7C.2 การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก

หัวข้อ	**การประเมินคะแนนคุณภาพ**
วันเวลาที่มารับบริการ	คะแนน 0 : ไม่บันทึกวันหรือเวลาที่มารับบริการ คะแนน 1 : บันทึกวันและเวลาที่มารับบริการครบถ้วน
อาการสำคัญ CC (กรณีมารักษาความเจ็บป่วย) หรือ เหตุผลที่มา (กรณีมารับบริการส่งเสริมสุขภาพ)	คะแนน 0 : ไม่บันทึกอาการสำคัญหรือเหตุผลที่มา คะแนน 1 : บันทึกอาการสำคัญแต่ไม่ระบุระยะเวลา หรือบันทึกเหตุผลที่มาแต่ไม่มีความหมายใช้แยกรายละเอียดไม่ได้ เช่น บันทึกว่า “มาตามนัด” หรือ “มารับยาเดิม” ฯลฯ คะแนน 2 : บันทึกอาการสำคัญและระบุระยะเวลา หรือ บันทึกเหตุผลที่มาที่ใช้แยกรายละเอียดได้ เช่น บันทึกว่า มารับวัคซีน OPV, DPT ครั้งที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วย	คะแนน 0 : ไม่บันทึกประวัติการเจ็บป่วย คะแนน 1 : บันทึกประวัติการเจ็บป่วยเฉพาะประวัติปัจจุบัน คะแนน 2 : บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทั้งประวัติปัจจุบัน และโรคประจำตัวหรือประวัติอดีต คะแนน 3 : บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทั้งประวัติปัจจุบัน และโรคประจำตัวหรือประวัติอดีต และประวัติส่วนตัว ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ
ผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจชันสูตร	คะแนน 0 : ไม่บันทึกผลการตรวจร่างกาย คะแนน 1 : บันทึกผลการตรวจร่างกายเพียงระบบเดียว คะแนน 2 : บันทึกผลการตรวจร่างกายสองระบบ คะแนน 3 : บันทึกผลการตรวจร่างกายมากกว่าสองระบบแต่ไม่บันทึกผลการตรวจชันสูตร หรือบันทึกสองระบบแต่ไม่มี lab คะแนน 4 : บันทึกผลการตรวจร่างกายมากกว่าสองระบบและมีบันทึกผลการตรวจชันสูตร

หลักเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินคะแนนคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก (ต่อ)

หัวข้อ	**การประเมินคะแนนคุณภาพ**
คำวินิจฉัยโรค	ไม่ประเมิน NA : กรณีผู้ป่วยไม่มีโรคใดๆอยู่เลย คะแนน 0 : ไม่บันทึกคำวินิจฉัยโรค หรือ ใช้รหัส ICD แทนคำวินิจฉัยโรค หรือใช้คำบรรยายรหัส ICD แทนคำวินิจฉัยโรค คะแนน 1 : บันทึกคำวินิจฉัยโรคไม่ครบตามจำนวนโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน คะแนน 2 : บันทึกคำวินิจฉัยโรคครบตามจำนวนโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน แต่มีบางคำกำกวม ขาดรายละเอียดชนิดโรคหรือตำแหน่งโรค คะแนน 3 : บันทึกคำวินิจฉัยโรคครบตามจำนวนโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน รายละเอียดชนิดโรคและตำแหน่งโรคทั้งหมด แต่มีบางคำวินิจฉัยโรคเป็นคำย่อหรืออ่านไม่ออก คะแนน 4 : บันทึกคำวินิจฉัยโรคครบตามจำนวนโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน รายละเอียดชนิดโรคและตำแหน่งโรคทั้งหมด ไม่มีคำวินิจฉัยโรคที่เป็นคำย่อ ลายมืออ่านได้โดยชัดเจน
การรักษา	ไม่ประเมิน NA : กรณีไม่มีการรักษาใดๆ คะแนน 0 : มีการรักษา แต่ไม่มีการบันทึก หรือบันทึกข้อความที่ไม่มีรายละเอียดเช่น RM , same, ให้ยาเดิม ฯลฯ คะแนน 1 : บันทึกการรักษา แต่ขาดรายละเอียดส่วนใหญ่ เช่น บันทึกชื่อยา แต่ไม่ระบุวิธีการใช้ยาและปริมาณยาทั้งหมด บันทึกการทำหัตถการแต่ไม่มีรายละเอียดการทำหัตถการ คะแนน 2 : บันทึกการรักษา แต่ขาดรายละเอียดปลีกย่อย เช่น บันทึกชื่อยา วิธีการใช้ยาและปริมาณยาทั้งหมดแต่อาจไม่บอกรูปแบบยาว่าเป็นยาเม็ด บันทึกการทำหัตถการมีรายละเอียดการทำหัตถการพอสมควร คะแนน 3 : บันทึกการรักษา โดยมีรายละเอียดทั้งหมด บันทึกชื่อยา วิธีการใช้ยาและปริมาณยาทั้งหมด ขนาด รูปแบบยา บันทึกการทำหัตถการโดยมีรายละเอียดทุกด้าน คือ ขั้นตอนการให้ยาชา การทำผ่าตัด รวมถึงวัสดุเย็บแผล

7C.3 การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้รหัส ICD กรณีผู้ป่วยนอก

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้รหัส ICD มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
การให้รหัส ICD โดยผู้ตรวจสอบ	ผู้ตรวจสอบดูคำวินิจฉัยโรคทั้งหมดที่อยู่ในบันทึกผู้ป่วย แล้วดำเนินการให้รหัสโดย 1. ค้นหาคำหลักตามชื่อโรคจากดรรชนี ICD-10-TM for PCU vol. 1 หรือกรอบแนวทางมาตรฐาน vol. 3 2. ตรวจสอบความเหมาะสมของรหัสจาก Tabular list 3. เติมเลขรหัสให้ครบถ้วนทุกหลัก 4. จัดเรียงลำดับรหัสเป็น รหัสโรคหลัก type =1, รหัสโรคอื่นๆ type = 4 และ รหัสสาเหตุภายนอก type = 5 5. ให้รหัสหัตถการตามหนังสือ ICD-10-TM for PCU vol.2
การตรวจสอบคุณภาพของ รหัสโรคหลัก	ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสโรคหลักของตนเองกับรหัสโรคหลักของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบเป็นสัญลักษณ์ดังนี้(เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส) สัญลักษณ์ Y : ให้รหัสโรคหลักถูกต้อง สัญลักษณ์ A : ให้รหัสโรคหลักผิดพลาด สัญลักษณ์ B : มีรหัสโรคหลักทั้งๆที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก สัญลักษณ์ C : รหัสโรคหลักเป็นรหัสด้อยคุณภาพ โดยมีสาเหตุมาจากคำวินิจฉัยโรคที่ด้อยคุณภาพ เช่น ไม่บอกชนิด หรือ ตำแหน่งโรค สัญลักษณ์ D : รหัสโรคหลักมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง สัญลักษณ์ E : ใช้สาเหตุภายนอก (V,W,X,Y) เป็นรหัสโรคหลัก สัญลักษณ์ F : รหัสโรคหลักมีตัวเลขมากเกินไป
การตรวจสอบคุณภาพของ รหัสโรคอื่นๆและรหัสสาเหตุภายนอก	ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสโรคที่ไม่ใช่โรคหลักของตนเองกับรหัสที่ไม่ใช่โรคหลักของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบทุกรหัสเป็นสัญลักษณ์ดังนี้ (เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส) สัญลักษณ์ Y : ให้รหัสถูกต้อง สัญลักษณ์ A : ให้รหัสโรคผิดพลาด สัญลักษณ์ B : มีรหัสโรคทั้งๆที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก สัญลักษณ์ C : รหัสเป็นรหัสด้อยคุณภาพ โดยมีสาเหตุมาจากคำวินิจฉัยโรคที่ด้อยคุณภาพ เช่น ไม่บอกชนิด หรือ ตำแหน่งโรค

	สัญลักษณ์ D : รหัสมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง สัญลักษณ์ F : รหัสมีตัวเลขมากเกินไป สัญลักษณ์ G : ควรมีรหัสนี้ แต่รหัสไม่ปรากฏในข้อมูลที่ตรวจสอบ สัญลักษณ์ H : ไม่ควรมีรหัสนี้ แต่มีรหัสในข้อมูลที่ตรวจสอบ

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้รหัส ICD กรณีผู้ป่วยนอก (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
การตรวจสอบคุณภาพรหัสหัตถการ	ผู้ตรวจสอบเปรียบเทียบรหัสหัตถการของตนเองกับรหัสหัตถการของข้อมูลที่ตรวจสอบ แล้วรายงานผลการตรวจสอบทุกรหัสเป็นสัญลักษณ์ดังนี้ (เลือกผลเพียงอย่างเดียวสำหรับความผิดพลาดแต่ละรหัส) สัญลักษณ์ Y : ให้รหัสถูกต้อง สัญลักษณ์ A : ให้รหัสหัตถการผิดพลาด สัญลักษณ์ B : มีรหัสหัตถการทั้งๆที่ไม่มีการทำหัตถการในบันทึก สัญลักษณ์ D : รหัสมีตัวเลขไม่ครบทุกตำแหน่ง สัญลักษณ์ F : รหัสมีตัวเลขมากเกินไป สัญลักษณ์ G : ควรมีรหัสนี้ แต่รหัสไม่ปรากฏในข้อมูลที่ตรวจสอบ สัญลักษณ์ H : ไม่ควรมีรหัสนี้ แต่มีรหัสในข้อมูลที่ตรวจสอบ
การบันทึกผลการตรวจ	ให้ผู้ตรวจสอบบันทึกผลการตรวจสอบคุณภาพในตารางบันทึกผล ดังตัวอย่างในหน้าถัดไป

การกรอกข้อมูลในตารางบันทึกผล

ตารางผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูล

- กรอกข้อมูลโดยกำหนดให้ ข้อมูลผู้ป่วย 1 ราย อยู่ใน 1 บรรทัด
- คะแนนเต็ม คือ การรวมคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ถ้ารายการใดผลการประเมินเป็น na ไม่ต้องนำคะแนนเต็มของรายการนั้นมารวม

ตารางผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส

- กรอกข้อมูลโดยกำหนดให้ ข้อมูลผู้ป่วย 1 ราย อาจอยู่ใน 1 หรือ หลาย บรรทัด
- โดยหากข้อมูลผู้ป่วยรายใด มีรหัส ICD มากกว่า 1 รหัส ให้กรอกข้อมูล โดยกำหนดให้รหัส ICD ที่มีอยู่ในข้อมูล1 รหัสอยู่ใน 1 บรรทัดเท่านั้น
- ห้ามกรอกรหัส ICD ที่ต้องการตรวจสอบ มากกว่า 1 รหัสในแต่ละบรรทัด
- การกรอกข้อมูลประเภทรหัสหัตถการ ให้กำหนดประเภทรหัสเป็น P