชัดเมื่อสิ้นสุดการตรวจรักษาในครั้งนั้นแล้ว และเป็นโรคที่เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา ดังนั้นการวินิจฉัยหลักอาจแตกต่างไปจากการวินิจฉัยเมื่อแรกรับ (Provisional Diagnosis)

- 3) ถ้ามีมากกว่า 1 โรค ให้พิจารณาโรคที่สิ้นเปลืองทรัพยากรในการรักษามากที่สุดเป็นโรคหลัก

4) ในกรณีที่ไม่ได้ลงการวินิจฉัยชัดเจน ให้ใช้อาการหรือการแสดงที่ผิดปกติมาใช้เป็นโรคหรือภาวะหลักแทน

ตัวแปรอื่น ๆ ที่นำมาใช้ในการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ได้แก่

1) การวินิจฉัยโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคที่เป็นร่วมด้วย (Comorbidity) และโรคแทรกซ้อน (Complication) โรคที่เป็นร่วมด้วย คือโรคที่พบร่วมตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยเป็นโรคที่หากพบร่วมแล้วจะทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นอย่างน้อยเป็นเวลา 1 วัน และโรคแทรกซ้อน คือ โรคที่พบหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลแล้ว

2) หัตถการและการผ่าตัด ในการจัดทำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จะใช้ ICD9 CM Procedure codes ซึ่งเป็นรหัสหัตถการและการผ่าตัดมาใช้ในการจัดกลุ่ม

3) อายุ (age)

4) ชนิดการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge type)

5) จำนวนวันนอน

### 2.2.3 การตรวจสอบข้อมูลและการจัดการเมื่อมีความผิดพลาดของข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลและการจัดการเมื่อมีความผิดพลาดของข้อมูล สามารถตรวจและจัดการได้ (ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย, 2559) ดังนี้

#### 2.2.3.1 ความผิดพลาดเกี่ยวกับ Principal Diagnosis

1) ไม่มี Principal Diagnosis ใ้ DRG 26509 และ error code 1

2) Invalid Principal Diagnosis คือการที่ code ที่ใส่เป็น Principal Diagnosis ไม่อยู่ใน library ซึ่งมีสาเหตุคือเป็น code ที่ไม่มีใน ICD-10 (อาจเป็นความผิดพลาดในการนำเข้าข้อมูล) กรณีนี้ใส่ DRG 26509 และ error code 2 และเป็นรหัส ICD-10 แต่เป็นรหัสของ External Causes of Morbidity and Mortality (ขึ้นต้นด้วย V W X Y) หรือเป็นรหัสของหัวข้อที่มีการแยกย่อย ซึ่งทั้ง 2 กรณีเป็น code ที่ใช้ไม่ได้ (Invalid) กรณีนี้ใส่ DRG 26509 และ error code 2

3) Principal Diagnosis ไม่เหมาะสำหรับการเป็นผู้ป่วยใน (Unacceptable Principal Diagnosis ตาม Appendix A2) กรณีนี้ใส่ DRG 26519 และ error code 3

4) Principal Diagnosis ขัดแย้งกับอายุ ใ้ DRG 26509 และ error code 4 กรณี Principal Diagnosis เป็นรหัสที่จำเพาะสำหรับบางช่วงอายุ แต่ไม่มีข้อมูลอายุ หรือมีแต่ใช้ไม่ได้ ให้ใส่ DRG และ error code เหมือนกรณีมีความผิดพลาดเกี่ยวกับอายุ

5) Principal Diagnosis ขัดแย้งกับเพศใ้ DRG 26509 และ error code 5 กรณี Principal Diagnosis เป็นรหัสที่จำเพาะสำหรับเพศใดเพศหนึ่ง แต่ไม่มีข้อมูลเพศ หรือมีแต่ใช้ไม่ได้ ให้ใส่ DRG 26509 และ errorcode 7

### 2.2.3.2 ความผิดพลาดเกี่ยวกับ Secondary Diagnosis

1) Invalid Secondary Diagnosis คือการที่ code ที่ใส่เป็น Secondary Diagnosis ไม่อยู่ใน library (ยกเว้นที่ขึ้นต้นด้วย V,W,X,Y) หรือเป็นหัวข้อที่มีการแบ่งย่อยย่อย ให้ถือเสมือนว่าไม่มีรหัสนี้ แล้วหา DRG ต่อไป โดยใส่ warning code 1

2) Duplicate code คือการที่ Secondary Diagnosis ซ้ำกับ Principle Diagnosis หรือ ซ้ำกับ Secondary Diagnosis อื่น ให้ถือเสมือนว่าไม่มีรหัสนี้ แล้วหา DRG ต่อไป โดยใส่ warning code 1

3) ขัดแย้งกับอายุ ให้ถือเสมือนว่าไม่มี Secondary Diagnosis นั้น และใส่ warning code 2

4) ขัดแย้งกับเพศ หรือเป็นรหัสที่จำเพาะกับเพศใดเพศหนึ่ง แต่ไม่มีข้อมูลเพศ ให้ถือเสมือนว่าไม่มี Secondary Diagnosis นั้นและใส่ warning code 4

### 2.2.3.3 ความผิดพลาดเกี่ยวกับ Procedure

1) Invalid Procedure คือการที่ code ที่ใส่ไม่อยู่ใน library ให้ถือเสมือนว่าไม่มีรหัสนี้ แล้วหา DRG ต่อไป โดยใส่ warning code 8

2) Duplicate Code ให้นำไปใช้ในการหา DRG เสมือนมีรหัสเดียว และใส่ warning code 8

3) ขัดแย้งกับเพศ หรือเป็นรหัสที่จำเพาะกับเพศใดเพศหนึ่ง แต่ไม่มีข้อมูลเพศ ให้ถือเสมือนว่าไม่มี Procedure นั้น และใส่ warning code 16

### 2.2.3.4 ความผิดพลาดเกี่ยวกับอายุ

ข้อมูลอายุอาจได้จาก Filed Age และ AgeDay หรือคำนวณจาก DateAdm ลบด้วย DOB ถ้ามีข้อมูลในทั้ง 2 ส่วน ให้ใช้อายุที่ได้จากการคำนวณ

1) ไม่มีใส่ DRG 26539 และ error code 6

2) Invalid คือน้อยกว่า 0 หรือมากกว่า 124 ปีใส่ DRG 26539 และ error code 6

### 2.2.3.5 ความผิดพลาดเกี่ยวกับเพศ

1) ไม่ระบุเพศ ไม่บันทึกข้อมูลเพศ

2) Invalid คือเป็นรหัสอื่นนอกเหนือจาก 1 (เพศชาย) และ 2 (เพศหญิง) ทั้งสองกรณีให้ใส่ warning code 32 แล้วหา DRG ต่อไป ถ้าหาไม่ได้เนื่องจากต้องใช้เพศในการหา DRG หรือรหัสโรคหลักเป็นรหัสที่จำเพาะต่อเพศใดเพศหนึ่ง ให้ใส่เป็น DRG 26509 และ error code



### 2.2.3.6 ความผิดพลาดเกี่ยวกับ Discharge Type

- 1) ไม่ระบุ Discharge Type ไม่บันทึกข้อมูล Discharge Type
- 2) Invalid คือเป็นรหัสอื่นนอกเหนือจาก 1, 2, 3, 4, 5, 8 และ 9 ทั้งสองกรณี ให้ใส่ warning code 64 แล้วหา DRG ต่อไป ถ้าหาไม่ได้เนื่องจากต้องใช้ข้อมูล Discharge Type ในการหา DRG ให้ใส่เป็น DRG 26509 และ error code 8

### 2.2.3.7 ความผิดพลาดเกี่ยวกับ Admission Date และ Admission Time

- 1) ไม่มีหรือ มีแต่ไม่ถูกต้องในข้อมูลใดข้อมูลหนึ่ง หรือทั้งสองส่วน ให้ใส่ warning code 128

### 2.2.3.8 ความผิดพลาดเกี่ยวกับ Discharge Date และ Discharge Time

- 1) ไม่มีหรือ มีแต่ไม่ถูกต้องในข้อมูลใดข้อมูลหนึ่ง หรือทั้งสองส่วน ให้ใส่ warning code 256

### 2.2.3.9 ความผิดพลาดเกี่ยวกับ Length of Stay (LOS)

- ถ้าหาไม่ได้คือ มีข้อมูล วัน เวลา ที่รับไว้และจำหน่าย ไม่ครบ หรือจำนวนวันที่ลากลับบ้านมีค่าน้อยกว่า 0 หรือ คำนวณได้ค่า LOS น้อยกว่า 0 ให้ใส่เป็น DRG 26509 และ error code 9

### 2.2.3.10 ความผิดพลาดเกี่ยวกับ Admission Weight

- 1) ไม่ระบุ Admission Weight ไม่บันทึกข้อมูล Admission Weight
  - 2) Invalid คือ มีค่าน้อยกว่า 0.3 กก.
- ทั้งสองกรณีจัดเป็นความผิดพลาด ถ้าอายุน้อยกว่า 28 วัน โดยให้ใส่เป็น DRG 26509 และ error code 10

การตรวจสอบข้อมูลแต่ละฟิลด์ต้องทำเป็นลำดับแรกของขั้นตอนของการหา DRG หากพบความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับ PDX, Length of Stay, Age (รวม AgeDay) และ Admission Weight ต้องยุติการหา DRG สำหรับรายนั้นแล้วระบุ error code และ DRG ตามที่กำหนด ถ้ามีมากกว่า 1 error ให้ระบุเลข error code ต่ำสุดหากพบความผิดพลาดอื่นให้ดำเนินการหา DRG ต่อไปตามขั้นตอน ถ้าต้องใช้ข้อมูลที่ผิดพลาดนั้นในขั้นตอนใด ให้ยุติ แล้วใส่ DRG และ error code ตามที่กำหนด ถ้าไม่ต้องใช้ข้อมูลที่ผิดพลาด ให้ดำเนินการจนได้ค่า DRG

ค่า warning เกิดในขั้นตอนการตรวจสอบข้อมูล และระบุเป็นผลบวกของ warning code ทั้งหมดที่พบในผู้ป่วยรายนั้น ทั้งนี้ กรณีมีค่า warning code ซ้ำกันให้นำค่าที่ซ้ำนั้นมาบวกเพียงครั้งเดียว

## 2.2.4 ความสำคัญและประโยชน์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เป็นวิธีการจัดกลุ่มผู้ป่วยให้อยู่ในกลุ่มเดียวกันเพื่อประเมินการใช้ทรัพยากรของสถานพยาบาลโดยการใช้ตัวชี้วัดที่สำคัญ 2 ตัว คือจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและต้นทุนการรักษาของสถานพยาบาลซึ่งปรับให้เป็นหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight : RW) จึงส่งผลให้การจ่ายเงินตามหน่วยของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่พัฒนาขึ้นมา เป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างผู้ให้บริการกับองค์กรหรือกองทุนที่ทำหน้าที่จ่ายเงินหรือจัดสรรงบประมาณ ดังนั้นประโยชน์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) จึงได้แก่

1) ใช้เป็นเครื่องมือการจ่ายเงินตามรายป่วย (Case-based Payment) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับการจ่ายเงินให้กับบริการทางการแพทย์ที่จัดให้กับโรคที่มีระยะการเป็นโรคไม่ยาวนานมาก โอกาสในการเกิดโรคและเข้ารับบริการไม่สูง และการเข้ารับบริการในแต่ละครั้งมีต้นทุนของการให้บริการที่แตกต่างกันมาก ซึ่งการจ่ายเงินตามรายป่วย ถือว่าเป็นการจ่ายเงินตามผลงานที่ชัดเจนวิธีหนึ่ง

2) ใช้เป็นเครื่องมือในการจัดสรรงบประมาณ (Budget Allocation) องค์กรความร่วมมือด้านเศรษฐกิจและพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development OECD) เสนอทิศทางการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศชั้นนำ 25 ประเทศ ว่ากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เป็นกลไกสำคัญที่ใช้ในการปฏิรูประบบสาธารณสุข เนื่องจากสามารถที่จะเฉลี่ยความเสี่ยง (the role of risk-sharing) ระหว่างผู้ซื้อและผู้ขายบริการ OECD ได้สรุปวิธีการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ไปใช้ไว้หลายแบบ ซึ่งองค์กรผู้จ่ายเงินให้สถานพยาบาล สามารถเลือกให้เหมาะสมกับบริการสุขภาพที่ต้องการซื้อ เช่นอาจใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) บางส่วนผสมกับระบบจ่ายเงินตามกิจกรรม (fee for service) หรือใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) แต่มีหลักเกณฑ์สำหรับช่วยเหลือผู้ให้บริการในกรณีที่รักษาผู้ป่วยที่ต้องนอนพักในสถานพยาบาลนานผิดปกติหรือค่าใช้จ่ายในการรักษาราคาสูงมาก มาตรการเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความเต็มใจและความสามารถในการให้บริการของโรงพยาบาล

3) ใช้เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการรักษา (outcome study) เช่น ใช้เปรียบเทียบแบบแผนการรักษาของแพทย์แต่ละคน เนื่องจากสามารถใช้เป็นตัวชี้บ่งชี้คุณภาพการรักษาเปรียบเทียบจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในสถานพยาบาลแต่ละแห่ง เปรียบเทียบน้ำหนักสัมพัทธ์ระหว่างสถานพยาบาล หรือเปรียบเทียบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ที่พบมากในแต่ละระดับของสถานบริการ

4) ใช้สำหรับการบริหารงานภายในสถานพยาบาลหรือระหว่างสถานพยาบาล เช่น การพิจารณาว่าค่ารักษาของสถานพยาบาลใด อยู่นอกการกระจายตามปกติหรือกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ให้บริการให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการ เป็นต้น

การบริหารระบบการจ่ายเงินโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพหลายประการ ทั้งปัญหาจากสถานพยาบาลที่ต้องการได้รับเงินชดเชยที่ใกล้เคียงกับต้นทุนที่ให้บริการ ปัญหาจากกองทุนประกันสุขภาพที่ต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายของกองทุน และปัญหาจากตัวกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเอง โดยปัญหาอุปสรรคที่พบคือ การชดเชยต่ำเกินไป อัตราการรับบริการสูงเกินไป ให้รหัสไม่ตรงความจริง และกลุ่มโรคไม่เหมาะสม ซึ่งมีสาเหตุที่หลากหลาย เช่น อัตราจ่ายต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ต่ำเกินไป เนื่องจากมีการกำหนดเพดานหรืองบประมาณที่ได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอ ไม่มีการชดเชยต้นทุนค่าการลงทุนครุภัณฑ์ มีปริมาณงานของกลุ่มโรคบางกลุ่มน้อย มีการแบ่งการนอนสถานพยาบาลครั้งเดียวเป็นหลายครั้ง เพื่อให้ได้เงินชดเชยสูงขึ้น ขาดจริยธรรม ขาดมาตรฐาน ขาดความรู้ และศักยภาพการพัฒนาโรคร่วมชนิดต่าง ๆ มีจำกัด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาเหล่านี้ได้มีการกำหนดมาตรการเพื่อรองรับปัญหา เช่น การจัดงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติม หรือมีการกำหนดตัวแปรชดเชยต้นทุนการรักษาเพิ่มเติม ทบทวนนโยบายการให้งบสนับสนุน ด้านต้นทุนการลงทุน ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในศูนย์โรคเฉพาะทาง เฝ้าระวังอัตราการนอนซ้ำ ภายใน 1 เดือน มีระบบทบทวนเวชระเบียน จัดระบบการอบรมผู้ให้รหัสทางการแพทย์ และการพัฒนาบุคลากร เพื่อการพัฒนาโรคร่วม

นอกจากนี้สาเหตุของการได้รับค่าชดเชยที่ต่ำหรือสูงเกินไป อาจเกิดจากใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ที่ไม่เหมาะสมกับบริการที่ให้กับผู้ป่วย จึงต้องมีการพัฒนาโรคร่วมชนิดต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับประเภทผู้ป่วยที่ดูแลรักษา เช่น การดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้ป่วยในจิตเวช ผู้ป่วยนอก ฯลฯ เพื่อให้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ที่พัฒนาขึ้นใหม่ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพและประสิทธิภาพบริการตามเป้าประสงค์สูงสุดของการจัดระบบสุขภาพที่ดี

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เป็นระบบกลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพโดยการเหมาจ่ายตามรายป่วย โดยระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบ ที่เป็นหลักประกันด้านสุขภาพของคนไทยทั้งประเทศ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีระบบกลไกการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในการจ่ายค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยใน (In-patient: IP) เป็นระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมคูณด้วยอัตราฐาน กระบวนการเบิกชดเชยในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมนี้ มีความสำคัญต่อโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นส่วนสำคัญในการบริหารงบประมาณ และระบบการคลังสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพที่จำเป็น จึงต้องมีการศึกษาการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ให้เกิดประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ในการใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้บริการสุขภาพที่ต้องการได้



## 2.3 ความรู้เกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวินนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent Date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้ อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ในแต่ละเดือนเท่ากับวงเงินระดับเขตหลังหัก Fix cost ทหารด้วยผลรวมของ Adj.RW ในเขต (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

### การจัดทำข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อขอรับการชดเชย

1) การให้รหัสโรค ให้ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision Version for 2010 (ICD-10) ของ WHO ฉบับปีค.ศ. 2010 และ ICD-10-TM / Standard Coding Guideline / คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2559 หมายถึงรหัสโรคตาม ICD-10-TM สามารถใช้ได้เฉพาะรหัสการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่ม วินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 5 รองรับได้

2) การให้รหัสการผ่าตัดและหัตถการ ให้ใช้รหัสการทำผ่าตัด และหัตถการ ตามหนังสือ International Classification of Disease 9 th Revision Clinical Modification 2010 Classification of procedures (ICD-9-CM ฉบับปีค.ศ. 2010) / Standard Coding Guideline / คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2559

**หมายเหตุ** สำหรับการรักษาผู้ป่วยในที่มีการผ่าตัดหลายตำแหน่งหรือหลายครั้ง ต้องเพิ่มรหัส 2 ตำแหน่งต่อท้าย รหัส ICD-9-CM (ICD-9-CM Procedure with Extension code) เพื่อให้สามารถจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่แยกความ แตกต่างได้

3) การนับวินนอนโรงพยาบาล (Length of stay หรือ LOS)

(1) ผู้ป่วยที่รับวินนอนในโรงพยาบาลที่นอนน้อยกว่า 2 ชั่วโมงให้นับเป็นผู้ป่วยนอกยกเว้นที่มี ประเภทการจำหน่าย (Discharge type) เป็นเสียชีวิต (Dead) ส่งต่อ (By transfer) หลบหนี (Escape) และปฏิเสธการรักษา (Against advice) ให้ถือเป็นผู้ป่วยใน

(2) หากผู้ป่วยไม่อยู่ในหน่วยบริการเกิน 24 ชั่วโมง ให้ถือเป็นวันลากลับบ้าน และให้หักวันลา (Leave day) ในการบันทึกข้อมูลในการadmit ครั้งนั้น

4) การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยนอกก่อนการรับผู้ป่วยนั้นไว้เป็นผู้ป่วยใน ภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ให้ดำเนินการขอรับค่าใช้จ่ายแบบผู้ป่วยในโดยให้รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด เนื่องจากค่าใช้จ่ายดังกล่าวมี การคำนวณไว้ในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) แล้ว

5) การคำนวณการจ่ายชดเชย

(1) กรณีผู้ป่วยในใช้คู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ฉบับที่ 5.0 (Diagnosis Related Group : DRG version 5.0) และจ่ายชดเชยด้วยค่าน้ำหนัก สัมพัทธ์ที่ปรับจำนวนวันนอน (Adjusted Related Weight : Adj.RW)

(2) กรณีที่หน่วยบริการได้รับการชดเชยจากแหล่งอื่น ๆ เช่น พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ หรือ ผู้ป่วยชำระเงินเอง (เฉพาะรายที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์) สปสช. จะนำจำนวนเงินที่หน่วยบริการได้รับการชดเชยไปแล้ว หักออกจากยอดเงินที่คำนวณจากระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ก่อนจ่ายชดเชยในส่วนที่เหลือให้หน่วยบริการ

(3) กรณีผู้ป่วยนอกคำนวณการจ่ายตามที่กำหนดแล้วแต่กรณี

6) การรักษากรณีผู้ประสบภัยจากรถ

ให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าเสียหายเบื้องต้น จากกองทุนผู้ประสบภัยจากรถก่อน ในจำนวนเงินไม่เกิน 30,000 บาท จากยอดคำนวณจ่ายทั้งหมด สปสช. จะจ่ายเฉพาะส่วนที่เกินวงเงินค่าเสียหายเบื้องต้นดังกล่าว

7) การส่งข้อมูล

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ในโปรแกรม e-Claim ส่งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว สปสช. จะรายงานผลการรับส่งข้อมูลรายวัน (REP) วางให้หน่วยบริการตรวจสอบทางหน้า Website e-Claim ในวันทำการ จันทร์ พุธ และศุกร์ ตัดยอดข้อมูลทุกวันสุดท้ายของเดือน และออกรายงานการจ่ายเงินรายเดือน (Statement)

8) ระยะเวลาการส่งข้อมูล

ให้หน่วยบริการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในโปรแกรม e-Claim ของ สปสช. ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ให้บริการผู้ป่วยสำหรับกรณีผู้ป่วยนอก หรือนับจากวันที่จำหน่ายผู้ป่วย (Discharge) สำหรับกรณีผู้ป่วยใน ข้อมูลปีงบประมาณ 2560 ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจะสิ้นสุดการเรียกเก็บ (แจ้งหนี้) โดยถือวันส่งข้อมูล (sent date)

9) กรณีข้อมูลที่ส่งช้ากว่ากำหนด

สปสช. จะลดอัตราการจ่ายชดเชย กรณีส่งข้อมูลเรียกเก็บช้ากว่าวันที่กำหนด (ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ให้บริการ/จำหน่ายผู้ป่วย) ดังนี้

- (1) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 30 วัน จ่ายร้อยละ 95 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด
- (2) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 60 วัน จ่ายร้อยละ 90 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด
- (3) ส่งช้ากว่ากำหนดไม่เกิน 330 วัน จ่ายไม่เกินร้อยละ 80 ของอัตราที่ส่งทันตามกำหนด
- (4) ส่งช้าเกินกำหนด (ส่งหลัง 30 กันยายน 2561) เกิน 1 ปีถือว่าไม่ประสงค์จะขอรับค่าใช้จ่าย

10) การถูกปฏิเสธการจ่ายชดเชยและการอุทธรณ์

- (1) กรณีที่ถูกปฏิเสธการจ่ายชดเชย (Deny) หน่วยบริการสามารถแก้ไขให้ถูกต้องและส่งเข้ามาใหม่
- (2) กรณีข้อมูลผ่าน A หากหน่วยบริการต้องการจะอุทธรณ์ค่าใช้จ่ายภายหลังพบว่ามีการโปรแกรม
- (3) บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน/ไม่ถูกต้อง หน่วยบริการสามารถแก้ไขส่งข้อมูลทางโปรแกรม
- (4) e-Claim (ดำเนินการ e-Appeal) แล้วส่งเข้ามาใหม่อีกครั้ง
- (5) ทั้งนี้กรณี DENY และกรณีอุทธรณ์ (ในข้อมูลผ่าน A) หน่วยบริการไม่ต้องส่งเอกสารประกอบการอุทธรณ์มายัง สปสช. ยกเว้นบางกรณีเช่น กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกที่มีจำนวนค่าใช้จ่ายมากกว่า 50,000 บาท หรือ กรณีหน่วยบริการมีความจำเป็นที่จะต้องใช้อุปกรณ์/อวัยวะเทียมรหัส 4304,4305 (ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ) ที่ สปสช.กำหนดให้ขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบ VMI หรือกรณีขอรับค่าพาหนะที่มากกว่า 1 รอบต่อครั้ง (Visit) เป็นต้น หน่วยบริการจะต้องส่งหนังสือขออุทธรณ์และสำเนาเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องมาเพื่อประกอบการพิจารณา

11) เวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ

ขอให้หน่วยบริการเก็บเวชระเบียนไว้สำหรับการตรวจสอบหลังการจ่ายเงิน หากไม่พบเอกสารดังกล่าว จะถือว่าไม่ได้ให้บริการและจะดำเนินการเรียกเงินคืนในรายได้จ่ายชดเชยไปแล้ว

## 12) การตรวจสอบรายงานการโอนเงิน

หน่วยบริการจะได้รับการโอนเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ภายใน 30 วัน หลังออก Statement (STM) ซึ่งสามารถตรวจสอบการโอนเงินได้ทาง [www.nhso.go.th/budget](http://www.nhso.go.th/budget) และตรวจสอบรายละเอียดได้ที่หน้า Website e-Claim

การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขเป็นกระบวนการสำคัญที่มีผลต่อระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาล ซึ่งใช้ในการเบิกจ่ายการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยต้องดำเนินการจัดทำข้อมูลในการเบิกจ่ายตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข ซึ่งข้อมูลประกอบด้วย การให้รหัสโรค การให้รหัสโรค การให้รหัสผ่าตัดและหัตถการ การนับวันนอนโรงพยาบาล การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วย การคำนวณการจ่ายชดเชย การส่งข้อมูล และระยะเวลาการส่งข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการส่งเบิกเพื่อนำทรัพยากรด้านการเงิน มาบริหารโรงพยาบาลในการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน จึงมีความจำเป็นในการพัฒนา ระบบการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

### 2.4 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพข้อมูล

ข้อมูลเป็นพื้นฐานที่สำคัญขององค์การ ข้อมูลที่มีคุณภาพย่อมทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ใน องค์การ มีประสิทธิภาพตามไปด้วย อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพข้อมูลไว้หลาย ประเด็นคุณภาพข้อมูลคือข้อมูลที่มีคุณภาพสูงพอที่จะใช้ในการดำเนินงาน ตัดสินใจ และวางแผนได้ คุณภาพข้อมูล คือข้อมูลที่เหมาะกับการใช้งานและตรงตามวัตถุประสงค์โดยผู้ใช้งานสามารถเข้าถึง ข้อมูลได้อย่างถูกต้องด้วย หากข้อมูลขององค์การไม่มีคุณภาพย่อมทำให้เกิดปัญหาในหลายด้าน (สุกัญญา เรื่องสุวรรณ, 2553)

ข้อมูลและสารสนเทศสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยในการพัฒนางานสาธารณสุข ทั้งใน ด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพสารสนเทศ ต่าง ๆ โดยมากได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูล (data) ทั้งจากแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิซึ่ง ข้อมูลที่ได้จะต้องนำมาจัดระบบสารสนเทศให้เป็นหมวดหมู่ที่ง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ในการ บริหารงาน การควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนใช้ในการตัดสินใจเชิง นโยบาย เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ (คณะทำงานพัฒนาการจัดการ ความรู้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) ข้อมูลและสารสนเทศสุขภาพ มีความสำคัญต่อ การกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพ ที่อาศัยหลักฐานเพื่อการกำหนดนโยบายสุขภาพ (Evidence-based policy making) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และแนวโน้มทิศทางการพัฒนาสุขภาพในอนาคต รวมทั้งยังมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการจัดการกับปัญหาสุขภาพ

เฉพาะต่าง ๆ ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนากระบวนการและวิธีการในการจัดการกับปัญหาและเพิ่มคุณภาพบริการให้ดีขึ้นได้ นอกจากนี้การมีข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ดี จะช่วยในการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพ เพื่อการปรับปรุงระบบสุขภาพให้สามารถบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพที่ดีได้ในอนาคต

การจัดเก็บข้อมูลจำเป็นต้องมีความพยายามและตั้งใจดำเนินการ หรือกล่าวได้ว่าการได้มาซึ่งข้อมูลที่จะนำมาใช้ประโยชน์ องค์การจำเป็นต้องลงทุน ทั้งในด้านตัวข้อมูล เครื่องจักร และอุปกรณ์ ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรขึ้นมารองรับ เพื่อให้ใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการระบบข้อมูลจึงต้องคำนึงถึงปัญหาเหล่านี้ และพยายามมองปัญหาแบบที่เป็นจริง สามารถดำเนินการได้ ให้ประสิทธิผลคุ้มค่ากับการลงทุน

คุณภาพข้อมูลนั้นมีความหมายต่อผู้บริโภคข้อมูลแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ (Lucas, 2010 อ้างใน สุกัญญา เรื่องสุวรรณ, 2553) โดยได้ศึกษาและจัดลำดับคุณภาพของข้อมูลดังต่อไปนี้

- 1) ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) เป็นเรื่องที่สำคัญต่อการแสดงคุณภาพของข้อมูล ความถูกต้องของข้อมูลหรือข้อมูลที่ปราศจากข้อผิดพลาดคลาดเคลื่อน หมายถึงขอบเขตที่ข้อมูลถูกต้องเชื่อถือได้
- 2) ความสอดคล้อง (Consistency) เป็นเรื่องรองลงมาที่คนให้ความสำคัญ ความสอดคล้องคือข้อมูลถูกนำเสนอในรูปแบบเดียวกัน
- 3) ความครบถ้วนสมบูรณ์ (Completeness) คือ ข้อมูลไม่ขาดหาย กว้างพอและลึกพอสำหรับการใช้งาน ข้อมูลครบทั้งหมดตามที่ผู้ใช้ต้องการ
- 4) ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness) หมายถึงข้อมูลเป็นปัจจุบันทันสมัยเพียงพอต่อการใช้งาน
- 5) ความเกี่ยวข้องกัน (Relevancy) หมายถึง ข้อมูลนั้นสามารถนำไปใช้ได้กับงานที่ทำอยู่ ภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลา งบประมาณและเทคโนโลยีของกิจกรรม

#### 2.4.1 คุณสมบัติของข้อมูลที่มีคุณภาพ

คุณสมบัตินี้ของข้อมูลที่มีคุณภาพ (ไพบุลย์ เกียรติโกมล และณัฐพันธ์ เจริญนันท์, 2551) ข้อมูลที่มีคุณภาพควรมีคุณสมบัตินี้ ดังต่อไปนี้

- 1) ข้อมูลมีความถูกต้อง (Accuracy) โดยข้อมูลจะมีความถูกต้องและปราศจากความคลาดเคลื่อน โดยที่ความถูกต้องจะช่วยส่งเสริมให้สารสนเทศที่ได้มาเกิดความน่าเชื่อถือมากขึ้น
- 2) ทันเวลา (Timeliness) โดยข้อมูลจะมีความทันต่อการใช้งาน มีความทันเวลา ข้อมูลจะต้องทันต่อเหตุการณ์และไม่ล้าสมัย สอดคล้องกับงาน



3) ความครบถ้วน (Completeness) โดยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารต้องได้มาจากการประมวลผลของข้อมูลที่มีสาระตรงกันสามารถตรวจสอบได้ และครบถ้วน ข้อมูลบางประเภทอาจมาจากแหล่งข้อมูลที่ซับซ้อนและหลากหลาย ผู้ใช้ต้องทำการตรวจสอบความครบถ้วนและความน่าเชื่อถือได้ก่อนมาใช้งาน

จากการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ซึ่งพบว่าข้อมูลนั้นต้องมีความถูกต้อง (Accuracy) ทันเวลา (Timeliness) และมีความครบถ้วน (Completeness) ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพื่อให้สามารถพัฒนากระบวนการให้เกิดคุณภาพที่ดีของข้อมูล และส่งผลต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

## 2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นการที่บุคคลหรือคณะบุคคลเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนการทำประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือกระบวนการบริหารและประสิทธิผลขององค์การขึ้นอยู่กับกระบวนการตัดสินใจหรือกระบวนการบริหารและประสิทธิผลขององค์การขึ้นอยู่กับความร่วมมือของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับองค์การนั้นในการปฏิบัติภารกิจ ให้บรรลุเป้าหมาย วิธีการหนึ่งในการรวมพลังความคิดสติปัญญา ก็คือ การมีส่วนร่วม การให้บุคคลมีส่วนร่วมในองค์การนั้น บุคคลจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้อง (involvement) ในการดำเนินการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ เป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผูกพัน (commitment) ต่อกิจกรรมและองค์การในที่สุด (เสาวนีย์ เตือนเด่น และคณะ, 2557)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนหรือกลุ่มบุคคลที่ได้เข้ามาเกี่ยวข้องร่วมกันทางด้านจิตใจและอารมณ์ เพื่อแก้ไขปัญหาโดยมีความคิดริเริ่ม มีการวางแผนการตัดสินใจในการเข้าควบคุมทรัพยากรและระเบียบให้กลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนการแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ ให้บรรลุเพื่อประโยชน์ของชุมชนและสร้างความรู้สึกรับผิดชอบและความเป็นเจ้าของขึ้น

มธุรดา ศรีจันทร์ (2554) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึงกระบวนการที่บุคคลได้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานทั้งด้านการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ ความรับผิดชอบ การวางแผนปฏิบัติงาน ตลอดจนการประเมินผล โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดจากการบริหารงานในองค์การ

Cohen and Uphoff (1981 อ้างใน มนต์ธิณี อิศวพรรณราย, 2556) ได้แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมเป็น 4 ด้าน คือ

- 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in Decision-making)
- 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Participation in Implementation)
- 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Participation in Benefits)
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in Evaluation)

สำหรับการมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ นี้ นักวิชาการสาขาต่าง ๆ มีจุดเน้นของการมีส่วนร่วมแตกต่างกันออกไป เช่น นักเศรษฐศาสตร์จะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับบริหาร มักจะเน้นถึงการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและนักเศรษฐศาสตร์มักจะเน้นการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ แต่สำหรับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้น ยังไม่มีการศึกษาที่กว้างขวางนักซึ่ง Cohen and Uphoff ได้อธิบายถึงการมีส่วนร่วม ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การตัดสินใจชนิดนี้เป็นศูนย์กลางของการเกิดความคิดที่หลากหลายมีการกำหนดและประเมินทางเลือกตัดสินใจ เลือกเปรียบเทียบได้กับการวางแผนเพื่อนำทางที่เลือกมาสู่การปฏิบัติ สามารถแบ่งการตัดสินใจนี้ออกเป็น 3 ชนิด คือ

(1) การตัดสินใจช่วงเริ่มต้น (Initial Decisions) เป็นการเริ่มต้นหาความต้องการจากคนในท้องถิ่น และวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการที่สำคัญ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะเลือกเอาโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มคนและมีความเป็นรูปธรรม โดยผ่านการใช้กระบวนการตัดสินใจ ในระยะนี้สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญของท้องถิ่นและป้องกันความเข้าใจที่อาจเกิดขึ้นและเสนอกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งคนในท้องถิ่นสามารถเข้ามาเกี่ยวข้องกับตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นโครงการทั้งในเรื่องการเงินการจัดสรรบุคลากร ตลอดจนวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการและสนับสนุนโครงการที่จะนำเข้ามา

(2) การตัดสินใจในช่วงดำเนินการ (On-going Decisions) คนในท้องถิ่นอาจไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในช่วงเริ่มต้น แต่ถูกขอร้องให้เข้ามาดำเนินการเมื่อโครงการเข้ามา ความสำเร็จในช่วงนี้เกิดขึ้นได้มากกว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น ซึ่งโครงการจะต้องค้นหาความต้องการของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในภายหลังนี้ และจัดลำดับความสำคัญของโครงการและวิธีการดำเนินโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

(3) การตัดสินใจในช่วงปฏิบัติการ (Operational Decisions) เป็นความเกี่ยวข้องในองค์กรเมื่อโครงการเข้ามามีการเชื่อมโยงโครงการเข้ามาสู่คนในท้องถิ่น มีการรวบรวมขององค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกฎเกณฑ์สำหรับปฏิบัติกิจกรรมในโครงการ กรอบที่สมาชิกยึดถือประกอบด้วย การประชุมเพื่อจัดทำนโยบาย การคัดเลือกผู้นำที่มีอิทธิพลต่อองค์กร

2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติคนในท้องถิ่นสามารถมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ แบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ

(1) การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร (Resource Contribution) สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ แรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และข้อมูลข่าวสาร ทั้งหมดนี้เป็นแหล่งทรัพยากร หลักที่สำคัญซึ่งมีอยู่ในท้องถิ่น นำมาใช้เพื่อพัฒนาโครงการ การส่งเสริมโดยใช้แรงงานในท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ดี การบริจาคเงินและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ และอื่น ๆ แสดงให้เห็นทิศทางที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วม สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วมนี้ คือ การรู้ว่าใครเป็นผู้สนับสนุนและทำอย่างไรโดยวิธีการสมัครใจ การได้รับค่าตอบแทน หรือโดยการบีบบังคับ การสนับสนุน เรื่องทรัพยากรบ่อยครั้งที่ พบว่ามีความไม่เท่าเทียมกันและการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว

(2) การมีส่วนร่วมในการบริหารและการประสานงาน (Project Demonstration and Co-ordination) คนในท้องถิ่นสามารถรวมตัวกันในการปฏิบัติงาน โดยการเป็นลูกจ้างหรือสมาชิก ทีมที่ปรึกษาหรือเป็นผู้บริหารโครงการ เป็นสมาชิกอาสา ซึ่งทำหน้าที่ประสานงานกิจกรรมของโครงการ มีการฝึกอบรมให้รู้เทคนิคการปฏิบัติงานในโครงการสำหรับผู้เข้ามาบริหาร หรือประสานงาน วิธีนี้นอกจากจะเพิ่มความไว้วางใจให้กับคนในท้องถิ่นแล้วยังช่วยให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนเองอีกด้วย อีกทั้งยังทำให้เกิดการสื่อสารข้อมูลภายใน และได้รับคำแนะนำซึ่งเป็นปัญหาของคนในท้องถิ่น ตลอดจนผลกระทบที่ได้รับเมื่อโครงการเข้ามา

(3) การมีส่วนร่วมในการขอความร่วมมือ (Enlistment) การขอความร่วมมือไม่จำเป็นต้องมีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง แต่พิจารณาจากข้อเท็จจริงที่ว่า ผลเสียที่ตามมาหลังจากนำโครงการเข้ามา และผลที่เกิดกับคนในท้องถิ่นที่เข้าร่วมในโครงการ

3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานและมีผลในทางเศรษฐกิจซึ่งไม่ควรมองข้ามไป การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์แบ่งได้ 3 ชนิด คือ

(1) ผลประโยชน์ด้านวัตถุ (Material Benefits) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เช่น เป็นการเพิ่มการบริโภค รายได้ และทรัพย์สิน แต่สิ่งเหล่านี้อาจจะทำให้การสรุปข้อมูลล้มเหลวได้ ซึ่งควรวิเคราะห์ให้ได้ว่าใครคือผู้มีส่วนร่วม และดำเนินการให้เกิดขึ้น

(2) ผลประโยชน์ด้านสังคม (Social Benefits) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณะ ได้แก่ บริการหรือความพึงพอใจการสาธารณูปโภค การเพิ่มโครงการพัฒนาท้องถิ่นโดยใช้รูปแบบการผสมผสานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนยากจน จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ทั้งในเรื่องปริมาณ การแบ่งผลประโยชน์ และคุณภาพบริการและความพึงพอใจ

(3) ผลประโยชน์ด้านบุคคล (Personal Benefits) เป็นความปรารถนาที่จะเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มหรือได้รับการคัดเลือกเข้ามา เป็นความต้องการอำนาจทางสังคมและการเมือง โดยผ่านความร่วมมือในโครงการ ผลประโยชน์สำคัญที่ได้จากโครงการมี 3 ชนิด คือ ความรู้สึกมีคุณค่าใน



ตนเอง อำนาจทางการเมือง และความรู้สึกว่าตนเองทำงานมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ควรศึกษาผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังด้วย เพราะอัตราการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์มีความแตกต่างกัน จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางนโยบายหลักที่เกี่ยวข้องว่าจะให้ใครมีส่วนร่วม หากผลที่ออกมาตรงกันข้ามกับความคาดหวัง จะได้แก้ไขเพื่อหาแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการวางรูปแบบใหม่

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เป็นส่วนที่มีการเขียนเป็นรายงานไว้น้อย สามารถประเมินโครงการได้ 2 รูปแบบคือ การมีส่วนร่วมทางตรง และการมีส่วนร่วมทางอ้อม การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่จากส่วนกลางมากกว่าคนในท้องถิ่น ซึ่งทำหน้าที่ประเมินผลด้านงบประมาณ ความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อโครงการ ประเมินว่ามีผู้เห็นด้วยกับโครงการหรือไม่ ผู้ที่มีส่วนร่วมได้แก่ใครบ้าง มีส่วนร่วมโดยวิธีใด มีการแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อ ต่าง ๆ หรือผ่านตัวแทนที่เลือกเข้าไปอย่างไร และทำอย่างไร ความคิดเห็นต่าง ๆ จึงจะได้รับการนำไปใช้ประโยชน์ โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค

การมีส่วนร่วมเป็นการที่บุคคลที่เกี่ยวข้องในกระบวนการ ได้มีส่วนในการวางแผนตัดสินใจในกระบวนการและแก้ปัญหาาร่วมกัน ซึ่งมีการแบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งได้นำมาประยุกต์ในการศึกษาในครั้งนี้ โดยการให้บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการร่วมคิด ร่วมวางแผนปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนผล ซึ่งสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหากระบวนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

## 2.6 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกที่ชอบยินดีเต็มใจ หรือมีเจตคติที่ดีของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความพอใจจะเกิดเมื่อได้รับตอบสนองความต้องการ ทั้งด้านวัตถุและด้านจิตใจ ความพึงพอใจเป็นเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของบุคคล อันเนื่องมาจากสิ่งเร้าและสิ่งจูงใจ โดยอาจเป็นไปในเชิงประเมินค่าว่าความรู้สึกหรือทัศนคติต่อสิ่งเหล่านั้นเป็นไปในทางลบหรือบวก

Kotler (2000 อ้างใน ปัทมวิฑูรย์ พัทธราลย์, 2559) กล่าวว่าความพึงพอใจว่าเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่เมื่อได้รับสิ่งที่ต้องการหรือความผิดหวังซึ่งเกิดจากการเปรียบเทียบการรับรู้กับความคาดหวัง ซึ่งมีผลลัพธ์ของสิ่งที่ต้องการ ถ้าการรับรู้ต่อสิ่งที่ต้องการเหมาะสมกับความคาดหวังก็จะเกิดความพึงพอใจ

ปยุณภาพัชร์ อาจหาญ (2555) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการคือ ความรู้สึกอารมณ์ที่มีความสุข ความยินดี ทางจิตใจที่เกิดขึ้นเป็นผู้รับบริการ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวเกิดจากการที่ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองความต้องการเป็นผู้ตอบสนองเองหรือผู้อื่นตอบสนองให้ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นระดับใดขึ้นอยู่กับปริมาณการตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นได้ครบถ้วนเพียงใด เช่นความพึงพอใจของผู้บริโภคขึ้นอยู่กับคุณภาพของสินค้าและบริการ ความพึงพอใจที่มีต่อการใช้บริการ จะเกิดขึ้นหรือไม่นั้นจะต้องพิจารณาถึงลักษณะของการให้บริการขององค์กร ประกอบกับระดับความรู้สึกของผู้รับบริการในมิติต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล ดังนั้นการวัดความพึงพอใจในการใช้บริการอาจจะกระทำได้หลายวิธีดังนี้

1) การใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นวิธีการที่นิยมกันใช้อย่างแพร่หลายวิธีหนึ่ง โดยการร้องขอ หรือขอความร่วมมือจากกลุ่มบุคคลที่ต้องการวัด แสดงความคิดเห็นลงในแบบฟอร์มที่กำหนดคำตอบไว้ให้เลือกคำตอบหรือเป็นคำตอบอิสระ โดยคำถามอาจจะถามถึงความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ที่หน่วยงานกำลังให้บริการอยู่

2) การสัมภาษณ์เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะทำให้ทราบถึงระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นวิธีที่จะต้องอาศัยเทคนิคและความชำนาญพิเศษของผู้สัมภาษณ์ที่จะจูงใจให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำถามให้ตรงกับข้อเท็จจริง การวัดความพึงพอใจโดยวิธีสัมภาษณ์นับว่าเป็นวิธีที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพอีกวิธีหนึ่ง

3) การสังเกตเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ทำให้ทราบถึงระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้โดยวิธีการสังเกตกิริยาท่าทาง การพูด สีหน้า และความถี่ของการมาขอรับบริการ เป็นต้น การวัด ความพึงพอใจโดยวิธีนี้ผู้วัดจะต้องทำอย่างจริงจังและมีแบบแผนที่แน่นอน จึงจะสามารถประเมินถึงระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้อย่างถูกต้องจะเห็นได้ว่าการวัดความพึงพอใจต่อบริการนั้น สามารถที่จะวัดได้หลายวิธี ทั้งนี้จะต้องขึ้นอยู่กับความสะดวก ความเหมาะสม ตลอดจนจุดมุ่งหมาย หรือเป้าหมายของการวัดด้วยจึงจะส่งผลให้การวัดนั้นมีประสิทธิภาพเป็นที่น่าเชื่อถือได้

อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1978 อ้างใน ปันณวัชร พัชราวลัย, 2559) กล่าวถึงทฤษฎีที่ชี้พื้นฐาน 6 ประเภทที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการและความรู้สึกที่ผู้รับบริการได้รับจากบริการเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยประเมินระบบบริการว่า ได้มีการเข้าถึงผู้รับบริการ ความพึงพอใจ 6 ประเภทนั้น ได้แก่

- 1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ซึ่งได้แก่
  - (1) การใช้เวลารอคอยในสถานที่บริการ (Office Waiting Time)
  - (2) การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability of Care When Needs)
  - (3) ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of Getting to Care)

2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (Co - ordination) ซึ่งได้แก่

(1) การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง คือ ผู้ใช้บริการสามารถขอรับบริการตามความต้องการของผู้ใช้บริการ (Getting All Needs Met at One Place)

(2) ผู้ให้บริการให้ความสนใจผู้ให้บริการ

(3) ได้มีการติดตามผลงาน (Follow - up)

3) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Information)

4) ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ให้บริการ

5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of Care) ได้แก่คุณภาพของการบริการต่อผู้ให้บริการ

6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Output - off - Pocket Cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของผู้ใช้บริการ

คณิต ดวงหส์ตี (2556) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจว่า หมายถึง ความรู้สึกชอบหรือพอใจของบุคคลที่มีต่อการทำงานและองค์ประกอบหรือสิ่งจูงใจอื่น ๆ ถ้างานที่ทำหรือองค์ประกอบเหล่านั้นตอบสนองความต้องการของบุคคลได้บุคคลนั้น จะเกิดความพึงพอใจในงานขึ้น จะอุทิศเวลา แรงกาย แรงใจ รวมทั้งสติปัญญาให้แก่งานของตนให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งจูงใจที่ใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้นให้บุคคลเกิดความพึงพอใจจากการศึกษา รวบรวมและสรุปของ มีดังนี้

1) สิ่งจูงใจที่เป็นวัตถุ (Material Inducement) ได้แก่ เงิน สิ่งของหรือสภาวะทางกายที่ให้แก่ผู้ประกอบการต่าง ๆ

2) สภาพทางกายที่พึงปรารถนา (Desirable Physical Condition) คือ สิ่งแวดล้อมในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งอันก่อให้เกิดความสุขทางกาย

3) ผลประโยชน์ทางอุดมคติ (Ideal Benefaction) หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่สนอง ความต้องการของบุคคล

4) ผลประโยชน์ทางสังคม (Association Attractiveness) คือ ความสัมพันธ์อันดีมิตรกับผู้ร่วมกิจกรรม อันจะทำให้เกิดความผูกพันความพึงพอใจและสภาพการเป็นอยู่ร่วมกัน เป็นความพึงพอใจของบุคคลในด้านสังคมหรือความมั่นคงในสังคม ซึ่งจะทำให้รู้สึกมีหลักประกันและมีความมั่นคงในการประกอบกิจกรรม

Loeken, et al (1997 อ้างใน วิภาวี ชาดิษฐ์, 2559) แนวคิดการประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการ 4 ประเภท ได้แก่

- 1) ด้านโครงสร้าง (Structure) คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โดยรอบโครงสร้างสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย
- 2) ด้านกระบวนการ (Process) คือ การประสานงาน ขั้นตอนความสามารถทางด้านเทคนิคในการบริการของผู้ให้บริการ
- 3) ด้านความไม่สะดวกสบาย (Discomfort) คือ ความไม่สบายทางกาย และทางใจของผู้ป่วยที่มารับบริการ
- 4) ด้านความพึงพอใจทั่วไป (General Satisfaction) คือ ความพึงพอใจที่ผู้มารับบริการรู้สึกในปัจจุบัน และสามารถส่งผลถึงในอนาคต

ดังนั้น ความพึงพอใจความรู้สึกที่ดีของบุคคลที่ได้รับการตอบสนองเมื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในสิ่งที่ต้องการ และคาดหวัง ความพึงพอใจเป็นความชอบของแต่ละบุคคล ซึ่งระดับความพึงพอใจของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความพึงพอใจมาประยุกต์ใช้ในการประเมินผลโดยใช้แนวคิดการประเมินความพึงใจ โดยแบ่งความพึงใจออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง (Structure) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านความสะดวกสบาย (Comfort) และด้านความพึงพอใจทั่วไป (General Satisfaction) เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของการพัฒนากระบวนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

## 2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาการปฏิบัติงาน

การพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดความเจริญเติบโตองงามและดีขึ้นจนเป็นที่พึงพอใจ ความหมายดังกล่าวนี้ เป็นที่มาของความหมายในภาษาไทยและเป็นแนวทางในการกำหนดความหมาย (ลัดดา รักจรรยาบรรณ, 2557)

### 2.7.1 การพัฒนาการปฏิบัติงาน

การพัฒนาการปฏิบัติงานของบุคลากรจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และหัวหน้างานมีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคลากรที่อยู่ใต้การบังคับบัญชาได้พัฒนาการปฏิบัติงาน การพัฒนาการปฏิบัติงาน หรือการพัฒนาวิธีการทำงาน (Improving Work Methods) เป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของหัวหน้างานในองค์กรที่จะกระตุ้นให้พนักงานที่อยู่ในความดูแลเกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานของตนเอง ซึ่งการพัฒนาวิธีการทำงานมีเทคนิค ดังนี้

1) จัดเตรียมเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมบุคลากรผู้ปฏิบัติงานต้องมีเครื่องมือหรืออุปกรณ์เพียงพอที่จะปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) จัดทำการอบรมและสอนงานให้แก่บุคลากร บุคลากรต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะที่เพียงพอสำหรับงานนั้น ๆ โดยเฉพาะการเรียนรู้เพื่อพัฒนางานการปฏิบัติงานของตนเอง

3) สร้างแรงจูงใจในการพัฒนางานการปฏิบัติงาน บุคลากรต้องได้รับการกระตุ้นให้มีแรงจูงใจในการพัฒนางานการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และหัวหน้าต้องมีทักษะในการรับฟังข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของบุคลากร

4) มีความเชื่อมั่นทุกอย่างสามารถพัฒนาได้ และบุคลากรสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้มีความเชื่อในการปฏิบัติงานและการพัฒนาการทำงาน มีความกระตือรือร้นในการพัฒนางาน แก้ไขปรับปรุงและทำงานร่วมกัน

### 2.7.2 ขั้นตอนการพัฒนางานและการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนในการพัฒนางานและการปฏิบัติงาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกงานที่จะพัฒนาหรือปรับปรุง โดยเลือกงานที่จะพัฒนาหรือปรับปรุง ควรเริ่มที่การสำรวจจุดที่ควรปรับปรุง หาสาเหตุที่ทำให้การทำงานบกพร่องหรือตัวชี้วัดแสดงให้เห็นถึงงานที่สมควรปรับปรุง ได้แก่ งานที่ใช้ บุคลากรจำนวนมาก งานที่มีของเสียเกิดขึ้น งานที่ใช้แรงงานหนัก งานที่ต้องใช้วัสดุบิดราคาแพง งานที่มีอันตราย งานที่มีต้นทุนการผลิตสูง งานที่ติดขัดประจำ งานที่ต้องทำงานล่วงเวลา งานที่ล่าช้าไม่เป็นไปตามกำหนด และงานที่น่าเบื่อหน่าย

ขั้นตอนที่ 2 การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับงาน โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับงานที่จะปรับปรุงหรือพัฒนาให้มากที่สุด ซึ่งต้องวิเคราะห์งานอย่างละเอียด โดยพิจารณาในผลงานที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ และจดบันทึกสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหรือพบเห็นอย่างครบถ้วน วิเคราะห์ขั้นตอนการปฏิบัติงานร่วมกันว่ามีจุดบกพร่องที่ใดเพื่อจะนำไปสู่การแก้ปัญหาร่วมกัน อาจมีการใช้แผนภูมิการเคลื่อนไหวของกระบวนการและแสดงถึงการปฏิบัติงานเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจนหรือสัญลักษณ์ เพื่อให้มีความเข้าใจไปทางเดียวกัน

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ขั้นตอนการปฏิบัติงาน โดยวิเคราะห์ขั้นตอนการประเมินงานและวิธีการปฏิบัติงานที่บกพร่อง วิเคราะห์ความไม่มีประสิทธิภาพของวิธีการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนและพิจารณาตัด ลด หรือเพิ่มขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดวิธีการใหม่ เป็นการพิจารณาความเป็นไปได้ของวิธีการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นซึ่งองค์ประกอบสำคัญของ วิธีการปฏิบัติงาน ได้แก่ การกำจัด (Eliminating) การรวม (Combining) การจัดลำดับใหม่ (Rearranging) และการทำให้ง่าย (Simplifying) ซึ่งบุคลากร



ต้องเรียนรู้ว่าควรใช้วิธีการปฏิบัติงาน วิธีใดเหมาะสมในการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงานที่บกพร่อง และไม่มีประสิทธิภาพ มีการเสนอ วิธีการปฏิบัติงานใหม่เพื่อแก้ไขปัญหานั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 5 ขอความเห็นชอบ เป็นขั้นตอนบุคลากรขอความเห็นชอบต่อเพื่อนร่วมงาน หรือเป็นขั้นตอนที่หัวหน้างาน ให้พนักงานแสดงความคิดเห็นในเชิงเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เพื่อนำ ไปสู่การตัดสินใจในการเลือก วิธีการปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีการชี้ให้เห็นถึงผลที่จะได้รับ ทั้ง ข้อดี ข้อเสียและผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตเมื่อใช้วิธีการนี้

ขั้นตอนที่ 6 การปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่และติดตามผล การอนุมัติให้ทำ ตามวิธีการใหม่ที่ปรับปรุง และติดตามผลว่าช่วยให้การปฏิบัติงาน พัฒนาขึ้นหรือไม่มีการให้ความร่วมมือของบุคลากร ปฏิบัติการของบุคลากร โดยเฉพาะผลกระทบ ด้านคุณภาพของงาน หรือเวลาการติดตามผลงานจะทำให้สามารถพัฒนาจุดที่บกพร่องต่าง ๆ ของวิธีการใหม่ให้ดีขึ้นตามผลที่คาดคิดไว้ ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

การพัฒนาการปฏิบัติงาน จำเป็นต้องพิจารณาประเภท ของงาน และรูปแบบการทำงาน ในส่วนที่ต้องปรับปรุง วางแผนกำหนดขั้นตอน กำหนดวิธีการใหม่ ปรึกษาและตัดสินใจร่วมกันกับ ผู้ร่วมงาน ขอความเห็นชอบ และลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนวิธีการ ใหม่และติดตามผล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาขั้นตอนกระบวนการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ และทำให้การปฏิบัติงานพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำทฤษฎีในการพัฒนาการปฏิบัติงานมาประยุกต์ใช้ ร่วมกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการ สาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG) ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

## 2.8 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

### 2.8.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ในปัจจุบันนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นที่รู้จักและได้รับการกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวาง และยิ่งไปกว่านั้นยังได้ถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาในชุมชน สถานศึกษา สถาบัน หรือองค์กรต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชนของประเทศไทยมากยิ่งขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งได้มีนักวิชาการให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังต่อไปนี้

Kemmis & Mc Taggart (1988 อ้างใน วีระยุทธ ชาตะกาญจน์, 2558) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่น ๆ ในเชิงเทคนิค แต่แตกต่างในด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting)

เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

สมปอง พะมูลิลา (2560) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหามุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามา มีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการไม่มีการแยกกลุ่มศึกษากลุ่มทดลองแต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติโดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสมเน้นที่การสร้างความปลอดภัยเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัยจนเกิดองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัยนำมาประมวลเป็นแนวคิดหลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นรูปแบบของวิธีการศึกษาค้นคว้าแบบสะท้อนตนเองเป็นหมู่คณะของกลุ่มปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานและในขณะเดียวกันก็เป็น การพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ ที่เกี่ยวข้อง

### 2.8.2 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart จำแนกการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็นสามระดับ ดังนี้

1) การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) มีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานโดยอาศัยบุคคลภายนอก (Outsider) มาช่วยในการวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทบาทของผู้วิจัยหลัก โดยผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิดวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัย มาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกส่วนใหญ่ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุมข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) เป็นการวิจัยที่มีนักวิจัยภายนอกแสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรก คือ นอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานแล้วยังมุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วย ในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนและวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเอง ดังนั้นผู้ปฏิบัติจึงมีโอกาสเรียนรู้กระบวนการวิจัยและมีส่วนในการนำเสนอความคิดในประเด็นปัญหาการวิจัยที่มาจาก การปฏิบัติจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้



3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เป้าหมายของการวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบที่ 1 และแบบที่ 2 คือ นอกจากพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้ว ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานในองค์กรให้ดีขึ้น ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียงในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้แสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษาการวิจัยเหมือนแบบที่ 2 เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาความสามารถ ด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติและนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์และพันธนาการทางความคิดเดิม

จะเห็นว่าแนวทางการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการทำงานจาก ผู้ปฏิบัติถูกครอบความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Cooption) ซึ่งเป็นแบบแรกมาเป็นแบบที่สองคือร่วมกันทำงาน (Cooperation) และรูปแบบที่สามซึ่งเป็นการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) เป็นแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยมยอมรับกันว่าจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติการมากกว่าแบบอื่น ๆ

### 2.8.3 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนามาจากฐานคติความเชื่อที่มุ่งเน้นบูรณาการเชื่อมโยงความรู้หรือทฤษฎีเชิงปฏิบัติการที่ได้จากการทำวิจัยกับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง ๆ ในสนามหรือสถานที่ปฏิบัติงานผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยอาศัยการสะท้อนความคิดใคร่ครวญไปมาในเชิงวิพากษ์ผลการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำไปตามแผนการที่วางไว้ว่า สามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งมีปัจจัยเกื้อหนุนและขัดขวางความสำเร็จในการแก้ปัญหาอะไรบ้าง และจะต้องดำเนินการอย่างไร จึงจะทำให้เข้าสู่สภาวะการณ์ที่นำความสำเร็จนั้นมา ดังนั้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558)

องอาจ นัยวัฒน์ (2548 อ้างใน วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558) ได้สรุปกระบวนการของกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นขั้นตอนย่อย ๆ ไว้ 10 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- 1) ระบุแนวคิดและนิยามปัญหาอย่างชัดเจน
- 2) รวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายข้อเท็จจริงของสภาวะการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง หรือพัฒนา
- 3) วางแผนเพื่อกำหนดยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา
- 4) นำยุทธวิธีปฏิบัติที่วางไว้ไปลงมือปฏิบัติจริง
- 5) สังเกตการณ์ ติดตามตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานตามยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือกระทำไปแล้ว

6) สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือปฏิบัติแล้ว โดยอาศัย การคิดในเชิงวิพากษ์ด้วยทัศนะอันหลากหลายจากนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย บนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานร่องรอยต่าง ๆ ที่ได้รับจากขั้นตอนที่ 5

7) ทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา

8) นำแผนยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับแล้วไปลงมือปฏิบัติจริง

9) สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับและลงมือปฏิบัติแล้ว

10) ดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัยมีความเห็นร่วมกันอย่างสอดคล้องว่า สถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้นได้รับการปรับปรุงแก้ไข จนอยู่ในระดับที่พอใจ ภายใต้ข้อจำกัดทางด้านเวลาและทรัพยากรของการวิจัย

จากแนวคิดที่เกี่ยวกับกระบวนการหรือขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังที่กล่าวมา เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนการสอน และการบริหารจัดการการศึกษา สามารถสรุปเป็นขั้นตอนที่สำคัญได้ดังนี้

1) การตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนการสอน การ บริหารจัดการ ซึ่งถือได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดของกระบวนการ เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการ ดำเนินงาน ถ้าผู้วิจัยขาดความตระหนักในความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนการสอน และการบริหารจัดการแล้ว กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะไม่สามารถเกิดขึ้น

2) การศึกษา สํารวจ วิเคราะห์สภาพการปฏิบัติงาน เพื่อกำหนดจุดที่จะพัฒนาผู้วิจัย จะดำเนินการศึกษาสภาพปัญหาหรือประเด็นที่คิดว่าควรจะได้รับการพัฒนา ซึ่งขั้นตอนนี้ผู้วิจัย สามารถใช้เครื่องมือต่าง ๆ มาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ เช่น การสังเกต สัมภาษณ์ บันทึก เหตุการณ์ ตรวจสอบเอกสาร การทดสอบ ฯลฯ

3) นำสภาพปัญหาหรือจุดที่จะพัฒนาไปปรึกษากับกลุ่ม เนื่องจากหลักการสำคัญ ประการหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การดำเนินงานร่วมกันของกลุ่ม ดังนั้น เมื่อผู้วิจัยสามารถ กำหนดปัญหาหรือจุดที่จะพัฒนาได้แล้ว ก็นำไปให้กลุ่มได้พิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ร่วมกัน

4) การวางแผนเพื่อแก้ปัญหาหรือเพื่อการพัฒนา ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะกำหนดแผนงาน ที่จะนำไปใช้ ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของแผน ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมือในการแก้ปัญหา/พัฒนา และวิธีการประเมินผลความก้าวหน้า

5) นำแผนงานไปปรึกษากับกลุ่ม เพื่อวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยรวมทั้งคำแนะนำเพื่อนำไปใช้สำหรับการปรับปรุง แก้ไขแผนงานให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

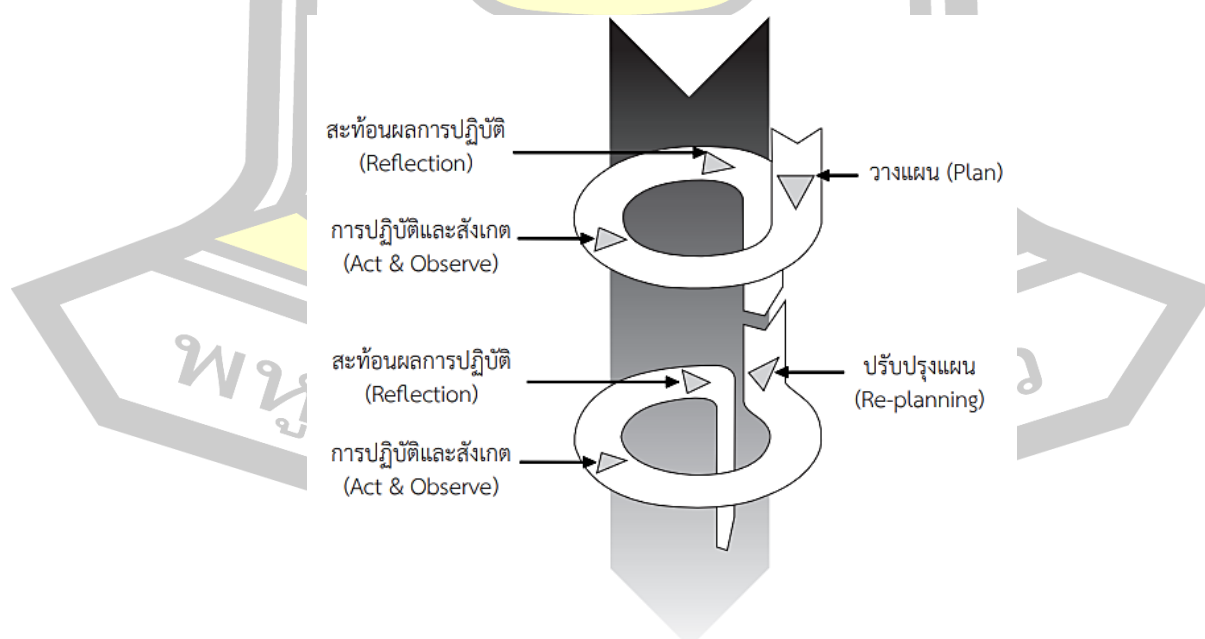
6) การปรับปรุง แก้ไข ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้จากกลุ่ม ตามขั้นตอนที่ 5 ไปปรับปรุงแก้ไขแผนงาน

7) การปฏิบัติงานตามแผนงาน ผู้วิจัยนำแผนงานที่จัดทำขึ้นไปปฏิบัติในสถานการณ์ที่ประสบอยู่

8) การประเมินผล เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างและภายหลังการดำเนินการตามแผน วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นอาจจะใช้วิธีการให้ได้มาซึ่งข้อมูลในเชิงปริมาณ เช่น การใช้แบบสอบถาม แบบสำรวจ แบบทดสอบ หรือข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ ฯลฯ ก็ได้ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุดเพื่อใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน

หลังจากที่ผู้วิจัยทำการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้แล้วผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้ใน 2 ลักษณะ คือ 1) ในกรณีที่แผนงานนั้นสามารถแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาในสิ่งที่ต้องการได้สำเร็จก็ยุติได้ 2) ในกรณีที่แผนงานนั้นไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานได้ตามวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยต้องย้อนกลับไปเริ่มต้นดำเนินการศึกษาวิจัยใหม่ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 2 อีกครั้ง

Kemmis & Mc Taggart (1988 อ้างใน วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558) กล่าวว่า กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ เป็นดังแสดงรายละเอียดตามภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยหลักที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักรของกระบวนการวิจัยดังกล่าว จึงเป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไกการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เป็นการดำเนินงานวิจัยที่ไม่แยกกิจกรรมการสืบค้นหาความรู้ ความจริงออกจากกิจกรรมการพัฒนา อดอง นัยวัฒน์ (2548 อ้างใน วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558) ซึ่งกิจกรรมการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้าโดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไข ปัญหาการต่อต้าน รวมทั้งสภาวะการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

2) การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของสภาวะการณ์เวลานั้นได้ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

3) การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าวๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นตามมา

4) การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางแผนไว้ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูล

พื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือใกล้เคียงต่อไป

จากการทบทวน การวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โดยใช้ขั้นตอนของ PAOR โดยประกอบไปด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นเหมาะสมในการนำมาพัฒนาและแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันวางแผน ร่วมกันปฏิบัติ ร่วมกันสังเกตผล และร่วมกันสะท้อนผล เพื่อการศึกษาและการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

## 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิระพันธ์ สุขชี และคณะ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงานที่สัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียน ได้แก่ ระดับการศึกษา สถาบันที่จบการศึกษาโดยมีความสัมพันธ์กับอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยด้านการทำงานของแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียน ได้แก่ ระดับของโรงพยาบาลโดยมีความสัมพันธ์กับอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ไม่พบปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับค่าสมบูรณ์ของส่วนต่างระหว่างค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ได้จริงกับที่ควรจะเป็น และอัตราการสรุปรโรคและหัตถการถูกต้อง

พิรุฬห์พร แสนแพง (2555) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง พบว่าผลการศึกษาในส่วนของแรงจูงใจและการให้ความสำคัญกับการสรุปรค่าวินิจฉัยในระดับมาก โดยแพทย์ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อภาระงานคือ งานตรวจรักษา งานสรุปรค่าวินิจฉัย งานสอนนักศึกษาแพทย์ และงานบริหาร ตามลำดับ ร้อยละ 80 ของเจ้าพนักงานเวชสถิติให้ความสำคัญในการให้รหัสโรค-รหัสผ่าตัดและหัตถการ ในระดับมากที่สุด และมีค่าตอบแทน เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้รหัสโรค-รหัสผ่าตัดและหัตถการ ส่วนเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ ร้อยละ 60 ให้ความสำคัญในการส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ในระดับมาก และเห็นว่าการปฏิบัติงานส่งข้อมูลชดเชยค่าบริการทางการแพทย์นั้นเป็นหน้าที่ที่ต้องทำสำหรับความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์นั้น แพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก พบว่าข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ หากทำการสรุปรค่าวินิจฉัยล่าช้า จะทำให้มีผลกระทบต่อรายรับของ



โรงพยาบาล แต่ก็ยังมีแพทย์จำนวนไม่น้อยที่เข้าใจผิดว่าผู้ป่วยสิทธิต้นสังกัด ต้องส่งข้อมูลเบิกชดเชย ภายใน 45 วัน ซึ่งในความเป็นจริงต้องส่งข้อมูลให้ทันภายใน 30 วันหลังผู้ป่วยจำหน่าย เจ้าพนักงานเวชสถิติ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทุกข้อ ส่วนเจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในระดับมาก อย่างไรก็ตามก็ตีกลุ่มที่มีความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์มากที่สุดคือ เจ้าพนักงานเวชสถิติ รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ศูนย์ประกันสุขภาพ

สนธยา พริงลำภู (2556) ได้ศึกษาระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลกองทุนเงินทดแทน โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหรือ DRG (Diagnosis Related Group) พบว่า การศึกษาเปรียบเทียบระบบการรายงานค่ารักษา การตรวจสอบความถูกต้องของรายงานและการจ่ายค่าชดเชยค่ารักษาระหว่างระบบการจ่ายค่ารักษาของกองทุนเงินทดแทนตามกฎหมายกระทรวง และระบบการจ่ายค่ารักษาโดยใช้ระบบ DRG ของ 3 กองทุน พบว่าระบบการจ่ายค่ารักษาของกองทุนเงินทดแทนมีข้อจำกัดหลายประการที่สมควรได้รับการแก้ไขปรับปรุง ระบบรายงานค่ารักษาส่วนใหญ่จะเก็บข้อมูลเป็นเอกสารในสำนักงานแต่ละแห่งทำให้ยากต่อการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารประกอบการเบิกค่ารักษาขึ้นอยู่กับประสบการณ์และดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเป็นสำคัญอาจทำให้เกิดความผิดพลาดได้ ในขณะที่การจ่ายค่าชดเชยค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลหรือนายจ้าง ลูกจ้างที่มาเบิก จะเป็นการจ่ายในวงเงินไม่เกินเพดานขั้นต่ำคือ 45,000 บาท ส่วนที่เกินจะส่งหาหรือสำนักงานกองทุนเงินทดแทน ทำให้ล่าช้าในการเบิกจ่ายค่ารักษาและอาจทำให้ลูกจ้าง นายจ้าง ได้รับความเดือดร้อน ในกรณีที่ต้องสำรองค่าใช้จ่ายส่วนเกินให้แก่สถานพยาบาลไปก่อน ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมีจุดแข็ง คือ สามารถควบคุมงบประมาณได้ดีโดยการใช้ อัตราการจ่ายชดเชย (Base Rate) ที่เหมาะสมร่วมกับการกำหนดค่าใช้จ่ายในรายการรักษาที่ไม่ครอบคลุมในระบบ DRG นอกจากนี้ยังไม่มีปัญหาในการส่งต่อหรือการย้ายสถานพยาบาลของลูกจ้าง เนื่องจากสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทุกแห่ง ทำให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลจนถึงสิ้นสุดการ รักษาพยาบาล รวมถึงได้รับการยอมรับและความพึงพอใจจากนายจ้างลูกจ้าง เพราะไม่ต้องรับภาระ ค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากเพดานที่กำหนด อย่างไรก็ตาม การจ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลโดยใช้ระบบ DRG มีข้อจำกัดตรงที่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติไม่สามารถตรวจสอบและคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (AdjRw) ได้ด้วยตนเอง ต้องดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญหรือจัดจ้างหน่วยงานภายนอกดำเนินการแทน นอกจากนี้หากอัตราการจ่ายชดเชยค่ารักษาไม่เพียงพอหรือน้อยเกินไป ทำให้สถานพยาบาลขาดแรงจูงใจในการรักษาหรือปฏิเสธการรักษา อาจทำให้การเข้าถึงการบริการของลูกจ้างลดลง ส่งผลให้ ลูกจ้างเกิดความกังวลว่า จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ไม่ดี

อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2557) ได้ศึกษาการจ่ายค่าบริการตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของประเทศไทยและต่างประเทศ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG) ซึ่งเป็นระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยแบบเฉียบพลัน พัฒนาโดย Robert Fetter และคณะที่มหาวิทยาลัยเยล ประเทศสหรัฐอเมริกา เดิมชื่อ Yale DRG มีการพัฒนาและใช้มากกว่าสี่ทศวรรษ ผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่ม DRG เดียวกันจะได้รับบริการที่ใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลคล้ายคลึงกัน ยอดจ่ายชดเชยต่อการรักษาผู้ป่วยหนึ่งรายคำนวณจากอัตราจ่ายต่อ DRG (DRG-based rate) คูณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ และปัจจัยตัวประกอบปรับค่าที่ขึ้นกับบริบทของแต่ละประเทศ ระบบการเบิกจ่ายแบบ DRG มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความโปร่งใส และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข จึงควรมีการศึกษาถึงข้อดีและข้อเสียอย่างรอบด้านเพื่อส่งเสริมส่วนที่ดีและอุดรอยรั่วหรือแก้ไขส่วนที่ส่งผลเสียต่อระบบสาธารณสุข

สิรินทร์ ภักดีพันธ์ และคณะ (2557) ได้ศึกษาสถานะทางการเงินและคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลภายใต้กลไกการจ่ายเงินแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพื่อศึกษาผลของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related groups : DRG) ต่อสถานะทางการเงิน จำแนกกลุ่มโรคที่ขาดทุนประเมินความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากรในหมวดค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน และคุณภาพการบริการ โดยใช้วิธีการศึกษาแบบย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2553 ของโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี วัดสถานะทางการเงินจากผลต่างระหว่างต้นทุนการรักษากับเงินชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเมินความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากรโดยวิเคราะห์สัดส่วนของต้นทุนหมวดหมู่ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในสำหรับ 10 โรคที่ขาดทุนสูงสุดและสัมภาษณ์หัวหน้าแพทย์อายุรกรรมผู้ป่วยในเพื่อร่วมประเมินความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากร ประเมินคุณภาพการบริการโดยพิจารณา 1) อัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน และ 2) การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเร็วกว่าวันนอนมาตรฐาน DRG โดยสรุปพบว่า ภายใต้การจ่ายเงินชดเชยแบบ DRG โรงพยาบาลยังคงขาดทุน และมีค้ำยืนยันว่าใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ควรเลือกซื้อยาชื่อสามัญก่อนอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วันและการจำหน่ายผู้ป่วยกลับเร็วกว่าวันนอนมาตรฐานอยู่ในระดับต่ำในอนาคตควรศึกษารายละเอียดของ DRG ที่ทำให้ขาดทุนมากที่สุดและเก็บข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ

สัมพันธ์ ศรีหนูขำ และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาการสรุปรหัสคำวินิจฉัยโรค หัตถการ และการผ่าตัดของคำรักษาพยาบาลตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน ผลการศึกษาการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวน 1,107 ฉบับ พบว่ามีเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีความคลาดเคลื่อนในการสรุปคำวินิจฉัยโรคหัตถการและการผ่าตัดของผู้ป่วยใน จำนวน 322 ฉบับ และหลังจากที่ Auditor ทบทวนและแก้ไข เพิ่มเติมคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด ให้ถูกต้องครบถ้วนแล้ว พบว่ามีความแตกต่างของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ที่มีผลต่อค่า AdjRW จำนวน 216



ฉบับ โดยทำให้ค่า AdjRW เพิ่มขึ้น 182.84 ซึ่งมีผลทำให้โรงพยาบาลได้รับค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 2,420,928.35 บาท ในการศึกษาครั้งนี้มีประเด็นที่เพิ่มเติมพบว่าความคลาดเคลื่อนในส่วนของโรคหลัก โรคร่วม โรคแทรกซ้อน หัตถการ และการผ่าตัด เมื่อ Auditor ทบทวนและแก้ไข เพิ่มเติมให้ถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว พบว่าการสรุปค่าวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกันมีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ส่งผลต่อค่า AdjRW ซึ่งมีผลกระทบต่อจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลที่ต้นสังกัดต้องจ่ายคืนให้กับโรงพยาบาลฯ ดังนั้นแพทย์ควรตระหนักถึงความสำคัญและเข้าใจการสรุปค่าวินิจฉัยโรค ซึ่งควรมีการตรวจสอบ ทบทวนเวชระเบียน แบบ Real time อย่างต่อเนื่อง โดย Auditor ประจำโรงพยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญ เพื่อช่วยให้การบันทึกและการสรุปค่าวินิจฉัยโรค ในเวชระเบียนผู้ป่วยมีความถูกต้องและครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ (2559) ได้ทำการวิจัยประเมินผลโครงการ การพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยในกรณีศึกษา โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า เวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีความสมบูรณ์จำนวน 10,790 ฉบับ นำมาวิเคราะห์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) จำนวน 7,550 ฉบับ (ร้อยละ 70.00) ถูกจำหน่ายจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4,177 ฉบับ (ร้อยละ 38.70) ผู้ป่วยในส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาดำด้วยโรคกลุ่มอายุรกรรม 6,473 ฉบับ (ร้อยละ 60.00) แพทย์และหอผู้ป่วยในใช้ระยะเวลา 1 – 75 วัน เฉลี่ย  $11.76 \pm 8.84$  วัน ค่ารักษาที่เกิดขึ้นตั้งแต่ 162 – 238,950 บาท เฉลี่ย  $7,737.79 \pm 10,476.69$  บาท ผู้ป่วยส่วนใหญ่พักรักษาตัวตั้งแต่ 1.20 – 42.66 วัน เฉลี่ย  $3.75 \pm 2.50$  วัน และมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับน้ำหนักตั้งแต่ 0.1662 – 14.6433 เฉลี่ย  $0.8944 \pm 0.9414$  เมื่อจำแนกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตามรอบของการพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยใน จะมีเวชระเบียนผู้ป่วยในระยะที่ 1 (จำหน่ายปีงบประมาณ 2558) 2,391 ฉบับ (ร้อยละ 22.20) ระยะที่ 2 (จำหน่ายปีงบประมาณ 2559) 6,506 ฉบับ (ร้อยละ 60.30) และระยะที่ 2 (จำหน่ายในปีงบประมาณ 2560) 1,893 ฉบับ (ร้อยละ 17.50) เมื่อควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้อง และตัวแปรกวแล้ว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อโอกาสการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยในกลับคืนห้องเวชระเบียนเพื่อเข้าสู่กระบวนการเรียกเก็บทันภายใน 10 วัน ประกอบด้วยระยะการพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยใน สิทธิการรักษาพยาบาล สาขาหลักทางการแพทย์ของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษา และหอผู้ป่วยที่จำหน่ายผู้ป่วย ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยสามารถกันร่วมอธิบายความผันแปรของโอกาสการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยในกลับคืนห้องเวชระเบียนเพื่อเข้าสู่กระบวนการเรียกเก็บทันภายใน 10 วัน ได้ร้อยละ 22.5 และระบบสารสนเทศเพื่อให้บริการ ที่ผู้ใช้ทุกระดับสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีรูปแบบที่ไม่ซับซ้อน ทำให้ได้รับความร่วมมือ และเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และแพทย์ พยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลมีการรับรู้คุณค่าของงานเมื่อผู้บริหารมีการนำข้อมูลนั้นไปใช้ และตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นของระบบ ในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อ

ศึกษาผลกระทบในมุมการปฏิบัติงานด้านการสรุปเวชระเบียนและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในเชิงพัฒนาได้มากยิ่งขึ้น

เพ็ญประภา พรศรีเมตต์ และกนกรัตน์ ไสยเลิศ (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบ Diagnosis Related Groups เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการส่งเวชระเบียนไม่ทันเวลาของแต่ละจุด พบว่าสาเหตุเกิดจากเวชระเบียนขาดความสมบูรณ์ เวชระเบียนสูญหาย ภาระงานมาก Hardware และ Software ไม่มีประสิทธิภาพ จึงได้ดำเนินการพัฒนาในแต่ละจุด ดังนี้ จุดที่ 1 หอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาล มีการสร้างระบบติดตามเวชระเบียน จุดที่ 2 แพทย์สรุปเวชระเบียน ได้มีการพัฒนาระบบการสรุปเวชระเบียนของแพทย์โดยจัดทำระบบ Pre-audit ผ่านระบบ Electronic File และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างต่อเนื่อง จุดที่ 3 ผู้ตรวจสอบบัญชีพัฒนาระบบ One Stop Service มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Social Network และมีการจัดอบรมกำลังมาขึ้นปฏิบัติงานในช่วงวันหยุดและนอกเวลาราชการ จุดที่ 4 เวชระเบียนลงทะเบียนรับกลับ มีการพัฒนาร่วมกับกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการพัฒนาประสิทธิภาพ Hardware และ Software ให้ทันสมัยเหมาะสมกับลักษณะงาน จุดที่ 5 Coder ให้รหัสโรคหัตถการ ได้พัฒนาการให้รหัสโรคหัตถการ จัดอบรมกำลังเสริมในช่วงวันหยุดราชการ จากการประเมินผลจากเวชระเบียนทั้งหมดพบว่า ความล่าช้าน้อยลงทำให้สามารถส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้ทันเวลามากขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ มีการแก้ไขปัญหาในระบบไหลเวียนเวชระเบียนในแต่ละจุดที่แตกต่างกันออกไปโดยการมีส่วนร่วมจากสหสาขาวิชาชีพโดยใช้แนวคิด Lean Concept และมีการจัดระบบ Pre-audit ผ่านระบบ Electronic File มีการติดตามและสะท้อนข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดประสิทธิภาพระบบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

อรทัย เขียวเจริญ และคณะ (2561) ได้ศึกษาการพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยในจิตเวชจากการศึกษาพบว่า การจัดกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยในจิตเวช ได้ 39 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มโรคร่วมจิตเวชสำหรับผู้ใหญ่ 34 กลุ่ม เด็ก 5 กลุ่ม ผู้ป่วยผู้ใหญ่จัดอยู่ในกลุ่ม Schizophrenia, Age  $\leq$  50, with cognitive problems, with problems from reactive/aggressive/agitated behavior มากที่สุด คือ 2,088 ราย (ร้อยละ 17.1) ผู้ป่วยเด็กอยู่ในกลุ่ม Other Child Psychiatric Conditions มากที่สุด คือ 2,463 ราย (ร้อยละ 83.4) กลุ่มที่มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายสูงที่สุดคือ Mental Health Disease, Ongoing type 200,817 บาท กลุ่มที่มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายต่ำที่สุดคือ Mental Health Disease, Same-day type 590 บาท จากผลการวิเคราะห์สถิติทดสอบการจัดกลุ่ม พบว่ากลุ่มโรคร่วมจิตเวชฉบับที่ 3 ลดความแปรปรวนของต้นทุนได้ดีค่า สถิติการลดความแปรปรวน ลดได้ร้อยละ 39.9 และเกือบทุกกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันของต้นทุนดีมาก โดยมีกลุ่มโรคเดียวที่สัมประสิทธิ์ความแปรปรวนมากกว่า 100% อีกทั้งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight, RW) ของกลุ่มโรคร่วมจิตเวชที่พัฒนาขึ้น สามารถทำนายขนาด

การใช้ทรัพยากรได้ดีกว่า RW ของกลุ่มโรควินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 5 ซึ่งใช้ในการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยในจิตเวชในปัจจุบัน สรุปว่า ข้อมูลกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยในจิตเวชที่พัฒนาขึ้นนั้น ให้ความสำคัญกับความเหมาะสมทางคลินิก และความเหมาะสมทางค่าสถิติเพราะการจัดกลุ่มโรคร่วมที่สร้างขึ้นมีความสามารถในการจัดให้ผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงทั้งทางคลินิกและการใช้ทรัพยากรอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ข้อเสนอแนะการใช้กลุ่มโรคร่วมจิตเวชในการจ่ายเงิน กองทุนต่าง ๆ ควรวางระบบให้มีความพร้อม เพื่อให้สามารถรองรับข้อมูลลักษณะอาการทางจิตซึ่งต้องเก็บเพิ่มจากปกติตลอดจนพิจารณาเพิ่มวงเงินงบประมาณสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยในด้วยบริการจิตเวชที่ต้องการวันนอนโรงพยาบาลที่มากพอในการบำบัดรักษาทางจิต

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เป็นกระบวนการสำคัญที่มีผลต่อระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาล การบริหารการคลังด้านสุขภาพที่ดีจะทำให้เพียงพอต่อการใช้จ่ายทางสุขภาพ ซึ่งการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีเชิงปฏิบัติการโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อเป็นการพัฒนาและแก้ไขปัญหาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) และแนวคิดในการพัฒนาการปฏิบัติงาน เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ของพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี



## 2.10 กรอบแนวคิดงานวิจัย



รูปภาพที่ 2 กรอบแนวคิดงานวิจัย

พหุ ประถมศึกษา ชีวะ

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) ในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ซึ่งมีลำดับขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 กลุ่มเป้าหมาย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 จริยธรรมในการวิจัย

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยมากยิ่งขึ้น เน้นส่งเสริมผู้ปฏิบัติงานสะท้อนผล และคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการทำงานด้วยตนเอง ในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG) โดยใช้กระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน (Kemmis & Mc Taggart, 1988 อ้างใน วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

##### ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

การเก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษาบริบท เตรียมผู้ดำเนินงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องและแต่งตั้งคณะทำงาน/คณะกรรมการศึกษาวิจัยในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบ

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนกระบวนการที่เหมาะสมกับบริบท

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) นำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้นที่ 1

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation)

การประเมินกระบวนการดำเนินงาน กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) และการวิเคราะห์ข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) โดยสะท้อนผลการดำเนินงาน เพื่อสะท้อนปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินงาน

### 3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

#### 3.2.1 ประชากร

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้คือ บุคลากรในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

#### 3.2.2 กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายของการศึกษาในครั้งนี้ ได้กำหนดบุคลากรในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2562 เป็นผู้เข้าร่วมวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นกลุ่มคณะดำเนินงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัย และส่วนที่ 2 เป็นผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รวมทั้งสิ้น 169 คน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการดำเนินงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัย โดยร่วมกันคิด ร่วมวางแผนปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนผล เพื่อค้นหากระบวนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 15 คน ประกอบด้วย

- แพทย์ที่ปรึกษาคณะกรรมการสารสนเทศ จำนวน 1 คน
- ตัวแทนพยาบาลผู้รับผิดชอบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในจากกลุ่มการ

พยาบาลหอผู้ป่วยใน จำนวน 10 คน ดังนี้



|  |              |
|--|--------------|
| กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด  | จำนวน 1 คน   |
| กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักจิตเวชชาย  | จำนวน 1 คน   |
| กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชายเร่ร่อนบำบัด 1   | จำนวน 1 คน   |
| กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชายเร่ร่อนบำบัด 2   | จำนวน 1 คน   |
| กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชสูงอายุชายเร่ร่อน   | จำนวน 1 คน   |
| กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชายเร่ร่อน  | จำนวน 1 คน   |
| กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชหญิง  | จำนวน 1 คน   |
| กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชเด็ก  | จำนวน 1 คน   |
| กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชหญิงเร่ร่อน   | จำนวน 1 คน   |
| กลุ่มงานการพยาบาลโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยพิเศษ  | จำนวน 1 คน   |
| - ตัวแทนฝ่ายศูนย์ประกันสุขภาพที่รับผิดชอบงานบันทึกข้อมูล ส่งข้อมูลและ              |              |
| ตรวจสอบรายงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข  | จำนวน 1 คน   |
| - ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน   | จำนวน 1 คน   |
| - ผู้รับผิดชอบงานให้รหัสทางการแพทย์  | จำนวน 1 คน   |
| - ผู้รับผิดชอบงานตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในและสถิติ                                | จำนวน 1 คน   |
| กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการ                |              |
| สาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นจำนวน 169 คน |              |
| ประกอบด้วย   |              |
| - แพทย์  | จำนวน 9 คน   |
| - พยาบาล   | จำนวน 145 คน |
| - ฝ่ายศูนย์ประกันสุขภาพ  | จำนวน 7 คน   |
| - ผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน   | จำนวน 6 คน   |
| - เจ้าหน้าที่เวชสถิติ  | จำนวน 2 คน   |

ในการศึกษาครั้งนี้สามารถจำแนกกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มคณะดำเนินงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัย และกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยในแต่ละกลุ่มมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัย ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้



### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) บุคลากรผู้ที่ได้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562

2) ผู้ที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria )

1) ผู้ที่ยกเลิกการสมัครใจ ของดการให้ข้อมูลในระหว่างการดำเนินการวิจัย

2) ผู้ที่ลาออกหรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน

3) ผู้ที่เปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการทำงาน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและประเมินผล ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) บุคลากรผู้ที่ได้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562

2) ผู้ที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria )

1) ผู้ที่ยกเลิกการสมัครใจ ของดการให้ข้อมูลในระหว่างการดำเนินการวิจัย

2) ผู้ที่ลาออกหรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน

3) ผู้ที่เปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการทำงาน

สรุปการวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัยจำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มคณะดำเนินงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัย

กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

รวมทั้งสิ้น 169 คน

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 3.3.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.3.1.1 การบันทึก (Record) ผู้วิจัยจะทำการบันทึกการดำเนินการและกิจกรรม ได้แก่ การจดบันทึก การบันทึกภาพ และบันทึกเสียง

3.3.1.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้เข้าร่วมวิจัย สนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การออกแบบกระบวนการและบันทึกด้วยแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

3.3.1.3 การสัมภาษณ์ (Interview) ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายโดยเป็นการใช้แบบสัมภาษณ์ที่ไม่มีโครงสร้าง (Non-Structured interview) สัมภาษณ์โดยใช้เพียงประเด็นหรือหัวข้อที่กำหนดขึ้นมาอย่างกว้าง ๆ เพียงประเด็นหลัก ส่วนประเด็นย่อยมีการเพิ่มเติมระหว่าง การสนทนา ซึ่งแนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการ สาธารณสุข

#### 3.3.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

3.3.2.1 ข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

3.3.2.2 โปรแกรมจัดกลุ่มและคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ Thai DRG version 5.0 ในผู้ป่วยในสิทธิ์การรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในกลุ่มกองทุนสวัสดิการข้าราชการและกองทุนประกันสังคม ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) ของกลุ่มวินิจฉัยโรค ฉบับ 6.2 (TDRG Version 5.0) โดยคำนวณจากโปรแกรมจัดกลุ่มและคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ Thai DRG version 6.2

3.3.2.3 แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมศึกษาการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 2 ชุด ประกอบไปด้วย

แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับคณะกรรมการดำเนินงาน แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

แบบสอบถามมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

แบบสอบถามชุดที่ 1

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) จำนวน 20 ข้อ โดยการให้คะแนนจะพิจารณาตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert's Type Scale) มี 3 ระดับ คือ

มีส่วนร่วมมาก ให้ค่า 3 คะแนน

มีส่วนร่วมปานกลาง ให้ค่า 2 คะแนน

มีส่วนร่วมน้อย ให้ค่า 1 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามโดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนขั้น (Best 1977 ; Daniel 1995 อ้างใน สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2552) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ปานกลาง และน้อย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ระดับการมีส่วนร่วม

2.34 - 3.00 การมีส่วนร่วมมาก

1.67 - 2.33 การมีส่วนร่วมปานกลาง

1.00 - 1.66 การมีส่วนร่วมน้อย

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 12 ข้อ โดยการให้คะแนนจะพิจารณาตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert's Type Scale) มี 3 ระดับ คือ

|                |        |         |
|----------------|--------|---------|
| พึงพอใจมาก     | ให้ค่า | 3 คะแนน |
| พึงพอใจปานกลาง | ให้ค่า | 2 คะแนน |
| พึงพอใจน้อย    | ให้ค่า | 1 คะแนน |

การแปลความหมายคะแนนความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามโดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น (Best 1977 ; Daniel 1995 อ้างใน สุมัทนา กลางคาร และวราพจน์ พรหมสัจตยพรต, 2552) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ปานกลาง และน้อย ดังนี้

| คะแนนเฉลี่ย | ระดับความพึงพอใจ |
|-------------|------------------|
| 2.34 – 3.00 | พึงพอใจมาก       |
| 1.67 – 2.33 | พึงพอใจปานกลาง   |
| 1.00 – 1.66 | พึงพอใจน้อย      |

#### แบบสอบถามชุดที่ 2

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

|        |             |
|--------|-------------|
| ตอบถูก | ให้ 1 คะแนน |
| ตอบผิด | ให้ 0 คะแนน |

การแปลความหมายคะแนนความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) แบ่งเป็น 3 ระดับ (สุมัทนา กลางคาร และวราพจน์ พรหมสัจตยพรต, 2552) ดังนี้

|                           |                                   |
|---------------------------|-----------------------------------|
| คะแนนร้อยละ 80.00-100.00  | หมายถึง มีระดับความรู้สูง         |
| คะแนนร้อยละ 60.00-79.00   | หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง     |
| คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 | หมายถึง มีความรู้ระดับควรปรับปรุง |

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 15 ข้อ โดยได้ประยุกต์มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มาจากการประเมินทักษะตนเอง ซึ่งเป็นการวัด

พฤติกรรมจริง (Ricky and Griffin, 1996 อ้างใน สุ่มัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัทยพรต, 2552) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

|                 |        |         |
|-----------------|--------|---------|
| ปฏิบัติทุกครั้ง | ให้ค่า | 3 คะแนน |
| ปฏิบัติบางครั้ง | ให้ค่า | 2 คะแนน |
| ไม่ปฏิบัติ      | ให้ค่า | 1 คะแนน |

การแปลความหมายคะแนนการปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามโดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น (Best 1977 ; Daniel 1995 อ้างใน สุ่มัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัทยพรต, 2552) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ปานกลาง และน้อย ดังนี้

|             |                        |
|-------------|------------------------|
| คะแนนเฉลี่ย | ระดับการปฏิบัติ        |
| 2.34 – 3.00 | ระดับการปฏิบัติมาก     |
| 1.67 – 2.33 | ระดับการปฏิบัติปานกลาง |
| 1.00 – 1.66 | ระดับการปฏิบัติน้อย    |

### 3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 3.4.1 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบ โดยนำแบบสัมภาษณ์ให้กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์พิจารณา จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) (วิสาข่า ภูัจินดา และคณะ, 2560) และนำข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ มีความเหมาะสมสู่การนำไปใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ดังนี้

3.4.1.1 แพทย์หญิงนันทยา ผูกพันธ์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

3.4.1.2 นายวิชัย โลงนะจิตร เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน กลุ่มงานเวชระเบียน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

3.4.1.3 นายจรรัญชัย พุทธิรักษา เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน กลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยพิจารณาใช้สูตรการคำนวณของ Rowinelli และ Hambleton, 1977 (วิชาฯ ภูจินดา และคณะ, 2560)

ให้ +1 เมื่อข้อความคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อความคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อความคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุม

$$\text{สูตร IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อความคำตอบกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

$\sum R$  = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

โดยคิดจากคะแนนรวมของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนน และนำข้อปรับปรุงมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เมื่อผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน นำเครื่องมือตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราซ (Cronbach's Alpha Coefficient) (วิชาฯ ภูจินดา และคณะ, 2560) โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ดังนี้

#### แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับคณะกรรมการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม จำนวน 20 ข้อ เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม จำนวน 12 ข้อ เท่ากับ 0.95

#### แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม จำนวน 15 ข้อ เท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม จำนวน 15 ข้อ เท่ากับ 0.98



### 3.4.2 การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try Out) กับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ความคล้ายคลึงกัน และนำแบบสอบถามด้านความรู้ นำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธี Kuder – Richardson (KR-20) นำมาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้

#### แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับคณะกรรมการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จำนวน 20 ข้อ เท่ากับ 0.76

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จำนวน 12 ข้อ เท่ากับ 0.78

#### แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จำนวน 15 ข้อ (สูตร KR-20) เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จำนวน 15 ข้อ เท่ากับ 0.73

### 3.4.3 การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา และทำการวิเคราะห์ข้อมูล

## 3.5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวิธีการเข้าถึงอาสาสมัคร ซึ่งผู้วิจัยได้เข้าถึงโดยการไปพบและเชิญชวนด้วยตัวผู้วิจัยและคณะกรรมการดำเนินงาน ให้กับผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย พร้อมทั้งแจกทั้งแจกเอกสาร คำอธิบายโครงการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้ความในการตัดสินใจและขอให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อมีผู้สมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ในการเข้าร่วมการวิจัยนั้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้ทำหน้าที่ให้ข้อมูลเพื่อขอความยินยอมต่อผู้เข้าร่วมโครงการ สถานที่ที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการให้ข้อมูลคำอธิบาย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ความเสี่ยง

และประโยชน์ ตอบข้อสงสัยจนผู้ป่วยเข้าใจ และให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระ ใช้ระยะเวลาในการให้ข้อมูลเป็นเวลาประมาณ 30 นาที ก่อนลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล และดำเนินการโดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

#### ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

- 1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษาบริบทก่อนการศึกษาวิจัย
- 1.2 การเตรียมผู้ดำเนินงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องและแต่งตั้งคณะกรรมการศึกษาวิจัยในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)
- 1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษาบริบท ระบบการดำเนินงาน และสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานของกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยการสัมภาษณ์และแบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติงานกับผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)
- 1.4 ประชุมเชิงปฏิบัติการ ในกลุ่มคณะกรรมการดำเนินงาน เพื่อวางแผนกระบวนการที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพัฒนา และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) โดยผู้วิจัยนำเสนอการดำเนินงานในข้อที่ได้แจ้งต่อที่ประชุมรับทราบ เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้ทราบถึงปัญหา โดยดำเนินการดังนี้
  - สภาพปัจจุบันของการดำเนินงานกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข
  - วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ในการดำเนินงานกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข
  - วางแผนกระบวนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

#### 1.5 สร้างเครื่องมือ

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action) นำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้นที่ 1

#### ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation)

3.1 การประเมินกระบวนการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามในการประเมินการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มคณะกรรมการดำเนินงาน และประเมินความรู้และการปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) ของกลุ่มวินิจฉัยโรค ฉบับ 5.0 (TDRG Version 5.0) โดยคำนวณจากโปรแกรมจัดกลุ่มและคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ Thai DRG version 5.0 ในผู้ป่วยในสิทธิ์การรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในกลุ่มกองทุนสวัสดิการข้าราชการและกองทุนประกันสังคม ใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) ของกลุ่มวินิจฉัยโรค ฉบับ 6.2 (TDRG Version 5.0) โดยคำนวณจากโปรแกรมจัดกลุ่มและคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ Thai DRG version 6.2

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) โดยสะท้อนผลการดำเนินงาน เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินงาน

4.1 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนและหาแนวทางการแก้ไข โดยใช้ทฤษฎีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) และถอดบทเรียนด้วยการเรียนรู้หลังการปฏิบัติ (After Action Review : AAR)

4.2 สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานครั้งต่อไป

### 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากและทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

#### 3.6.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึก การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและจัดหมวดหมู่ตามประเด็น

#### 3.6.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ข้อมูล ดังนี้

- ข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) ของกลุ่มวินิจฉัยโรค โดยคำนวณจากโปรแกรมจัดกลุ่มและคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ Thai DRG

- วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

- วิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ความรู้และการปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนา

### 3.7 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ต้องอาศัยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ซึ่งจะต้องมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกับผู้ร่วมวิจัย ดังนั้นผู้ศึกษาจะทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษาโดยกลุ่มเป้าหมาย ทุกรายจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการศึกษา และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มประชากรในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใด ๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ ผู้วิจัยต้องเคารพในสิทธิของผู้ร่วมวิจัยก่อนถ้าผู้ร่วมวิจัยยินดีให้ทำการศึกษาและร่วมในการศึกษาผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยถือข้อมูลที่ได้มาจากผู้ร่วมวิจัยเป็นความลับและไม่นำไปเปิดเผย และในการที่จะถ่ายภาพและบันทึกเทปผู้วิจัยจะต้องขออนุญาตก่อนโดยเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้ใบรับรองอนุมัติเลขที่ 140/2562 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2562 และผู้วิจัยมุ่งสร้างสัมพันธภาพให้เท่าเทียมกัน ดังนี้

3.7.1 ผู้วิจัยต้องพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัยทุกรายโดยการแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิ การตอบรับหรือปฏิเสธการผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้

3.7.2 รับฟังความคิดเห็นผู้เข้าร่วมประชุมวางตัวเป็นกลางไม่ตัดสินความเห็นว่าเป็นใครถูกหรือผิด

3.7.3 ต้องเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวการปกปิดความลับของผู้วิจัย

3.7.4 ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับการนำเสนอข้อมูลผู้ร่วมวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อนามสกุลจริง

3.7.5 ผู้ร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกโดยไม่แจ้งเหตุผล

3.7.6 การถ่ายภาพจดบันทึก การสังเกตจะต้องแจ้งผู้เข้าร่วมประชุมและผู้เกี่ยวข้องทราบและต้องขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.7.7 การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวิจัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อศึกษา 1) บริบทและสถานการณ์การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวิจัยโรคร่วม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี 2) กระบวนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวิจัยโรคร่วม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี 3) ผลการดำเนินการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวิจัยโรคร่วม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี และ 4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวิจัยโรคร่วม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เน้นการส่งเสริมผู้ปฏิบัติงานสะท้อนผล และคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการทำงานด้วยตนเอง เพื่อเป็นการพัฒนาและแก้ไขปัญหาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการดำเนินงาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวิจัยโรคร่วม ซึ่งผลของการวิจัยขอเสนอในประเด็น ดังนี้

#### 4.1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

##### 4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

4.1.2 ข้อมูลบริบทและสถานการณ์การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวิจัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

4.1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ความรู้และการปฏิบัติงานก่อนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวิจัยโรคร่วม

4.2 กระบวนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวิจัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

4.2.1 การวางแผนและกำหนดแผนการพัฒนาระบบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวิจัยโรคร่วม



4.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

4.4 ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) มาใช้ในการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยเริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) สังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผลปฏิบัติงาน (Reflection) มาประยุกต์ใช้โดยดำเนินการตามแผนการปฏิบัติงานที่วางไว้และนำเสนอข้อมูลตามขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

#### 4.1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

##### การวางแผน (Planning)

##### กิจกรรมที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลศึกษาบริบทและสถานการณ์

ศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์ และศึกษากระบวนการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการศึกษาวิจัย และได้ผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

##### 4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 600 เตียง จำนวนเตียงใช้จริงทั้งหมด 390 เตียง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่เลขที่ 212 ถนนแจ้งสนิท อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีเนื้อที่ 390 ไร่ 98 ตารางวา ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2489 โดยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลโรคจิต และพันโท นายแพทย์นิธิต เวชชวิศิษฐ์ ซึ่งดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมการแพทย์สมัยนั้น ได้พิจารณาเห็นว่าภาคอีสานมีอาณาเขตกว้างขวาง มีจำนวนประชากร 1 ใน 3 ของประเทศ แต่ยังขาดบริการทางด้านสุขภาพจิต จึงได้ดำเนินการก่อสร้างโรงพยาบาลโรคจิตขึ้น และเปิดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางจิตเวช ครั้งแรก เมื่อวันอังคารที่ 15 กรกฎาคม 2490 เรียกชื่อว่า "โรงพยาบาลโรคจิตต์ ภาคอีสาน จังหวัดอุบลราชธานี" สังกัดกองโรงพยาบาลโรคจิต (ต่อมาเปลี่ยนเป็นกองสุขภาพจิต) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเรือนผู้ป่วยสมัยก่อนศาลาเยี่ยม

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต มีภารกิจหลักในการให้บริการสุขภาพจิตระดับเหนือกว่าตติยภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 10 พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพจิตให้ได้คุณภาพ มาตรฐาน บำบัดรักษาโรคซึมเศร้าด้วยเทคโนโลยีและความเป็นเลิศใน



ระดับประเทศและวิจัยพัฒนา ถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเฉพาะ ประเด็นโรคซึมเศร้า เพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ “องค์กรเชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้าระดับประเทศและพัฒนา ระบบบริการสุขภาพจิตในเขตสุขภาพจิตที่ 10” โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีการให้บริการตรวจ รักษาผู้ป่วยนอกและผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ในรูปแบบคลินิกจิตเวชทั่วไป และคลินิกพิเศษเฉพาะโรค โดยจิตแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จิตแพทย์ทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรวม 10 คน ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษในการบำบัดรักษา มีเครื่องมือที่พร้อมและครบครัน อาทิ เครื่อง ECT เครื่อง EKG เครื่อง EEG เครื่องมือตรวจ Lab เครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยาเพื่อการวินิจฉัยโรคทาง จิตเวช โปรแกรมการบำบัดรักษาและเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย ที่จะช่วยให้ผู้รับบริการหายจากการ เจ็บป่วยจากโรคทางจิตเวช ที่เฉพาะทาง อีกทั้งยังมีการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยในแบบเฉพาะ ทางด้านจิตเวช ในกลุ่มโรคจิตเวชที่ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน รุนแรง กลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและ พฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา โรคซึมเศร้า และโรคจิตเวชทั่วไป โดยแผนกผู้ป่วยในจำนวน 9 หอ ผู้ป่วยและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชแบบครบวงจรในรูปแบบ Day care เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี สามารถดูแลตนเอง สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพและไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและ สังคม โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ ในการพัฒนางาน ดังนี้

#### แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

- 1) พัฒนา ปรับปรุงระบบและการบริการโรคซึมเศร้าให้เป็นเลิศระดับประเทศ โดย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยเข้าถึงบริการ และได้รับบริการที่ดีเลิศ มีคุณภาพจนหาย ทุเลา ไม่ กลับเป็นซ้ำ
- 2) ปรับปรุงระบบบริการโรคจิตเวชที่ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน รุนแรง ให้ได้มาตรฐาน โดย ผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน รุนแรง ในเขตสุขภาพที่ 10 ได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพจนหายทุเลา ไม่ กลับเป็นซ้ำ และไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน
- 3) พัฒนาระบบการวิจัยโรคซึมเศร้าให้เป็นเลิศและอ้างอิงในระดับประเทศ ได้องค์ ความรู้ เทคโนโลยีที่มีประสิทธิผล ลดการป่วย และความสูญเสียจากโรคซึมเศร้า
- 4) พัฒนาระบบการฝึกอบรมด้านโรคซึมเศร้าและสุขภาพจิตให้เป็นเลิศ ระดับประเทศ เพื่อให้ผู้ให้บริการด้านโรคซึมเศร้าและสุขภาพจิตมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญใน ระดับสูง
- 5) พัฒนาการจัดการข้อมูลสารสนเทศโรคซึมเศร้าของประเทศไทย และข้อมูล สุขภาพจิตของเขตสุขภาพที่ 10 ให้มีประสิทธิภาพ โดยให้ข้อมูลสารสนเทศโรคซึมเศร้า ด้านการ บริการของประเทศไทย และข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตและ จิตเวชของเขตสุขภาพที่ 10 ครบถ้วน ถูกต้องเป็นปัจจุบัน

6) ส่งเสริม สนับสนุน และกำกับติดตามการบริการด้านสุขภาพจิตและ จิตเวชใน เขตสุขภาพที่ 10 รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 10 มีคุณภาพได้มาตรฐาน ผู้มี ปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ประสภาวะวิกฤต ได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่าง ทัวถึง รวดเร็ว

7) ปรับปรุงระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานสากลและมีธรรมาภิ บาล เพื่อให้การบริหารจัดการของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานสากลและมี ธรรมาภิบาล

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีอัตรากำลัง ณ สิ้นปีงบประมาณ 2561 (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2561) มีกรอบอัตรากำลังทั้งสิ้น 647 อัตรา มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง 554 อัตรา คิดเป็น ร้อยละ 85.63 และในปีงบประมาณ 2562 มีอัตรากำลังทั้งหมด 514 อัตรา มีการดำเนินงานตามกลุ่ม ภารกิจในการบริการจำนวน 5 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มภารกิจอำนวยการ ประกอบด้วยฝ่ายบริหารทั่วไป ฝ่ายการเงินและบัญชี ฝ่าย ประกันสุขภาพ ฝ่ายพัสดุ ฝ่ายอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม ฝ่ายโภชนาการ ฝ่ายสารนิเทศและ ประชาสัมพันธ์ และฝ่ายยานพาหนะ รวมจำนวน 83 อัตรา

2) กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต ประกอบด้วยกลุ่มงานการแพทย์ กลุ่ม งานทันตกรรม กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น กลุ่มงานเทคนิคบริการ ฝ่ายเวชระเบียน และกลุ่มงานแพทย์แผนไทยและจิตเวชทางเลือก รวมจำนวน 83 อัตรา

3) กลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์โรงพยาบาลจิตเวช ประกอบด้วยสำนักบริหารการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชสุราและสารเสพติด กลุ่มงานการ พยาบาลจิตเวชผู้ป่วยหนักจิตเวชชาย กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 1 กลุ่มงานการ พยาบาลจิตเวชชายเร่งรัดบำบัด 2 กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชสูงอายุชายเรื้อรัง กลุ่มงาน การพยาบาลจิตเวชชายเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชหญิง กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชเด็ก กลุ่ม งานการพยาบาลจิตเวชหญิงเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยพิเศษ กลุ่มงาน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษ และ หน่วยจ่ายกลาง รวมจำนวน 313 อัตรา

4) กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการพัฒนา ประกอบด้วย ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม ฝ่าย แผนงานและประเมินผล หน่วยบริการห้องสมุด สำนักคุณภาพ ฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ ศูนย์ ฟื้นฟูสุขภาพหนองบัว รวมจำนวน 35 อัตรา

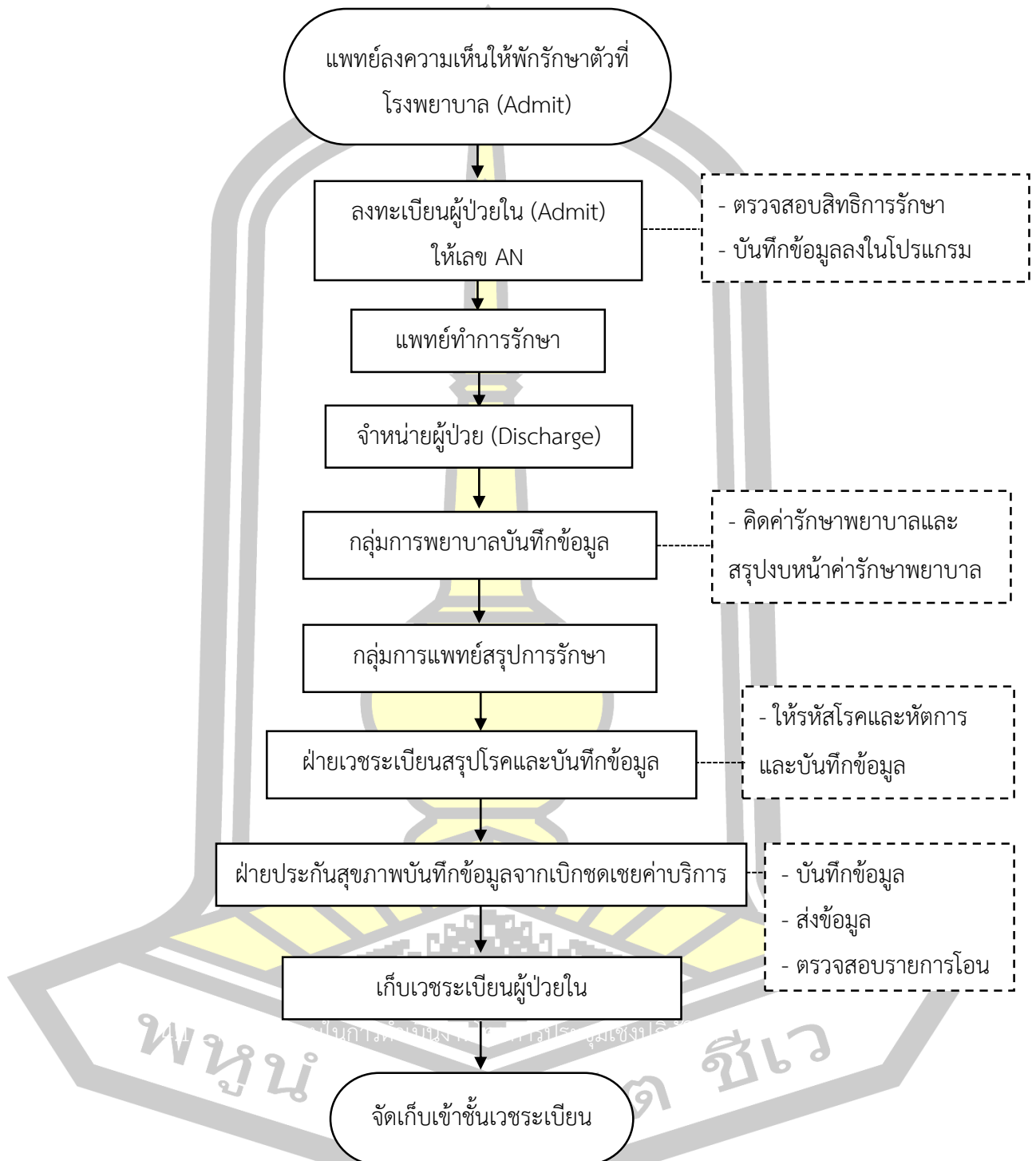
5) หน่วยอื่น ๆ ได้แก่ สำนักเลขานุการผู้อำนวยการ จำนวน 2 อัตรา

#### 4.1.2 ข้อมูลบริบทและการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

การดำเนินงานภายในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมและนโยบายในหลายด้าน ซึ่งในแต่ละด้านนั้นต้องดำเนินการใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ จึงต้องมีระบบการดำเนินงานด้านการเงินการคลัง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพภายในโรงพยาบาล และส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการบริหารงบประมาณของทางโรงพยาบาลก็คือ การดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ที่มีความสำคัญต่อโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นส่วนสำคัญในการบริหารงบประมาณ และระบบการคลังสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพที่จำเป็น โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ได้มีการดำเนินการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จัดทำการเบิกชดเชยในกรณีผู้ป่วยใน หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่าย ตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวมของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent Date) การจัดทำข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อขอรับการชดเชย ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2560 ได้แก่ การให้รหัสโรค การให้รหัสการผ่าตัดและหัตถการ การนับวันนอนโรงพยาบาล การรักษารักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน การคำนวณการจ่ายชดเชย การส่งข้อมูล ระยะเวลาการส่งข้อมูล และการตรวจสอบรายงานการโอนเงิน ซึ่งทางโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้ดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานในการดำเนินการจัดข้อมูลผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

- 1) กลุ่มงานการแพทย์ ดำเนินการสรุปคำวินิจฉัยและบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตรวจสอบความสมบูรณ์และติดตามการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- 2) กลุ่มบริการทางการแพทย์และทันตกรรม บันทึกและตรวจสอบความสมบูรณ์และติดตามการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- 3) ฝ่ายเวชระเบียน ให้รหัสทางการแพทย์และการผ่าตัด บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมฐานข้อมูลโรงพยาบาล ตรวจสอบความสมบูรณ์และติดตามการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน และติดตามการส่งข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข
- 4) ฝ่ายประกันสุขภาพ ติดตามการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน และบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม e-claim เพื่อทำการส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข
- 5) หน่วยงานอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการดำเนินงาน เช่น กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

กระบวนการดำเนินงานเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข มีดังนี้



รูปภาพที่ 3 กระบวนการดำเนินงานเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

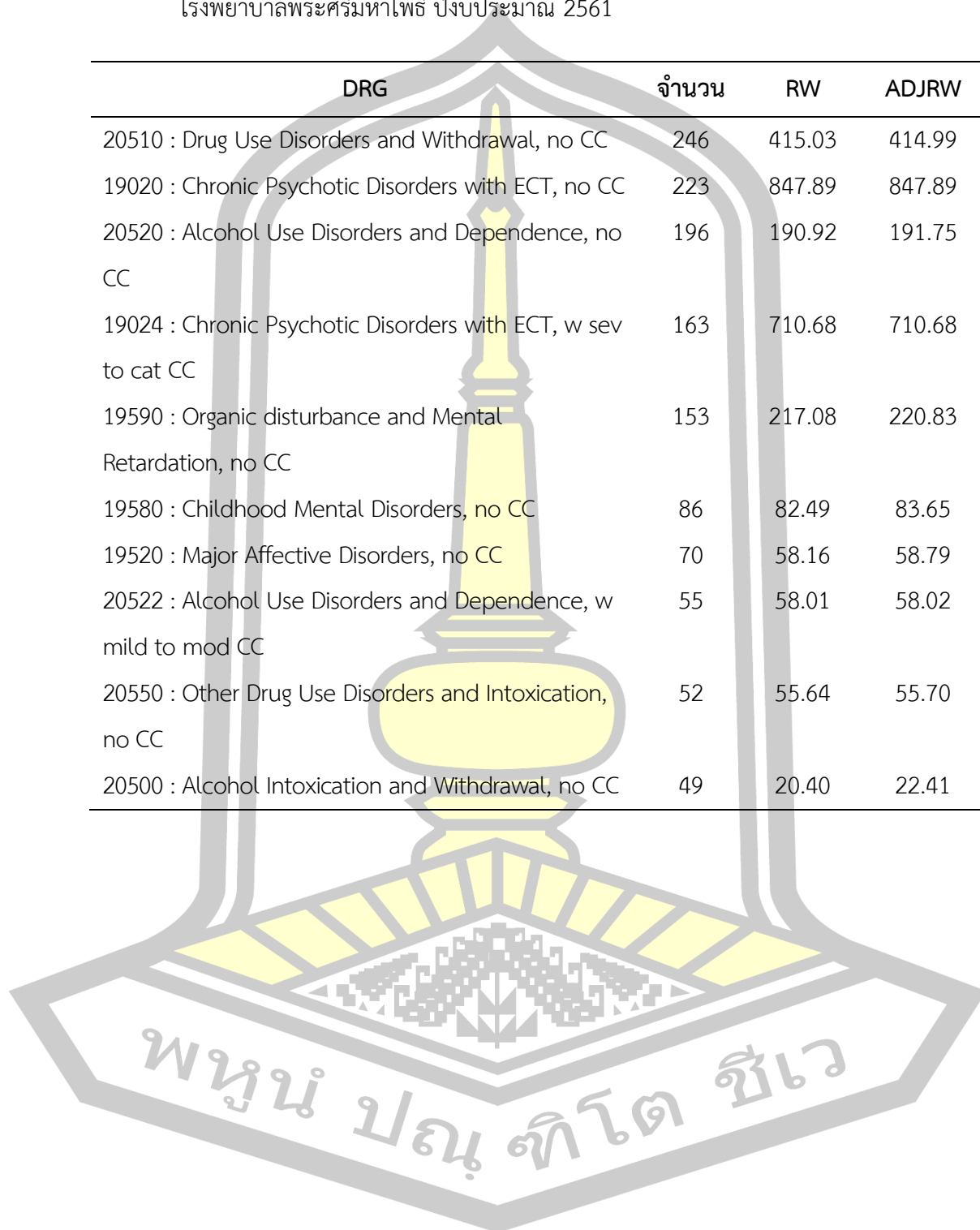
การดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมการส่งข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการจัดทำข้อมูลก็พบว่ายังมีความล่าช้า มีการส่งเบิกข้อมูลช้ากว่าวันที่กำหนด ซึ่งในกรณีข้อมูลที่ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะลดอัตราการจ่ายชดเชย ซึ่งพบว่าในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวน 276 ราย ที่ส่งเบิกช้ากว่ากำหนดเกิน 30 วัน และถูกหักการเบิกจ่ายชดเชย จำนวน 5% อีกทั้งยังพบปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้องในระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ซึ่งการดำเนินการต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาในปัจจุบันมีการกำหนดระยะเวลาในการส่งเวชระเบียนผู้ป่วย โดยบันทึกวันที่ส่งเพื่อเป็นการควบคุมเพื่อลดความล่าช้า โดยผลการดำเนินงานในการส่งเบิกชดเชยค่าบริการของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ตามตารางที่ 1 ตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ดังนี้

ตาราง 1 แสดง 10 ลำดับข้อมูลจำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปีงบประมาณ 2560

| DRG  | จำนวน | RW     | ADJRW  |
|--|-------|--------|--------|
| 19020 : Chronic Psychotic Disorders with ECT, no CC            | 164   | 623.56 | 623.56 |
| 20510 : Drug Use Disorders and Withdrawal, no CC               | 111   | 187.27 | 187.29 |
| 20520 : Alcohol Use Disorders and Dependence, no CC            | 106   | 103.32 | 103.57 |
| 19024 : Chronic Psychotic Disorders with ECT, w sev to cat CC  | 83    | 361.88 | 361.96 |
| 19590 : Organic disturbance and Mental Retardation, no CC      | 81    | 114.92 | 118.05 |
| 19520 : Major Affective Disorders, no CC                       | 48    | 40.18  | 40.23  |
| 20550 : Other Drug Use Disorders and Intoxication, no CC       | 44    | 47.08  | 47.12  |
| 19580 : Childhood Mental Disorders, no CC                      | 43    | 41.25  | 42.09  |
| 20500 : Alcohol Intoxication and Withdrawal, no CC             | 31    | 12.91  | 14.10  |
| 20522 : Alcohol Use Disorders and Dependence, w mild to mod CC | 22    | 22.96  | 23.01  |

ตาราง 2 แสดง 10 ลำดับข้อมูลจำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ของผู้ป่วยใน  
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ปีงบประมาณ 2561

| DRG  | จำนวน | RW     | ADJRW  |
|--|-------|--------|--------|
| 20510 : Drug Use Disorders and Withdrawal, no CC               | 246   | 415.03 | 414.99 |
| 19020 : Chronic Psychotic Disorders with ECT, no CC            | 223   | 847.89 | 847.89 |
| 20520 : Alcohol Use Disorders and Dependence, no CC            | 196   | 190.92 | 191.75 |
| 19024 : Chronic Psychotic Disorders with ECT, w sev to cat CC  | 163   | 710.68 | 710.68 |
| 19590 : Organic disturbance and Mental Retardation, no CC      | 153   | 217.08 | 220.83 |
| 19580 : Childhood Mental Disorders, no CC                      | 86    | 82.49  | 83.65  |
| 19520 : Major Affective Disorders, no CC                       | 70    | 58.16  | 58.79  |
| 20522 : Alcohol Use Disorders and Dependence, w mild to mod CC | 55    | 58.01  | 58.02  |
| 20550 : Other Drug Use Disorders and Intoxication, no CC       | 52    | 55.64  | 55.70  |
| 20500 : Alcohol Intoxication and Withdrawal, no CC             | 49    | 20.40  | 22.41  |





ตาราง 3 แสดงจำนวนข้อมูล RW ADJRW และค่า CMI ผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

| เดือน      | จำนวนผู้ป่วย<br>(ราย) |              | จำนวน RW          |                   | จำนวน ADJRW       |                   | CMI         |             |
|------------|-----------------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------|-------------|
|            | 2561                  | 2562         | 2561              | 2562              | 2561              | 2562              | 2561        | 2562        |
| ต.ค.       | 179                   | 252          | 340.6504          | 505.4555          | 341.0720          | 506.1078          | 1.90        | 2.01        |
| พ.ย.       | 170                   | 241          | 320.0670          | 444.0072          | 320.7162          | 445.4548          | 1.88        | 1.84        |
| ธ.ค.       | 200                   | 211          | 392.6031          | 404.8565          | 393.3088          | 405.5912          | 1.96        | 1.92        |
| ม.ค.       | 188                   | 276          | 339.4671          | 506.4173          | 341.2227          | 507.7479          | 1.81        | 1.83        |
| ก.พ.       | 183                   | 200          | 346.7233          | 377.4275          | 348.2382          | 379.4662          | 1.89        | 1.89        |
| มี.ค.      | 216                   | 249          | 430.4027          | 453.7411          | 431.7129          | 456.2219          | 1.99        | 1.82        |
| เม.ย.      | 169                   | 234          | 331.7441          | 410.4975          | 332.3106          | 412.9724          | 1.96        | 1.75        |
| พ.ค.       | 207                   | 0            | 424.0419          | 0.0000            | 424.6598          | 0.0000            | 2.05        | 0.00        |
| มิ.ย.      | 232                   | 0            | 478.0960          | 0.0000            | 479.3256          | 0.0000            | 2.06        | 0.00        |
| ก.ค.       | 191                   | 0            | 400.7845          | 0.0000            | 401.9212          | 0.0000            | 2.10        | 0.00        |
| ส.ค.       | 190                   | 0            | 391.1263          | 0.0000            | 391.2027          | 0.0000            | 2.06        | 0.00        |
| ก.ย.       | 186                   | 0            | 375.6977          | 0.0000            | 376.8133          | 0.0000            | 2.02        | 0.00        |
| <b>รวม</b> | <b>2,311</b>          | <b>1,663</b> | <b>4,571.4041</b> | <b>3,102.4026</b> | <b>4,582.5040</b> | <b>3,113.5622</b> | <b>1.98</b> | <b>1.87</b> |

หมายเหตุ : ระดับบริการ โรงพยาบาลศูนย์ ค่าปัจจุบัน 1.10 – 1.55 ค่าเป้าหมาย 5 ปี 1.80 – 2.00

ค่า CMI คือ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight : RW) หรือ น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight: AdjRW) ของผู้ป่วยในทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งแสดงถึงศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ จากตารางที่ 2 พบว่า ค่า CMI ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในปีงบประมาณ 2562 มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ซึ่งจำเป็นต้องมีการดำเนินการหาแนวทางพัฒนาคุณภาพ เพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีศักยภาพสอดคล้องกับระดับการบริการที่เป็นอยู่

จากการศึกษาข้อมูลบริบทและการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วมพบว่ากระบวนการส่งข้อมูลนั้น ความทันเวลา ความครบถ้วนและความถูกต้องเป็นส่วนสำคัญ จึงควรหาแนวทางในการดำเนินการ ในการตรวจสอบเพื่อความถูกต้อง ครบถ้วน และติดตามการส่งข้อมูลเพื่อให้เกิดความทันเวลา จึงควรหาแนวทางในการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขให้เกิดการพัฒนากระบวนการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น

#### 4.1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ความรู้และการปฏิบัติงาน ก่อนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม

การศึกษากระบวนการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วมจะดำเนินการศึกษาโดยเก็บข้อมูลแบบสอบถามในการวิเคราะห์การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ความรู้และการปฏิบัติงาน และทำการวิเคราะห์ข้อมูล

##### 4.1.3.1 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินงานการ เบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม

ผลการศึกษาเชิงสำรวจคณะกรรมการดำเนินงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัย ภายในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 15 คน ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

##### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรของคณะกรรมการ ดำเนินงาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรของคณะกรรมการดำเนินงาน ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ดังนี้

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรของคณะกรรมการดำเนินงานกระบวนการ  
เบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาล  
พระศรีมหาโพธิ์

| ข้อมูลลักษณะทางประชากร                              | จำนวน (N = 15) | ร้อยละ |
|---|----------------|--------|
| <b>เพศ</b>  |                |        |
| - ชาย   | 4              | 26.70  |
| - หญิง  | 11             | 73.70  |
| <b>อายุ</b>   |                |        |
| - น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี                         | 1              | 6.67   |
| - 41 ถึง 50 ปี                                      | 2              | 13.33  |
| - 51 ถึง 60 ปี                                      | 12             | 80.00  |
| Mean= 52.87 ปี S.D.= 9.349 ปี Min= 25 ปี Max= 59 ปี |                |        |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                                  |                |        |
| - โสด   | 2              | 13.30  |
| - สมรส  | 13             | 86.70  |

ตาราง 4 (ต่อ)

| ข้อมูลลักษณะทางประชากร  | จำนวน (N = 15) | ร้อยละ |
|---|----------------|--------|
| <b>สิทธิการรักษา</b>  |                |        |
| - สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ                          | 132            | 78.10  |
| - สิทธิประกันสังคม  | 37             | 21.90  |
| <b>รายได้ต่อเดือน</b>   |                |        |
| - น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท                                    | 1              | 6.67   |
| - 30,001 – 40,000 บาท   | 2              | 13.33  |
| - มากกว่า 40,000 บาท  | 12             | 80.00  |
| Mean= 46,132.67 ปี S.D.= 8,881.256 ปี Min= 18,990 ปี Max= 53,000 ปี |                |        |
| <b>ระดับการศึกษา</b>  |                |        |
| - ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา   | 1              | 6.70   |
| - ปริญญาตรี   | 8              | 53.30  |
| - สูงกว่าปริญญาตรี  | 6              | 40.00  |
| <b>หน่วยงานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</b>               |                |        |
| - กลุ่มงานการแพทย์  | 1              | 6.67   |
| - ฝ่ายประกันสุขภาพ  | 1              | 6.67   |
| - ฝ่ายเวชระเบียน  | 3              | 20.00  |
| - กลุ่มงานการพยาบาล   | 10             | 66.66  |
| <b>การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการ</b>               |                |        |
| <b>สาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม</b>                              |                |        |
| - ไม่เคย  | 1              | 6.67   |
| - เคย 1-3 ครั้ง   | 12             | 80.00  |
| - เคย มากกว่า 3 ครั้ง   | 2              | 13.33  |

ตาราง 4 (ต่อ)

| ข้อมูลลักษณะทางประชากร                                       | จำนวน (N = 15) | ร้อยละ |
|--|----------------|--------|
| <b>แหล่งที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการ</b> |                |        |
| <b>สาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา</b>    |                |        |
| <b>1) ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเบิกชดเชย</b>           |                |        |
| <b>ค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม</b>              |                |        |
| - ไม่เคยได้รับ   | 5              | 33.30  |
| - เคยได้รับ  | 10             | 66.70  |
| <b>2) แหล่งที่ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเบิก</b>    |                |        |
| <b>ชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม</b>         |                |        |
| - Social Media เช่น Line Facebook                            | 13             | 86.67  |
| - Website  | 2              | 13.33  |
| - เพื่อนร่วมงาน  | 12             | 80.00  |
| - การประชุม/อบรม   | 11             | 73.33  |

จากตาราง 4 พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.30) มีอายุระหว่าง 51 ถึง 60 ปี (ร้อยละ 80.00) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 86.70) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็น สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (ร้อยละ 78.10) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30,001 – 40,000 บาท (ร้อยละ 80.00) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 53.30) การปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มงานการพยาบาล (ร้อยละ 66.66) ส่วนใหญ่พบว่าเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการเบิก ชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จำนวน 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 80.00) แหล่งที่เคย ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูล (ร้อยละ 66.70) และแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเบิก ชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่พบว่าอยู่ใน การประชุม/อบรม (ร้อยละ 86.67) และรองลงมาคือจากเพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 80.00)

## ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการ สาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG)

ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ และด้านที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข  
ในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำแนกรายด้าน

| การมีส่วนร่วม                                | จำนวน (N = 15) |             |                    |
|--|----------------|-------------|--------------------|
|  | $\bar{X}$      | S.D.        | ระดับการมีส่วนร่วม |
| 1. ด้านการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน | 2.42           | 0.34        | มาก                |
| 2. ด้านการมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์     | 2.36           | 0.56        | มาก                |
| 3. ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ          | 2.24           | 0.41        | ปานกลาง            |
| 4. ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล           | 2.19           | 0.42        | ปานกลาง            |
| <b>การมีส่วนร่วมในภาพรวม</b>                 | <b>2.30</b>    | <b>0.37</b> | <b>ปานกลาง</b>     |

จากตาราง 5 พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.30$ , S.D.=0.37) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน ( $\bar{X} = 2.42$ , S.D.=0.34) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ( $\bar{X} = 2.19$ , S.D.=0.42)

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน

| การมีส่วนร่วม   | จำนวน (N = 15) |             |                    |
|---|----------------|-------------|--------------------|
|   | $\bar{X}$      | S.D.        | ระดับการมีส่วนร่วม |
| 1. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาของการดำเนินการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข           | 2.67           | 0.48        | มาก                |
| 2. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอวันหรือระยะเวลาของการดำเนินการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข | 2.60           | 0.63        | มาก                |
| 3. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข                          | 2.53           | 0.52        | มาก                |
| 4. ท่านได้แสดงความคิดเห็นในทีมพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข                           | 2.33           | 0.48        | ปานกลาง            |
| 5. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางหรือวิธีการแก้ไขปัญหาในการพัฒนา                          | 2.00           | 0.54        | ปานกลาง            |
| <b>การมีส่วนร่วมในภาพรวม</b>  | <b>2.42</b>    | <b>0.34</b> | <b>มาก</b>         |

จากตาราง 6 พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.42$ , S.D. = 0.34) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาของการดำเนินการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ( $\bar{X} = 2.42$ , S.D. = 0.34) และรองลงมาคือ ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอวันหรือระยะเวลาของการดำเนินการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ( $\bar{X} = 2.60$ , S.D. = 0.63) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางหรือวิธีการแก้ไขปัญหาในการพัฒนา ( $\bar{X} = 2.00$ , S.D. = 0.54)



ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ

| การมีส่วนร่วม  | จำนวน (N = 15) |             |                    |
|--|----------------|-------------|--------------------|
|  | $\bar{X}$      | S.D.        | ระดับการมีส่วนร่วม |
| 1. ท่านมีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขให้ถูกต้อง                               | 2.40           | 0.51        | มาก                |
| 2. ท่านมีส่วนร่วมในกระบวนการเพื่อให้การจัดทำข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขสามารถเบิกจ่ายได้ทันเวลา | 2.33           | 0.62        | ปานกลาง            |
| 3. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบความครบถ้วนในการจัดทำข้อมูล   | 2.20           | 0.41        | ปานกลาง            |
| 4. ท่านมีส่วนในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน   | 2.13           | 0.74        | ปานกลาง            |
| 5. ท่านมีส่วนร่วมในการขอความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมกันพัฒนา                            | 2.13           | 0.74        | ปานกลาง            |
| <b>การมีส่วนร่วมในภาพรวม</b>   | <b>2.24</b>    | <b>0.41</b> | <b>ปานกลาง</b>     |

จากตาราง 7 พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.24$ , S.D. = 0.41) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านมีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขให้ถูกต้อง ( $\bar{X} = 2.40$ , S.D. = 0.51) และรองลงมาคือ ท่านมีส่วนร่วมในกระบวนการเพื่อให้การจัดทำข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขสามารถเบิกจ่ายได้ทันเวลา ( $\bar{X} = 2.33$ , S.D. = 0.62) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านมีส่วนในการประสานงานระหว่างหน่วยงานและท่านมีส่วนร่วมในการขอความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมกันพัฒนา ( $\bar{X} = 2.13$ , S.D. = 0.74)

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

| การมีส่วนร่วม   | จำนวน (N = 15) |             |                    |
|---|----------------|-------------|--------------------|
|   | $\bar{X}$      | S.D.        | ระดับการมีส่วนร่วม |
| 1. ท่านมีส่วนร่วมในกระบวนการทำให้ได้พัฒนาตนเอง และมีองค์ความรู้ในเรื่องของการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข              | 2.60           | 0.50        | มาก                |
| 2. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาและทำให้ได้ข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข มีความครบถ้วนและถูกต้องมากยิ่งขึ้น       | 2.40           | 0.82        | มาก                |
| 3. ท่านมีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ                                    | 2.33           | 0.62        | ปานกลาง            |
| 4. ท่านมีส่วนร่วมในการได้รับการแก้ไขปัญหในกระบวนการดำเนินงาน  | 2.33           | 0.62        | ปานกลาง            |
| 5. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาและได้รับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่มีความสะดวก ง่ายต่อการดำเนินงาน และรวดเร็ว | 2.13           | 0.74        | ปานกลาง            |
| <b>การมีส่วนร่วมในภาพรวม</b>  | <b>2.36</b>    | <b>0.56</b> | <b>มาก</b>         |

จากตาราง 8 พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านการมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.36$ , S.D. = 0.56) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านมีส่วนร่วมในกระบวนการทำให้ได้พัฒนาตนเอง และมีองค์ความรู้ในเรื่องของการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ( $\bar{X} = 2.60$ , S.D. = 0.50) และรองลงมาคือ ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาและทำให้ได้ข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข มีความครบถ้วนและถูกต้องมากยิ่งขึ้น ( $\bar{X} = 2.40$ , S.D. = 0.82) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาและได้รับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่มีความสะดวก ง่ายต่อการดำเนินงาน และรวดเร็ว ( $\bar{X} = 2.13$ , S.D. = 0.74)

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

| การมีส่วนร่วม  | จำนวน (N = 15) |             |                    |
|--|----------------|-------------|--------------------|
|  | $\bar{X}$      | S.D.        | ระดับการมีส่วนร่วม |
| 1. ท่านร่วมติดตามการกระบวนการจัดทำข้อมูลของการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง | 2.33           | 0.48        | ปานกลาง            |
| 2. ท่านติดตามการดำเนินงานในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข                              | 2.27           | 0.54        | ปานกลาง            |
| 3. ท่านเสนอแนวคิด ข้อคิดเห็นเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข | 2.27           | 0.45        | ปานกลาง            |
| 4. ท่านติดตามกระบวนการดำเนินงานการจัดทำข้อมูลในทันเวลาในส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข               | 2.07           | 0.70        | ปานกลาง            |
| 5. ท่านมีการเก็บข้อมูลหลังผลการดำเนินงานเพื่อติดตามและประเมินผล                                      | 2.00           | 0.65        | ปานกลาง            |
| <b>การมีส่วนร่วมในภาพรวม</b>   | <b>2.30</b>    | <b>0.37</b> | <b>ปานกลาง</b>     |

จากตาราง 9 พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านการมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.30$ , S.D. = 0.37) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านร่วมติดตามการกระบวนการจัดทำข้อมูลของการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ( $\bar{X} = 2.33$ , S.D. = 0.48) และรองลงมาคือ ท่านติดตามการดำเนินงานในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ( $\bar{X} = 2.27$ , S.D. = 0.54) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านมีการเก็บข้อมูลหลังผลการดำเนินงานเพื่อติดตามและประเมินผล ( $\bar{X} = 2.00$ , S.D. = 0.65)

### ตอนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการ สาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ด้านโครงสร้าง (Structure) ด้านที่ 2 ด้านกระบวนการ (Process) ด้านที่ 3 ความสะดวกสบาย (Discomfort) และด้านที่ 4 ความพึงพอใจทั่วไป (General Satisfaction) ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข  
ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำแนกรายด้าน

| ความพึงพอใจ                | จำนวน (N = 15) |             |                  |
|----------------------------|----------------|-------------|------------------|
|                            | $\bar{X}$      | S.D.        | ระดับความพึงพอใจ |
| 1. ด้านโครงสร้าง           | 2.40           | 0.44        | มาก              |
| 2. ด้านกระบวนการ           | 2.35           | 0.24        | มาก              |
| 3. ด้านความพึงพอใจทั่วไป   | 2.31           | 0.19        | ปานกลาง          |
| 4. ด้านความสะดวกสบาย       | 2.29           | 0.43        | ปานกลาง          |
| <b>ความพึงพอใจในภาพรวม</b> | <b>2.34</b>    | <b>0.24</b> | <b>มาก</b>       |

จากตาราง 10 พบว่า ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.34$ , S.D. = 0.24) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านโครงสร้าง ( $\bar{X} = 2.40$ , S.D. = 0.44) รองลงมาได้แก่ ด้านกระบวนการ ( $\bar{X} = 2.35$ , S.D. = 0.24) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความสะดวกสบาย ( $\bar{X} = 2.29$ , S.D. = 0.43)

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านโครงสร้าง

| ความพึงพอใจ   | จำนวน (N = 15) |             |                  |
|---|----------------|-------------|------------------|
|   | $\bar{X}$      | S.D.        | ระดับความพึงพอใจ |
| 1. การติดต่อประสานงานกันระหว่างหน่วยงาน               | 2.47           | 0.64        | มาก              |
| 2. ความทันเวลาในการจัดทำข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการ | 2.40           | 0.63        | มาก              |
| 3. การตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล           | 2.33           | 0.61        | ปานกลาง          |
| <b>ความพึงพอใจในภาพรวม</b>                            | <b>2.40</b>    | <b>0.44</b> | <b>มาก</b>       |

จากตาราง 11 พบว่า ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านโครงสร้าง โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.40$ , S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การติดต่อประสานงานกันระหว่างหน่วยงาน ( $\bar{X} = 2.47$ , S.D. = 0.64) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ( $\bar{X} = 2.33$ , S.D. = 0.61)

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านกระบวนการ

| ความพึงพอใจ   | จำนวน (N = 15) |             |                  |
|---|----------------|-------------|------------------|
|   | $\bar{X}$      | S.D.        | ระดับความพึงพอใจ |
| 1. การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลและกระบวนการป้องกันเวชระเบียนผู้ป่วยในสูญหาย | 2.67           | 0.48        | มาก              |
| 2. กระบวนการติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน                                       | 2.27           | 0.70        | ปานกลาง          |
| 3. กระบวนการตรวจสอบความถูกต้องของการให้รหัสทางการแพทย์                      | 2.13           | 0.51        | ปานกลาง          |
| <b>ความพึงพอใจในภาพรวม</b>  | <b>2.35</b>    | <b>0.24</b> | <b>มาก</b>       |

จากตาราง 12 พบว่า ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านกระบวนการ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.35$ , S.D. = 0.24) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลและกระบวนการป้องกันเวชระเบียนผู้ป่วยในสูญหาย ( $\bar{X} = 2.67$ , S.D. = 0.48) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ กระบวนการตรวจสอบความถูกต้องของการให้รหัสทางการแพทย์ ( $\bar{X} = 2.13$ , S.D. = 0.51)

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านความสะดวกรบาย

| ความพึงพอใจ  | จำนวน (N = 15) |             |                  |
|--|----------------|-------------|------------------|
|  | $\bar{X}$      | S.D.        | ระดับความพึงพอใจ |
| 1. การจัดทำข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการ มีความสะดวกต่อการปฏิบัติงาน | 2.40           | 0.51        | มาก              |
| 2. การพัฒนากระบวนการตอบสนองต่อการใช้งานของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง     | 2.27           | 0.59        | ปานกลาง          |
| 3. การบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมมีความสะดวก ง่ายต่อการใช้งาน            | 2.20           | 0.23        | ปานกลาง          |
| <b>ความพึงพอใจในภาพรวม</b>   | <b>2.29</b>    | <b>0.43</b> | <b>ปานกลาง</b>   |

จากตาราง 13 พบว่า ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านความสะดวกรบาย โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.29$ , S.D. = 0.43) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การจัดทำข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการมีความสะดวกต่อการปฏิบัติงาน ( $\bar{X} = 2.40$ , S.D. = 0.51) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมมีความสะดวก ง่ายต่อการใช้งาน ( $\bar{X} = 2.20$ , S.D. = 0.23)



ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านความพึงพอใจทั่วไป

| ความพึงพอใจ   | จำนวน (N = 15) |             |                  |
|---|----------------|-------------|------------------|
|   | $\bar{X}$      | S.D.        | ระดับความพึงพอใจ |
| 1. ความร่วมมือในการแก้ไขและตรวจสอบข้อมูล                  | 2.40           | 0.51        | มาก              |
| 2. การพัฒนากระบวนการในครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงาน | 2.40           | 0.51        | มาก              |
| 3. ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการพัฒนากระบวนการ                | 2.13           | 0.35        | ปานกลาง          |
| <b>ความพึงพอใจในภาพรวม</b>                                | <b>2.31</b>    | <b>0.19</b> | <b>ปานกลาง</b>   |

จากตาราง 14 พบว่า ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านความพึงพอใจทั่วไป โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.31$ , S.D. = 0.19) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความร่วมมือในการแก้ไขและตรวจสอบข้อมูล และการพัฒนากระบวนการในครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงาน ( $\bar{X} = 2.40$ , S.D. = 0.51) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการพัฒนากระบวนการ ( $\bar{X} = 2.13$ , S.D. = 0.35)

พหุ ประถมศึกษา

#### 4.1.3.2 ผลการวิเคราะห์ความรู้และการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม

ผลการศึกษาเชิงสำรวจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี รวมจำนวนกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 169 คน ประกอบด้วย

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| - แพทย์                            | จำนวน 9 คน   |
| - พยาบาล                           | จำนวน 145 คน |
| - ฝ่ายศูนย์ประกันสุขภาพ            | จำนวน 7 คน   |
| - ผู้ปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน | จำนวน 6 คน   |
| - เจ้าหน้าที่เวชสถิติ              | จำนวน 2 คน   |

#### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

ผลการสำรวจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ดังนี้

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

| ข้อมูลลักษณะทางประชากร      | จำนวน (N = 169) | ร้อยละ |
|-----------------------------|-----------------|--------|
| <b>เพศ</b>                  |                 |        |
| - ชาย                       | 32              | 18.90  |
| - หญิง                      | 137             | 81.10  |
| <b>อายุ</b>                 |                 |        |
| - น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี | 25              | 14.80  |
| - 31 ถึง 40 ปี              | 49              | 29.00  |
| - 41 ถึง 50 ปี              | 43              | 25.40  |
| - 51 ถึง 60 ปี              | 52              | 30.80  |

Mean= 42.46 ปี S.D.= 9.437 ปี Min= 25 ปี Max= 59 ปี

ตาราง 15 (ต่อ)

| ข้อมูลลักษณะทางประชากร   | จำนวน (N = 169) | ร้อยละ |
|--|-----------------|--------|
| <b>สถานภาพสมรส</b>   |                 |        |
| - โสด  | 73              | 43.20  |
| - สมรส   | 96              | 56.80  |
| <b>สิทธิการรักษา</b>   |                 |        |
| - สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ                         | 132             | 78.10  |
| - สิทธิประกันสังคม   | 37              | 21.90  |
| <b>รายได้ต่อเดือน</b>  |                 |        |
| - น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท                                   | 15              | 8.90   |
| - 20,001 – 30,000 บาท  | 51              | 30.20  |
| - 30,001 – 40,000 บาท  | 75              | 44.40  |
| - มากกว่า 40,000 บาท   | 28              | 16.60  |
| Mean= 33,458.82 ปี S.D.= 8,534.72 ปี Min= 15,000 ปี Max= 55,000 ปี |                 |        |
| <b>ระดับการศึกษา</b>   |                 |        |
| - ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา  | 1               | 0.60   |
| - ปริญญาตรี  | 95              | 56.20  |
| - สูงกว่าปริญญาตรี   | 73              | 43.20  |
| <b>หน่วยงานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</b>              |                 |        |
| - กลุ่มงานการแพทย์   | 9               | 5.30   |
| - กลุ่มงานการพยาบาล  | 145             | 85.90  |
| - ฝ่ายประกันสุขภาพ   | 7               | 4.10   |
| - ฝ่ายเวชระเบียน   | 8               | 4.70   |
| <b>การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการ</b>              |                 |        |
| <b>สาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม</b>                             |                 |        |
| - ไม่เคย   | 83              | 49.00  |
| - เคย 1-3 ครั้ง  | 82              | 48.60  |
| - เคย มากกว่า 3 ครั้ง  | 4               | 2.40   |

ตาราง 15 (ต่อ)

| ข้อมูลลักษณะทางประชากร                                       | จำนวน (N = 169) | ร้อยละ |
|--|-----------------|--------|
| <b>แหล่งที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการ</b> |                 |        |
| <b>สาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา</b>    |                 |        |
| <b>1) ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเบิกชดเชย</b>           |                 |        |
| <b>ค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม</b>              |                 |        |
| - ไม่เคยได้รับ   | 72              | 42.60  |
| - เคยได้รับ  | 97              | 57.40  |
| <b>2) แหล่งที่ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเบิก</b>    |                 |        |
| <b>ชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม</b>         |                 |        |
| - Social Media เช่น Line Facebook                            | 36              | 21.30  |
| - Website  | 56              | 33.14  |
| - เพื่อนร่วมงาน  | 62              | 36.69  |
| - การประชุม/อบรม   | 72              | 42.60  |

จากตาราง 15 พบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.10) มีอายุระหว่าง 51 ถึง 60 ปี (ร้อยละ 30.80) รองลงมาอายุ 31 ถึง 40 ปี (ร้อยละ 29.00) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 56.80) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิ์สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (ร้อยละ 78.10) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30,001 – 40,000 บาท (ร้อยละ 44.40) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 56.20) รองลงมา ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 43.20) การปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มงานการพยาบาล (ร้อยละ 85.90) ส่วนใหญ่พบว่าไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (ร้อยละ 49.00) และรองลงมาเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 48.60) แหล่งที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูล (ร้อยละ 57.40) และแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในการประชุม/อบรม (ร้อยละ 42.60) และรองลงมาคือจากเพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 36.69)

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การจัดทำข้อมูล ด้านการส่งข้อมูล และด้านการตรวจสอบข้อมูล ได้ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ดังนี้

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

| ระดับความรู้            | คำตอบถูก           |        |
|-------------------------|--------------------|--------|
|                         | จำนวน<br>(N = 169) | ร้อยละ |
| ระดับความรู้สูง         | 93                 | 55.04  |
| ระดับความรู้ปานกลาง     | 50                 | 29.58  |
| ระดับความรู้ควรปรับปรุง | 26                 | 15.38  |

จากตาราง 16 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยภาพรวมมีความระดับความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 55.04)

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำแนกรายด้าน

| ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) | คำตอบถูก |
|--|----------|
|  | ร้อยละ   |
| 1) ด้านการส่งข้อมูล  | 76.09    |
| 2) ด้านการตรวจสอบข้อมูล  | 67.33    |
| 3) ด้านการจัดทำข้อมูล  | 66.39    |

จากตาราง 17 พบว่าความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีความรู้ในด้านการส่งข้อมูลมากที่สุด (ร้อยละ 76.09) รองลงมาคือด้านการตรวจสอบข้อมูล (ร้อยละ 67.33) และด้านการจัดทำข้อมูล (ร้อยละ 66.39)

สามารถจำแนกความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ได้รายชื่อ ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านการจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

| ประเด็นความรู้   | คำตอบถูก           |        |
|--|--------------------|--------|
|  | จำนวน<br>(N = 169) | ร้อยละ |
| <b>ด้านการจัดทำข้อมูล</b>  |                    |        |
| 1. ข้อมูลวันเดือนปี และเวลาที่ Discharge ไม่มีความสำคัญต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข                   | 145                | 85.80  |
| 2. การวินิจฉัยโรคหลัก (Principle Diagnosis) สามารถมีได้หลายโรค   | 134                | 79.30  |
| 3. โรคที่เป็นร่วมด้วย (Comorbidity) ไม่มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)                             | 114                | 67.50  |
| 4. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ก็สามารถใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้                        | 91                 | 53.80  |
| 5. การให้รหัสโรค สามารถบันทึกได้ทันทีโดยดูจากข้อมูลภายในเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยไม่ต้องรอคำวินิจฉัยจากแพทย์ | 77                 | 45.60  |

จากตาราง 18 พบว่า ความรู้ด้านการจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าข้อคำถาม ข้อมูลวันเดือนปี และเวลาที่ Discharge ไม่มีความสำคัญต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข มีผู้ตอบถูกมากที่สุด จำนวน 145 คน (ร้อยละ 85.80) รองลงมาคือข้อคำถาม การวินิจฉัยโรคหลัก (Principle Diagnosis) สามารถมีได้หลายโรค จำนวน 134 คน (ร้อยละ 79.30) และข้อคำถามที่มีผู้ตอบถูกน้อย



ที่สุด คือ การให้รหัสโรค สามารถบันทึกได้ทันทีโดยดูจากข้อมูลภายในเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยไม่ต้องรอคำวินิจฉัยจากแพทย์ จำนวน 77 คน (ร้อยละ 45.60)

ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านการส่งข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

| ประเด็นความรู้  | คำตอบถูก           |        |
|---|--------------------|--------|
|   | จำนวน<br>(N = 169) | ร้อยละ |
| <b>ด้านการส่งข้อมูล</b>   |                    |        |
| 6. กรณีส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ไม่ทันเวลา ไม่มีผลกระทบต่อรายรับของโรงพยาบาล   | 157                | 92.90  |
| 7. กรณีข้อมูลที่ส่งช้ากว่ากำหนด จะถูกลดอัตราการจ่ายชดเชย  | 143                | 84.60  |
| 8. ระยะเวลาการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขนับจากวันที่เข้ารับการรักษา (Admit) สำหรับกรณีผู้ป่วยใน  | 139                | 82.84  |
| 9. กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขหน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)  | 137                | 81.10  |
| 10. เมื่อผู้ป่วยสิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ทางโรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องส่งข้อมูลเพื่อทำการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ เนื่องจากได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวแล้ว | 67                 | 39.60  |

จากตาราง 19 พบว่า ความรู้ด้านการส่งข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าข้อคำถาม กรณีส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ไม่ทันเวลา ไม่มีผลกระทบต่อรายรับของโรงพยาบาล มีผู้ตอบถูกมากที่สุด จำนวน 157 คน (ร้อยละ 92.90) รองลงมาคือข้อคำถาม กรณีข้อมูลที่ส่งช้ากว่ากำหนด จะถูกลดอัตราการจ่ายชดเชย จำนวน 143 คน (ร้อยละ 84.60) และข้อคำถามที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ เมื่อผู้ป่วยสิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ทาง

โรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องส่งข้อมูลเพื่อทำการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ เนื่องจากได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวแล้ว จำนวน 67 คน (ร้อยละ 39.60)

ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

| ประเด็นความรู้   | คำตอบถูก           |        |
|--|--------------------|--------|
|  | จำนวน<br>(N = 169) | ร้อยละ |
| <b>ด้านการตรวจสอบข้อมูล</b>  |                    |        |
| 11. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (LOS) มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)   | 148                | 87.60  |
| 12. การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีผลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขหน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) | 139                | 82.24  |
| 13. การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ให้ดำเนินการขอรับค่าใช้จ่ายแบบผู้ป่วยใน โดยให้รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด      | 111                | 65.70  |
| 14. การบันทึกคำรักษาพยาบาล มีความสำคัญต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม                                    | 93                 | 55.00  |
| 15. ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลที่นอนน้อยกว่า 2 ชั่วโมงให้นับเป็นผู้ป่วยนอกทุกกรณี   | 78                 | 46.15  |

จากตาราง 20 พบว่า ความรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าข้อคำถาม จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (LOS) มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) มีผู้ตอบถูกมากที่สุด จำนวน 148 คน (ร้อยละ 87.60) รองลงมาคือข้อคำถาม การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีผลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขหน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) จำนวน 139 คน (ร้อยละ 82.24) และข้อคำถามที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลที่นอนน้อยกว่า 2 ชั่วโมงให้นับเป็นผู้ป่วยนอกทุกกรณี จำนวน 78 คน (ร้อยละ 46.15)

### ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงาน

ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ด้านความถูกต้องในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ด้านที่ 2 ด้านความทันเวลาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข และด้านที่ 3 ด้านความครบถ้วนในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ได้ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

| ระดับการปฏิบัติ           | จำนวน (N = 169) | ร้อยละ |
|---------------------------|-----------------|--------|
| ระดับการปฏิบัติงานมาก     | 131             | 77.50  |
| ระดับการปฏิบัติงานปานกลาง | 38              | 22.50  |

จากตารางที่ 21 พบว่าการปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ อยู่ในระดับการปฏิบัติงานมาก (ร้อยละ 77.50) และรองลงมาคือ ระดับการปฏิบัติงานปานกลาง (ร้อยละ 22.50)

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำแนกรายด้าน

| การปฏิบัติงาน  | จำนวน (N = 169) |             | ระดับการปฏิบัติงาน |
|--|-----------------|-------------|--------------------|
|  | $\bar{x}$       | S.D.        |                    |
| 1. ด้านความครบถ้วนในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข | 2.69            | 0.26        | มาก                |
| 2. ด้านความถูกต้องในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข | 2.60            | 0.33        | มาก                |
| 3. ด้านความทันเวลาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข | 2.43            | 0.39        | มาก                |
| <b>การปฏิบัติงานในภาพรวม</b>                             | <b>2.58</b>     | <b>0.27</b> | <b>มาก</b>         |

จากตาราง 22 พบว่า การปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.57$ , S.D. = 0.33) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความครบถ้วนในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ( $\bar{X} = 2.69$ , S.D. = 0.26) รองลงมา ได้แก่ ด้านความถูกต้องในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ( $\bar{X} = 2.60$ , S.D. = 0.33) ส่วนด้านความทันเวลาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 2.43$ , S.D. = 0.39)

ตาราง 23 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานด้านความถูกต้องในกระบวนการการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำแนกรายข้อ

| การปฏิบัติงาน  | ระดับการปฏิบัติงาน<br>(N = 169) |                |             | $\bar{X}$ | S.D. | ระดับการ<br>ปฏิบัติงาน |
|--|---------------------------------|----------------|-------------|-----------|------|------------------------|
|  | มาก                             | ปานกลาง        | น้อย        |           |      |                        |
| <b>ด้านความถูกต้องในกระบวนการ<br/>เบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข</b>                        |                                 |                |             |           |      |                        |
| - ท่านบันทึกข้อมูลส่วนตัวของ<br>ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง                                      | 35<br>(20.70)                   | 134<br>(79.30) | 0<br>(0.00) | 2.82      | 0.38 | มาก                    |
| - ท่านตรวจสอบความถูกต้อง<br>ของสิทธิการรักษาผู้ป่วยที่เข้า<br>รับการรักษาผู้ป่วยใน       | 24<br>(14.20)                   | 145<br>(85.80) | 0<br>(0.00) | 2.72      | 0.45 | มาก                    |
| - มีกระบวนการตรวจสอบความ<br>ถูกต้องของการให้รหัสทางการ<br>แพทย์                          | 78<br>(46.20)                   | 91<br>(53.80)  | 0<br>(0.00) | 2.59      | 0.49 | มาก                    |
| - ท่านบันทึกข้อมูลวันเดือนปี<br>และเวลาที่ Discharge ถูกต้อง<br>ตรงตามข้อมูลในเวชระเบียน | 55<br>(32.50)                   | 114<br>(67.50) | 0<br>(0.00) | 2.54      | 0.50 | มาก                    |
| - ท่านตรวจสอบความถูกต้องใน<br>ใบบันทึกค่ารักษาพยาบาล                                     | 92<br>(54.40)                   | 77<br>(45.60)  | 0<br>(0.00) | 2.33      | 0.86 | ปานกลาง                |

จากตาราง 23 พบว่า การปฏิบัติงานด้านความถูกต้องในกระบวนการการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำแนกรายข้อโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ( $\bar{X} = 2.82$ , S.D. = 0.38) รองลงมาได้แก่ ท่านตรวจสอบความถูกต้องของสิทธิการรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน ( $\bar{X} = 2.72$ , S.D. = 0.45) ส่วนท่านตรวจสอบความถูกต้องในใบบันทึกคำรักษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 2.33$ , S.D. = 0.86)

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานด้านความทันเวลาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำแนกรายข้อ

| การปฏิบัติงาน  | ระดับการปฏิบัติงาน<br>(N = 169) |         |        | $\bar{X}$ | S.D. | ระดับการปฏิบัติงาน |
|--|---------------------------------|---------|--------|-----------|------|--------------------|
|  | มาก                             | ปานกลาง | น้อย   |           |      |                    |
| <b>ด้านความทันเวลาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข</b> |                                 |         |        |           |      |                    |
| - ท่านรักษาความปลอดภัยของข้อมูลและมีกระบวนการป้องกัน         | 21                              | 148     | 0      | 2.73      | .497 | มาก                |
| เวชระเบียนผู้ป่วยในหาย                                       | (12.40)                         | (87.60) | (0.00) |           |      |                    |
| - มีการกำหนดระยะเวลาการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน                | 12                              | 157     | 0      | 2.51      | .632 | มาก                |
| มีกระบวนการติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ส่งล่าช้า             | (7.10)                          | (92.90) | (0.00) |           |      |                    |
| - มีกระบวนการติดตามบันทึกข้อมูลลงโปรแกรมที่ล่าช้า ไม่ทันเวลา | 107                             | 67      | 0      | 2.49      | .501 | มาก                |
| ส่งเวชระเบียนผู้ป่วยทันระยะเวลาที่กำหนด                      | (60.40)                         | (39.60) | (0.00) |           |      |                    |
| - มีกระบวนการติดตามบันทึกข้อมูลลงโปรแกรมที่ล่าช้า ไม่ทันเวลา | 32                              | 137     | 0      | 2.30      | .501 | ปานกลาง            |
| ส่งเวชระเบียนผู้ป่วยทันระยะเวลาที่กำหนด                      | (18.90)                         | (81.10) | (0.00) |           |      |                    |
| - ส่งเวชระเบียนผู้ป่วยทันระยะเวลาที่กำหนด                    | 26                              | 143     | 0      | 2.13      | .446 | ปานกลาง            |
| ระยะเวลาที่กำหนด   | (15.40)                         | (84.60) | (0.00) |           |      |                    |

จากตาราง 24 พบว่า การปฏิบัติงานด้านความทันเวลาในกระบวนการการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบกกุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำแนกรายข้อโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านรักษาความปลอดภัยของข้อมูลและมีกระบวนการป้องกันเวชระเบียนผู้ป่วยในหาย ( $\bar{X} = 2.73$  , S.D. = 0.49) รองลงมาคือ มีการกำหนดระยะเวลาการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน ( $\bar{X} = 2.51$  , S.D. = 0.63) ส่วนการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยทันระยะเวลาที่กำหนด มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 2.13$  , S.D. = 0.45)

#### **ตอนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

1) การดำเนินงานตามกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กระบวนการดำเนินงานต้องอาศัยความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ การตรวจสอบข้อมูลจึงเป็นส่วนสำคัญ การดำเนินงานที่ผ่านมา มีข้อมูลที่ส่งซ้ำ ข้อมูลที่ส่งเบิกไม่ถูกต้อง ข้อมูลถูกส่งกลับมาแก้ไข ซึ่งส่งผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

2) วิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และผลกระทบดังกล่าวนี้ ในการทำงาน จะดำเนินการตรวจสอบในส่วนของตนเองก่อนการส่งต่อข้อมูล ซึ่งเป็นการตรวจสอบในเบื้องต้น และหากมีข้อมูลที่ผิดพลาด จะทำการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง

3) ความต้องการความร่วมมือและช่วยเหลือตามกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่าควรมีกระบวนการตรวจสอบข้อมูล และการติดตามการส่งข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และมีกระบวนการติดตามการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน อีกทั้งควรมีการติดต่อประสานงาน เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และมีเวทีในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องของการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

4) ข้อเสนอแนะในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยควรมีกระบวนการตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูล และมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)



## 4.2 กระบวนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

กระบวนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จะดำเนินการศึกษาโดยเก็บข้อมูล จากนั้นดำเนินการประชุมเพื่อร่วมวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและวางแผนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม ดังนี้

### 4.2.1 การวางแผนและกำหนดแผนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม

#### กิจกรรมที่ 2 การเตรียมผู้ดำเนินงานและแต่งตั้งคณะทำงาน

ดำเนินการกำหนดคุณสมบัติคณะทำงาน โดยได้คณะทำงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม ในการวางแผนการแก้ไขปัญหากระบวนการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม

**กิจกรรมที่ 3** ประชุมคณะทำงาน/คณะกรรมการวิจัย และ **กิจกรรมที่ 4** วางแผนและกำหนดขั้นตอนการพัฒนา

ดำเนินการประชุมคณะดำเนินการ โดยได้ข้อสรุปจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในวันที่ 4 มิถุนายน 2562 ณ ห้องประชุมร่มโพธิ์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อทบทวนกระบวนการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม และดำเนินการวางแผนงานอย่างมีขั้นตอนโดยคณะกรรมการ สามารถกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน กรณีตัวอย่างการเสนอแนะแนวทางการดำเนินงาน ในการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

“ในกระบวนการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยในพบว่า ยังมีการส่งเวชระเบียนที่ล่าช้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การส่งเบิก หากมีกระบวนการควบคุมและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน ให้รวดเร็วยิ่งขึ้น ก็จะทำให้การ บันทึกข้อมูลการส่งเบิกรวดเร็วยิ่งขึ้นไปด้วยเช่นกัน”

เจ้าพนักงานการเงิน ก (นามสมมติ)

“การดำเนินการเบิกจ่ายของทางโรงพยาบาลเรา ยังขาดกระบวนการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลเพื่อส่งเบิก เพราะที่ผ่านมาได้ทางศูนย์ประกันจะดำเนินการคีย์และส่งเบิกไป โดยที่มีการตรวจในเบื้องต้น แต่จากการไปศึกษาจากที่อื่น มีการตรวจสอบ Double check อีกรอบ โดยเวชสถิติ และตรวจสอบการบันทึกรหัสทางการแพทย์ด้วย”

นักวิชาการสาธารณสุข ก (นามสมมติ)

“การมีศูนย์จำหน่ายในการตรวจสอบเอกสาร และความถูกต้องของเวชระเบียน จะทำให้ข้อมูลความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น จึงเห็นว่าควรมีการจัดตั้งศูนย์จำหน่าย เพื่อทำหน้าที่ในการตรวจความถูกต้องและสมบูรณ์ของเวชระเบียน”

นักวิชาการสาธารณสุข ข (นามสมมติ)

“การดำเนินงานที่ผ่านมา มีการตรวจสอบเวชระเบียนในเบื้องต้น ในการ Audit ภายในเวชระเบียน ซึ่งพบว่ามีโรคแทรกจากทางกายที่มีผลต่อค่า DRG ที่ไม่ได้บันทึกและสรุปคำวินิจฉัยลงใน Summary ซึ่งหากมีกระบวนการ Audit จะทำให้ค่า RW ที่สูงขึ้นในบางกรณี”

เจ้าพนักงานเวชสถิติ ก (นามสมมติ)

“การจัดทำข้อมูลในการนำเสนอค่าใช้จ่ายและการเปรียบเทียบข้อมูล RW นั้น ควรมีการเปรียบเทียบให้เห็นถึงความแตกต่างจากการทบทวนข้อมูล เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของการสรุปคำวินิจฉัยว่าแตกต่างกันอย่างไร”

แพทย์ ก (นามสมมติ)

“ภายในตึกมีการบันทึกข้อมูลและมีการทบทวน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนในเบื้องต้น แต่ควรทำ MRA เพื่อเป็นการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนที่เป็นมาตรฐาน”

พยาบาล ก (นามสมมติ)

“การสรุปคำวินิจฉัย และการให้รหัสทางการแพทย์เป็นส่วนสำคัญ ซึ่งหากมีการตรวจสอบเวชระเบียนให้สมบูรณ์ก็จะสามารถ ให้รหัสและบันทึกข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ซึ่งส่วนนี้มีผลต่อค่า DRG

พยาบาล ข (นามสมมติ)

“การทบทวนต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเป็นส่วนสำคัญ ปัจจุบันพบว่ายังมีในหลายกรณีที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้ ควรมีการดำเนินการทบทวนและมีมาตรการในการดำเนินการ”

พยาบาล ค (นามสมมติ)

“เรื่องการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข เป็นเรื่องที่น่าจะยังไม่ค่อยเข้าใจ และยังไม่ทราบเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในบางส่วน หากมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ จะสามารถพัฒนาศักยภาพในด้านการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขให้เพิ่มมากขึ้นได้”

พยาบาล ง (นามสมมติ)

“เสนอแนะแนวทางในการเพิ่มยอดผู้ป่วยรับไว้รักษา จำหน่าย โดยต้องมีการทบทวนและปรับเกณฑ์การรับใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มรายได้ค่าบริการสาธารณสุข”

พยาบาล จ (นามสมมติ)

จากประเด็นการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ในการวางแผนการแก้ไขปัญหากระบวนการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพื่อพิจารณา สามารถกำหนดแผนการทำงานและโครงการในการแก้ปัญหา โดยได้ขั้นตอนกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และสรุปเป็นภาพรวมได้เป็นประเด็นต่าง ๆ ดังตารางที่ 25 ดังนี้

ตาราง 25 สรุปประเด็นปัญหาจากการวิเคราะห์ของผู้เข้าร่วมประชุม

| ปัญหา       | ประเด็นปัญหา  | โครงการแก้ไขปัญหา  |
|-------------|---|--|
| ด้านบุคลากร | - บุคลากรยังขาดความเข้าใจในเรื่องของการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข  | 1) โครงการอบรมแนวทางการให้รหัสตามหลัก ICD-10                                   |
|             | - บุคลากรขาดความเข้าใจต่อความสำคัญของการบันทึกเวชระเบียนที่สมบูรณ์ และรายละเอียด ซึ่งมีผลต่อการดำเนินงานเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข | 2) โครงการพัฒนาความรู้ในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม |
|             | - การดำเนินงานบุคลากรสามารถทำได้ถูกต้อง แต่ขาดการตรวจสอบในการปฏิบัติงาน ทำให้ข้อมูลเกิดความผิดพลาด                                  |  |
|             |   |  |

ตาราง 25 (ต่อ)

| ปัญหา                    | ประเด็นปัญหา   | โครงการแก้ไขปัญหา   |
|--------------------------|--|---|
|                          | - บุคลากรขาดความเข้าใจต่อการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ ซึ่งต้องมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม  |   |
| <b>ด้านงบประมาณ</b>      | - มีการปรับเพิ่มต้นทุนของการทำหัตถการ เช่น ECT ทำให้ต้นทุนของการรักษาเพิ่มสูงมากขึ้น<br>- ขาดกระบวนการทบทวนต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข   | 1) การทบทวนต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข<br>2) กำหนดนโยบายเรื่องของต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล  |
| <b>ด้านวัสดุอุปกรณ์</b>  | - โปรแกรมในการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการผู้ป่วยในบางส่วน ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้งาน<br>- โปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโปรแกรมการบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim) จึงทำให้ผู้ใช้งานต้องบันทึกข้อมูลเองทุกส่วน ส่งผลให้มีการบันทึกข้อมูลที่ผิดพลาด และส่งผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข | พัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) ให้ตอบสนองต่อความต้องการ และสามารถดึงรายงานข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยใน ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโปรแกรมการบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim) |
| <b>ด้านการปฏิบัติงาน</b> | - ขาดกระบวนการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลเพื่อส่งเบิก<br>- กระบวนการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยในพบว่า ยังมีการส่งเวชระเบียนที่ล่าช้า ซึ่งส่งผลต่อการส่งเบิกที่ล่าช้าไปด้วย<br>- ขาดกระบวนการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนและการบันทึกคำวินิจฉัยโรคที่ครบถ้วน<br>- ขาดกระบวนการตรวจสอบการให้รหัสทางการแพทย์และหัตถการ  | 1) พัฒนาระบบการควบคุมและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน<br>2) การตรวจสอบการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม IPD<br>3) การตรวจสอบ Coding Audit (การตรวจสอบรหัสโรคและรหัสหัตถการ)  |

กระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สาเหตุและปัญหาในการดำเนินงานโดยการระดมสมอง การวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและสาเหตุ เพื่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในที่ประชุม ผลที่ได้รับจากการระดมสมองของผู้เข้าร่วมประชุมได้ข้อสรุปเป็นแผนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ผลการสรุปกระบวนการพัฒนา 4 ด้าน ดังนี้

กระบวนการพัฒนาด้านบุคลากร ในการดำเนินงานควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของคณะทำงานไว้อย่างชัดเจนและสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน พัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการดำเนินงาน โดยได้แผนพัฒนา ดังนี้

- 1) โครงการอบรมแนวทางการให้รหัสตามหลัก ICD-10
- 2) โครงการพัฒนาความรู้ในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่ม

วินิจฉัยโรคร่วม

กระบวนการพัฒนาด้านงบประมาณ ประสานหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการทบทวนต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โดยได้แผนพัฒนา ดังนี้

1) การทบทวนต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- 2) กำหนดนโยบายเรื่องของต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

กระบวนการพัฒนาด้านวัสดุอุปกรณ์ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อความสะดวกต่อการใช้งานและความถูกต้องของข้อมูล โดยได้แผนพัฒนาในการพัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) ให้ตอบสนองต่อความต้องการ และสามารถดึงรายงานข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยใน ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโปรแกรมการบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim)

กระบวนการพัฒนาด้านการปฏิบัติงาน ดำเนินการทบทวนโครงสร้างของกระบวนการดำเนินงาน หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยได้แผนพัฒนา ดังนี้

- 1) พัฒนาระบบการควบคุมและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- 2) การตรวจสอบการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม IPD
- 3) การตรวจสอบ Coding Audit (การตรวจสอบรหัสโรคและรหัสหัตถการ)

การประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ คณะกรรมการดำเนินงาน ได้มีการกำหนดแผนการดำเนินงานโครงการที่สามารถดำเนินการได้จริงในชั้นการปฏิบัติตามแผน ซึ่งได้แผนงานตามรูปแบบการพัฒนาดังนี้

### การปฏิบัติตามแผน (Action) และการสังเกต (Observe)

หลังจากนั้นได้นำแผนงานโครงการและกิจกรรมไปปฏิบัติจริง (Action) และมีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Observe) ระหว่างการปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการและวิเคราะห์ข้อมูลสิ่งที่ได้จากการปฏิบัติการ ดังนี้

#### กิจกรรมที่ 5 นำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม สามารถกำหนดแผนการทำงานและโครงการในการแก้ปัญหาและนำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ ได้ดังนี้

##### 1) โครงการอบรมแนวทางการให้รหัสตามหลัก ICD-10

โครงการอบรมแนวทางการให้รหัสตามหลัก ICD-10 เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข เพื่อให้ทราบถึงประโยชน์และการนำไปใช้ของรหัสการแพทย์ ความสำคัญของการบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้อง และแนวทางการให้รหัสตามหลัก ICD-10 ที่ถูกต้อง

ผลการดำเนินงาน ได้มีการประสานงานให้เจ้าหน้าที่ได้เข้ารับการอบรมแนวทางการให้รหัสตามหลัก ICD-10 ณ ห้องประชุม 50 ปี โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการดำเนินงาน ผู้เข้าร่วมการอบรม ทราบถึงประโยชน์และการนำไปใช้ของรหัสการแพทย์ ความสำคัญของการบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้อง และแนวทางการให้รหัสตามหลัก ICD-10 ที่ถูกต้อง

##### 2) โครงการพัฒนาความรู้ในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม

โครงการพัฒนาความรู้ในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน และนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานในการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

ผลการดำเนินงาน ได้มีการประสานงานให้เจ้าหน้าที่ได้เข้ารับการอบรมความรู้ในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม ณ ห้องประชุม 50 ปี โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการดำเนินงาน ผู้เข้าร่วมการอบรม ทราบถึงความรู้เรื่องกลุ่มวินิจัยโรคร่วม และการบันทึกเวชระเบียนกับการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางด้านจิตเวชและคุณภาพของการสรุปเวชระเบียนที่มีผลต่อ DRG



3) การทบทวนต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

กระบวนการทบทวนต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล โดยมีการทบทวนต้นทุน ค่าใช้จ่ายและรายได้ของโรงพยาบาล โดยยกตัวอย่างกรณีผู้ป่วยในที่มีการนอนนาน และผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งทบทวนต้นทุนค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการ

ผลการดำเนินงาน ได้มีการประสานงานคณะกรรมการดำเนินงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทบทวนต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โดยทบทวนในกรณีผู้ป่วยนอนนานและผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งต้นทุนค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการ และทบทวนในส่วนของการวินิจฉัยโรคและหัตถการที่มีผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

4) กำหนดนโยบายเรื่องของต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

มีการประสานงานในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันกำหนดนโยบาย โดยจากการวิเคราะห์ต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล พบว่า ต้นทุนของการทำหัตถการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) มีการปรับต้นทุนของการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น จึงดำเนินการกำหนดนโยบายในการทำหัตถการ โดยมีการพิจารณาการทำหัตถการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ในกลุ่มของผู้ป่วยกลุ่มสารเสพติด (F10 ถึง F19) และมีการดำเนินการทำหนังสือชี้แจงเพื่อทบทวนการปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ของการทำหัตถการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) เนื่องจากมีต้นทุนที่สูงขึ้น ซึ่งอยู่ในระหว่างการพิจารณาและการดำเนินการ

5) พัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) ให้ตอบสนองต่อความต้องการ และสามารถดึงรายงานข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยใน ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโปรแกรมการบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim)

การพัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน นั้นพบว่า โปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโปรแกรมการบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim) จึงทำให้ผู้ใช้งานต้องบันทึกข้อมูลเองทุกส่วน ส่งผลให้มีการบันทึกข้อมูลที่ผิดพลาด และส่งผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ซึ่งภายในคณะกรรมการดำเนินงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องนั้น ได้ดำเนินการประสานงานร่วมกันเพื่อพัฒนาโปรแกรม โดยทางโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ อยู่ในระหว่างการพัฒนาเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้งาน และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในไปยังโปรแกรมการบันทึกข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim)

#### 6) พัฒนาระบบการควบคุมและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน

การพัฒนาระบบการควบคุมและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน เป็นการร่วมกันพัฒนาและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการควบคุมและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการส่งล่าช้า ระหว่างตึกผู้ป่วยใน ฝ่ายเวชระเบียน ฝ่ายศูนย์ประกันสุขภาพ และกลุ่มงานทางการแพทย์ เพื่อให้เวชระเบียนผู้ป่วยในได้ทันเวลา ซึ่งส่งผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

ผลการดำเนินงาน ได้มีการประสานงานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการควบคุมและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยมีการกำหนดระยะเวลาการส่งและมีทะเบียนควบคุมเวชระเบียนผู้ป่วยใน และหากมีการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ล่าช้า จะมีการโทรติดตามและจัดทำเป็นรายงานผู้ป่วยในที่ยังไม่ได้ส่งตามกำหนด และในกรณีที่มีเวชระเบียนที่จะหมดระยะเวลาในการส่งข้อมูล ฝ่ายศูนย์ประกันจะจัดทำรายงาน เพื่อติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยในมาทำการบันทึกข้อมูลและส่งให้ทันเวลาเพื่อการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่เต็มจำนวนในการเบิกคืน

#### 7) การตรวจสอบการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม IPD

การตรวจสอบการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม IPD เป็นการประสานงานร่วมกันระหว่างฝ่ายเวชระเบียนและฝ่ายศูนย์ประกัน ในการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลก่อนการส่งข้อมูลไปยังส่วนกลาง เพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

ผลการดำเนินงาน ได้มีการประสานงานร่วมกันระหว่างฝ่ายเวชระเบียนและฝ่ายศูนย์ประกันในการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลก่อนการส่งข้อมูลไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เมื่อเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim) จะให้นักเวชสถิติเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องก่อนการส่ง โดยเลือกข้อมูลในกรณีที่มีหัตถการและมีโรคร่วมและโรคแทรกซ้อน โดยจะตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนในการบันทึกข้อมูล และหากมีข้อผิดพลาดจะให้ดำเนินการแก้ไขก่อนการส่งข้อมูล เพื่อให้สามารถเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้อย่างครบถ้วน และไม่เกิดปัญหาข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบจาก สปสช.

(ติด C)

#### 8) การตรวจสอบ Coding Audit (การตรวจสอบรหัสโรคและรหัสหัตถการ)

การตรวจสอบรหัสโรคและรหัสหัตถการ ซึ่งดำเนินการตรวจสอบโดยสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยในรายเดือน โดยใช้เกณฑ์และแบบฟอร์มการตรวจประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการตรวจสอบความถูกต้องและการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ อีกทั้งเป็นการตรวจสอบการสรุปคำวินิจฉัยของโรคและหัตถการให้มีความถูกต้องและครบถ้วน

ผลการดำเนินงาน ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องซึ่งเป็นนักเวชสถิติทำการตรวจสอบโดยใช้ใช้เกณฑ์และแบบฟอร์มการตรวจประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำการตรวจสอบโดยสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยในรายเดือน ซึ่งทำให้พบข้อผิดพลาดจากการตรวจสอบ และ

นำข้อผิดพลาดนั้นไปดำเนินการแก้ไข อีกทั้งจากการตรวจสอบการสรุปคำวินิจฉัยของโรคและ  
หัตถการ ทำให้เป็นการทบทวนเวชระเบียนในการสรุปคำวินิจฉัย และสามารถนำส่วนที่ไม่ครบถ้วนนั้น  
แจ้งแพทย์ผู้เกี่ยวข้องและทบทวนการรักษา เพื่อสรุปคำวินิจฉัยที่ถูกต้อง ซึ่งมีผลต่อการส่งเบิกชดเชย  
ค่าบริการสาธารณสุข

#### 4.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรค ร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

##### กิจกรรมที่ 6 ประเมินผลการดำเนินการพัฒนา

การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม  
สามารถกำหนดแผนการทำงานและนำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งการประเมินผลการ  
ดำเนินการพัฒนา ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 26 การประเมินผลการดำเนินการพัฒนา

| แผนงานโครงการ  | การประเมินผล  |
|--|---|
| 1) โครงการอบรมแนวทางการให้<br>รหัสตามหลัก ICD-10                                       | ผู้เข้าร่วมการอบรมทราบถึงประโยชน์และการนำไปใช้<br>ของรหัสการแพทย์ ความสำคัญของการบันทึกข้อมูล<br>อย่างถูกต้อง และแนวทางการให้รหัสตามหลัก ICD-10<br>ที่ถูกต้อง มีความเข้าใจต่อการให้รหัสโรคและรหัส<br>หัตถการ ซึ่งต้องมีการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม และ<br>สามารถนำความรู้จากการเข้าอบรมมาประยุกต์ใช้ในการ<br>พัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข<br>ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม |
| 2) โครงการพัฒนาความรู้ในการ<br>เบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข<br>ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม | ผู้เข้าร่วมการอบรมได้รับความรู้เรื่องกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม<br>และการบันทึกเวชระเบียนกับการเบิกจ่ายชดเชย<br>ค่าบริการทางด้านจิตเวชและคุณภาพของการสรุปเวช<br>ระเบียนที่มีผลต่อ DRG และเข้าใจถึงความสำคัญของ<br>การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่ม<br>วินิจฉัยโรคร่วม  |

ตาราง 26 (ต่อ)

| แผนงานโครงการ  | การประเมินผล   |
|--|--|
| 3) การทบทวนต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข   | ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้เรียนรู้และมีการทบทวนต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน   |
| 4) กำหนดนโยบายเรื่องของต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล   | ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกำหนดนโยบาย และมีนโยบายเรื่องของต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่เป็นรูปธรรม  |
| 5) พัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) ให้ตอบสนองต่อความต้องการ และสามารถดึงรายงานข้อมูล ผู้รับบริการผู้ป่วยใน ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโปรแกรมการบันทึกข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim) และประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim) | ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องประสานงานร่วมกันเพื่อพัฒนาโปรแกรม และได้โปรแกรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้งาน และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในไปยังโปรแกรมการบันทึกข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim)   |
| 6) พัฒนาระบบการควบคุมและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน  | ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน และได้กระบวนการควบคุมและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อนำเวชระเบียนผู้ป่วยในมาทำการบันทึกข้อมูลและส่งให้ทันเวลา   |
| 7) การตรวจสอบการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม IPD  | ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน และได้กระบวนการในการตรวจสอบข้อมูลก่อนการบันทึกข้อมูล และพบว่าข้อมูลมีความผิดพลาดที่น้อยลง ทำให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องก่อนการส่งเบิกได้ และได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและครบถ้วน                               |
| 8) การตรวจสอบ Coding Audit (การตรวจสอบรหัสโรคและรหัสเหตุการณ์)   | ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน และได้กระบวนการในการตรวจสอบ Coding Audit (การตรวจสอบรหัสโรคและรหัสเหตุการณ์) ทำให้ตรวจสอบการให้รหัสโรค (ICD-10) รหัสเหตุการณ์ (ICD-9) และตรวจสอบการสรุปคำวินิจฉัยของโรคและเหตุการณ์ให้มีความถูกต้องและครบถ้วน |

## การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

### กิจกรรมที่ 7 สะท้อนผลเพื่อสะท้อนปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงาน

ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อการดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาแต่ละ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมต่าง ๆ โดยการสะท้อนผลการปฏิบัติ และการถอดบทเรียนด้วยการเรียนรู้หลังการปฏิบัติ (After Action Review : AAR) ดังนี้

จากการประชุมของคณะกรรมการดำเนินงานร่วมกับผู้วิจัย สรุปผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยพบว่ายังมีกิจกรรมที่มีผลสำเร็จและกิจกรรมที่ยังไม่สำเร็จ ซึ่งกิจกรรมที่ยังไม่สำเร็จนั้น ได้แก่

1) การกำหนดนโยบายเรื่องของต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล โดยดำเนินการกำหนดนโยบายในการทำหัตถการ โดยมีการพิจารณาการทำหัตถการรักษาด้วยไฟฟ้า ในกลุ่มของผู้ป่วยกลุ่มสารเสพติด ซึ่งกรณีนี้หากทำหัตถการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ซึ่งในส่วนนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของการรักษาของแพทย์และอาการของผู้ป่วย จึงไม่สามารถกำหนดเป็นนโยบายและเป็นข้อบังคับของทางโรงพยาบาลได้ และการดำเนินการทำหนังสือชี้แจงเพื่อทบทวนการปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ของการทำหัตถการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากมีต้นทุนที่สูงขึ้น ซึ่งอยู่ในระหว่างการพิจารณาและการดำเนินการทำหนังสือและรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทบทวนการปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ให้สอดคล้องกับต้นทุนในการทำหัตถการ

2) การพัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) ให้ตอบสนองต่อความต้องการ และสามารถดึงรายงานข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยใน ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโปรแกรมการบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim) ซึ่งอยู่ในระหว่างการดำเนินการพัฒนาโปรแกรม

และจากการดำเนินงานตามแผนงานที่ได้กำหนดไว้นั้นพบว่า การร่วมกันกำหนดทำให้เกิดการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานมากยิ่งขึ้น เกิดการมีส่วนร่วมและเกิดความเข้าใจตรงกันในการดำเนินงาน และกระบวนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข แต่ก็พบว่ามีข้อจำกัดในการดำเนินงาน ดังนี้

1) การเข้ารับการอบรมและการพัฒนาความรู้ ซึ่งพบว่า การเข้ารับการอบรมหากใช้บุคลากรทั้งหมดนั้น ทำให้อัตรากำลังในการทำงานลดลง จึงเห็นว่า สามารถส่งตัวแทนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานมาหน่วยงานละ 2 คน และนำไปถ่ายทอดความรู้ภายในหน่วยงาน โดยการ Coaching & On the Job training ที่สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาการทำงานของโรงพยาบาล และประเมินความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาการดำเนินงานเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

2) การตรวจสอบก่อนการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม ซึ่งพบว่ามียกจำกัดในการดำเนินงานในเรื่องของอัตรากำลังและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การตรวจสอบก่อนการบันทึกข้อมูลซึ่งมีนักเวชสถิติจำนวนเพียง 2 คน จึงสามารถตรวจสอบได้เพียงบางกรณีที่สำคัญ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการตรวจสอบ และเพิ่มระยะเวลาการทำงาน อีกทั้งยังส่งผลต่อการส่งข้อมูลของผู้บันทึกข้อมูล ต้องมีการจัดสรรระยะเวลาในการส่งข้อมูลให้ทันเวลา ซึ่งต้องมีการวางแผนร่วมกัน และเป็นโอกาสในการพัฒนางาน และสอดคล้องกับการพัฒนาโปรแกรมเวชระเบียนผู้ป่วยในให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้อีกด้วย

3) การตรวจสอบ Coding Audit (การตรวจสอบรหัสโรคและรหัสหัตถการ) ที่ต้องมีการใช้เกณฑ์จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีเกณฑ์ที่ยุ่งยากซับซ้อน ทำให้การตรวจสอบ Coding Audit สามารถสุ่มตรวจได้ยังไม่ครอบคลุมทุกกรณี และใช้การสุ่มตรวจในบางกรณีเท่านั้น เนื่องจากข้อจำกัดในการดำเนินงานในเรื่องของอัตรากำลังและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ซึ่งหากในอนาคตจะพัฒนาไปยังสหวิชาชีพและให้แพทย์ได้มีความเข้าใจในหลักเกณฑ์มากยิ่งขึ้น จะทำให้เกิดการพัฒนาในด้านการสรุปคำวินิจฉัยโรค ซึ่งมีผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข และเป็นโอกาสในการพัฒนาการดำเนินงาน

จากการดำเนินการวิจัย ได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาระบบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้





ตาราง 27 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข  
ในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการพัฒนา  
จำแนกรายด้าน

| การมีส่วนร่วม                          | ก่อนการพัฒนา<br>(N = 15) |             |                        | หลังการพัฒนา<br>(N = 15) |             |                        |
|--|--------------------------|-------------|------------------------|--------------------------|-------------|------------------------|
|  | $\bar{X}$                | S.D.        | ระดับการมี<br>ส่วนร่วม | $\bar{X}$                | S.D.        | ระดับการมี<br>ส่วนร่วม |
| 1. ด้านการตัดสินใจและ<br>วางแผน        | 2.42                     | 0.34        | มาก                    | 2.80                     | 0.18        | มาก                    |
| 2. ด้านการปฏิบัติการ                   | 2.24                     | 0.41        | ปานกลาง                | 2.74                     | 0.20        | มาก                    |
| 3. ด้านการรับ<br>ผลประโยชน์            | 2.36                     | 0.56        | มาก                    | 2.78                     | 0.17        | มาก                    |
| 4. ด้านการมีส่วนร่วมใน<br>การประเมินผล | 2.19                     | 0.42        | ปานกลาง                | 2.68                     | 0.26        | มาก                    |
| <b>การมีส่วนร่วมในภาพรวม</b>           | <b>2.30</b>              | <b>0.37</b> | <b>ปานกลาง</b>         | <b>2.90</b>              | <b>0.11</b> | <b>มาก</b>             |

จากตาราง 27 พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หลังการพัฒนาโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.90$ , S.D. = 0.11) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน ( $\bar{X} = 2.80$ , S.D. = 0.18) ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 2.68$ , S.D. = 0.26) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 28 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข  
ในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการพัฒนา  
จำแนกรายด้าน

| ความพึงพอใจ                | ก่อนการพัฒนา<br>(N = 169) |             |                      | หลังการพัฒนา<br>(N = 169) |             |                      |
|----------------------------|---------------------------|-------------|----------------------|---------------------------|-------------|----------------------|
|                            | $\bar{X}$                 | S.D.        | ระดับความ<br>พึงพอใจ | $\bar{X}$                 | S.D.        | ระดับความ<br>พึงพอใจ |
| 1. ด้านโครงสร้าง           | 2.40                      | 0.44        | มาก                  | 2.91                      | 0.15        | มาก                  |
| 2. ด้านกระบวนการ           | 2.35                      | 0.24        | มาก                  | 2.82                      | 0.21        | มาก                  |
| 3. ด้านความพึงพอใจทั่วไป   | 2.31                      | 0.19        | ปานกลาง              | 2.77                      | 0.20        | มาก                  |
| 4. ด้านความสะอาดสบาย       | 2.29                      | 0.43        | ปานกลาง              | 2.80                      | 0.21        | มาก                  |
| <b>ความพึงพอใจในภาพรวม</b> | <b>2.34</b>               | <b>0.24</b> | <b>มาก</b>           | <b>2.82</b>               | <b>0.12</b> | <b>มาก</b>           |

จากตาราง 28 พบว่า ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หลังการพัฒนาโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.82$ , S.D. = 0.12) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านโครงสร้าง ( $\bar{X} = 2.91$ , S.D. = 0.15) ส่วนด้านความสะอาดสบายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 2.80$ , S.D. = 0.12) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา



ตาราง 29 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายข้อ

| ประเด็นความรู้   | ก่อนการพัฒนา<br>(N = 169) |               | หลังการพัฒนา<br>(N = 169) |               |
|--|---------------------------|---------------|---------------------------|---------------|
|  | จำนวน                     | ตอบถูก ร้อยละ | จำนวน                     | ตอบถูก ร้อยละ |
| <b>ด้านการจัดทำข้อมูล</b>  |                           |               |                           |               |
| 1. การวินิจฉัยโรคหลัก (Principle Diagnosis) สามารถมีได้หลายโรค   | 134                       | 79.30         | 150                       | 88.75         |
| 2. โรคที่เป็นร่วมด้วย (Comorbidity) ไม่มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)                             | 114                       | 67.50         | 139                       | 82.25         |
| 3. การให้รหัสโรค สามารถบันทึกได้ทันทีโดยดูจากข้อมูลภายในเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยไม่ต้องรอคำวินิจฉัยจากแพทย์ | 77                        | 45.60         | 149                       | 88.17         |
| 4. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ก็สามารถใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้                        | 91                        | 53.80         | 138                       | 81.66         |
| 5. ข้อมูลวันเดือนปี และเวลาที่ Discharge ไม่มี ความสำคัญต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข                  | 145                       | 85.80         | 156                       | 92.31         |

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ตาราง 29 (ต่อ)

| ประเด็นความรู้   | ก่อนการพัฒนา<br>(N = 169) |                  | หลังการพัฒนา<br>(N = 169) |                  |
|--|---------------------------|------------------|---------------------------|------------------|
|  | จำนวน                     | ตอบถูก<br>ร้อยละ | จำนวน                     | ตอบถูก<br>ร้อยละ |
| <b>ด้านการส่งข้อมูล</b>  |                           |                  |                           |                  |
| 6. กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข<br>หน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่ายตามกลุ่ม<br>วินิจฉัยโรคร่วม (DRG)   | 137                       | 81.10            | 151                       | 89.35            |
| 7. เมื่อผู้ป่วยสิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำหน่าย<br>ออกจากโรงพยาบาลแล้ว ทางโรงพยาบาลไม่<br>จำเป็นต้องส่งข้อมูลเพื่อทำการเรียกเก็บ<br>ค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ เนื่องจากได้รับ<br>เงินเหมาจ่ายรายหัวแล้ว | 67                        | 39.60            | 137                       | 81.07            |
| 8. กรณีส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทาง<br>การแพทย์ไม่ทันเวลา ไม่มีผลกระทบต่อรายรับ<br>ของโรงพยาบาล  | 157                       | 92.90            | 162                       | 95.86            |
| 9. กรณีข้อมูลที่ส่งช้ากว่ากำหนด จะถูกลดอัตรา<br>การจ่ายชดเชย   | 143                       | 84.60            | 148                       | 87.57            |
| 10. ระยะเวลาการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย<br>เพื่อบริการสาธารณสุขนับจากวันที่เข้ารับการ<br>รักษา (Admit) สำหรับกรณีผู้ป่วยใน  | 139                       | 82.84            | 155                       | 91.72            |

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 29 (ต่อ)

| ประเด็นความรู้   | ก่อนการพัฒนา<br>(N = 169) |                  | หลังการพัฒนา<br>(N = 169) |                  |
|--|---------------------------|------------------|---------------------------|------------------|
|  | จำนวน                     | ตอบถูก<br>ร้อยละ | จำนวน                     | ตอบถูก<br>ร้อยละ |
| <b>ด้านการตรวจสอบข้อมูล</b>  |                           |                  |                           |                  |
| 11. การบันทึกค่ารักษาพยาบาล มีความสำคัญต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม                                   | 93                        | 55.00            | 145                       | 85.80            |
| 12. การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีผลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขหน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) | 139                       | 82.24            | 161                       | 95.27            |
| 13. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (LOS) มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)   | 148                       | 87.60            | 159                       | 94.08            |
| 14. การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ให้ดำเนินการขอรับค่าใช้จ่ายแบบผู้ป่วยใน โดยให้รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด      | 111                       | 65.70            | 147                       | 86.98            |
| 15. ผู้ป่วยที่รับไว้นอนในโรงพยาบาลที่นอนน้อยกว่า 2 ชั่วโมงให้นับเป็นผู้ป่วยนอกทุกกรณี  | 78                        | 46.15            | 153                       | 90.53            |

จากตาราง 29 พบว่า หลังการพัฒนามีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพิ่มมากขึ้น โดยหลังการพัฒนาข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ กรณีส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ไม่ทันเวลา ไม่มีผลกระทบต่อรายรับของโรงพยาบาล ตอบถูกจำนวน 162 คน (ร้อยละ 95.86) รองลงมาคือ การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีผลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขหน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ตอบถูกจำนวน 161 คน (ร้อยละ 95.27) และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ก็สามารถใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าได้ ตอบถูกจำนวน 138 คน (ร้อยละ 81.66)

ตาราง 30 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังพัฒนา

| ระดับความรู้            | ก่อนการพัฒนา<br>(N = 169) |               | หลังการพัฒนา<br>(N = 169) |               |
|-------------------------|---------------------------|---------------|---------------------------|---------------|
|                         | จำนวน                     | ตอบถูก ร้อยละ | จำนวน                     | ตอบถูก ร้อยละ |
| ระดับความรู้สูง         | 93                        | 55.04         | 140                       | 82.84         |
| ระดับความรู้ปานกลาง     | 50                        | 29.58         | 29                        | 17.16         |
| ระดับความรู้ควรปรับปรุง | 26                        | 15.38         | 0                         | 0.00          |

จากตาราง 30 พบว่า หลังการพัฒนามีระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้สูง จำนวน 140 คน (ร้อยละ 82.84) รองลงมาคือระดับความรู้ปานกลาง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 17.16) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

ตาราง 31 ผลการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการพัฒนา

| ระดับการปฏิบัติ           | ก่อนการพัฒนา<br>(N = 169) |        | หลังการพัฒนา<br>(N = 169) |        |
|---------------------------|---------------------------|--------|---------------------------|--------|
|                           | จำนวน                     | ร้อยละ | จำนวน                     | ร้อยละ |
| ระดับการปฏิบัติงานมาก     | 131                       | 77.50  | 167                       | 98.82  |
| ระดับการปฏิบัติงานปานกลาง | 38                        | 22.50  | 2                         | 1.18   |

จากตาราง 31 พบว่าระดับการปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหลังการพัฒนา มีการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ อยู่ในระดับการปฏิบัติงานมากจำนวน 167 คน (ร้อยละ 98.82) และรองลงมาคือ ระดับการปฏิบัติงานปานกลาง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 22.50) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา



ตาราง 32 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่ม  
วินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกราย  
ด้าน

| การปฏิบัติงาน                | ก่อนการพัฒนา<br>(N = 169) |             |                        | หลังการพัฒนา<br>(N = 169) |             |                        |
|------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------|---------------------------|-------------|------------------------|
|                              | $\bar{X}$                 | S.D.        | ระดับการ<br>ปฏิบัติงาน | $\bar{X}$                 | S.D.        | ระดับการ<br>ปฏิบัติงาน |
| 1. ด้านความครบถ้วน           | 2.69                      | 0.26        | มาก                    | 2.73                      | 0.21        | มาก                    |
| 2. ด้านความถูกต้อง           | 2.60                      | 0.33        | มาก                    | 2.63                      | 0.25        | มาก                    |
| 3. ด้านความทันเวลา           | 2.43                      | 0.39        | มาก                    | 2.74                      | 0.17        | มาก                    |
| <b>การปฏิบัติงานในภาพรวม</b> | <b>2.58</b>               | <b>0.27</b> | <b>มาก</b>             | <b>2.70</b>               | <b>0.16</b> | <b>มาก</b>             |

จากตาราง 32 พบว่า การปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่ม  
วินิจฉัยโรคร่วม หลังการพัฒนาโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.70$ ,  
S.D. = 0.16) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความทันเวลาใน  
กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ( $\bar{X} = 2.74$ , S.D. = 0.17) รองลงมาได้แก่ ด้านความ  
ครบถ้วนในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ( $\bar{X} = 2.73$ , S.D. = 0.21) ส่วนด้านความ  
ถูกต้องในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 2.63$ , S.D. = 0.25) ซึ่ง  
เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

ตาราง 33 ผลการวิเคราะห์จำนวนการเบิกชดเชยที่ส่งเกินกำหนดในการเบิกชดเชยค่าบริการ  
สาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

| เดือน           | การเบิกชดเชยที่ส่งเกินกำหนด |
|-----------------|-----------------------------|
| กุมภาพันธ์ 2562 | 3 ราย                       |
| มีนาคม 2562     | 7 ราย                       |
| เมษายน 2562     | 12 ราย                      |
| พฤษภาคม 2562    | 4 ราย                       |
| มิถุนายน 2562   | 2 ราย                       |
| กรกฎาคม 2562    | 0 ราย                       |

จากตาราง 33 พบว่าจากการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวนการเบิกชดเชยที่ส่งเกินกำหนด ซึ่งส่งผลต่อการได้รับการเบิกจ่ายที่ได้ไม่เต็มจำนวนที่ส่งเบิก มีแนวโน้มที่ลดลง สามารถส่งเบิกได้ทันเวลา ซึ่งมีผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข และรายรับของโรงพยาบาล ในการนำมาพัฒนาคุณภาพการบริการสาธารณสุข

ตาราง 34 ผลการวิเคราะห์การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

| เดือน           | ร้อยละการเบิกได้ (หน่วย : ร้อยละ)<br>(เบิกได้/ค่าใช้จ่ายจริง)*100 |                                |
|-----------------|---|--------------------------------|
|                 | สิทธิ์จ่ายตรง   | สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า |
| กุมภาพันธ์ 2562 | 78.61   | 44.99                          |
| มีนาคม 2562     | 82.59   | 43.77                          |
| เมษายน 2562     | 83.88   | 45.33                          |
| พฤษภาคม 2562    | 94.78   | 40.16                          |
| มิถุนายน 2562   | 92.81   | 52.33                          |
| กรกฎาคม 2562    | 98.82   | 60.04                          |

จากตาราง 34 พบว่าจากการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกรณีผู้ป่วยใน มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งพบว่าร้อยละของการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่สูงสุดของสิทธิ์จ่ายตรงและสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ เดือนกรกฎาคม 2562 ซึ่งสามารถเบิกได้ร้อยละ 98.82 และ 60.04 ตามลำดับ

พูน ปณ ทิโต ชีเว

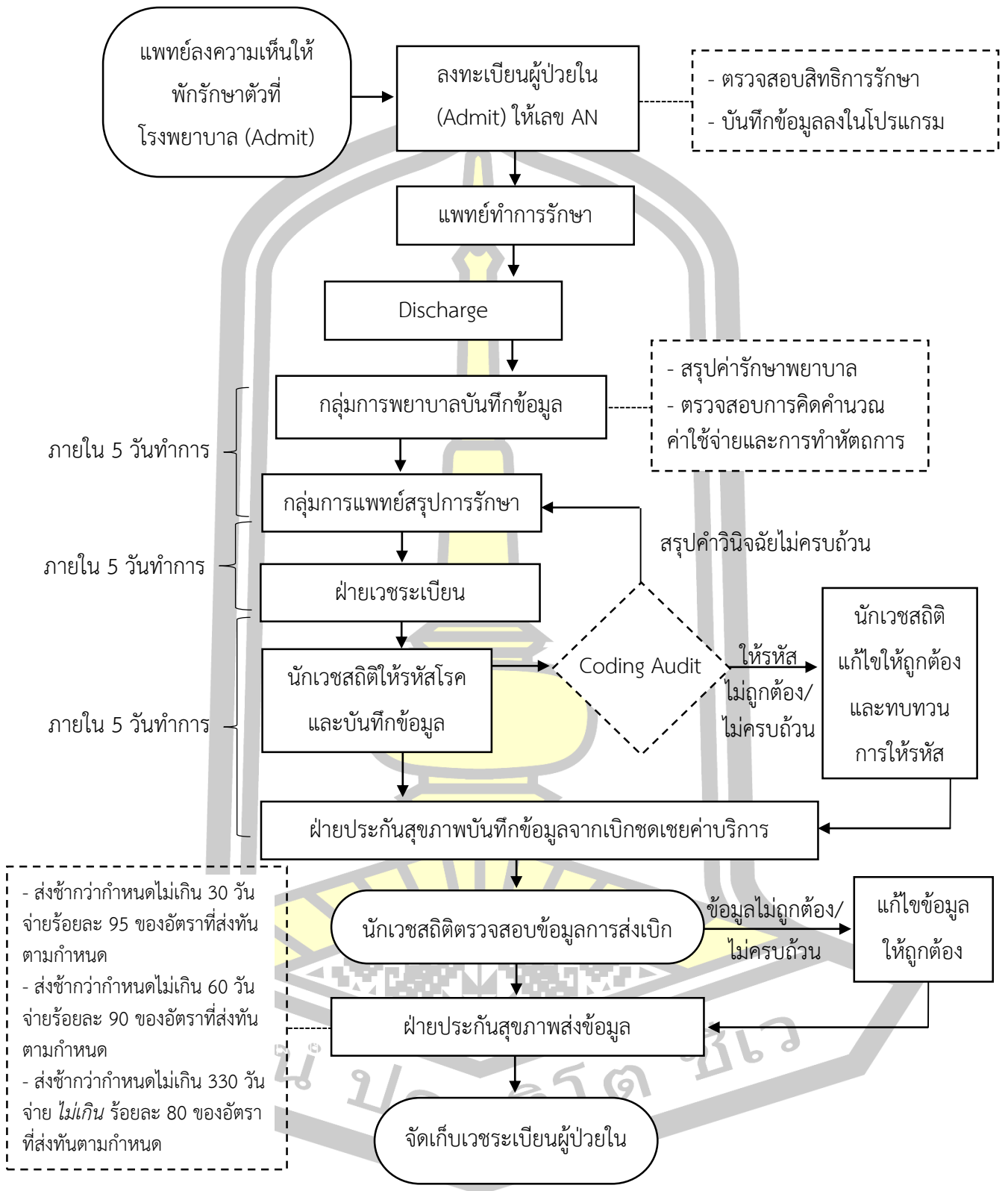
#### 4.4 ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการ PAOR Cycle ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และเพื่อค้นหากระบวนการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ผลจากการวิจัย การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า การดำเนินการตามแผนงาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการดำเนินงาน โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้

- 1) การให้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และบุคลากรภายในโรงพยาบาล มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่และเห็นถึงความสำคัญในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
- 2) การร่วมกันวางแผนการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเป็นไปตามหลักเกณฑ์การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
- 3) มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลในการการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ทำให้สามารถเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลามากยิ่งขึ้น
- 4) มีกระบวนการติดตามข้อมูลและเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อนำมาจัดทำข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ทำให้สามารถเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลามากยิ่งขึ้น
- 5) มีการติดตาม ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

จากการดำเนินงานตามกระบวนการการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยสรุปขั้นตอนของกระบวนการ โดยอธิบายตามภาพประกอบ ดังนี้



รูปภาพที่ 4 กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้ากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ได้ทำการศึกษาค้นคว้ากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและข้อเสนอแนะ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 169 คน ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัย โดยเสนอตามลำดับขั้นตอนในการวิจัย ดังนี้

5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

5.2 สรุปผล

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

#### 5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

##### 5.1.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาระบบการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

##### 5.1.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1) เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

2) เพื่อศึกษาขั้นตอนการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

3) เพื่อศึกษาผลการดำเนินการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

## 5.2 สรุปผล

ผลการวิจัย การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี สรุปผลที่ได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

5.2.1 สรุปการวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์การพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการศึกษาวิจัย และได้ผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

การดำเนินงานภายในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีการดำเนินการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ในกรณีผู้ป่วยในตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งการจัดทำข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อขอรับการชดเชย เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการจัดทำข้อมูลก็พบว่ายังมีความล่าช้า มีการส่งเบิกข้อมูลช้ากว่าวันที่กำหนด ซึ่งในกรณีข้อมูลที่ส่งช้ากว่าวันที่กำหนดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะลดอัตราการจ่ายชดเชย และพบปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้องในระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ซึ่งการดำเนินการต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนส่งผลกระทบต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาในปัจจุบันมีการกำหนดระยะเวลาในการส่งเวชระเบียนผู้ป่วย โดยบันทึกวันที่ส่งเพื่อเป็นการควบคุมเพื่อลดความล่าช้า

หลังจากดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้น พบว่า คณะกรรมการดำเนินงานได้เข้ามามีส่วนร่วมและนำสภาพปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ นำมาสะท้อนปัญหา ร่วมกันแสดงความคิดเห็น และนำไปสู่การจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม และนำผลที่ได้จากการสะท้อนปัญหา เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ และนำไปสู่การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน ซึ่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข มีความเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงาน และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการดำเนินการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ในกรณีผู้ป่วยในตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จึงมีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลามากยิ่งขึ้น



5.2.2 สรุปการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

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

1) โครงการอบรมแนวทางการให้รหัสตามหลัก ICD-10 โดยจัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข เพื่อให้ทราบถึงประโยชน์และการนำไปใช้ของรหัสการแพทย์ ความสำคัญของการบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้อง และแนวทางการให้รหัสตามหลัก ICD-10 ที่ถูกต้อง

2) โครงการพัฒนาความรู้ในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยจัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน และนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานในการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

3) การทบทวนต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โดยยกตัวอย่างกรณีผู้ป่วยในที่มีการนอนนานและผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งทบทวนต้นทุนค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการ

4) กำหนดนโยบายเรื่องของต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล โดยประสานงานในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันกำหนดนโยบาย โดยจากการวิเคราะห์ต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

5) พัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) ให้ตอบสนองต่อความต้องการ และสามารถดึงรายงานข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยใน ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโปรแกรมการบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim)

6) พัฒนากระบวนการควบคุมและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยเป็นการร่วมกันพัฒนาและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการควบคุมและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีการส่งล่าช้า ระหว่างตึกผู้ป่วยใน ฝ่ายเวชระเบียน ฝ่ายศูนย์ประกันสุขภาพ และกลุ่มงานทางการแพทย์ เพื่อให้เวชระเบียนผู้ป่วยในได้ทันเวลา ซึ่งส่งผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

7) การตรวจสอบการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม IPD โดยการประสานงานร่วมกันระหว่างฝ่ายเวชระเบียนและฝ่ายศูนย์ประกัน ในการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลก่อนการส่งข้อมูลไปยังส่วนกลาง เพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลได้และได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและครบถ้วน

8) การตรวจสอบ Coding Audit (การตรวจสอบรหัสโรคและรหัสหัตถการ) ซึ่งดำเนินการตรวจสอบโดยผู้ตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยในรายเดือน โดยใช้เกณฑ์และแบบฟอร์มการตรวจประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการตรวจสอบความถูกต้องและการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ อีกทั้งเป็นการตรวจสอบการสรุปคำวินิจฉัยของโรคและหัตถการให้มีความถูกต้องและครบถ้วน

5.2.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

จากการติดตามผลการดำเนินงาน โดยได้ประเมินผลคณะกรรมการดำเนินงานในการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังดำเนินการ นำเสนอข้อมูลในเชิงสถิติและข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม การวิจัยครั้งนี้ได้ผลการประเมินตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

#### 1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.10) มีอายุระหว่าง 51 ถึง 60 ปี (ร้อยละ 30.80) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 56.80) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (ร้อยละ 78.10) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30,001 – 40,000 บาท (ร้อยละ 44.40) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 56.20) การปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มงานการพยาบาล (ร้อยละ 85.90) ส่วนใหญ่พบว่าไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (ร้อยละ 49.00) แหล่งที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูล (ร้อยละ 57.40) และแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมส่วนใหญ่พบว่าอยู่ใน การประชุม/อบรม (ร้อยละ 42.60)

#### 2) ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า หลังการพัฒนามีระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพิ่มมากขึ้น โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ กรณีส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ไม่ทันเวลา ไม่มีผลกระทบต่อรายรับของโรงพยาบาล ตอบถูกจำนวน 162 คน (ร้อยละ 95.86) และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ก็สามารถใส่สิทธิประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าได้ ตอบถูกจำนวน

138 คน (ร้อยละ 81.66) และหลังการพัฒนา มีระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้สูง จำนวน 140 คน (ร้อยละ 82.84) รองลงมาคือระดับความรู้ปานกลาง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 17.16) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

3) ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ระดับการปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหลังการพัฒนา มีการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ อยู่ในระดับการปฏิบัติงานมาก จำนวน 167 คน (ร้อยละ 98.82) และรองลงมาคือ ระดับการปฏิบัติงานปานกลาง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 22.50) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความทันเวลาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ( $\bar{X} = 2.74$ , S.D. = 0.17) รองลงมาได้แก่ ด้านความครบถ้วนในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ( $\bar{X} = 2.73$ , S.D. = 0.21) ส่วนด้านความถูกต้องในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 2.63$ , S.D. = 0.25) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

4) ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

(1) การดำเนินงานตามกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กระบวนการดำเนินงานต้องอาศัยความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ การตรวจสอบข้อมูลจึงเป็นส่วนสำคัญ การดำเนินงานที่ผ่านมา มีข้อมูลที่ส่งซ้ำ ข้อมูลที่ส่งเบิกไม่ถูกต้อง ข้อมูลถูกส่งกลับมาแก้ไข ซึ่งส่งผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

(2) วิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และผลกระทบดังกล่าวนี้ ในการทำงานจะดำเนินการตรวจสอบในส่วนของตนเองก่อนการส่งต่อข้อมูล ซึ่งเป็นการตรวจสอบในเบื้องต้น และหากมีข้อมูลที่ผิดพลาด จะทำการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง

(3) ความต้องการความร่วมมือและช่วยเหลือตามกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่าควรมีกระบวนการตรวจสอบข้อมูล และการติดตามการส่งข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และมีกระบวนการติดตามการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน อีกทั้งควรมีการติดต่อประสานงาน เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และมีเวทีในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องของการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

(4) ข้อเสนอแนะในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยควรมีกระบวนการตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูล และมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

5.2.4 ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ผลจากการวิจัย การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า การดำเนินการตามแผนงาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการดำเนินงาน โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้

1) การให้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และบุคลากรภายในโรงพยาบาล มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่และเห็นถึงความสำคัญในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

2) การร่วมกันวางแผนการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเป็นไปตามหลักเกณฑ์การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

3) มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลในการการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ทำให้สามารถเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลามากยิ่งขึ้น

4) มีกระบวนการติดตามข้อมูลและเวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อนำมาจัดทำข้อมูลในการการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ทำให้สามารถเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลามากยิ่งขึ้น

5) มีการติดตาม ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

### 5.3 อภิปรายผล

ผลจากการดำเนินการในครั้งนี้ โดยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีเชิงปฏิบัติการโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ร่วมกันพัฒนา และสามารถกำหนดแผนการทำงานและโครงการเพื่อการแก้ปัญหาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โดยแผนงานโครงการ ได้แก่ โครงการอบรมแนวทางการให้รหัสตามหลัก ICD-10 โครงการพัฒนาความรู้ในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม การ

ทบทวนต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข การกำหนดนโยบายเรื่องของต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล พัฒนาระบบการควบคุมและติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน การตรวจสอบการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม IPD การตรวจสอบ Coding Audit (การตรวจสอบรหัสโรคและรหัสหัตถการ) และนำแผนงานโครงการไปสู่การปฏิบัติ พบว่าทำให้เกิดการพัฒนาระบบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข และทำให้สามารถเรียกเก็บค่าบริการสาธารณสุขได้เพิ่มมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ (มแป้น ศรีหนูขำ และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาการสรุปรหัสคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดของคำรักษาพยาบาลตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน โดยศึกษาปริมาณของเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ตรวจพบความคลาดเคลื่อนในการสรุปการวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดของผู้ป่วยใน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วมที่มีผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ และพบว่าการวิจัยครั้งนี้เกิดประโยชน์ ทำให้ลดความคลาดเคลื่อนในการสรุปคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัด ที่มีผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ และทำให้โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาพยาบาลได้ใกล้เคียงตามความเป็นจริงมากขึ้น

ผลจากการพัฒนาระบบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข พบว่า หลังการพัฒนามีระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้สูง ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิรุฬห์พร แสนแพง (2555) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในกับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง โดยพบว่าระดับความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก

ผลการปฏิบัติงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหลังการพัฒนา พบว่าระดับการปฏิบัติงานในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.70$ , S.D. = 0.16) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความทันเวลาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ( $\bar{X} = 2.74$ , S.D. = 0.17) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อีกทั้งจากการพัฒนาทำให้สามารถส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้ทันเวลามากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพ็ญประภา พรศรีเมตต์ และกนกกรัตน์ ไสยเลิศ (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพระบบการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบ Diagnosis Related Groups พบว่า ภายหลังจากพัฒนาได้ดำเนินการประเมินผลลัพธ์ความทันเวลาของการส่งเวชระเบียนในแต่ละจุด ภายหลังจากพัฒนา จากการประเมินผลจากเวชระเบียนทั้งหมดพบว่า ความล่าช้าน้อยลงทำให้สามารถส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้ทันเวลามากขึ้น



ส่วนปัจจัยในความสำเร็จจากการถอดบทเรียนพบว่า การดำเนินการตามแผนงาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการดำเนินงานเกิดจากการให้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และบุคลากรภายในโรงพยาบาล มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่และเห็นถึงความสำคัญในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และการร่วมกันวางแผนการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติ ทำให้เกิดกระบวนการตรวจสอบข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ทำให้สามารถเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลามากยิ่งขึ้นและมีกระบวนการติดตามข้อมูลและเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อนำมาจัดทำข้อมูลในการการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ทำให้สามารถเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลามากยิ่งขึ้น รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ซึ่งเกิดจากการให้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและบุคลากรภายในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ วิชาสินี จิตคติ (2556) ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการเวชระเบียนเพื่อลดความสูญเสียในการขอรับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขกองทุนย่อยผู้ป่วยในระดับเขตของโรงพยาบาลคูเมือง อำเภอกูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งพบว่าปัจจัยในความสำเร็จเกิดจากทุกวิชาชีพหรือผู้เกี่ยวข้องมีความตระหนักและรับรู้ถึงปัญหาพร้อมกัน มีเป้าหมายของการแก้ปัญหาไปในแนวทางเดียวกันและมีจุดหมายหรือเห็นผลลัพธ์ภายหลังการแก้ปัญหาแล้วเสร็จร่วมกัน มีความยินดีที่จะร่วมรับการตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของวิชาชีพของตนและมีความพร้อมที่จะแก้ไขข้อบกพร่องที่พบอย่างเต็มความสามารถ

## 5.4 ข้อเสนอแนะ

### 5.4.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

- 1) นโยบายจากผู้บริหาร มีส่วนช่วยในการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินการได้ดียิ่งขึ้น ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญ รวมทั้งกำหนดนโยบายและการดำเนินงานในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
- 2) ควรสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) ให้ตอบสนองต่อความต้องการ และสามารถดึงรายงานข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยใน ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโปรแกรมการบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim)
- 3) ควรมีการส่งเสริมอัตรากำลังและส่งเสริมความเข้าใจแก่บุคลากรในเรื่องของการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม



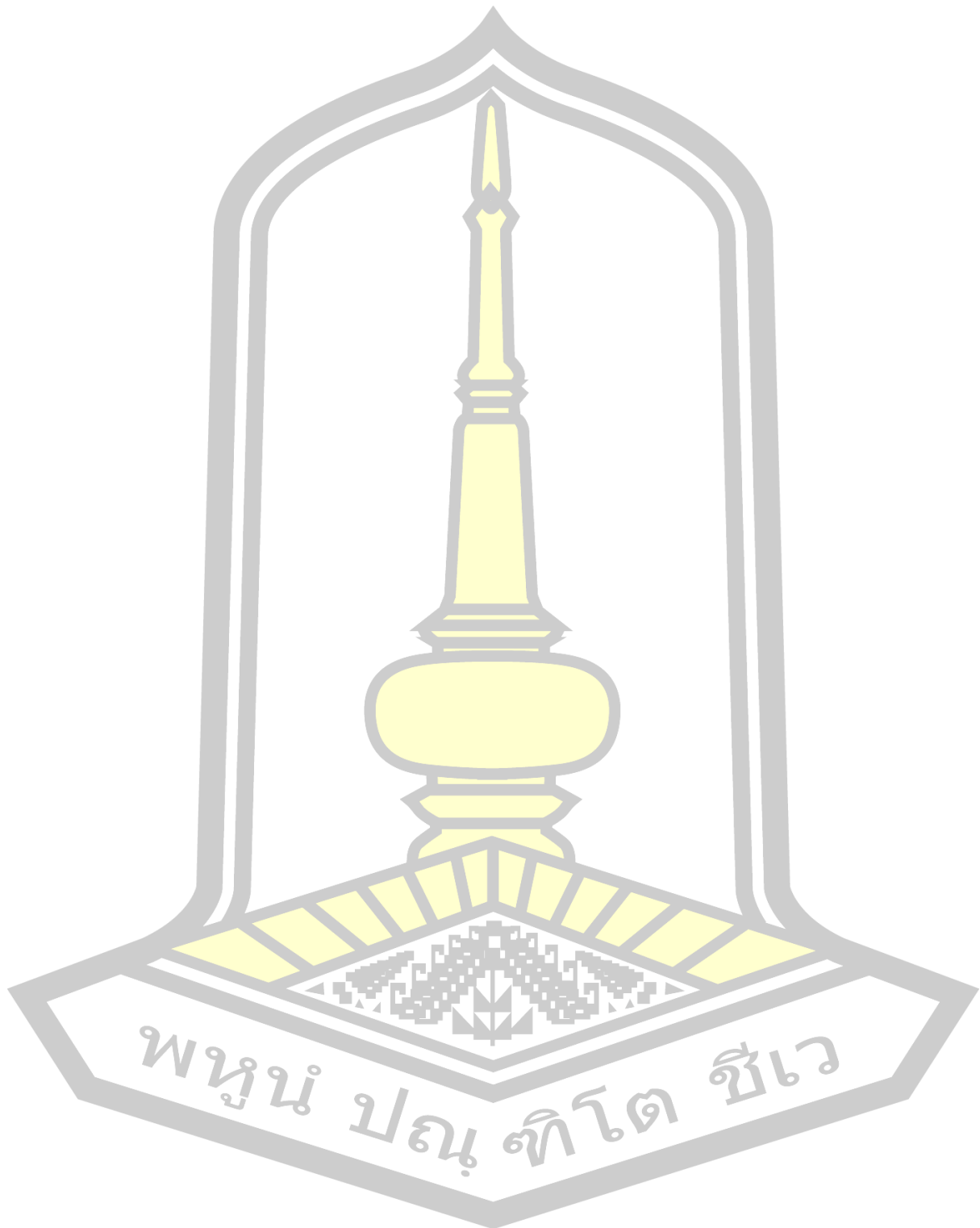
4) ควรมีการส่งเสริมปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพื่อให้มีความยั่งยืนยิ่งขึ้นต่อไป

#### 5.4.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ควรเพิ่มกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุน (Unit cost) และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในรายโรค เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากยิ่งขึ้น และสามารถนำไปแก้ไขและพัฒนาต่อไปได้



บรรณานุกรม

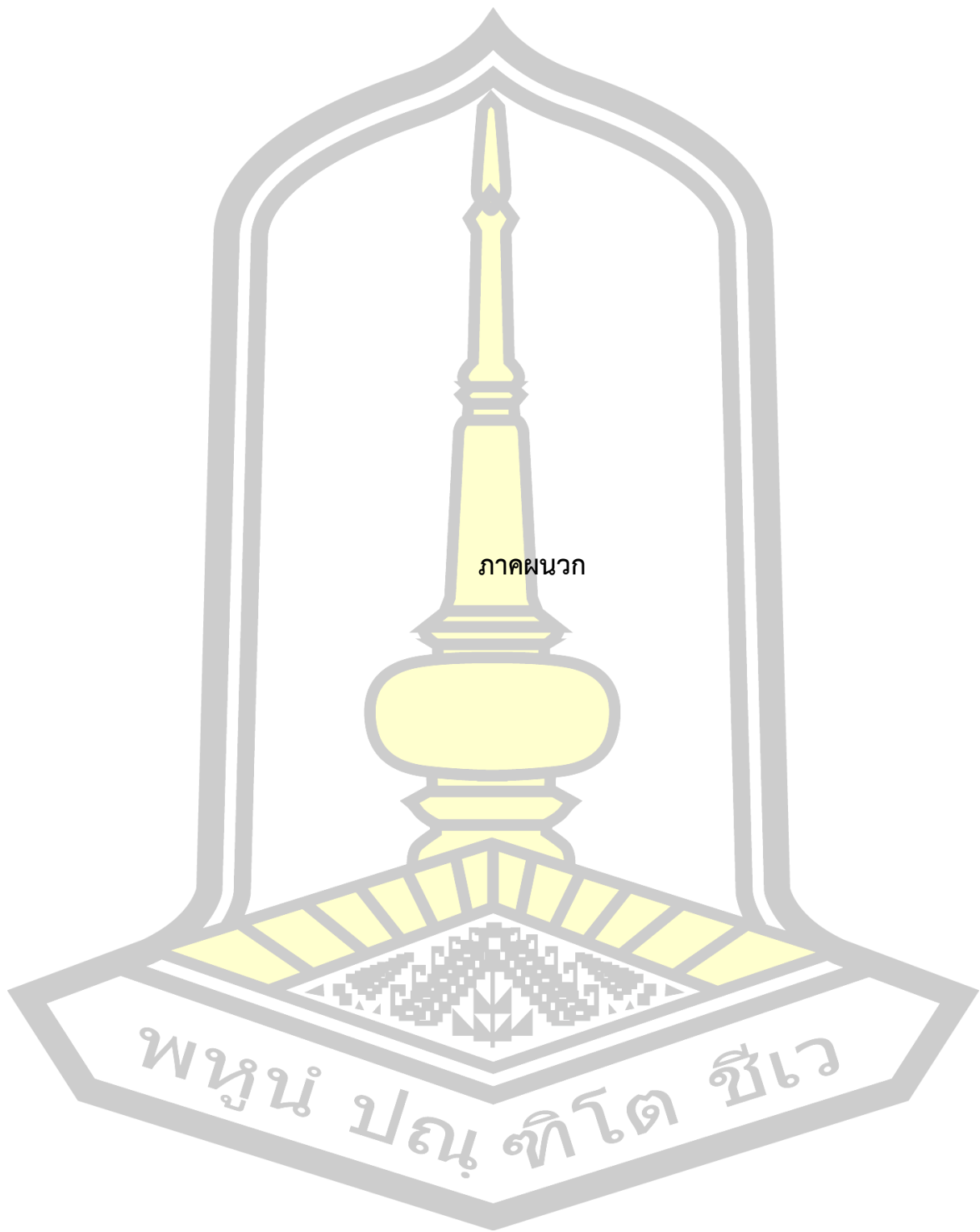


## บรรณานุกรม

- คณะทำงานพัฒนาการจัดการความรู้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). *การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- คณิต ดวงหัตถ์. (2556). *สุขภาพจิตกับความพึงพอใจในงานของข้าราชการตำรวจชั้น ประทวนในเขตเมืองและเขตชนบทของจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิระพันธ์ สุขชี และคณะ. (2554). *ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงานที่สัมพันธ์กับผลการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. [ออนไลน์]. ได้จาก: [http://qmis.stou.ac.th/qa/EQA\\_3/KPI\\_EQA/KPI\\_3/10\\_Health/54/34\\_Jirapan.pdf](http://qmis.stou.ac.th/qa/EQA_3/KPI_EQA/KPI_3/10_Health/54/34_Jirapan.pdf). [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2561].
- ทัศนีย์ จันทน์น้อย. (2556). *รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับระบบประกันสุขภาพ กลไกและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพ*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส).
- ปิ่นณวัชร พัชราวาลัย. (2559). *ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ และการรับรู้ภาพลักษณ์ธนาคารเฉพาะกิจ ที่ส่งผลต่อความภักดีในการใช้บริการของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- บุญญาพัชร อาจหาญ. (2555). *ความพึงพอใจของลูกค้าที่มีต่อการให้บริการของธนาคารทหารไทยจำกัด (มหาชน) สาขาจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2560). *ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (Curative Services)*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- พิรุฬห์พร แสนแพง. (2555). *การปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยใน กับการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- เพ็ญประภา พรศรีเมตต์ และกนกกรัตน์ ไสยเลิศ. (2559). *การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการเบิกชดเชย ค่าบริการสาธารณสุขในระบบ Diagnosis Related Groups*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 25(5), 15-25.
- มธุรดา ศรีจันทร์. (2554). *การบริหารแบบมีส่วนร่วม*. [ออนไลน์]. ได้จาก: [www.gotoknow.org/blog/mathu/33443](http://www.gotoknow.org/blog/mathu/33443). 2l niuu-ttlu ZSS8. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2561].

- มนต์ธิณี อัครพรรณราย. (2556). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณีเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ลัดดา รักจรรยาบรรณ. (2557). *การพัฒนาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป มหาวิทยาลัยบูรพา*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2560). *เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข*. พิมพ์ครั้งที่ 13. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์.
- วิภาวี ชาดิษฐ์. (2559). *ความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อคุณภาพบริการแผนกจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเอกจากศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วิลาสินี จิตคติ. (2556). *การพัฒนารูปแบบการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนย่อยผู้ป่วยในระดับเขต ของโรงพยาบาลคูเมือง อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์*. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุข*, 7(1), 86-92.
- วิสาขา ภูจินดา และคณะ. (2560). *การพัฒนาแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยและคณะบริหารการพัฒนาสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research*. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 2(1), 43-49.
- ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). *การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทยและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับ 6.0*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2560). *การเปลี่ยนแปลงสำคัญในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย ฉบับที่ 6.1*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สงครามชัย ลีทองดี. (2558). *การจัดการระบบสุขภาพ Health System Management*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คิงนาโนวิทยา.
- สนธยา พริ้งลำภู. (2556). *ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลกองทุนเงินทดแทน โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหรือ DRG (Diagnosis Related Group)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนเงินทดแทน.
- สมปอง พะมูลิลา. (2560). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)*. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/Actionresearch.pdf>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2561].
- ส้มแป้น ศรีหนูขำ และคณะ. (2557). *การศึกษาการสรุปรหัสคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดของ ค่ารักษาพยาบาลตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน*. *วารสารสังคมศาสตร์บูรณาการ*, 1(2), 113-131.

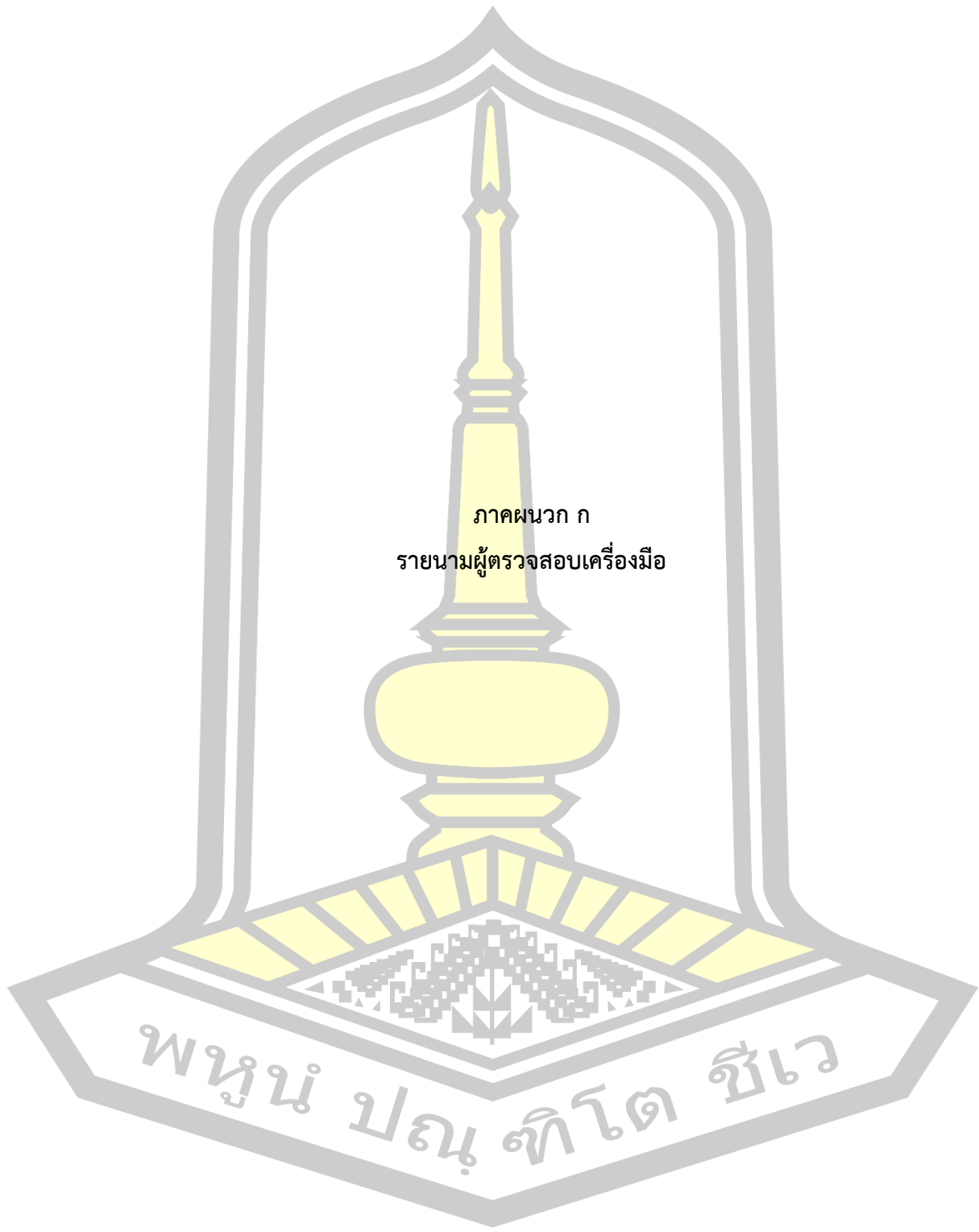
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สิรินทร์ ภัคดีพันธ์ และคณะ. (2557). สถานะทางการเงินและคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลภายใต้กลไกการจ่ายเงินแบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วม. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 9(4), 213–221.
- สุกัญญา เรืองสุวรรณ. (2553). การพัฒนาคุณภาพข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพองค์การ. *วารสารสารสนเทศศาสตร์*, 28(3), 73–80.
- สมัทนา กลางคาร และวรวพจน์ พรหมสัตยพรต. (2552). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์ – สารคามเปเปอร์.
- สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ. (2559). *วิจัยประเมินผลโครงการ การพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยในกรณีศึกษา โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.
- เสาวนีย์ เตือนเด่น และคณะ. (2557). *การมีส่วนร่วมในการทำงานของบุคลากร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- อรรถัย เขียวเจริญ และคณะ. (2561). การพัฒนากลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยในจิตเวช ฉบับที่ 3. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(1), 95–112.
- อานัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2557). การจ่ายค่าบริการตามระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วมของประเทศไทยและต่างประเทศ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 8(1), 1–14.
- Best J. W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. Engle Wood Clift, NJ : Pentic Hall.
- Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. (1981). *Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation*. Ithaca, NY: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.
- Daniel W. W. (1995). *Biostatistic ; A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 6th ed. Singapore : John Wiley & Sons.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer*. 3rd ed.. Victoria : Deakin University.
- Kotler, P. (2000). *Marketing Management*. 10th ed. New Jersey: Prentice-Hall.



ภาคผนวก

พหุบัณฑิตยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ตรวจสอบเครื่องมือ

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว

## รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. แพทย์หญิงนนทยา ผูกพันธ์

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. นายวิชัย โลณะจิตร

เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

กลุ่มงานเวชระเบียน

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

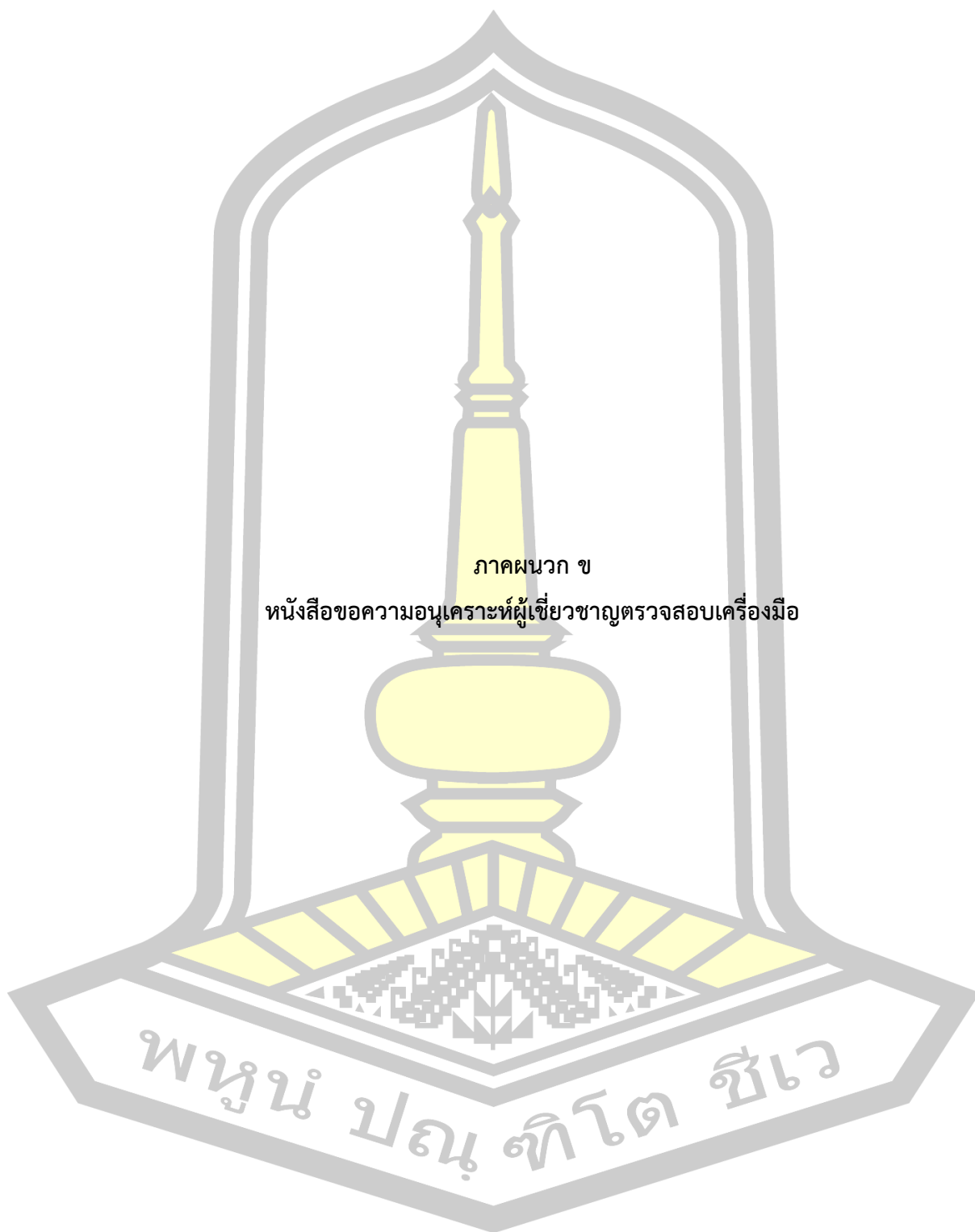
3. นายจรัญชัย พุทธิรักษา

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

กลุ่มงานประกันสุขภาพ

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

พหุบัน ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

พหุบัน ปณ ทิโต ชีเว

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย  
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน แพทย์หญิงนันทยา ผูกพันธ์

- |                  |   |              |
|------------------|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์                             | จำนวน ๑ เล่ม |
|                  | ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย                       | จำนวน ๑ ชุด  |
|                  | ๓. แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) | จำนวน ๑ เล่ม |

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวชนกพร ภูมิการีย์ รหัสนิสิต ๖๐๐๕๑๔๘๐๐๐๗ นิสิตหลักสูตร  
สาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต (ส.ม.) ระบบปกติคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลัง  
ศึกษาและทำ วิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัย โรค  
ร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี” โดยมี ผศ.ดร.วราภรณ์ พรหมสัถยพุด และ  
อ.ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและมี  
ประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการ  
เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียด  
ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็น  
อย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิรินทร์)  
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา รักษาการแทน  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย  
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายวิชัย โลนะจิตร์

|                  |   |              |
|------------------|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์                             | จำนวน ๑ เล่ม |
|                  | ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย                       | จำนวน ๑ ชุด  |
|                  | ๓. แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) | จำนวน ๑ เล่ม |

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวชนกพร ภูมิการีย์ รหัสนิสิต ๖๐๐๕๑๔๘๐๐๐๗ นิสิตหลักสูตร  
สาธารณสุขศาสตร์ มหาบัณฑิต (ส.ม.) ระบบปกติคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลัง  
ศึกษาและทำ วิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัย โรค  
ร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี” โดยมี ผศ.ดร.วราภรณ์ พรหมสัถยพรด และ  
อ.ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและมี  
ประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการ  
เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียด  
ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็น  
อย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิรินทร์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา รักษาการแทน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย  
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายจรัญชัย พุทธิรักษา

|                  |   |              |
|------------------|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์                             | จำนวน ๑ เล่ม |
|                  | ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย                       | จำนวน ๑ ชุด  |
|                  | ๓. แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) | จำนวน ๑ เล่ม |

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวชนกพร ภูมิการีย์ รหัสนิสิต ๖๐๐๕๑๔๘๐๐๐๗ นิสิตหลักสูตร  
สาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต (ส.ม.) ระบบปกติคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลัง  
ศึกษาและทำ วิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัย โรค  
ร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี” โดยมี ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต และ  
อ.ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและมี  
ประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการ  
เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียด  
ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

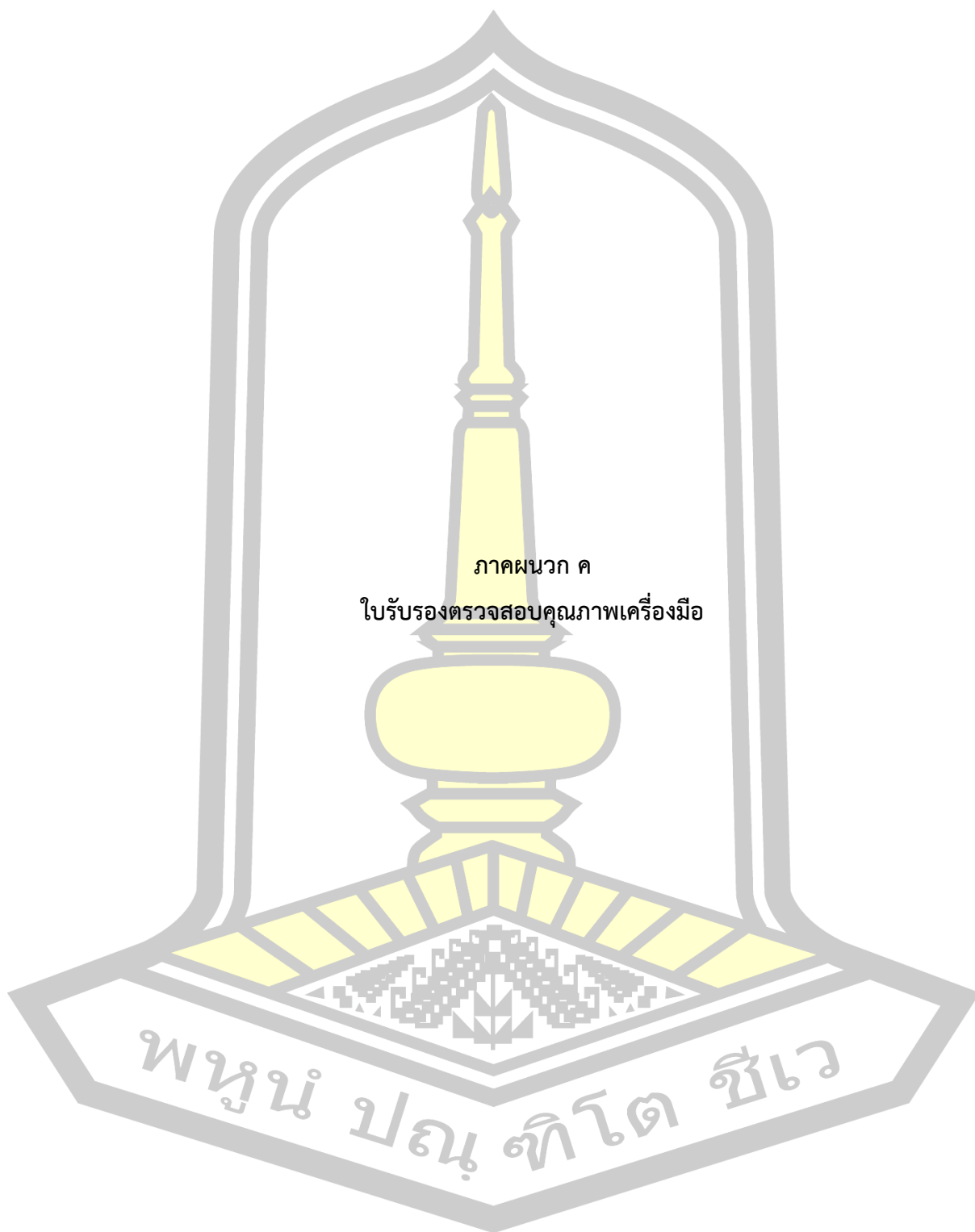
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็น  
อย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓

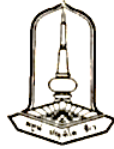




ภาคผนวก ค

ใบรับรองตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

พหุ ประทีป ชัยเว



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

๑. ชื่อ - สกุล นิสิต นางสาวชนกพร ภูมิการีย์ รหัสประจำตัว ๖๐๐๕๑๔๘๐๐๐๗
๒. หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การจัดการระบบสุขภาพ
๓. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี  
(ภาษาอังกฤษ) The Development of Medical Service Reimbursement in Diagnosis Related Group of Prasimahabodhi Hospital Ubonratchathani Province
๔. ผู้เชี่ยวชาญ (ชื่อ) แพทย์หญิงนันทยา ผูกพันธ์  
วุฒิการศึกษาสูงสุด วุฒิบัตร สาขาโสต ศอ นาสิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ปัญหาที่พบ

๑. แก๊ซเพิ่มเติม จากข้อ ๑.๒ แหล่งข้อมูลซ้ำซ้อน

เช่นซ้ำเติม มาจาก การประชุมประจำตัวจังหวัด , สันสช.

๒. แบบประเมิน ความพึงพอใจ ด้านโครงสร้าง ในแง่ความถูกต้อง

และ การกิน เวลาของข้อมูล ออกจากกัน

๓. แบบสอบถามการปฏิบัติงาน ในเพิ่มเติมถาม เกี่ยวกับการส่งกลับใบระบับเงิน

๖. ข้อเสนอแนะ ศีรษะโรค ไม่ทุกข้อ ก็ยังมี แพทย์เจ้าของไข้ เพื่อทำการแก้ไข

ใน สัปดาห์ที่ ๓ ใน สัปดาห์ที่ ๓ ใน โปรแกรมบันทึกเวลา

กับวัน สัมภาษณ์ และถูกต้อง

ลงชื่อ นันทยา ผูกพันธ์ ผู้เชี่ยวชาญ  
(แพทย์หญิงนันทยา ผูกพันธ์)



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

- ๑. ชื่อ - สกุล นิสิต นางสาวชนกพร ภูมิการีย์ รหัสประจำตัว ๖๐๐๕๑๔๘๐๐๐๗
- ๓. หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การจัดการระบบสุขภาพ
- ๓. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี  
(ภาษาอังกฤษ) The Development of Medical Service Reimbursement in Diagnosis Related Group of Prasrimahabodhi Hospital Ubon Ratchathani Province
- 5. ผู้เชี่ยวชาญ (ชื่อ) นายวิชัย โคนะจิตร *Psychiatric*  
วุฒิการศึกษาสูงสุด วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน  
ตำแหน่ง คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติชำนาญงาน หัวหน้ากลุ่มงานเวชระเบียน  
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ปัญหาที่พบ

- สภาพการทบทวน การสรุปกรณีวินิจฉัยโรค ขั้นตอนที่ถูกตั้ง อาศัยด้วย ฟอร์มบัตรวินิจฉัยที่มีส่วนวิดิโอ ที่ให้ไว้ยัง ยัง ทบทวน การศึกษา
- ขั้นตอนการทบทวน ความชัดเจนของเวชระเบียนของแพทย์ประจำตัว
- ทบทวน ความชัดเจน ข้อมูล ซึ่ง กรณีตั้งเบิกเงินจากกองทุนหลัก 3 กองทุน โดยไปรวมรวม e-claim

๖. ข้อเสนอแนะ

- จัดอบรม ทบทวน ฟื้นฟู ให้ความรู้ แก่ทีมวินิจฉัยให้พร้อมได้แก่ทั้ง เพื่อ ให้ทีมวินิจฉัยเวชระเบียน ส่งตาม ถูกต้อง ครบถ้วน ส่งฟอร์ม
- ชื่อ Medical Audit ซึ่งทีมทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาล มาส่ง Feedback ให้ทีม แพทย์ผู้ให้วินิจฉัย เพื่อให้ทีมทบทวนแพทย์เห็นให้ดีขึ้น
- ส่งฟอร์มของเวชระเบียน ส่งตาม ส่วนเบิก จาก 3 กองทุน ให้ทีมวินิจฉัยให้แล้ว



ลงชื่อ ..... *(Signature)* ..... ผู้เชี่ยวชาญ  
(นายวิชัย โคนะจิตร)  
วันที่ ..... 09/11/62 .....



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

๑. ชื่อ - สกุล นิสิต นางสาวชนกพร ภูมิการีย์ รหัสประจำตัว ๖๐๐๕๑๔๘๐๐๐๗
๒. หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การจัดการระบบสุขภาพ
๓. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)  
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี  
(ภาษาอังกฤษ) The Development of Medical Service Reimbursement in Diagnosis Related Group of Prasrimahabodhi Hospital Ubonratchathani Province
๔. ผู้เชี่ยวชาญ (ชื่อ) นายจรูญชัย พุทธิรักษา  
วุฒิการศึกษาสูงสุด ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาบัญชี วิทยาลัยโปลีเทคนิคภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีชำนาญงาน หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ  
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ปัญหาที่พบ

- ข้อความในบางข้อ ที่ถามชื่อไม่ชัดเจน
- เมื่อ Flow มาถึงตรงหัวกระดาษจะเขียนอยู่ในตำแหน่งใด

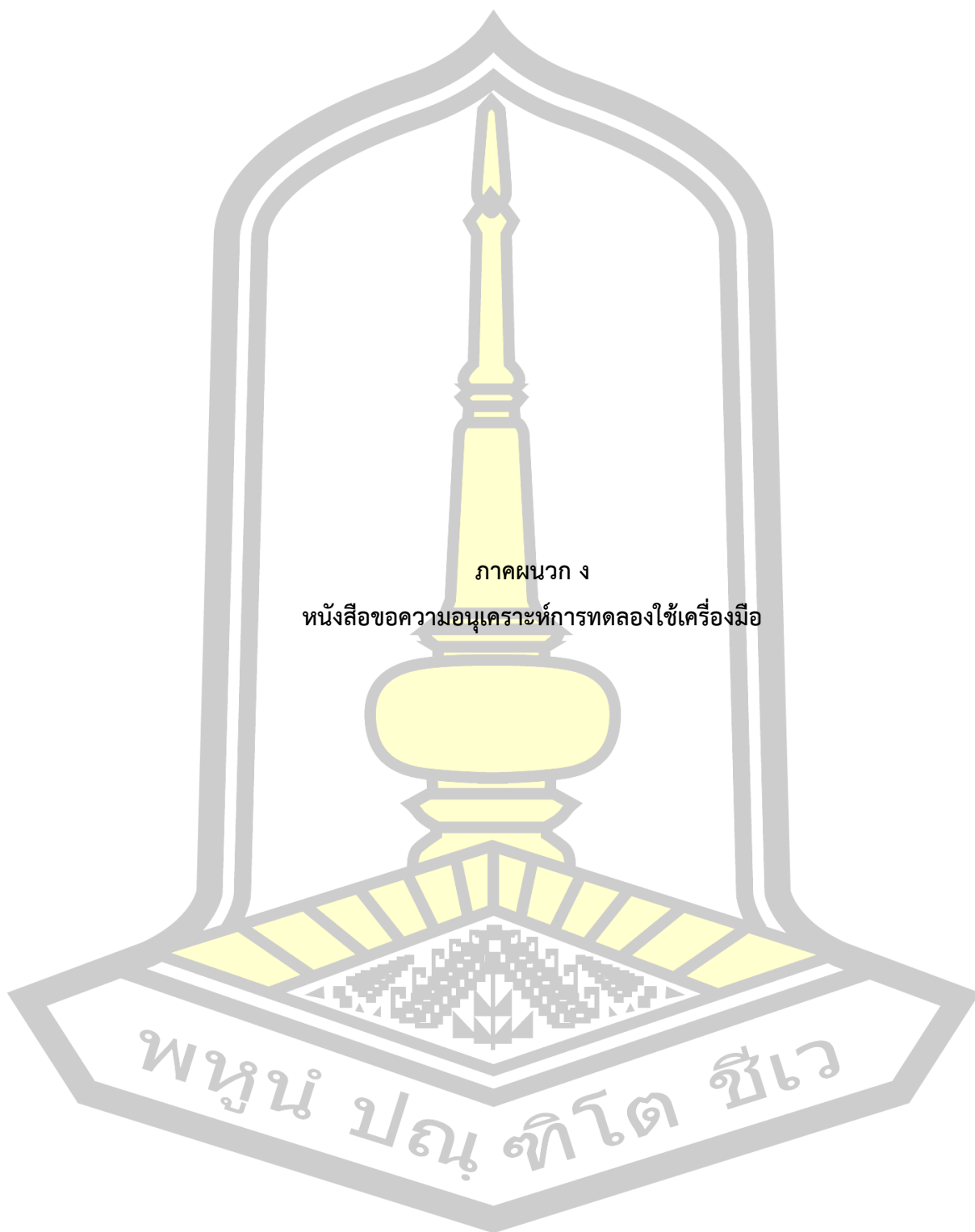
๖. ข้อเสนอแนะ

- แก้ไขข้อความข้อเสนอนั้นใหม่
- แก้ไขข้อความและนำข้อสงสัยมาถามผู้เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ .....ผู้เชี่ยวชาญ

(นายจรูญชัย พุทธิรักษา)

วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2562



ภาคผนวก ง

หนังสือขอความอนุเคราะห์การทดลองใช้เครื่องมือ

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว

ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/ ๖๒๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย  
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือสำหรับการทำงานนิพนธ์  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวชนกพร ภูมิการีย์ รหัสนิสิต ๖๐๐๕๑๔๘๐๐๐๗ นิสิตหลักสูตร  
สาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต (ส.ม.) ระบบปกติคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลัง  
ศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัย  
โรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี” โดยมี ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต และ  
อ.ดร.ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้  
โปรดให้ นางสาวชนกพร ภูมิการีย์ ทดลองใช้เครื่องมือกับบุคลากรภายในโรงพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ  
ดำเนินงานการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการ  
ทำวิทยานิพนธ์ในขั้นต่อไป

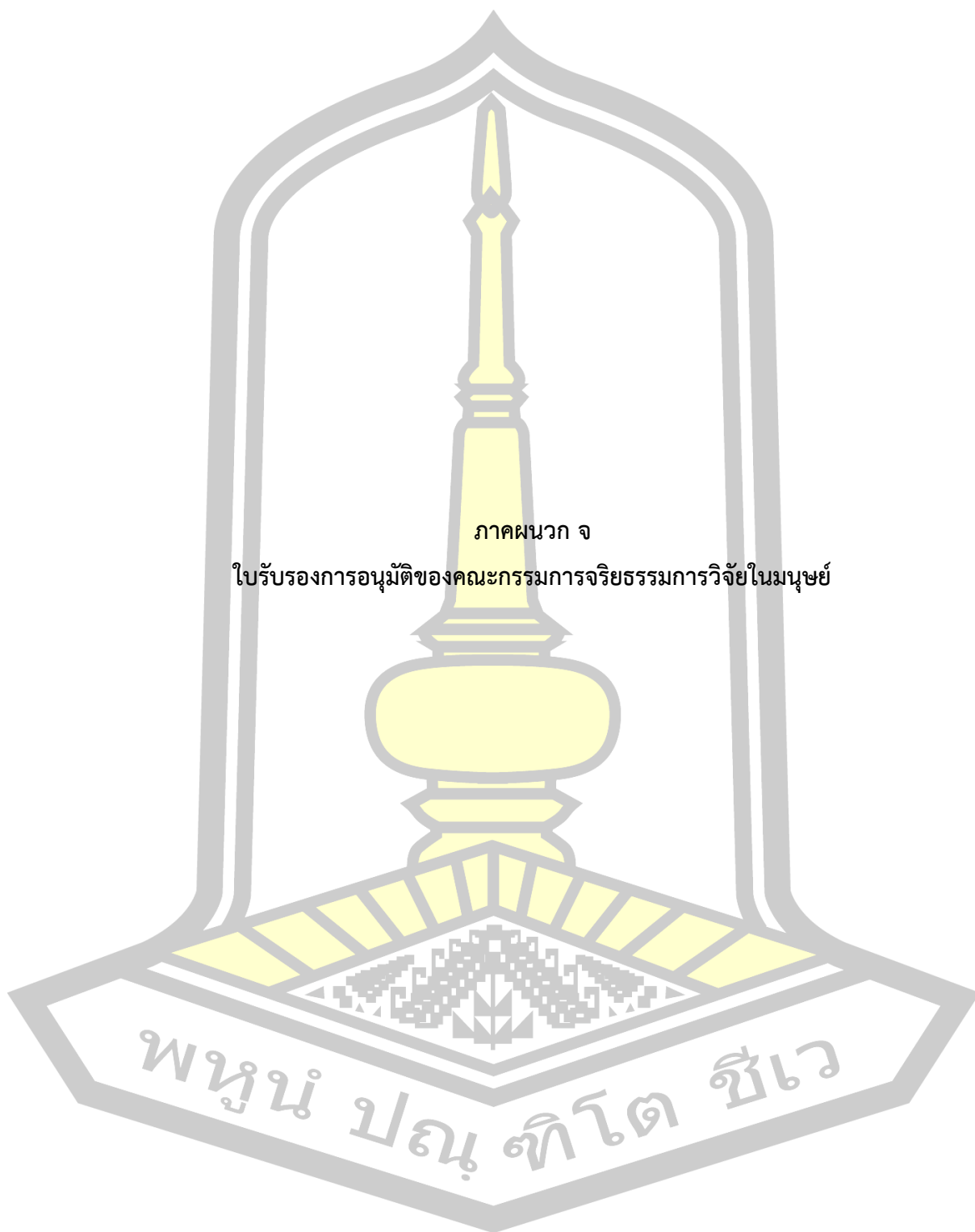
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็น  
อย่างยั้งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล)  
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา รักษาการแทน  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
โทร/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓





ภาคผนวก จ

ใบรับรองการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุ ประทีป ชัยเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 140/2562

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : The Development of Medical Service Reimbursement in Diagnosis Related Group of Prasimahabodhi Hospital Ubonratchathani Province.

ผู้วิจัย : นางสาวชนกพร ภูมิการีย์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 18 กรกฎาคม 2562

วันหมดอายุ : 17 กรกฎาคม 2563

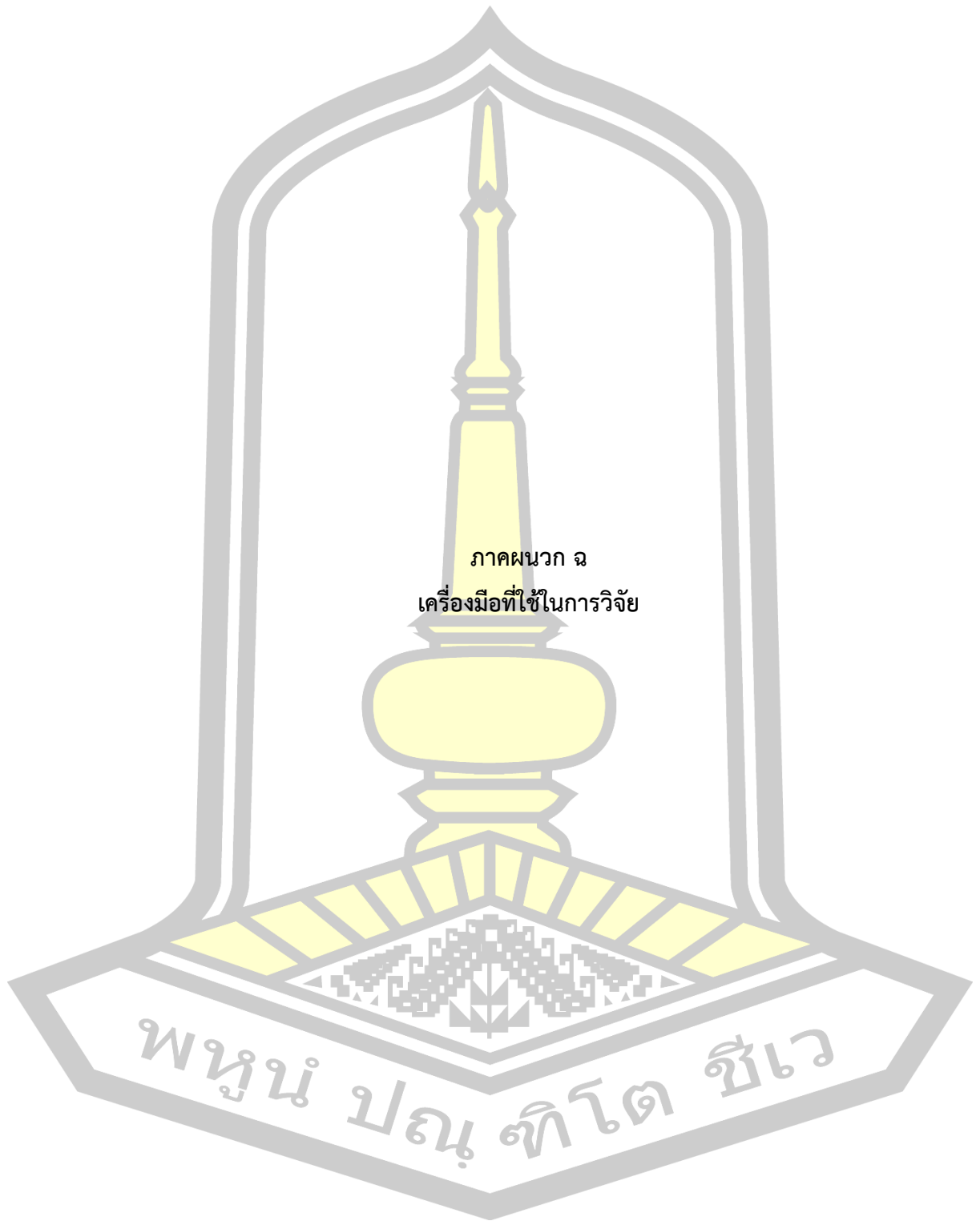
ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

..... ภาณี ..... ส.ท.น.ค.ป.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิงรัตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ฉ  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

## แบบสอบถามการวิจัย

### เรื่อง การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

#### คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้สำหรับผู้เข้าร่วมศึกษาการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานีคำตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น

2. แบบสอบถามชุดนี้มีความมุ่งหมายเพื่อประโยชน์ในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

3. แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

4. โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริงผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี

จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้

นางสาวชนกพร ภูมิการีย์

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง : โปรดเติมเครื่องหมาย  ลงในช่อง  หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับ

ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ได้ความสมบูรณ์

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย/หย่า/แยก
4. สิทธิการรักษา  สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ  
 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  สิทธิประกันสังคม
5. รายได้ต่อเดือน.....บาท
6. ระดับการศึกษา  
 ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา สาขา.....  
 ปริญญาตรี สาขา.....  
 สูงกว่าปริญญาตรี สาขา.....
7. หน่วยงานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์  
 กลุ่มงานการแพทย์  กลุ่มงานการพยาบาล  
 ฝ่ายประกันสุขภาพ  ฝ่ายเวชระเบียน
8. การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการเบี่ยงเบนค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม  
 ไม่เคย  เคย 1-3 ครั้ง  เคย มากกว่า 3 ครั้ง
9. แหล่งที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเบี่ยงเบนค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา
  - 9.1 ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเบี่ยงเบนค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม ถ้าตอบเคย ให้ตอบข้อ 9.2 ต่อ  
 ไม่เคยได้รับ  เคยได้รับจำนวน.....ครั้ง
  - 9.2 แหล่งที่ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเบี่ยงเบนค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 โฆษณาจากโทรทัศน์/วิทยุ  สื่อสิ่งพิมพ์/นิตยสาร  
 Social Media เช่น Line Facebook  Website  
 ใบปลิว/ใบปิดประกาศ  เพื่อนร่วมงาน  
 การประชุม/อบรม  อื่น ๆ ระบุ.....

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวิญฉัยโรคร่วม (DRG)

**คำชี้แจง :** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านเพียงช่องเดียว พร้อมทั้งให้อธิบายสาเหตุประกอบการมีส่วนร่วมในแต่ละข้อ และระดับการมีส่วนร่วม 3 ระดับ ดังนี้

- |                    |         |   |
|--------------------|---------|---|
| มีส่วนร่วมมาก      | หมายถึง | ท่านมีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกครั้ง |
| มีส่วนร่วมบางครั้ง | หมายถึง | ท่านมีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้นพอสมควร           |
| ไม่เคยมีส่วนร่วม   | หมายถึง | ท่านไม่มีส่วนร่วมและได้กระทำกิจกรรมนั้น               |

**ด้านที่ 1 การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน**

1. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผน การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวิญฉัยโรคร่วม

- 3 มีส่วนร่วมมาก                       2 มีส่วนร่วมบางครั้ง                       1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

2. ท่านได้แสดงความคิดเห็นในทีมพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวิญฉัยโรคร่วม

- 3 มีส่วนร่วมมาก                       2 มีส่วนร่วมบางครั้ง                       1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

3. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอวันหรือระบุงของของการดำเนินการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวิญฉัยโรคร่วม

- 3 มีส่วนร่วมมาก                       2 มีส่วนร่วมบางครั้ง                       1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

4. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาของการดำเนินการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวิญฉัยโรคร่วม

- 3 มีส่วนร่วมมาก                       2 มีส่วนร่วมบางครั้ง                       1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

5. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางหรือวิธีการแก้ไขปัญหาในการพัฒนา

- 3 มีส่วนร่วมมาก                       2 มีส่วนร่วมบางครั้ง                       1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....



## ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ

6. ท่านมีส่วนร่วมในการบันทึกข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขให้ถูกต้อง

- 3 มีส่วนร่วมมาก  2 มีส่วนร่วมบางครั้ง  1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

7. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจสอบความครบถ้วนในการจัดทำข้อมูล

- 3 มีส่วนร่วมมาก  2 มีส่วนร่วมบางครั้ง  1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

8. ท่านมีส่วนร่วมในกระบวนการเพื่อให้การจัดทำข้อมูลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขสามารถเบิกจ่ายได้ทันเวลา

- 3 มีส่วนร่วมมาก  2 มีส่วนร่วมบางครั้ง  1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

9. ท่านมีส่วนในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน

- 3 มีส่วนร่วมมาก  2 มีส่วนร่วมบางครั้ง  1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

10. ท่านมีส่วนร่วมในการขอความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมกันพัฒนา

- 3 มีส่วนร่วมมาก  2 มีส่วนร่วมบางครั้ง  1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

## ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์

11. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาและได้รับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่มีความสะดวก ง่ายต่อการดำเนินงาน และรวดเร็วมากขึ้น

- 3 มีส่วนร่วมมาก  2 มีส่วนร่วมบางครั้ง  1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

12. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาและทำให้ได้ข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขมีความครบถ้วนและถูกต้องมากยิ่งขึ้น

- 3 มีส่วนร่วมมาก  2 มีส่วนร่วมบางครั้ง  1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

13. ท่านมีส่วนร่วมในกระบวนการทำให้ได้พัฒนาตนเองและมืองค์ความรู้ในเรื่องของการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- 3 มีส่วนร่วมมาก  2 มีส่วนร่วมบางครั้ง  1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

### ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ (ต่อ)

14. ท่านมีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ

- 3 มีส่วนร่วมมาก                       2 มีส่วนร่วมบางครั้ง                       1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

15. ท่านมีส่วนร่วมในการได้รับการแก้ไขปัญหาในกระบวนการดำเนินงานเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- 3 มีส่วนร่วมมาก                       2 มีส่วนร่วมบางครั้ง                       1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

### ด้านที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

16. ท่านร่วมติดตามการกระบวนการจัดทำข้อมูลของการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

- 3 มีส่วนร่วมมาก                       2 มีส่วนร่วมบางครั้ง                       1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

17. ท่านติดตามการดำเนินงานในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- 3 มีส่วนร่วมมาก                       2 มีส่วนร่วมบางครั้ง                       1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

18. ท่านติดตามกระบวนการดำเนินงานการจัดทำข้อมูลในทันเวลาในส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- 3 มีส่วนร่วมมาก                       2 มีส่วนร่วมบางครั้ง                       1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

19. ท่านมีการเก็บข้อมูลหลังผลการดำเนินงานเพื่อติดตามและประเมินผล

- 3 มีส่วนร่วมมาก                       2 มีส่วนร่วมบางครั้ง                       1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

20. ท่านเสนอแนวคิด ข้อคิดเห็นเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

- 3 มีส่วนร่วมมาก                       2 มีส่วนร่วมบางครั้ง                       1 ไม่เคยมีส่วนร่วม

เพราะ.....

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข  
ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

**คำชี้แจง :** โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด  
พร้อมทั้งให้อธิบายสาเหตุประกอบการเลือกการระดับความพึงพอใจในแต่ละข้อ

#### ด้านที่ 1 ด้านโครงสร้าง (Structure)

1. ความทันเวลาในการจัดทำข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการ
 

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3 พึงพอใจระดับมาก | <input type="checkbox"/> 2 พึงพอใจระดับปานกลาง | <input type="checkbox"/> 1 พึงพอใจระดับน้อย |
|--|--|---|

 เพราะ.....
2. การตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล
 

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3 พึงพอใจระดับมาก | <input type="checkbox"/> 2 พึงพอใจระดับปานกลาง | <input type="checkbox"/> 1 พึงพอใจระดับน้อย |
|--|--|---|

 เพราะ.....
3. การติดต่อประสานงานกันระหว่างหน่วยงาน
 

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3 พึงพอใจระดับมาก | <input type="checkbox"/> 2 พึงพอใจระดับปานกลาง | <input type="checkbox"/> 1 พึงพอใจระดับน้อย |
|--|--|---|

 เพราะ.....

#### ด้านที่ 2 ด้านกระบวนการ (Process)

4. กระบวนการติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยใน
 

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3 พึงพอใจระดับมาก | <input type="checkbox"/> 2 พึงพอใจระดับปานกลาง | <input type="checkbox"/> 1 พึงพอใจระดับน้อย |
|--|--|---|

 เพราะ.....
5. การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลและกระบวนการป้องกันเวชระเบียนผู้ป่วยในสูญหาย
 

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3 พึงพอใจระดับมาก | <input type="checkbox"/> 2 พึงพอใจระดับปานกลาง | <input type="checkbox"/> 1 พึงพอใจระดับน้อย |
|--|--|---|

 เพราะ.....
6. กระบวนการตรวจสอบความถูกต้องของการให้รหัสทางการแพทย์
 

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3 พึงพอใจระดับมาก | <input type="checkbox"/> 2 พึงพอใจระดับปานกลาง | <input type="checkbox"/> 1 พึงพอใจระดับน้อย |
|--|--|---|

 เพราะ.....

#### ด้านที่ 3 ความสะดวกสบาย (Comfort)

7. การจัดทำข้อมูลในการเบิกชดเชยค่าบริการมีความสะดวกต่อการปฏิบัติงาน
 

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3 พึงพอใจระดับมาก | <input type="checkbox"/> 2 พึงพอใจระดับปานกลาง | <input type="checkbox"/> 1 พึงพอใจระดับน้อย |
|--|--|---|

 เพราะ.....



## แบบสอบถามการวิจัย

### เรื่อง การพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

#### คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้สำหรับผู้เข้าร่วมศึกษาการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานีคำตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น

2. แบบสอบถามชุดนี้มีความมุ่งหมายเพื่อประโยชน์ในการพัฒนากระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

3. แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

4. โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริงผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี

จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้

นางสาวชนกพร ภูมิการีย์

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

คำชี้แจง : โปรดเติมเครื่องหมาย  ลงในช่อง  หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับ

ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ได้ความสมบูรณ์

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย/หย่า/แยก
4. สิทธิการรักษา  สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ  
 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  สิทธิประกันสังคม
5. รายได้ต่อเดือน.....บาท
6. ระดับการศึกษา  
 ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา สาขา.....  
 ปริญญาตรี สาขา.....  
 สูงกว่าปริญญาตรี สาขา.....
7. หน่วยงานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์  
 กลุ่มงานการแพทย์  กลุ่มงานการพยาบาล  
 ฝ่ายประกันสุขภาพ  ฝ่ายเวชระเบียน
8. การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการเบี่ยงเบนค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม  
 ไม่เคย  เคย 1-3 ครั้ง  เคย มากกว่า 3 ครั้ง
9. แหล่งที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเบี่ยงเบนค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา
  - 9.1 ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเบี่ยงเบนค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรคร่วม ถ้าตอบเคย ให้ตอบข้อ 9.2 ต่อ  
 ไม่เคยได้รับ  เคยได้รับจำนวน.....ครั้ง
  - 9.2 แหล่งที่ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเบี่ยงเบนค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจัยโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 โฆษณาจากโทรทัศน์/วิทยุ  สื่อสิ่งพิมพ์/นิตยสาร  
 Social Media เช่น Line Facebook  Website  
 ใบปลิว/ใบปิดประกาศ  เพื่อนร่วมงาน  
 การประชุม/อบรม  อื่น ๆ ระบุ.....



ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน เพียงช่องเดียว

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

| ข้อที่                    | ประเด็นคำถาม   | คำตอบ |        |
|---------------------------|--|-------|--------|
|                           |  | ใช่   | ไม่ใช่ |
| <b>ด้านการจัดทำข้อมูล</b> |  |       |        |
| 1                         | การวินิจฉัยโรคหลัก (Principle Diagnosis) สามารถมีได้หลายโรค  |       |        |
| 2                         | โรคร่วม (Comorbidity) ไม่มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)   |       |        |
| 3                         | การให้รหัสโรค สามารถบันทึกได้ทันทีโดยดูจากข้อมูลภายในเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยไม่ต้องรอคำวินิจฉัยจากแพทย์  |       |        |
| 4                         | ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ก็สามารถใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้   |       |        |
| 5                         | ข้อมูลวันเดือนปี และเวลาที่ Discharge ไม่มีความสำคัญต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข  |       |        |
| <b>ด้านการส่งข้อมูล</b>   |  |       |        |
| 6                         | กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขหน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)  |       |        |
| 7                         | เมื่อผู้ป่วยสิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทางโรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องส่งข้อมูลเพื่อทำการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการทางการแพทย์ เนื่องจากได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวแล้ว |       |        |
| 8                         | กรณีส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ไม่ทันเวลา ไม่มีผลกระทบต่อรายรับของโรงพยาบาล   |       |        |
| 9                         | กรณีข้อมูลที่ส่งช้ากว่ากำหนด จะถูกลดอัตราค่าจ่ายชดเชย  |       |        |
| 10                        | ระยะเวลาการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขนับจากวันที่เข้ารับการรักษา (Admit) สำหรับกรณีผู้ป่วยใน  |       |        |

ส่วนที่ 2 (ต่อ) ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่ม  
วินิจฉัยโรคร่วม

| ข้อที่                      | ประเด็นคำถาม   | คำตอบ |        |
|-----------------------------|--|-------|--------|
|                             |  | ใช่   | ไม่ใช่ |
| <b>ด้านการตรวจสอบข้อมูล</b> |  |       |        |
| 11                          | การบันทึกค่ารักษาพยาบาล มีความสำคัญต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)                             |       |        |
| 12                          | การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน มีผลการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขหน่วยบริการที่จะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) |       |        |
| 13                          | จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (LOS) มีผลต่อการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)   |       |        |
| 14                          | การรักษาก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ให้ดำเนินการขอรับค่าใช้จ่ายแบบผู้ป่วยใน โดยให้รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด      |       |        |
| 15                          | ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลที่นอนน้อยกว่า 2 ชั่วโมง ให้นับเป็นผู้ป่วยนอกทุกกรณี  |       |        |

พูน ปณ ทิโต ชีเว

**ส่วนที่ 3** การปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

**คำชี้แจง :** โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับกรปฏิบัติงานในการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ของท่านมากที่สุด พร้อมทั้งให้อธิบายสาเหตุประกอบการเลือกการปฏิบัติงานในแต่ละข้อ

**ด้านที่ 1 ด้านความถูกต้องในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข**

1. ท่านบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง                       2 ปฏิบัติบางครั้ง                       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

2. ท่านบันทึกข้อมูลวันเดือนปี และเวลาที่ Discharge ถูกต้องตรงตามข้อมูลในเวชระเบียน

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง                       2 ปฏิบัติบางครั้ง                       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

3. ท่านตรวจสอบความถูกต้องในใบบันทึกคำรักษาพยาบาล

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง                       2 ปฏิบัติบางครั้ง                       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

4. มีกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องของการให้รหัสทางการแพทย์

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง                       2 ปฏิบัติบางครั้ง                       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

5. ท่านตรวจสอบความถูกต้องของสิทธิการรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง                       2 ปฏิบัติบางครั้ง                       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

**ด้านที่ 2 ด้านความทันเวลาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข**

6. มีกระบวนการติดตามบันทึกข้อมูลลงโปรแกรมที่ล่าช้า ไม่ทันเวลา

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง                       2 ปฏิบัติบางครั้ง                       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

7. มีกระบวนการติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ส่งล่าช้า

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง                       2 ปฏิบัติบางครั้ง                       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

### ด้านที่ 2 ด้านความทันเวลาในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข (ต่อ)

8. มีการกำหนดระยะเวลาการส่งเวชระเบียนผู้ป่วยใน

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง       2 ปฏิบัติบางครั้ง       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

9. ส่งเวชระเบียนผู้ป่วยทันระยะเวลาที่กำหนด

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง       2 ปฏิบัติบางครั้ง       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

10. ท่านรักษาความปลอดภัยของข้อมูลและมีกระบวนการป้องกันเวชระเบียนผู้ป่วยในหาย

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง       2 ปฏิบัติบางครั้ง       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

### ด้านที่ 3 ด้านความครบถ้วนในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข

11. ท่านให้ความสำคัญกับการบันทึกข้อมูลภายในเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง       2 ปฏิบัติบางครั้ง       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

12. เมื่อพบเวชระเบียนที่บันทึกไม่สมบูรณ์ จะดำเนินการให้ผู้เกี่ยวข้องการแก้ไขให้สมบูรณ์ และครบถ้วน

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง       2 ปฏิบัติบางครั้ง       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

13. ท่านให้ความร่วมมือในการแก้ไขและตรวจสอบข้อมูล เมื่อพบว่าส่วนที่ท่านรับผิดชอบ มีการบันทึกข้อมูลผิดพลาด

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง       2 ปฏิบัติบางครั้ง       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

14. ท่านให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ ตามการสรุปของแพทย์อย่างครบถ้วน

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง       2 ปฏิบัติบางครั้ง       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

15. มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ทำการบันทึกลงในโปรแกรม เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วน สมบูรณ์

- 3 ปฏิบัติทุกครั้ง       2 ปฏิบัติบางครั้ง       1 ไม่ปฏิบัติ

เพราะ.....

**ส่วนที่ 4** ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการ  
สาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

**คำชี้แจง :** โปรดระบุความคิดเห็นที่ตรงกับความต้องการของท่าน

1. การดำเนินงานตามกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ท่านพบปัญหา อุปสรรค และผลกระทบในการดำเนินงานที่ผ่านมามีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

2. ท่านมีวิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และผลกระทบดังกล่าวอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

3. ถ้าท่านต้องการความร่วมมือและช่วยเหลือตามกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ท่านต้องการให้ขอความร่วมมือด้านใด โปรดระบุ

.....

.....

.....

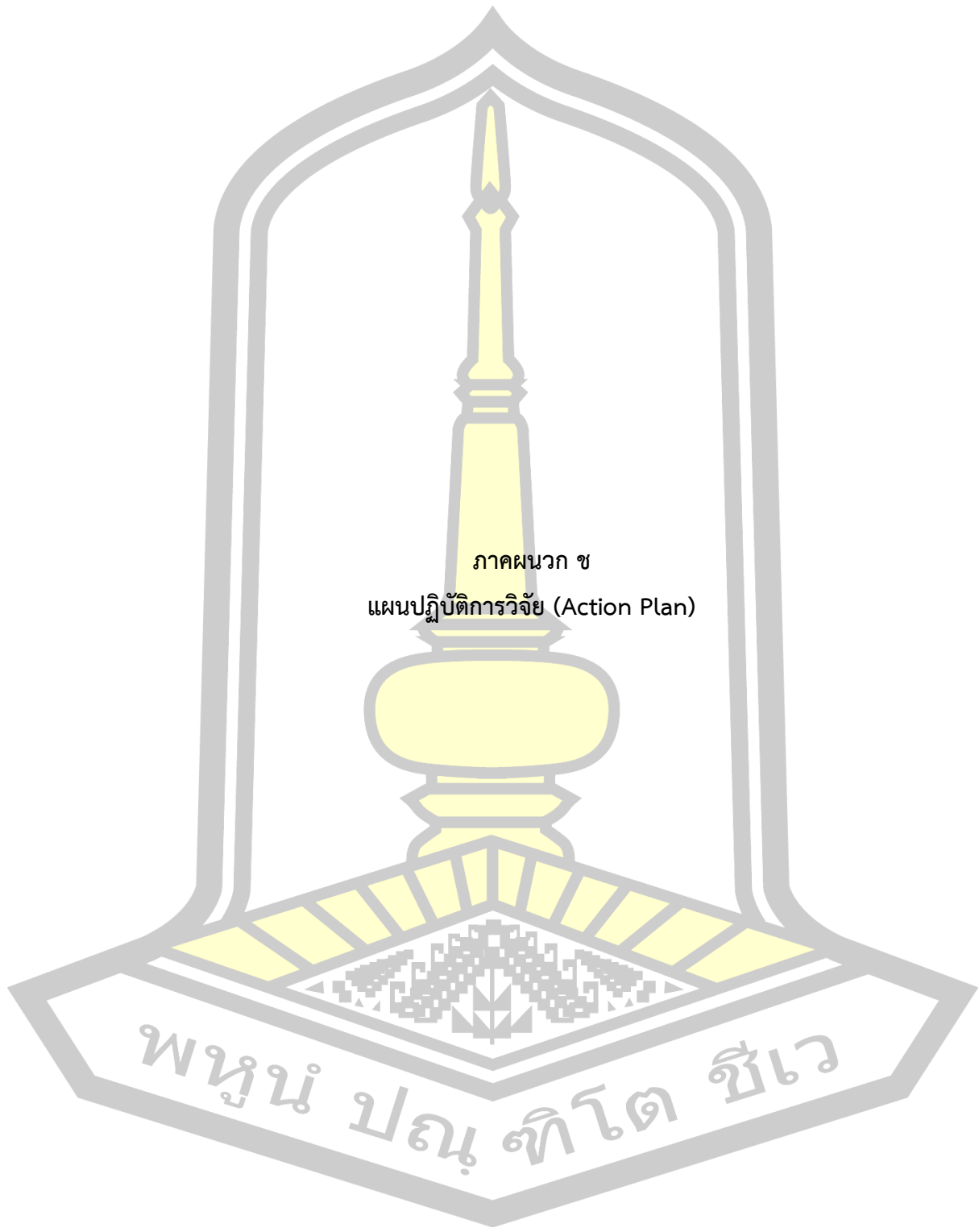
4. ข้อเสนอแนะในกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ท่านต้องการ

.....

.....

.....

...ขอขอบพระคุณทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบคำถาม...



ภาคผนวก ข  
แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

พหุบัณฑิตวิทยาลัย



แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวิจัยโรคมะเร็ง (DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

กระบวนการ PAOR : ระยะที่ 1 การวางแผน

| วัตถุประสงค์/กิจกรรม   | ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน   | ระยะเวลา/เครื่องมือ  | ตัวชี้วัด/การประเมินผล   | ผลที่คาดว่าจะได้รับ   | ผู้รับผิดชอบ                            |
|--|--|--|--|---|---|
| กิจกรรมที่ 1<br>การเก็บรวบรวมข้อมูล<br>ศึกษาบริบทและ<br>สถานการณ์<br>ก่อนการศึกษาวิจัย | 1. ศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวิจัยโรคมะเร็ง<br>2. ศึกษากระบวนการดำเนินงานการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ | 1. ระยะเวลาเดือนกรกฎาคม 2562<br>2. เครื่องมือ ได้แก่<br>- รายงานการเรียกเก็บและได้รับค่าบริการผู้ป่วย<br>- โปรแกรมจัดกลุ่มและคำนวณค่านำหนักสัมพันธ์ Thai DRG<br>- รายงานประจำเดือน<br>- แบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติงานที่ของกระบวนการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวิจัยโรคมะเร็ง | 1. ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขย้อนหลัง<br>2. ข้อมูลกลุ่มวิจัยโรคมะเร็งและค่านำหนักสัมพันธ์ย้อนหลัง<br>3. สามารถระบุปัญหา อุปสรรค ผลกระทบในการดำเนินงานที่ผ่านมา และการแก้ไขปัญหา<br>4. ความรู้และการปฏิบัติงานที่ผ่านมาของกระบวนการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวิจัยโรคมะเร็ง | 1. ผู้วิจัยและคณะกรรมการ มีข้อมูลที่ เป็นปัจจุบันที่ถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถอ้างอิงแหล่งที่มาได้<br>2. ทราบสภาพปัญหาในกระบวนการดำเนินงาน | ผู้วิจัย<br>คณะทำงาน<br>คณะกรรมการวิจัย |

กระบวนการ PAOR : ระยะที่ 1 การวางแผน (ต่อ)

| วัตถุประสงค์/<br>กิจกรรม  | ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน   | ระยะเวลา/เครื่องมือ  | ตัวชี้วัด/การประเมินผล   | ผลที่คาดว่าจะได้รับ  | ผู้รับผิดชอบ                                |
|---|--|--|--|--|---|
| <b>กิจกรรมที่ 2</b><br>การเตรียม<br>ผู้ดำเนินงานและ<br>แต่งตั้งคณะทำงาน | 1. กำหนดคุณสมบัติ<br>คณะทำงาน<br>2. ติดต่อประสานงาน<br>3. แต่งตั้งคณะทำงาน                                 | <b>1. ระยะเวลา</b><br>เดือนกรกฎาคม 2562<br><b>2. เครื่องมือ</b> ได้แก่<br>บันทึกข้อความแต่งตั้งคณะทำงานในการ<br>ศึกษาวิจัย                                       | ได้คณะทำงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องใน<br>การดำเนินงานพัฒนากระบวนการ<br>เปิดเขตขยายบริการสาธารณสุข<br>ระบบกลุ่มวิจัยโรคร่วม                                  | คณะทำงาน/<br>คณะกรรมการวิจัยมี<br>ส่วนร่วมในทุกขั้นตอน<br>ของการศึกษาวิจัย   | ผู้วิจัย<br>คณะทำงาน<br>คณะกรรมการ<br>วิจัย |
| <b>กิจกรรมที่ 3</b><br>ประชุมคณะทำงาน/<br>คณะกรรมการวิจัย               | 1. กำหนดการประชุม<br>2. ประสานงานและแจ้งผู้ที่มีส่วน<br>เกี่ยวข้อง<br>3. ดำเนินการประชุมเชิง<br>ปฏิบัติการ | <b>1. ระยะเวลา</b><br>เดือนกรกฎาคม 2562<br><b>2. เครื่องมือ</b> ได้แก่<br>แบบลงทะเบียนการประชุม  | คณะทำงาน/คณะกรรมการวิจัยเข้า<br>ร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการ<br>วิจัยตลอดระยะเวลาของการ<br>ดำเนินการวิจัยหรือเข้าร่วมการวิจัย<br>เท่ากับร้อยละ 100 | สามารถกำหนดแนว<br>ทางการแก้ไขปัญหา<br>และอุปสรรคในการ<br>ดำเนินการงาน        | ผู้วิจัย<br>คณะทำงาน<br>คณะกรรมการ<br>วิจัย |
| <b>กิจกรรมที่ 4</b><br>วางแผนและกำหนด<br>ขั้นตอนการพัฒนา                | 1. วางแผนการดำเนินงาน<br>2. ได้แผนการดำเนินงาน และ<br>โครงการในการศึกษาวิจัยและ<br>แก้ไขปัญหา              | <b>1. ระยะเวลา</b> เดือนกรกฎาคม 2562<br><b>2. เครื่องมือ</b> ได้แก่<br>แผนการดำเนินงานในการพัฒนา<br>กระบวนการเปิดเขตขยายบริการ<br>สาธารณสุขระบบกลุ่มวิจัยโรคร่วม | มีการแผนการดำเนินงานในการ<br>พัฒนากระบวนการเปิดเขต<br>ค่าบริการสาธารณสุขระบบกลุ่ม<br>วิจัยโรคร่วม  | สามารถกำหนด<br>แผนการทำงานและ<br>โครงการในการ<br>ศึกษาวิจัยและแก้ไข<br>ปัญหา | ผู้วิจัย<br>คณะทำงาน<br>คณะกรรมการ<br>วิจัย |

กระบวนการ PAOR : ระยะที่ 2 ขั้นตอนปฏิบัติตามแผน

| วัตถุประสงค์/กิจกรรม  | ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน   | ระยะเวลา/เครื่องมือ   | ตัวชี้วัด/การประเมินผล  | ผลที่คาดว่าจะได้รับ  | ผู้รับผิดชอบ                                |
|---|--|---|---|--|---|
| วัตถุประสงค์/กิจกรรมที่ 5<br>นำแผนงานโครงการไปสู่<br>การปฏิบัติ | 1. จัดทำตาม<br>แผนงานที่ถูกต้อง<br>กำหนดโดยผู้มีส่วน<br>ร่วมไม่<br>การศึกษาวិจัย<br>2. ดำเนินกิจกรรม<br>ตามแผน | 1. ระยะเวลา<br>เดือนสิงหาคม 2562<br>2. เครื่องมือ ได้แก่ แผนการ<br>ปฏิบัติงาน | แผนงานถูกนำไปปฏิบัติ<br>ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80<br>ของแผนงานทั้งหมด | 1. แผนงานการสามารถดำเนินงานได้<br>2. มีกระบวนการพัฒนาดำเนินงานเบิก<br>ขาดค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่ม<br>วิจัยวิจัยโรคร่วมที่ชัดเจน | ผู้วิจัย<br>คณะทำงาน<br>คณะกรรมการ<br>วิจัย |

กระบวนการ PAOR : ระยะที่ 3 ขึ้นการสังเกต

| วัตถุประสงค์/<br>กลุ่มเป้าหมาย                 | ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน  | ระยะเวลา/เครื่องมือ   | ตัวชี้วัด/การประเมินผล  | ผลที่คาดว่าจะได้รับ  | ผู้รับผิดชอบ                                      |
|--|---|---|---|--|---|
| กิจกรรมที่ 6<br>ประเมินผลการ<br>ดำเนินการพัฒนา | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สังเกตและบันทึกผลทุกขั้นตอน</li> <li>2. ประเมินความรู้และการปฏิบัติงาน</li> <li>3. ประเมินการมีส่วนร่วมในการ<br/>ดำเนินการวิจัย</li> <li>4. ประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนา<br/>กระบวนการ</li> <li>5. ประเมินแผนปฏิบัติการ โครงการ</li> <li>6. ประเมินผลงาน/ผลลัพธ์</li> <li>8. สรุปผลการดำเนินงาน<br/>approve</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระยะเวลา<br/>เดือนกันยายน 2562</li> <li>2. เครื่องมือ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบประเมินความรู้และการ<br/>ปฏิบัติงาน</li> <li>- แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการ<br/>ดำเนินการวิจัย</li> <li>- แบบประเมินความพึงพอใจต่อการ<br/>พัฒนาระบบ</li> </ul> </li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินผลการดำเนินงานตาม<br/>แผนงาน</li> <li>2. ประเมินผลหลังดำเนินงานและ<br/>ผลลัพธ์ของการพัฒนา<br/>กระบวนการดำเนินงานการเบิก<br/>ชดเชยค่าบริการสาธารณสุขใน<br/>ระบบกลุ่มวิจัยโรคร่วม</li> </ol> | <p>สามารถเปรียบเทียบผล<br/>ประเมินผล ก่อนหลัง<br/>ดำเนินงานทั้งเชิง<br/>คุณภาพและเชิง<br/>ปริมาณ</p> | <p>ผู้วิจัย คณะทำงาน<br/>คณะกรรมการ<br/>วิจัย</p> |

กระบวนการ PAOR : ระยะที่ 4 ขึ้นสะท้อนผล

| วัตถุประสงค์/<br>กลุ่มเป้าหมาย  | ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน   | ระยะเวลา/เครื่องมือ  | ตัวชี้วัด/การประเมินผล  | ผลที่คาดว่าจะได้รับ  | ผู้รับผิดชอบ                             |
|---|--|--|---|--|--|
| กิจกรรมที่ 7<br>สะท้อนผลเพื่อ<br>สะท้อนปัญหา<br>อุปสรรค ข้อจำกัด<br>ในการดำเนินงาน<br>และปัจจัยแห่ง<br>ความสำเร็จในการ<br>พัฒนา | 1. จัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้<br>ถอดบทเรียนและทบทวนหลังการ<br>ปฏิบัติการ<br>2. ค้นข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ผู้มี<br>ส่วนเกี่ยวข้อง<br>3. สรุปการดำเนินงานและวางแผน<br>แก้ไขปัญหาในการดำเนินงานครั้ง<br>ต่อไป | 1. ระยะเวลา<br>เดือนกันยายน 2562<br>2. เครื่องมือ<br>- แบบบันทึกการประชุม<br>- การทบทวนหลังการ<br>ปฏิบัติการ | 1. คณะทำงาน/คณะกรรมการวิจัยเข้า<br>ร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัย<br>ตลอดระยะเวลาของการดำเนินงานวิจัย<br>หรือเข้าร่วมการวิจัยเท่ากับร้อยละ 100<br>2. มีแนวทางในการเบิกชดเชยค่าบริการ<br>สาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม<br>(DRG) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ | 1. คณะกรรมการวิจัย ผู้มีส่วน<br>เกี่ยวข้อง หรือผู้ที่สนใจเข้าร่วม<br>กิจกรรม มีการแลกเปลี่ยน<br>เรียนรู้และถอดบทเรียน<br>2. ได้ทราบถึงปัญหาอุปสรรค<br>และข้อเสนอแนะ<br>และแนวทางในการเบิกชดเชย<br>ค่าบริการสาธารณสุขในระบบ<br>กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) | ผู้วิจัย คณะทำงาน<br>คณะกรรมการ<br>วิจัย |

## ประวัติผู้เขียน

|                      |  |
|----------------------|--|
| ชื่อ                 | นางสาวชนกพร ภูมิการีย์   |
| วันเกิด              | วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2536   |
| สถานที่เกิด          | อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี  |
| สถานที่อยู่ปัจจุบัน  | บ้านเลขที่ 5/3 ถนนชยางกูร 42.3<br>ตำบลในเมือง อำเภอเมือง<br>จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000  |
| ตำแหน่งหน้าที่การงาน | นักวิชาการสาธารณสุข (เวชระเบียน)   |
| สถานที่ทำงานปัจจุบัน | โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์<br>เลขที่ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง<br>จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000  |
| ประวัติการศึกษา      | พ.ศ. 2549 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช<br>จังหวัดอุบลราชธานี<br>พ.ศ. 2555 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต<br>สาขาวิชาเวชระเบียน วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์<br>และสาธารณสุข กาญจนภิเษก จังหวัดนนทบุรี<br>พ.ศ. 2562 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)<br>สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |

พูนุ่ ปณุ่ ทิโต ชีเว