

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

คณะที่ 4 :

ตรวจราชการ วันที่ 20-22 กุมภาพันธ์ 2560

KPI : ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดเก็บ และส่งออกชุดข้อมูลมาตรฐานเป็นฐานข้อมูลรายบุคคลจากสถานบริการทุกระดับ มายังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2550 ในรูปแบบโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 18 แฟ้มมาตรฐาน ในปี 2555 ได้ปรับเป็น 43 แฟ้ม และ 7 แฟ้มมาตรฐาน เพื่อส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วย ซึ่งได้เพิ่มโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลของผู้ป่วยในและอื่น ๆ ที่จำเป็น โดยสถานบริการทุกแห่งส่งข้อมูลรายบุคคลไปรวมที่คลังข้อมูลระดับจังหวัด (Data Center) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมส่งมายังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ เพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพมาโดยตลอด แต่ยังพบปัญหาข้อมูลขาดคุณภาพและความน่าเชื่อถือ ขาดความถูกต้อง ขาดความครบถ้วน ขาดความครอบคลุม และไม่ทันเวลา สาเหตุที่สำคัญมี 3 ประการด้วยกันคือ

1. ปัญหาด้านระบบเทคโนโลยี มีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการรับ-ส่งข้อมูลผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน
2. ปัญหาด้านบุคลากรผู้จัดเก็บ และบันทึกข้อมูลยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการบันทึกข้อมูล และทักษะการใช้งานโปรแกรมบันทึกข้อมูล
3. มีโปรแกรมหลากหลายจากหน่วยงานต่าง ๆ ส่งให้สถานบริการจัดเก็บ และบันทึกข้อมูล มีการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน

โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ต้องใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลประมาณ 40% ของเวลาในการทำงาน ทำให้เวลาในการดูแลประชาชนในพื้นที่ลดน้อยลง และภาระงานกิจกรรมมีมาก เพื่อตอบสนองหน่วยงานแต่ละระดับ ทั้งหน่วยงานภายใน และภายนอกกระทรวงสาธารณสุข สถานบริการบางแห่งจัดเก็บข้อมูลมุ่งหวังให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากกองทุน ข้อมูลถูกบิดเบือนจากความเป็นจริง มีการจ้างเจ้าหน้าที่เพื่อบันทึกข้อมูล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมออนามัย ได้สะท้อนปัญหาให้กระทรวงสาธารณสุข แก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพจากหมออนามัย จนเกิดการเรียกร้องจากกระทรวงสาธารณสุขให้ “เอาหมอน้ำจิ้มไป เอาหมออนามัยคืนมา”

จากสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้มีการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมาย เพื่อลดภาระการจัดเก็บข้อมูล และการจัดทำรายงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ โดยมุ่งหวังให้ “หมออนามัย” มีเวลาในการดูแล และให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น รวมถึงมีข้อมูลที่มีคุณภาพใช้ในการกำหนดนโยบาย และวางแผนการจัดการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละระดับ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยไม่เพิ่มภาระกับเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ได้ดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศมาตั้งแต่ ปี 2551 ตามแนวทางการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และเริ่มติดตาม กำกับกับการดำเนินงานตามนโยบายปฏิรูประบบสารสนเทศสุขภาพด้วย 43 แฟ้มมาตรฐาน โดยเป็นหน่วยงานนำร่องในการดำเนินงานตามนโยบายการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมาตั้งแต่ปี 2556 จนกระทั่งในปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายด้านสารสนเทศสุขภาพ ซึ่งเน้นเรื่องการพัฒนาคุณภาพข้อมูล โดยงานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ มีหน้าที่รับผิดชอบบริหารจัดการชุดข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (ชุด

ข้อมูลบริการสุขภาพ 43 แฟ้มมาตรฐาน + ชุดข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย 7 แฟ้มมาตรฐาน) โดยจัดเก็บรวบรวม ตรวจสอบคุณภาพ ส่งเคราะห์ข้อมูล และจัดส่งข้อมูลตามนโยบาย และในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้เป็น “ปีแห่งการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสุขภาพ” เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ eHealth ของกระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับนโยบาย Thailand 4.0 ของรัฐบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่จึงกำหนดให้มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสารสนเทศระดับอำเภอขึ้น เพื่อบริหารจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับพื้นที่ให้มีความครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง โดยมีกรอบภารกิจงานด้านสารสนเทศสุขภาพของสถานพยาบาลแต่ละระดับ ดังนี้

1. สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ/ทุติยภูมิ

หน่วยบริการมีหน้าที่เป็นหน่วยบันทึก จัดเก็บข้อมูลบริการสุขภาพ และตรวจสอบคุณภาพข้อมูล (43 + 7 แฟ้มมาตรฐาน) ที่นำส่งเบื้องต้นตามเกณฑ์คุณภาพชุดข้อมูลมาตรฐานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

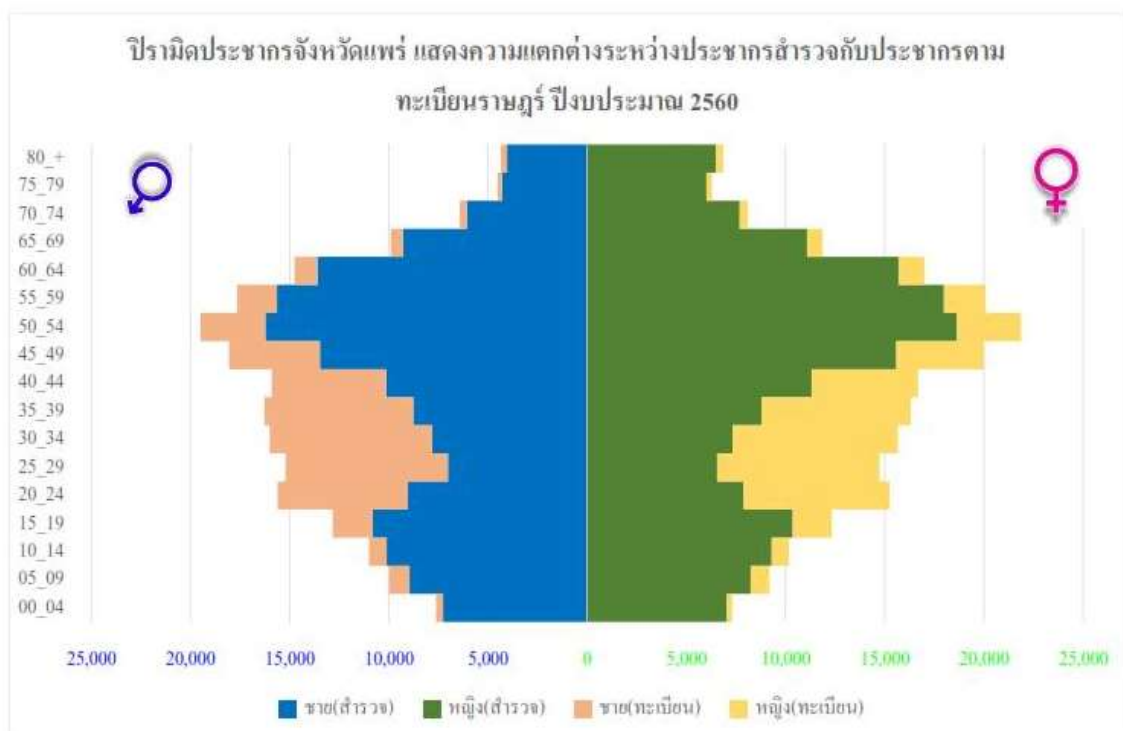
2. ศูนย์สารสนเทศสุขภาพระดับอำเภอ

ศูนย์สารสนเทศสุขภาพระดับอำเภอมิหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐาน (ชุดข้อมูลบริการสุขภาพ) + 7 แฟ้มมาตรฐาน (ชุดข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย) ตามเกณฑ์คุณภาพชุดข้อมูลมาตรฐานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และวิเคราะห์ข้อมูลรองรับระบบ DHS (District Health System)

3. ศูนย์สารสนเทศสุขภาพระดับจังหวัด

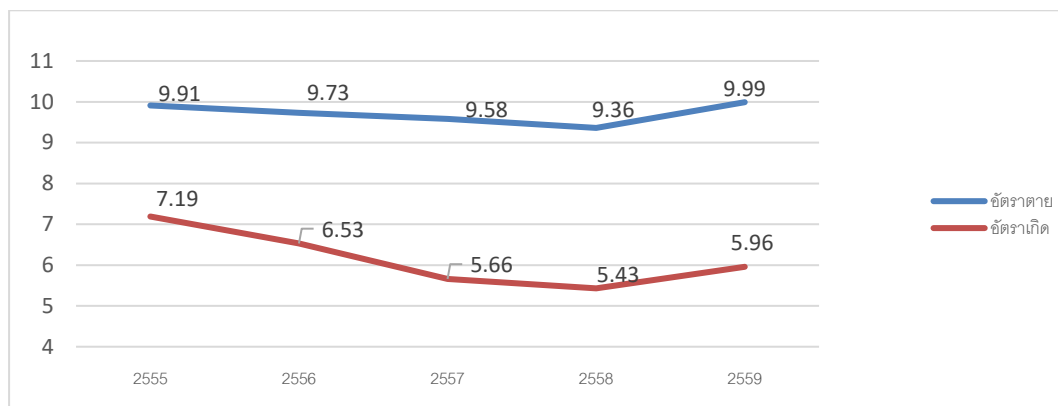
ศูนย์สารสนเทศสุขภาพระดับจังหวัดมีหน้าที่ติดตาม กำกับคุณภาพข้อมูล 43 + 7 แฟ้มมาตรฐาน ตามเกณฑ์คุณภาพชุดข้อมูลมาตรฐานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐาน (ชุดข้อมูลบริการสุขภาพ) + 7 แฟ้มมาตรฐาน (ชุดข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย) พร้อมทั้งค้นข้อมูลผลการดำเนินงานด้านสารสนเทศทั้ง 3 ประเด็น คือสาเหตุการตาย, เวชระเบียน, คุณภาพ 43 แฟ้มมาตรฐาน ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อปรับปรุงแก้ไข และสนับสนุนทีมตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนระดับจังหวัดวิเคราะห์ข้อมูลจากสทวิขาชีพ

จากการสำรวจประชากรพื้นที่จังหวัดแพร่ประจำปีงบประมาณ 2560 ณ ตุลาคม 2559 พบประชากร จำนวน 445,297 คน มีประชากรอาศัยอยู่จริงในพื้นที่ ร้อยละ 76.04 โดยพบว่ากลุ่มอายุ 25-29 ปี มีสัดส่วนการอาศัยอยู่นอกพื้นที่เยอะที่สุด ร้อยละ 54.74 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 52.18 ถัดมาคือ กลุ่มอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 46.13 ถัดมาคือ กลุ่มอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 45.16



สถิติชีพของประชากรจังหวัดแพร่ อัตราตาย ปีงบประมาณ 2557, 2558, 2559 โดยมีค่า 9.58, 9.36 และ 9.99 ซึ่งสูงกว่าอัตราเกิด ปีงบประมาณ 2557, 2558, 2559 โดยมีค่า 5.66, 5.43 และ 5.96 โดยอัตราเพิ่มมีแนวโน้มลดลงมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 จนถึงปัจจุบัน

กราฟเส้นแสดงอัตราเกิด อัตราตายของประชากรในพื้นที่จังหวัดแพร่ช่วง ปี พ.ศ.2555-2559



การรายงานสาเหตุการตายลงในทะเบียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่มีอัตราการตายคงที่มาตั้งแต่ปี 2557 โดยในปี พ.ศ. 2557 - 2559 จังหวัดแพร่มีอัตราตาย 9.58, 9.33 และ 9.99 ต่อพันประชากร ตามลำดับ

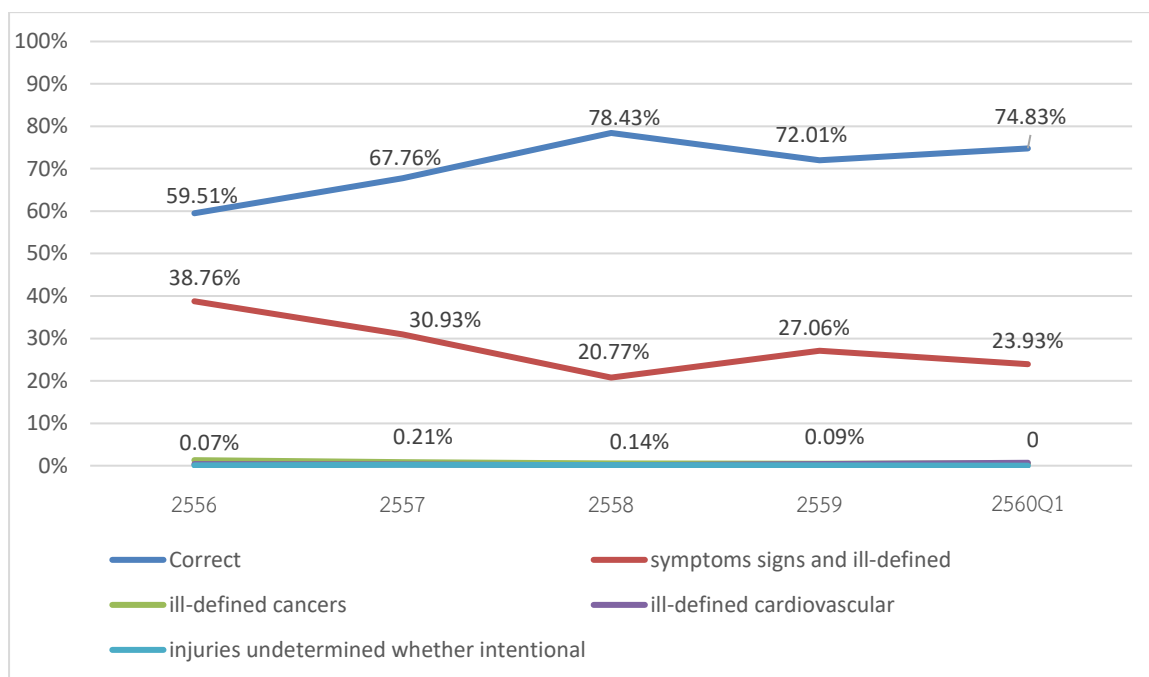
โดยในปีงบประมาณ 2559 พบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน 30-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.13 รองลงมาคือกลุ่มประชากรอายุน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.44 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 17.43 ซึ่งสาเหตุการตายส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 27.99% ของใบมรณบัตรทั้งหมด สำหรับกลุ่มโรคที่มีอัตราตายมากที่สุดคือ กลุ่มอาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่ตรวจพบทางคลินิก(R00-R99), กลุ่มเนื้องอก (C00-D48) และกลุ่มโรคระบบไหลเวียนโลหิต (I00-I99) โดยมีอัตราตาย 0.39, 0.29 และ 0.22 ต่อพันประชากร ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง ดังนี้

ตารางแสดงอัตราการตายของประชากรพื้นที่จังหวัดแพร่จากมรณบัตร ช่วงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560

กลุ่มโรค	อัตราต่อพัน ปชก
อาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่ตรวจพบทางคลินิก(R00-R99)	0.39
เนื้องอก (C00-D48)	0.29
โรคระบบไหลเวียนโลหิต (I00-I99)	0.22
โรคติดเชื้อและปรสิต (A00-B99)	0.14
สาเหตุภายนอกของการป่วยและการตาย (V01-Y89)	0.13
โรคของระบบทางเดินหายใจ (J00-J98)	0.13
โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (N00-N99)	0.1
โรคระบบย่อยอาหาร (K00-K92)	0.08
โรคของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม (E00-E88)	0.04
โรคระบบประสาท (G00-G98)	0.04
โรคของระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและเนื้อเยื่อประสาน (M00-M99)	0.02
โรคทางจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม (F01-F99)	0.01
โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกันบางชนิด (D50-D89)	0.01
โรคของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (L00-L99)	0
รวม	1.6

สถานการณ์เมื่อเปรียบเทียบการบันทึกสาเหตุการตายตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 เป็นต้นมา ความถูกต้องของการระบุสาเหตุการตายในมรณบัตรมีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุหลักของการไม่ระบุสาเหตุส่วนใหญ่ คือ การไม่ระบุสาเหตุการตายจากกลุ่มอาการ อาการแสดง (Symptoms signs and ill-defined) ซึ่งมีแนวโน้มลดลงมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 โดยพบว่ามีสัดส่วน คิดเป็นร้อยละ 20.77, 27.06 และ 23.93 ตามลำดับ

กราฟเส้นแสดงสัดส่วนความผิดพลาดที่พบจากมรณบัตร ปีงบประมาณ 2556 - ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560

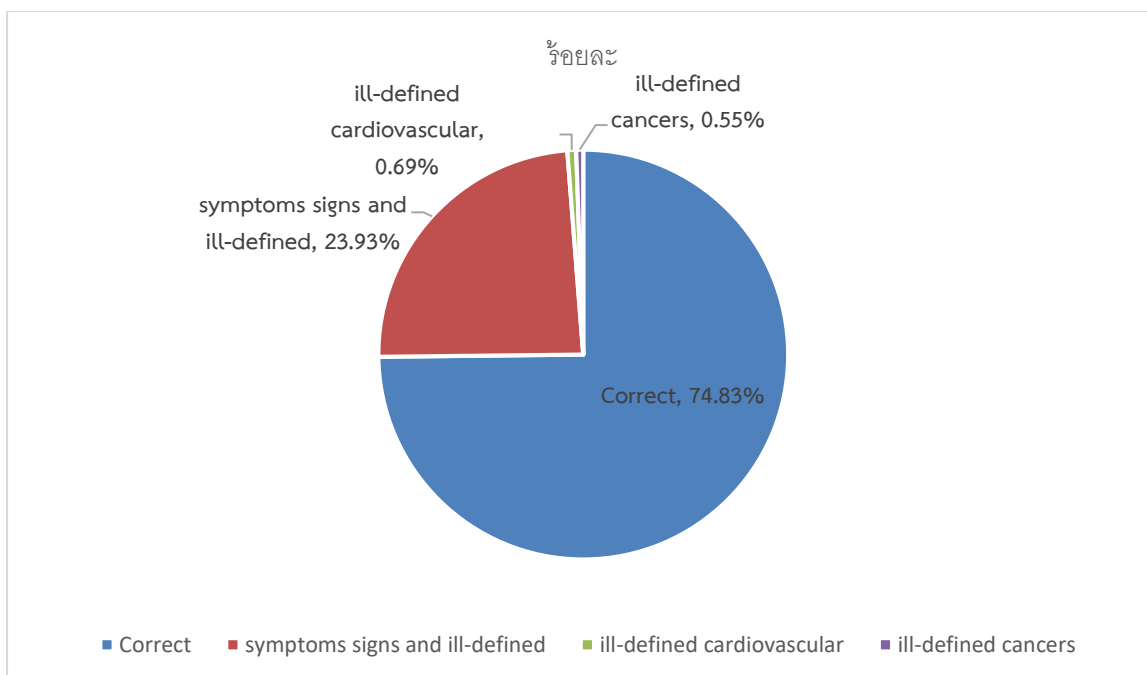


ปีงบประมาณ 2560 ไตรมาส 1 มรณบัตรได้รับรายงานส่วนใหญ่จัดทำจากนอกสถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 62.79 จัดทำโดยสถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 37.21 โดยพบว่ามีใบมรณบัตรที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตาย คิดเป็นร้อยละ 25.17

ตารางแสดงอัตราการตายของประชากรพื้นที่จังหวัดแพร่ ช่วงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560

สถานะ	นอกสถานพยาบาล	ในสถานพยาบาล	รวม
ถูกต้อง	39.83%	35.00%	74.83%
ill-defined cancers	0.41%	0.14%	0.55%
ill-defined cardiovascular	0.69%	0.00%	0.69%
symptoms signs and ill-defined	21.85%	2.07%	23.93%
รวม	62.79%	37.21%	100.00%

การไม่ระบุสาเหตุการตายในมรณบัตรส่วนใหญ่เป็นการไม่ระบุสาเหตุการตายจากกลุ่มอาการ และไม่ระบุสาเหตุการตาย คิดเป็นร้อยละ 23.93 ของใบมรณบัตรทั้งหมด (มรณบัตรจากนอกสถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 21.85 และมรณบัตรจากในสถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 2.08) รองลงมาคือไม่ระบุสาเหตุการตายจากกลุ่มโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 0.69 ของใบมรณบัตรทั้งหมด ถัดมาคือไม่ระบุสาเหตุการตายจากกลุ่มโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 0.55 ตามลำดับ

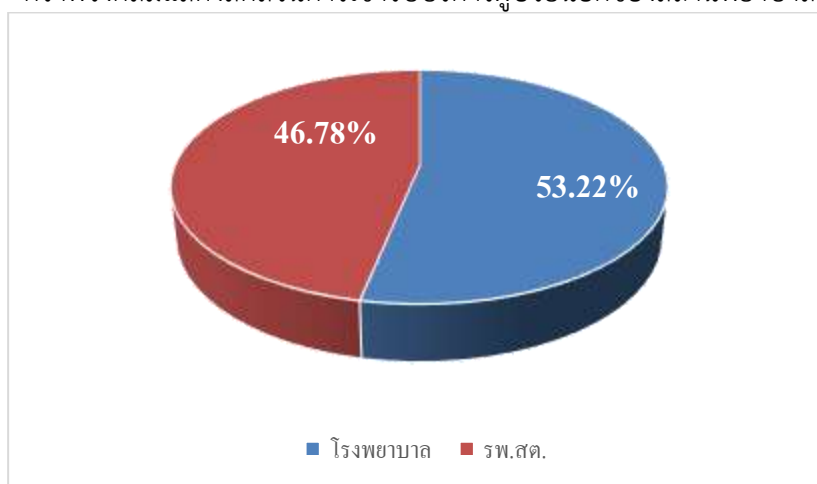


สัดส่วนความผิดพลาดจากรายงานการตายในมรณะบัตร ช่วงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560

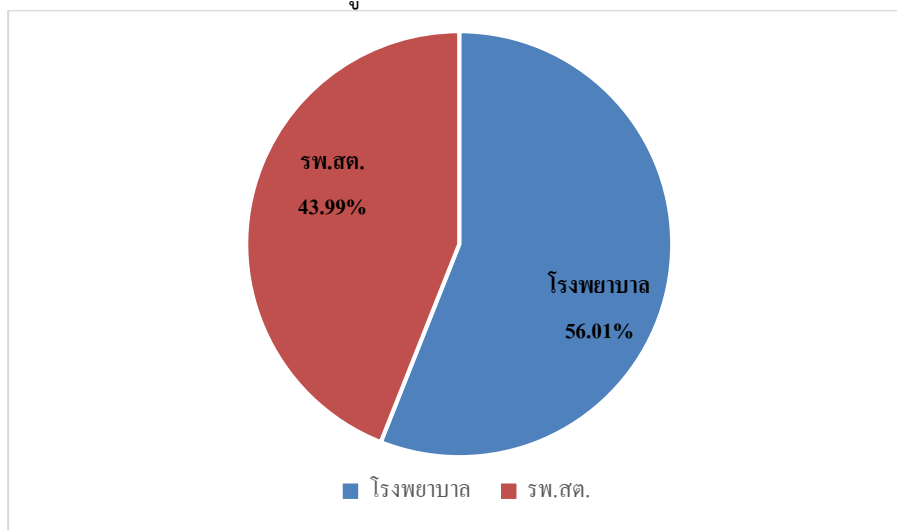
การตรวจประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยตาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่มีผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการช่วง ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 286,100 คน เข้ารับบริการ 597,502 ครั้ง ผู้ป่วยในเข้ารับบริการ จำนวน 13,006 คน เข้ารับบริการ 15,162 ครั้ง กิจกรรมบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่เกิดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล คิดเป็นร้อยละ 53.22 ถัดมาคือ กิจกรรมบริการสาธารณสุขที่เกิดในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 46.78

กราฟวงกลมแสดงสัดส่วนการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล



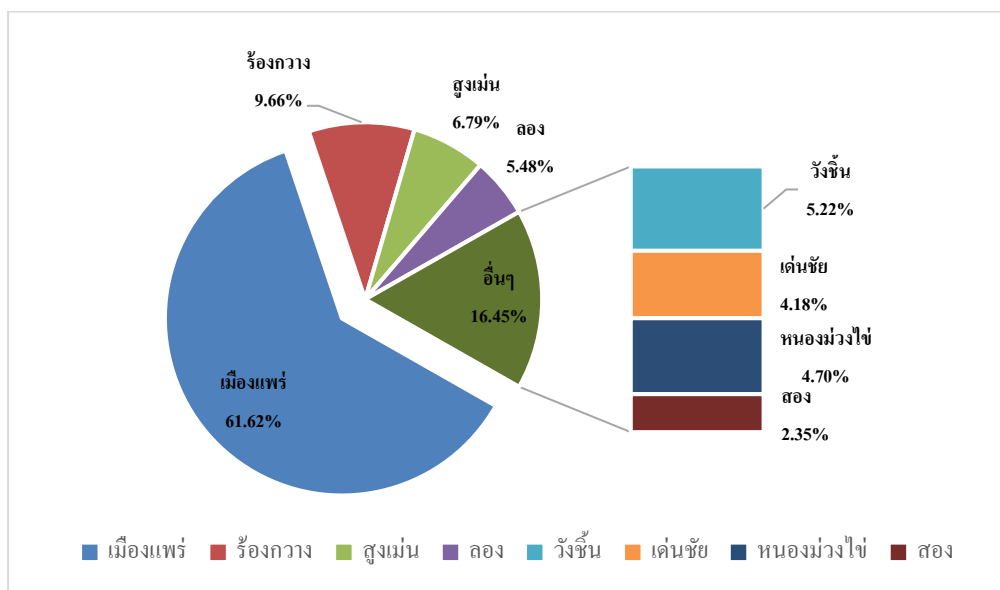
กราฟวงกลมแสดงสัดส่วนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ตรวจประเมิน จำแนกยาระดับสถานพยาบาล



การสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Sampling) ด้วยวิธีการ Stratified Random Sampling สุ่มตัวอย่าง 3% ของผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560 กลุ่มตัวอย่างเป็นข้อมูลผู้ป่วยที่มาตรวจแบบผู้ป่วยนอกที่บันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของสถานพยาบาล (สุ่มตัวอย่างจากแฟ้ม diagnosis_opd ในระบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน โดยกำหนดสถานะในฟิลด์ diagtype เป็น 1 เพื่อเป็นโรคหลักเป็นตัวโยง PID) สุ่มตัวอย่างข้อมูลผู้ป่วยที่มีสัดส่วนรหัสโรคหลัก ดังนี้ กลุ่มโรคติดเชื้อและโรคปรสิตบางโรค (รหัส A.B) สัดส่วนร้อยละ 8, กลุ่มโรคของเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติบางอย่างของกลไกภูมิคุ้มกัน (รหัส D50-D89) สัดส่วนร้อยละ 4, กลุ่มโรคของเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติบางอย่างของกลไกภูมิคุ้มกัน (รหัส E) สัดส่วนร้อยละ 4, กลุ่มโรคของระบบไหลเวียนโลหิต (รหัส I) สัดส่วนร้อยละ 4, กลุ่มโรคของระบบหายใจ (รหัส J) สัดส่วนร้อยละ 4, กลุ่มโรคของระบบย่อยอาหาร (รหัส K) สัดส่วนร้อยละ 4, กลุ่มโรคของระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (รหัส M) สัดส่วนร้อยละ 8, กลุ่มการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด (รหัส O) สัดส่วนร้อยละ 8, กลุ่มอาการ อาการแสดง และความผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการ มิได้จำแนกไว้ที่ใด (รหัส R) สัดส่วนร้อยละ 8, กลุ่มการบาดเจ็บ และผลสืบเนื่องบางอย่างจากสาเหตุภายนอก (รหัส S) สัดส่วนร้อยละ 8, กลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพและการรับบริการสุขภาพ (รหัส Z) สัดส่วนร้อยละ 20 และรหัสโรคอื่น ๆ สัดส่วนร้อยละ 20 แล้วนำรหัสโรคที่มี PID อยู่คู่ไปเปรียบเทียบกับ HN ในแฟ้มที่เก็บข้อมูลผู้ป่วย Person เพื่อนำ HN ไปค้นเอกสารผู้ป่วยเพื่อนำออกมาตรวจสอบต่อไป

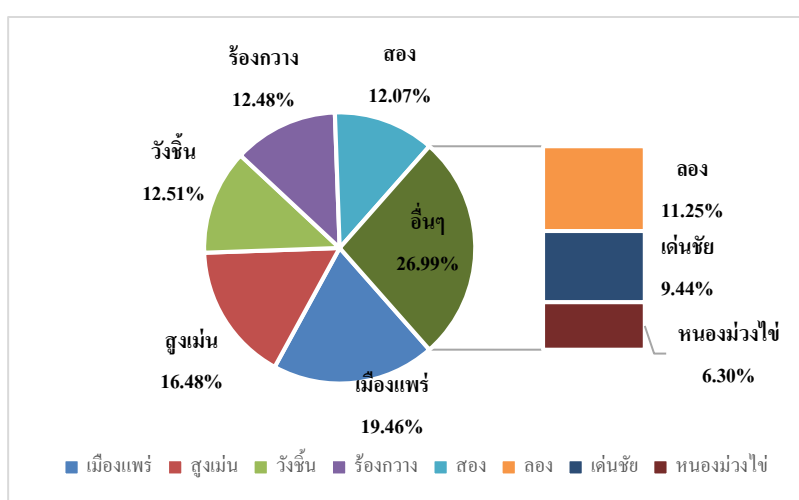
การสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยจำแนกยาระดับอำเภอ เวชระเบียนที่นำมาตรวจประเมินมากที่สุดคือเวชระเบียนของสถานพยาบาลในเขตอำเภอเมืองแพร่ คิดเป็นร้อยละ 61.62 รองลงมาคือเวชระเบียนของสถานพยาบาลในเขตอำเภอร่องขวาง คิดเป็นร้อยละ 9.66 ถัดมาคือเวชระเบียนของสถานพยาบาลในเขตอำเภอสูงเม่น คิดเป็นร้อยละ 6.97 ถัดมาคือเวชระเบียนของสถานพยาบาลในเขตอำเภอลอง คิดเป็นร้อยละ 5.48 ถัดมาคือเวชระเบียนของสถานพยาบาลในเขตอำเภอวังชิ้น คิดเป็นร้อยละ 5.22 ถัดมาคือเวชระเบียนของสถานพยาบาลในเขตอำเภอเด่นชัย คิดเป็นร้อยละ 4.18 ถัดมาคือเวชระเบียนของสถานพยาบาลในเขตอำเภอหนองม่วงไข่ คิดเป็นร้อยละ 4.70 และเวชระเบียนของสถานพยาบาลในเขตอำเภอสอง คิดเป็นร้อยละ 2.35

กราฟวงกลมแสดงสัดส่วนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ตรวจประเมิน จำแนกรายอำเภอ

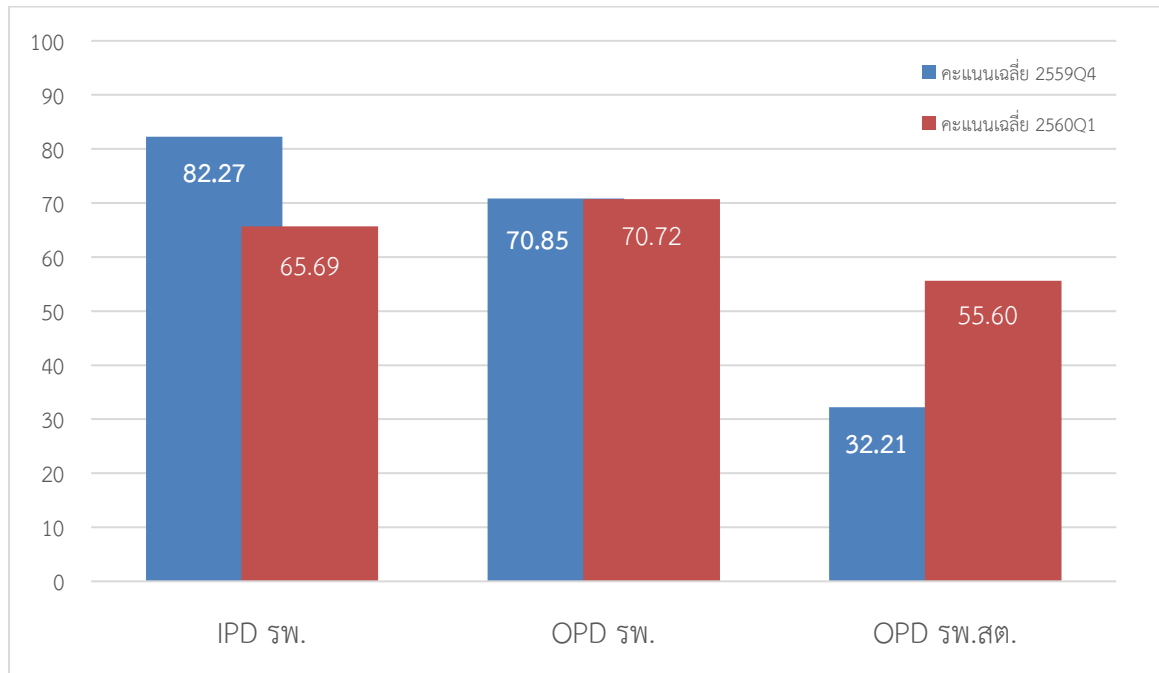


เวชระเบียนของสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่นำมาใช้ในการตรวจประเมินมากที่สุดคือเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลในเขตอำเภอเมืองแพร่ คิดเป็นร้อยละ 19.46 รองลงมาคือเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลในเขตอำเภอสูงเม่น คิดเป็นร้อยละ 16.48 ถัดมาคือเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลในเขตอำเภอวังชิ้น คิดเป็นร้อยละ 12.51 ถัดมาคือเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลในเขตอำเภอร้องกวาง คิดเป็นร้อยละ 12.48 ถัดมาคือเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลในเขตอำเภอสอง คิดเป็นร้อยละ 12.07 ถัดมาคือเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลในเขตอำเภอลอง คิดเป็นร้อยละ 11.25 ถัดมาคือเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลในเขตอำเภอเมืองแพร่ คิดเป็นร้อยละ 9.44 ถัดมาคือเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลในเขตอำเภอเด่นชัย คิดเป็นร้อยละ 6.30 และเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลในเขตอำเภอหนองม่วงไข่ คิดเป็นร้อยละ 4.70

กราฟวงกลมแสดงสัดส่วนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ตรวจประเมิน จำแนกรายอำเภอ



กราฟแท่งแสดงคะแนนเฉลี่ยจากการตรวจประเมินเวชระเบียน ไตรมาส 4 ปีงบประมาณ 2559 - ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560 จำแนกตามประเภทคลินิก

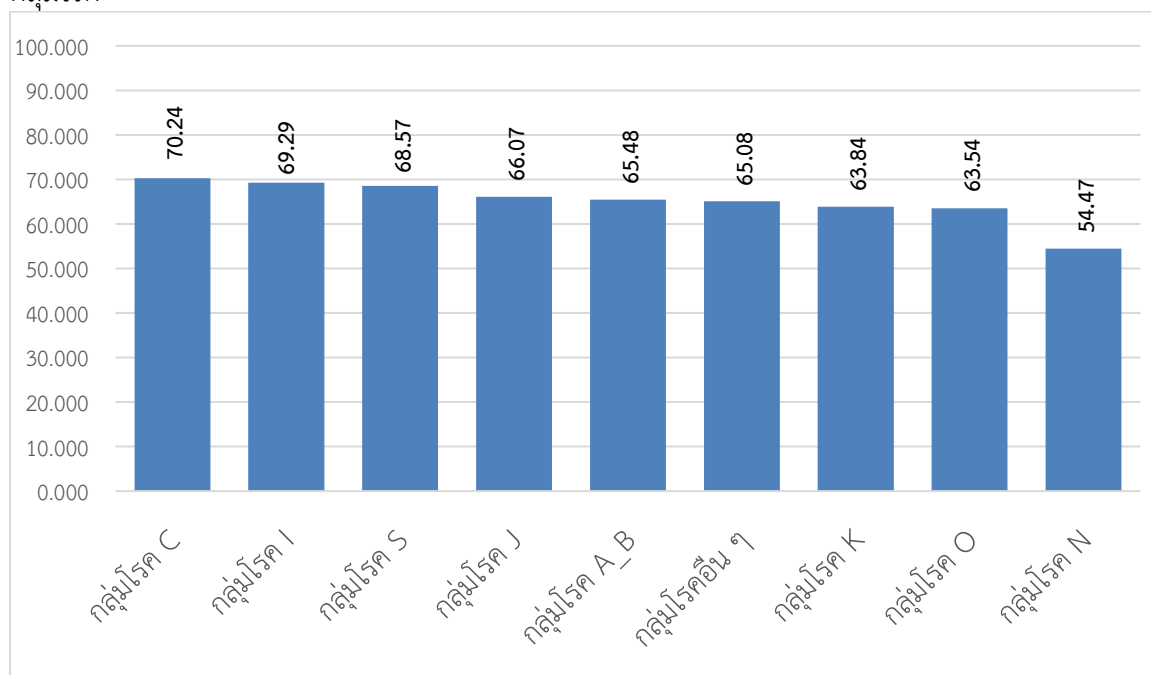


จากการตรวจประเมินเวชระเบียนของสถานพยาบาล ตั้งแต่ ไตรมาส 4 ปีงบประมาณ 2559 มาจนถึงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560 ในแต่ละคลินิกบริการของสถานพยาบาล พบว่าคะแนนเฉลี่ยของเวชระเบียนของสถานพยาบาลยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (มากกว่าร้อยละ 75.00) เวชระเบียนประเภทผู้ป่วยในของสถานพยาบาลมีแนวโน้มลดลง โดยในไตรมาส 4 ปีงบประมาณ 2559 ถึงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560 มีคะแนนเฉลี่ย 82.27 และ 65.69 ตามลำดับ ส่วนเวชระเบียนประเภทผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเวชระเบียนประเภทผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตั้งแต่ไตรมาส 4 ปีงบประมาณ 2559 ถึงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560 มีคะแนนเฉลี่ย 32.21 และ 55.60 และเวชระเบียนประเภทผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตั้งแต่ไตรมาส 4 ปีงบประมาณ 2559 ถึงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560 มีคะแนนเฉลี่ย 70.85 และ 70.72 ตามลำดับ

เวชระเบียนของผู้ป่วยในของสถานพยาบาล

เมื่อพิจารณากลุ่มโรคของเวชระเบียนสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยในที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน กลุ่มโรคที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ กลุ่มโรคของระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (รหัส M) มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 54.47 ถัดมาคือกลุ่มการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด (รหัส O) มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 63.54 ถัดมาคือกลุ่มโรคของระบบย่อยอาหาร (รหัส K) มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 63.84 ถัดมาคือกลุ่มโรคอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 65.08 ถัดมาคือกลุ่มโรคติดเชื้อและโรคปรสิตบางโรค (รหัส A.B) มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 65.48 ถัดมาคือกลุ่มโรคของระบบหายใจ (รหัส J) มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 66.07 ตามลำดับ

กราฟแท่งแสดงคะแนนเฉลี่ยจากการตรวจประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยในไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560 จำแนกตามกลุ่มโรค



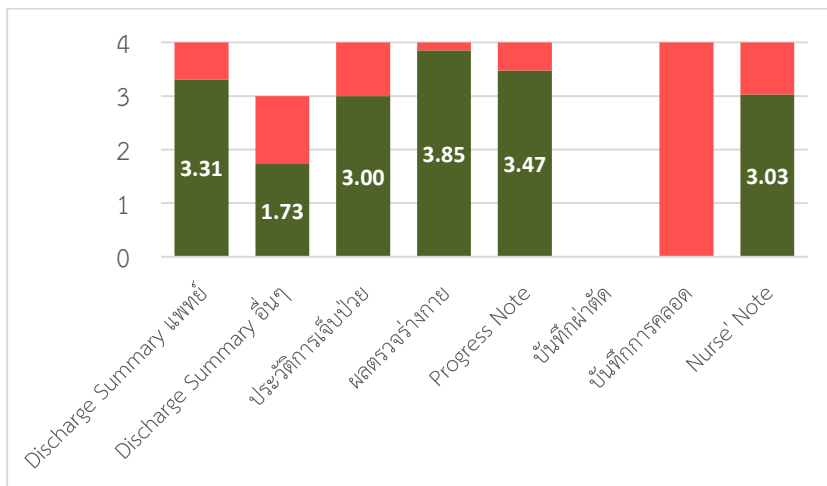
การควบคุมคุณภาพข้อมูล ตามลักษณะสำคัญของข้อมูลที่ตี 4 ประการคือ ครบถ้วน, ถูกต้อง, ละเอียดย และทันสมัย โดยกำหนดให้มีการสุ่มและตรวจสอบคุณภาพข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 2-4 ครั้งต่อปี โดยหากพบว่ามีปัญหาให้มีการแก้ไขและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาประเด็นคุณภาพข้อมูลการให้บริการในเวชระเบียนผู้ป่วยใน ทั้ง 8 ประเด็น ประกอบไปด้วย

1. Discharge Summary ส่วนของแพทย์ (4 คะแนน)
2. Discharge Summary ส่วนอื่น (3 คะแนน)
3. ประวัติการเจ็บป่วย (4 คะแนน)
4. ผลการตรวจร่างกาย (4 คะแนน)
5. Progress Note (4 คะแนน)
6. บันทึกการผ่าตัด (4 คะแนน)
7. บันทึกการคลอด (4 คะแนน)
8. Nurse's Note (4 คะแนน)

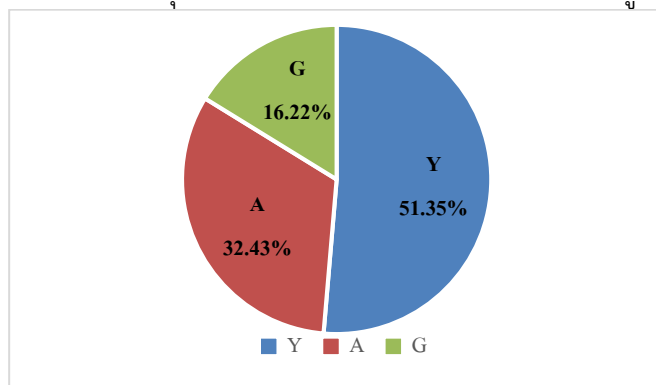
ประเด็นที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ บันทึกการคลอด มีคะแนนเฉลี่ย 0 คะแนน แปลผลว่า ไม่มีบันทึกการคลอด ถัดมาคือ Discharge Summary ส่วนอื่น มีคะแนนเฉลี่ย 1.73 คะแนน แปลผลว่า บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน แต่ขาดข้อมูลบางเรื่อง ถัดมาคือ ประวัติการเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 3.00 คะแนน แปลผลว่า บันทึกประวัติการเจ็บป่วยทั้งประวัติปัจจุบัน และโรคประจำตัวหรือประวัติอดีต และประวัติส่วนตัว ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ แต่ขาด Review Of System ถัดมาคือ Nurse's Note มีคะแนนเฉลี่ย 3.03 คะแนน แปลผลว่า บันทึกครบทุกเวอร์ที่กำหนด และมีรายละเอียดมาก ตามลำดับ

กราฟแท่งแสดงคะแนนเฉลี่ยจากการตรวจประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยในไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560 จำแนกตามประเด็นการตรวจประเมิน



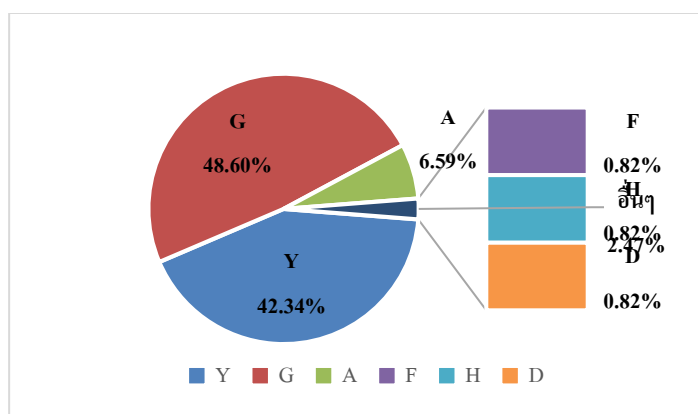
เมื่อพิจารณาประเด็นคุณภาพการให้รหัสโรคหลัก พบว่าให้รหัสโรคหลักได้ถูกต้อง (Y) ร้อยละ 51.35 รองลงมาคือให้รหัสโรคหลักผิดพลาด (A) ร้อยละ 32.42 และให้รหัสโรคหลักในรายที่ไม่ควรให้ (G) ร้อยละ 16.22 ตามลำดับ

กราฟวงกลมแสดงคุณภาพการให้รหัสโรคหลักในเวชระเบียนผู้ป่วยใน



เมื่อพิจารณาประเด็นคุณภาพการให้รหัสโรครอง พบว่าให้รหัสโรครองได้ถูกต้อง (Y) ร้อยละ 42.34 รองลงมาคือให้รหัสโรคหลักในรายที่ไม่ควรให้ (G) ร้อยละ 48.60 ถัดมาคือให้รหัสโรคหลักผิดพลาด (A) ร้อยละ 6.59 ตามลำดับ

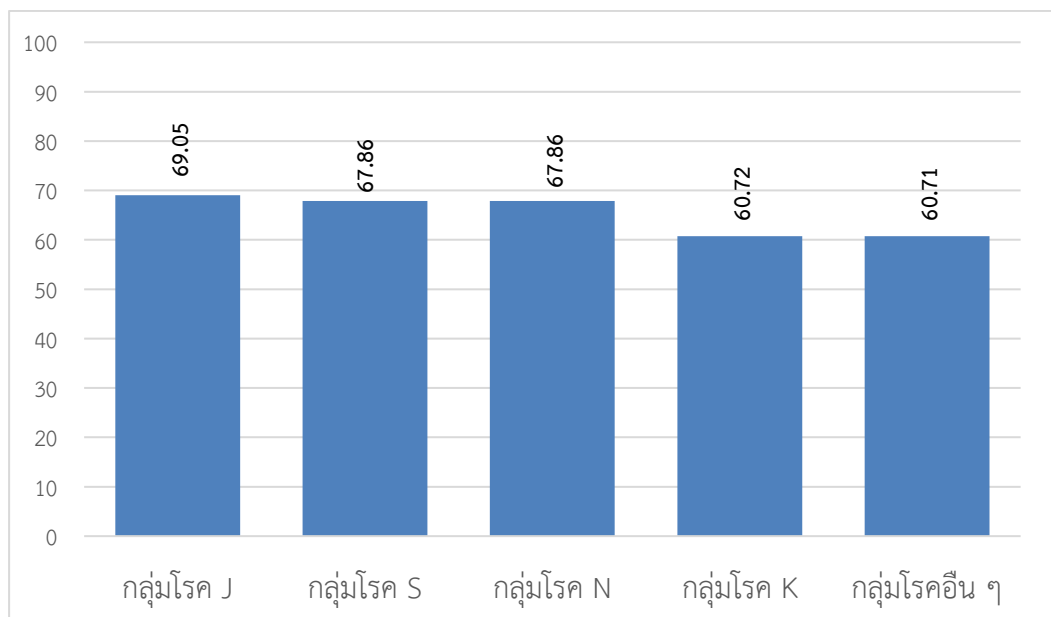
กราฟวงกลมแสดงคุณภาพการให้รหัสโรครองในเวชระเบียนผู้ป่วยใน



เวชระเบียนของผู้ป่วยในตายของสถานพยาบาล

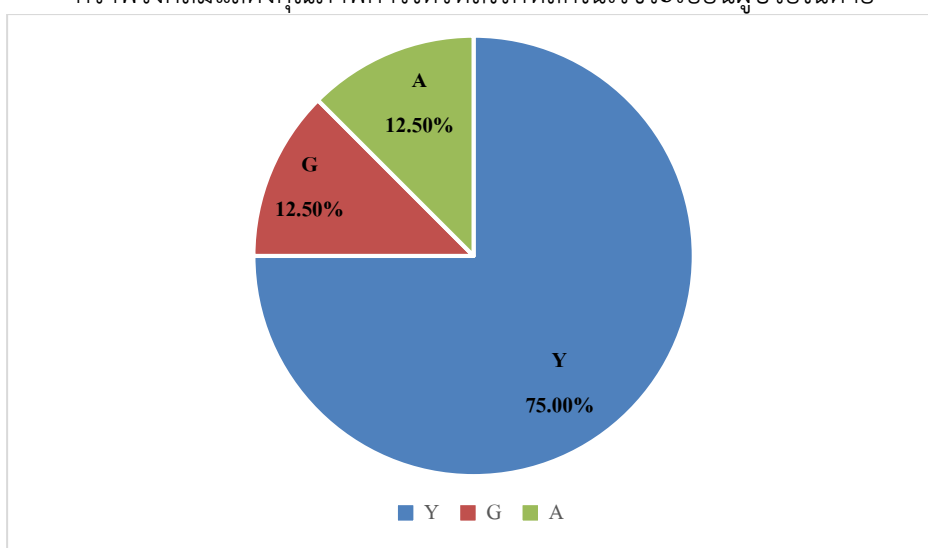
เมื่อพิจารณากลุ่มโรคของเวชระเบียนสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยตายที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน กลุ่มโรคที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ กลุ่มโรคอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 60.71 ถัดมาคือกลุ่มโรคของระบบย่อยอาหาร (รหัส K) มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60.72 ถัดมาคือกลุ่มโรคของระบบสืบพันธุ์และระบบปัสสาวะ (รหัส N) มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 67.86 ถัดมาคือกลุ่มการบาดเจ็บ และผลสืบเนื่องบางอย่างจากสาเหตุภายนอก มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 67.86 ถัดมาคือกลุ่มโรคของระบบหายใจ (รหัส J) มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 69.05 ตามลำดับ

กราฟแท่งแสดงคะแนนเฉลี่ยจากการตรวจประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยตายไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560 จำแนกตามกลุ่มโรค



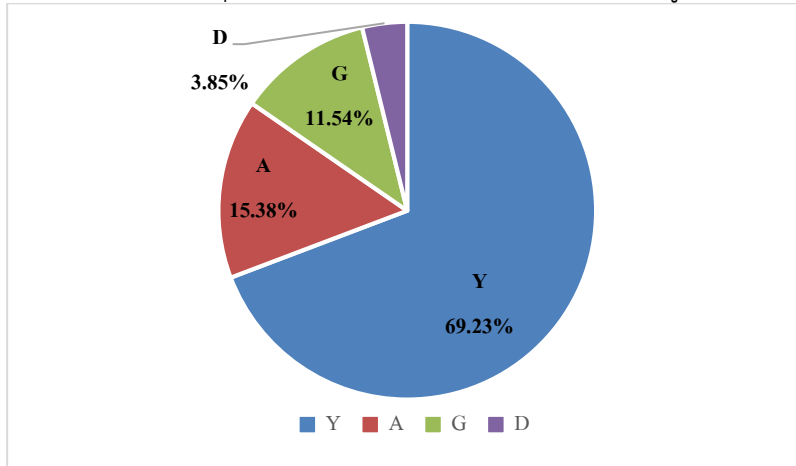
เมื่อพิจารณาประเด็นคุณภาพการให้รหัสโรคหลักลงในเวชระเบียน พบว่าให้รหัสโรคหลักได้ถูกต้อง (Y) มากที่สุด ร้อยละ 75.00 รองลงมาคือให้รหัสโรคหลักในรายที่ไม่ควรให้ (G) และให้รหัสโรคหลักผิดพลาด (A) ร้อยละ 12.50 ตามลำดับ

กราฟวงกลมแสดงคุณภาพการให้รหัสโรคหลักในเวชระเบียนผู้ป่วยในตาย



เมื่อพิจารณาประเด็นคุณภาพการให้รหัสโรครองลงในเวชระเบียน พบว่าให้รหัสโรครองได้ถูกต้อง (Y) มากที่สุด ร้อยละ 69.23 รองลงมาคือให้รหัสโรครองผิดพลาด (A) ร้อยละ 15.38 ถัดมาคือการให้รหัสโรครองในรายที่ไม่ควรให้ (G) ร้อยละ 11.54 และให้รหัสโรครองไม่ครบทุกตำแหน่ง (D) ร้อยละ 3.85 ตามลำดับ

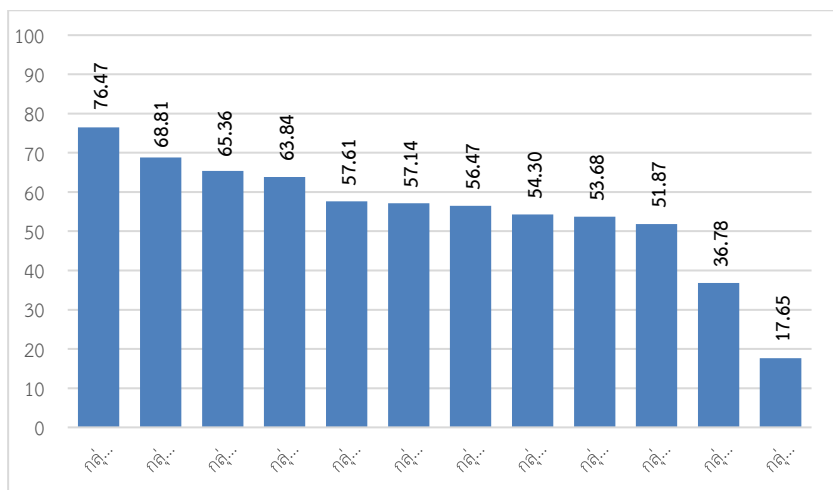
กราฟวงกลมแสดงคุณภาพการให้รหัสโรครองในเวชระเบียนผู้ป่วยในตาย



เวชระเบียนของผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล

กลุ่มโรคของเวชระเบียนสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 1 กลุ่ม คือ กลุ่มโรคของเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติบางอย่างของกลไกภูมิคุ้มกัน (รหัส D50-D89) มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 76.47 ส่วนเวชระเบียนสถานพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งกลุ่มโรคที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ กลุ่มการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด (รหัส O) มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 17.65 ถัดมาคือกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพและการรับบริการสุขภาพ (รหัส Z) มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 36.78 ถัดมาคือกลุ่มการบาดเจ็บ และผลสืบเนื่องบางอย่างจากสาเหตุภายนอก (รหัส S) มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 51.87 ถัดมาคือกลุ่มโรคติดเชื้อและโรคปรสิตบางโรค (รหัส A.B) มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 53.68 ถัดมาคือกลุ่มอาการ อาการแสดง และความผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการ มิได้จำแนกไว้ที่ใด (รหัส R) มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 54.30 ตามลำดับ

กราฟแท่งแสดงคะแนนเฉลี่ยจากการตรวจประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยนอกไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560 จำแนกตามกลุ่มโรค



การควบคุมคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล ตามประเด็นคุณภาพข้อมูลการให้บริการในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีจำนวนทั้งสิ้น 6 ประเด็น ประกอบไปด้วย

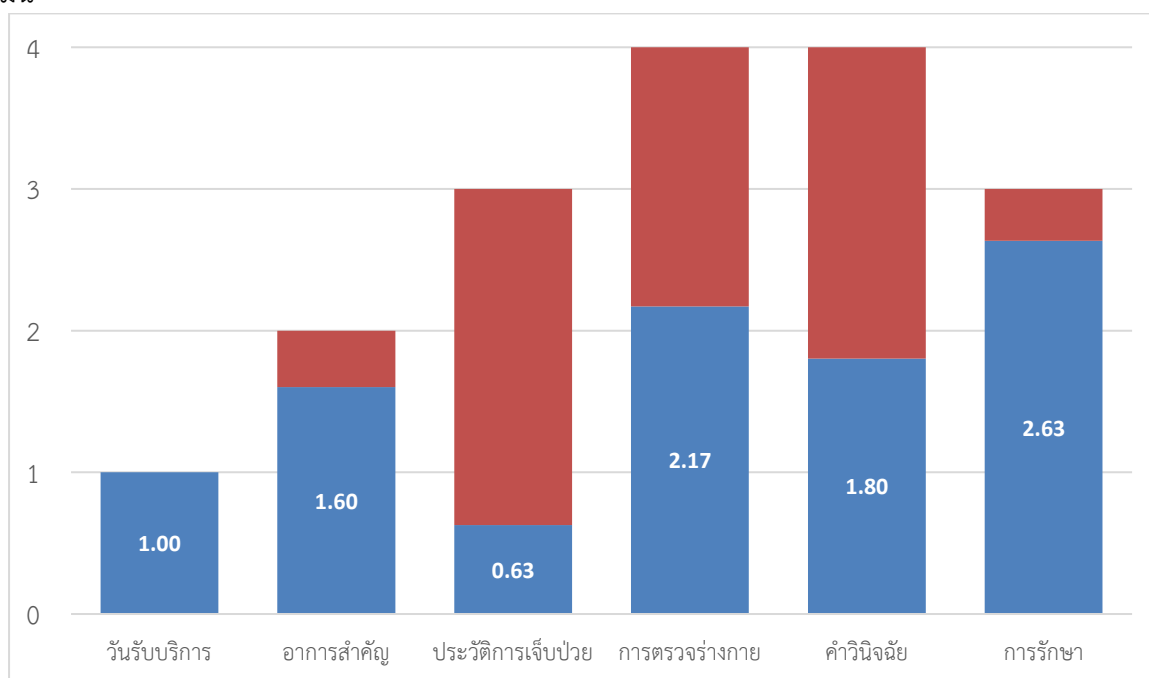
1. วันเวลาที่มารับบริการ (1 คะแนน)
2. อาการสำคัญ CC (กรณีมารักษาความเจ็บป่วย) หรือ เหตุผลที่มา (กรณีมารับบริการส่งเสริมสุขภาพ) (3 คะแนน)
3. ประวัติการเจ็บป่วย (3 คะแนน)
4. ผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจขั้นสูง (4 คะแนน)

5. คำวินิจฉัยโรค (4 คะแนน)

6. การรักษา (3 คะแนน)

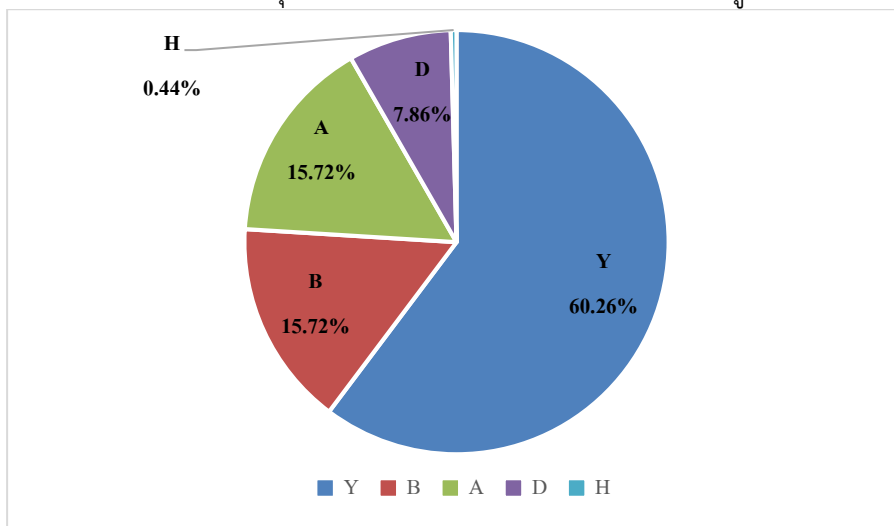
ประเด็นที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ประวัติการเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 0.63 คะแนน แปลผลว่า ไม่บันทึกประวัติการเจ็บป่วย ถัดมาคือ คำวินิจฉัย มีคะแนนเฉลี่ย 1.80 คะแนน แปลผลว่า บันทึกคำวินิจฉัยโรคครบตามจำนวนโรคทั้งหมดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในปัจจุบัน แต่มีบางคำกำกวม ขาดรายละเอียดชนิดโรคหรือตำแหน่งโรค ถัดมาคือ ผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจชั้นสูตร มีคะแนนเฉลี่ย 2.17 คะแนน แปลผลว่า บันทึกผลการตรวจร่างกายสองระบบ ตามลำดับ

กราฟแท่งแสดงคะแนนเฉลี่ยจากการตรวจประเมินไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560 จำแนกตามประเด็นการตรวจประเมิน



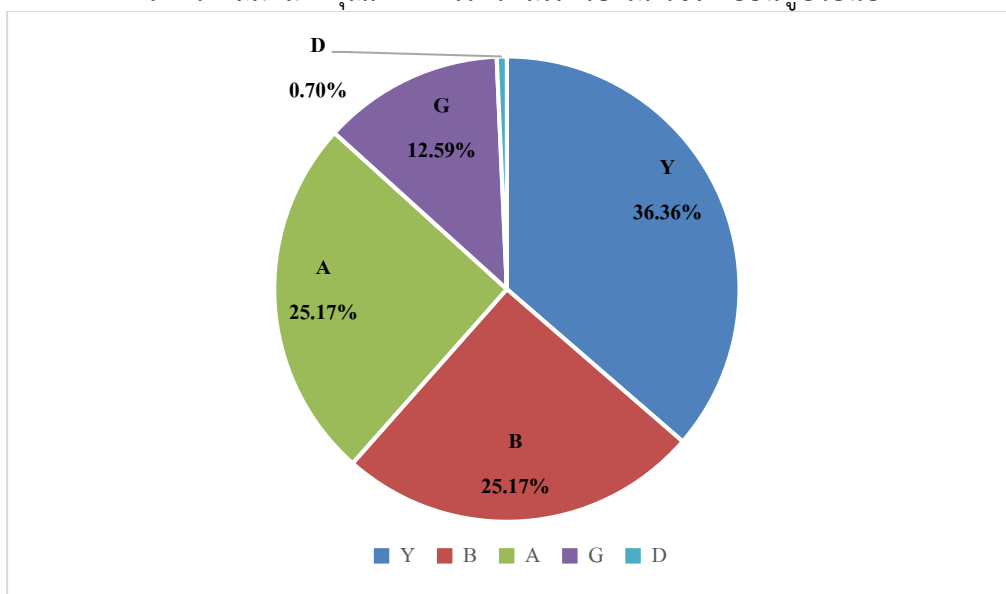
เมื่อพิจารณาประเด็นคุณภาพการให้รหัสโรคหลักลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก พบว่าให้รหัสโรคหลักได้ถูกต้อง (Y) มากที่สุด ร้อยละ 60.26 รองลงมาคือให้รหัสโรคหลักทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก (B) และให้รหัสโรคหลักผิดพลาด (A) ร้อยละ 15.72 ถัดมาคือให้รหัสโรคหลักไม่ครบทุกตำแหน่ง (D) ร้อยละ 7.86 ตามลำดับ

กราฟวงกลมแสดงคุณภาพการให้รหัสโรคหลักในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก



เมื่อพิจารณาประเด็นคุณภาพการให้รหัสโรครองลงในเวชระเบียน พบว่าให้รหัสโรครองได้ถูกต้อง (Y) มากที่สุด ร้อยละ 36.36 รองลงมาคือให้รหัสโรคหลักทั้ง ๆ ที่ไม่มีคำวินิจฉัยโรคในบันทึก (B) และให้รหัสโรครองผิดพลาด (A) ร้อยละ 25.17 ถัดมาคือควรให้รหัสโรคนี้เป็นรหัสโรครองแต่ไม่ปรากฏรหัสในข้อมูลที่ตรวจสอบ (G) ร้อยละ 12.59 ตามลำดับ

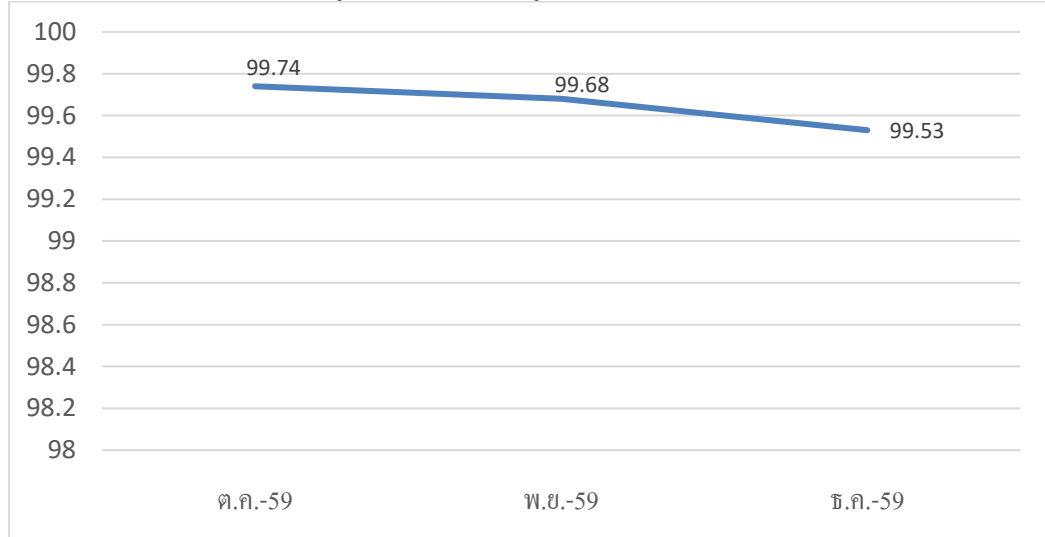
กราฟวงกลมแสดงคุณภาพการให้รหัสโรครองในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก



สถานการณ์การนำเข้าชุดข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐานเข้าสู่คลังข้อมูลสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

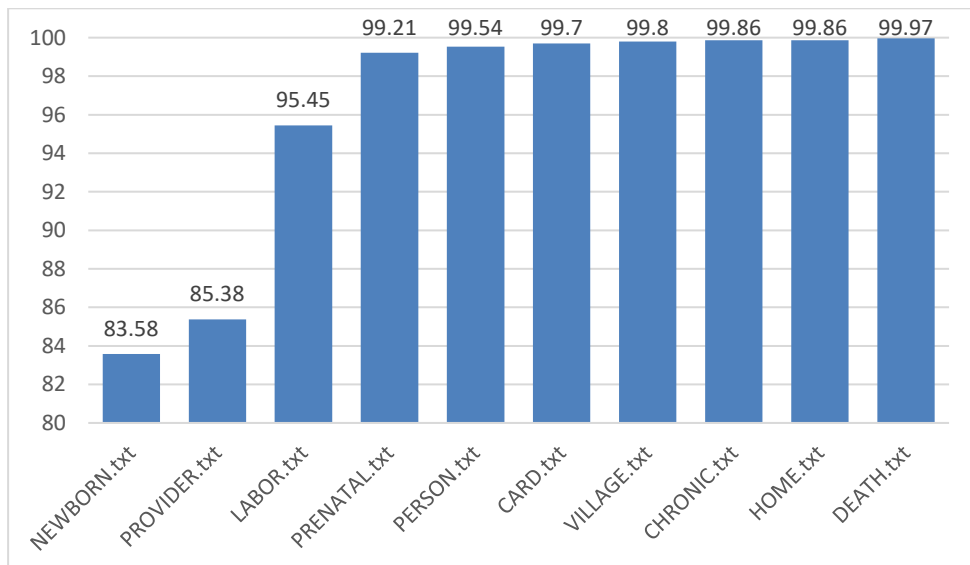
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่มีการนำเข้าชุดข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐาน ในช่วงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560 มีจำนวนการนำเข้าชุดข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐาน 1,871 ครั้ง ปริมาณการนำเข้าเฉลี่ยเดือนละ 623.67 ครั้ง โดยนำเข้าเฉลี่ยครั้งละ 31.41 แฟ้ม มีการนำเข้าข้อมูล 96,891,662 รายการ นำเข้าสู่คลังข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัดได้สมบูรณ์ ร้อยละ 99.69

กราฟเส้นแสดงปริมาณการนำเข้าชุดข้อมูล 43 แฟ้มได้สมบูรณ์ จำแนกรายเดือน ช่วงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560



เมื่อพิจารณาแฟ้มประเภททรัพยากรสาธารณสุข พบว่าการนำเข้าแฟ้มข้อมูลที่นำเข้าได้สมบูรณ์น้อยที่สุด คือ แฟ้มข้อมูลประวัติการคลอดของทารกจากหญิง ในเขตรับผิดชอบ หรือทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ (NewBorn) นำเข้าได้สมบูรณ์ ร้อยละ 83.58 ถัดมาคือแฟ้มข้อมูลผู้ให้บริการของสถานพยาบาล (Provider) นำเข้าได้สมบูรณ์ ร้อยละ 85.38 และแฟ้มข้อมูลประวัติการคลอด หรือการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และ/หรือหญิงคลอดผู้มารับบริการ (Labor) นำเข้าได้สมบูรณ์ ร้อยละ 95.45

กราฟแท่งแสดงปริมาณการนำเข้าชุดข้อมูล 43 แฟ้มประเภททรัพยากรสาธารณสุขได้สมบูรณ์ จำแนกรายแฟ้ม ช่วงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560

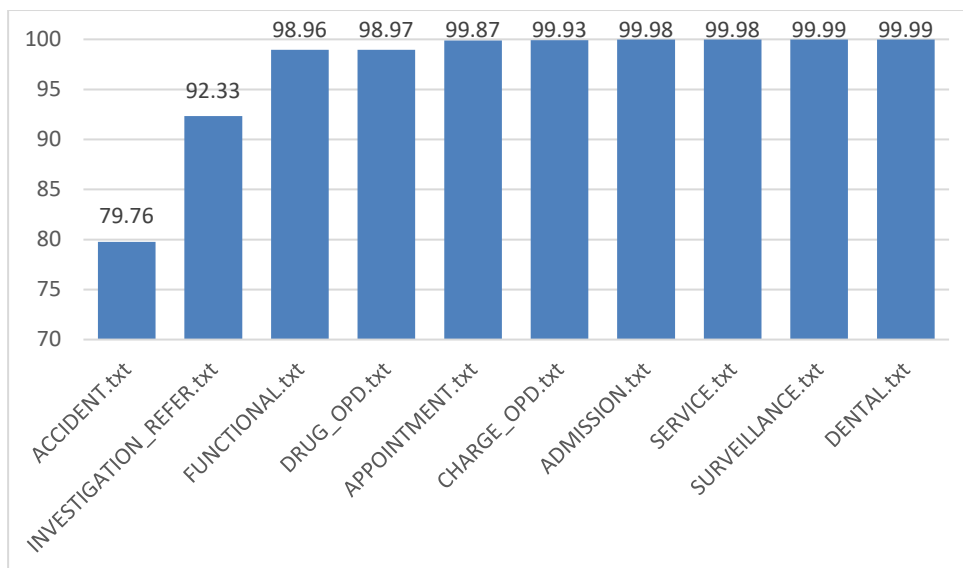


เมื่อพิจารณาแฟ้มประเภทบริการ พบว่าการนำเข้าแฟ้มข้อมูลที่นำเข้าได้สมบูรณ์น้อยที่สุด คือแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล และแผนกทั่วไปของ รพ.สต. (Accident) นำเข้าได้

สมบูรณ์ ร้อยละ 79.76 ถัดมาคือเพิ่มข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ (Investigation_refer) นำเข้าได้สมบูรณ์ ร้อยละ 92.33

กราฟแท่งแสดงปริมาณการนำเข้าชุดข้อมูล 43 เพิ่มประเภทบริการได้สมบูรณ์

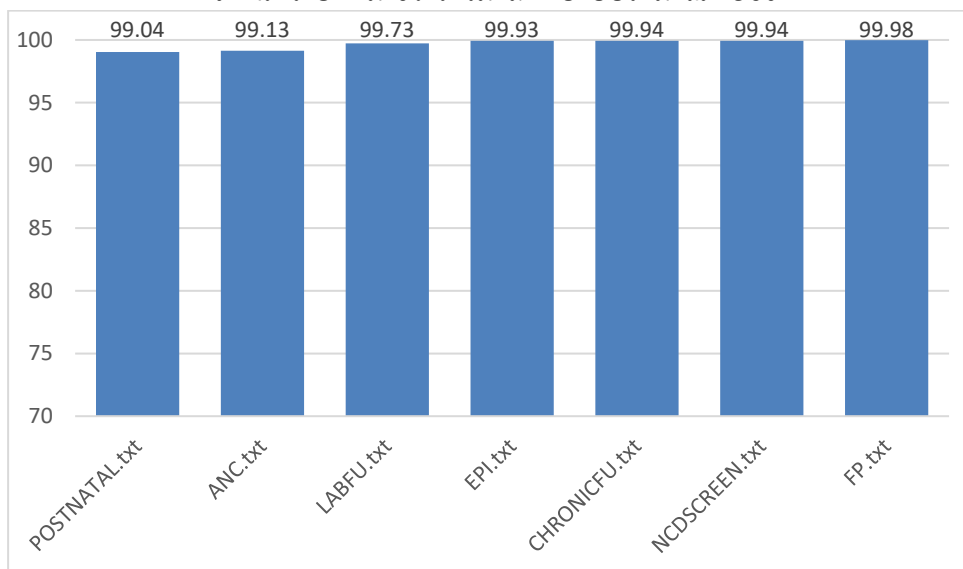
จำแนกรายเพิ่ม ช่วงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560



เมื่อพิจารณาเพิ่มประเภทส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่าการนำเข้าเพิ่มข้อมูลที่น่าเข้าได้สมบูรณ์น้อยที่สุด คือเพิ่มข้อมูลประวัติการดูแลมารดาหลังคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงคลอดผู้มารับบริการ (Postnatal) นำเข้าได้สมบูรณ์ ร้อยละ 99.04 ถัดมาคือเพิ่มข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ และประวัติการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ (ANC) นำเข้าได้สมบูรณ์ ร้อยละ 99.13

กราฟแท่งแสดงปริมาณการนำเข้าชุดข้อมูล 43 เพิ่มประเภทส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้สมบูรณ์

จำแนกรายเพิ่ม ช่วงไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560



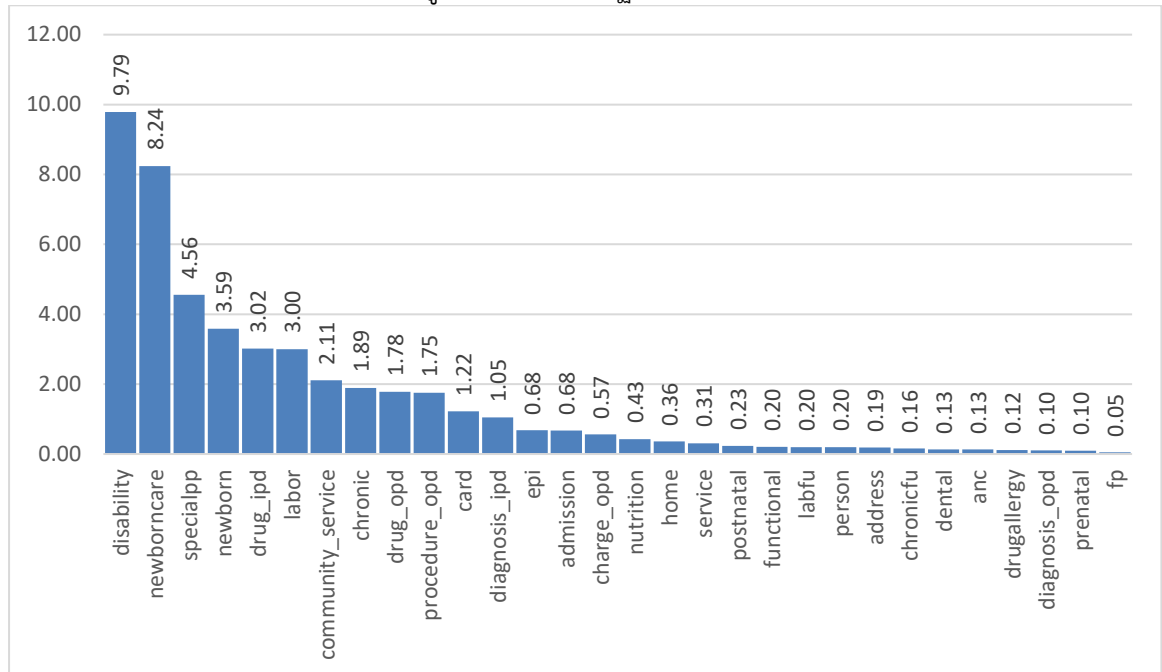
การตรวจประเมินคุณภาพ 43 เพิ่มมาตรฐาน ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่มีข้อมูลจำนวน 9,222,364 รายการ โดยเป็นเพิ่มประเภทบริการสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 47.64 รองลงมาคือ เพิ่มประเภททรัพยากรสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 45.91 และเพิ่มประเภทส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ร้อยละ 6.45

แฟ้มประเภทบริการสาธารณสุขที่มีปริมาณรายการมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ แฟ้มข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยนอกผู้มารับบริการ (Charge_OPD) ร้อยละ 36.67 รองลงมาคือแฟ้มข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ (Diagnosis_OPD) ร้อยละ 15.97 ถัดมาคือแฟ้มข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ (Drug_OPD) ร้อยละ 15.70 ถัดมาคือ แฟ้มข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้ที่มารับบริการ และการให้บริการนอกสถานพยาบาล (Service) ร้อยละ 9.38 และแฟ้มข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยใน (Charge_IPD) ร้อยละ 6.83

แฟ้มประเภททรัพยากรสาธารณสุขที่มีปริมาณรายการมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ แฟ้มข้อมูลทั่วไปของประชากรในเขตรับผิดชอบ (Person) ร้อยละ 36.65 รองลงมาคือแฟ้มข้อมูลประวัติการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่มารับบริการ (Card) ร้อยละ 31.08 ถัดมาคือแฟ้มข้อมูลที่อยู่ของผู้มารับบริการที่อยู่นอกเขตรับผิดชอบ หรือประชาชนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ (Address) ร้อยละ 18.36 ถัดมาคือ แฟ้มข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ (Chronic) ร้อยละ 5.85 และแฟ้มข้อมูลที่ตั้งและสุขภาพของหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ (Home) ร้อยละ 3.30

แฟ้มประเภทส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีปริมาณรายการมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ แฟ้มข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (LabFU) ร้อยละ 31.14 รองลงมาคือแฟ้มข้อมูลการให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับผู้มารับบริการ และประวัติการได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ โดยยังไม่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง (NCDScreen) ร้อยละ 18.52 ถัดมาคือแฟ้มข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับผู้มารับบริการ และประวัติการได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ (SpecialPP) ร้อยละ 16.75 ถัดมาคือ แฟ้มข้อมูลการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) (ChronicFU) ร้อยละ 11.16 และแฟ้มข้อมูลการดูแลทารกหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ (NewbornCare) ร้อยละ 5.66

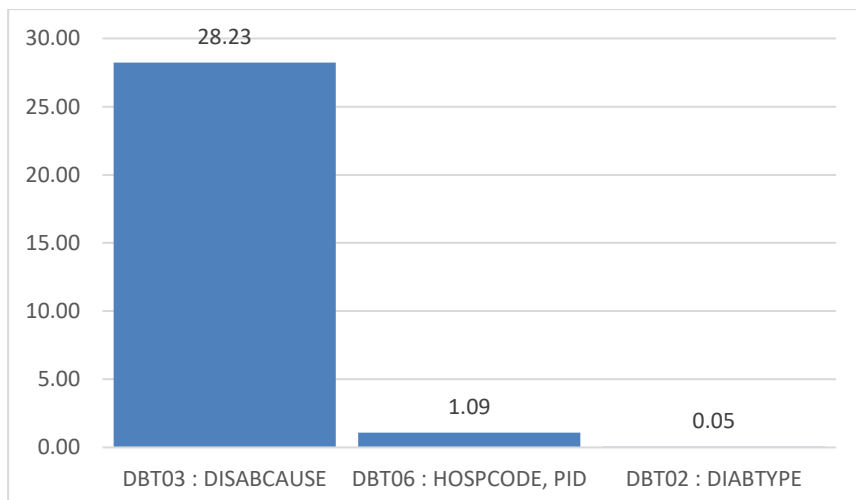
ร้อยละความผิดพลาดจากการนำเข้าข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐาน 30 ลำดับแรก ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2560



เมื่อตรวจสอบ 43 แฟ้มมาตรฐานตามเกณฑ์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบความผิดพลาด 5 ลำดับแรก ดังนี้

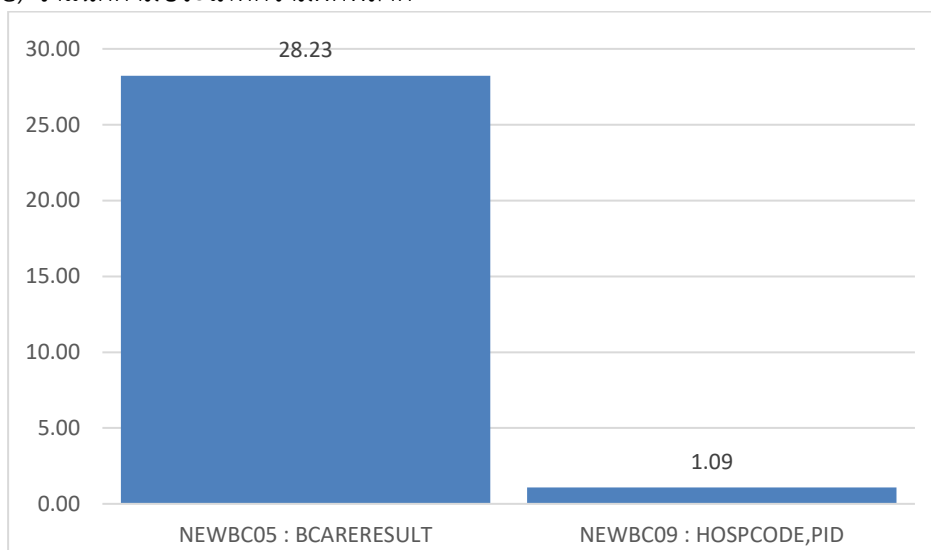
1. แฟ้มข้อมูลผู้พิการทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (Disability)
2. แฟ้มข้อมูลการดูแลทารกหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ (NewbornCare)
3. แฟ้มข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับผู้มารับบริการ และประวัติการได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ (SpecialPP)
4. แฟ้มข้อมูลประวัติการคลอดของทารกจากหญิง ในเขตรับผิดชอบ หรือทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ (NewBorn)
5. แฟ้มข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน (Drug_IPD)

1. รายละเอียดความผิดพลาดของแฟ้มข้อมูลผู้พิการทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (Disability) จำแนกตามประเภทความผิดพลาด



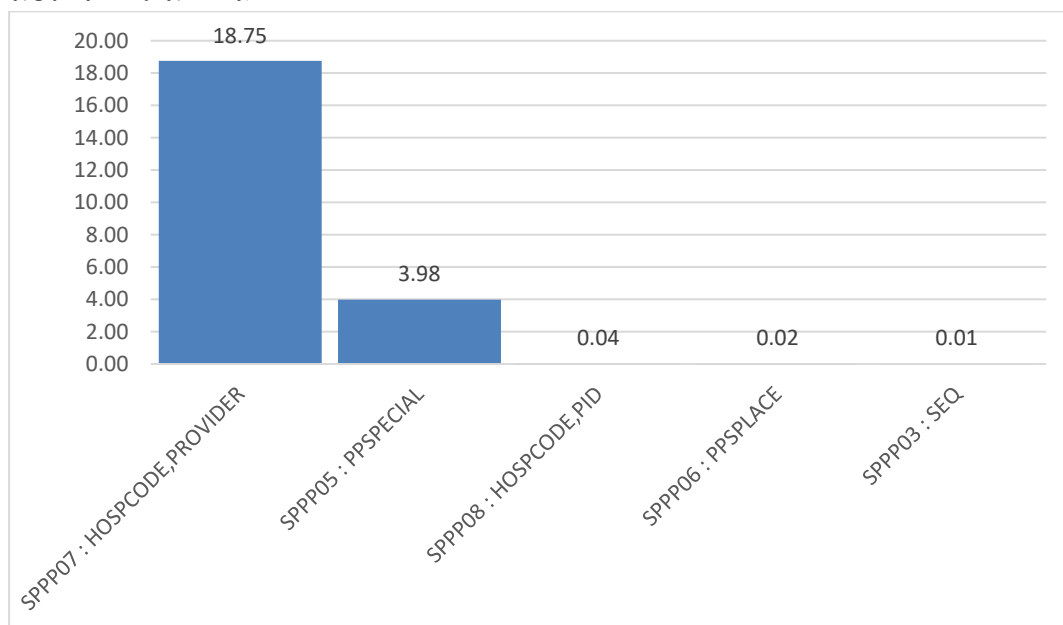
ประเด็นที่พบความผิดพลาดมากที่สุดคือสาเหตุความพิการ (Disabcause) มีค่าว่างหรือรหัสไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 28.23 รองลงมาคือ ไม่สามารถยืนยันตัวบุคคลได้ (Hospcode, PID) คิดเป็นร้อยละ 1.09 ถัดมาคือรหัสประเภทความพิการ (Disabtype) มีค่าว่างหรือไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 0.05

2. รายละเอียดความผิดพลาดของแฟ้มข้อมูลการดูแลทารกหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ (NewbornCare) จำแนกตามประเภทความผิดพลาด



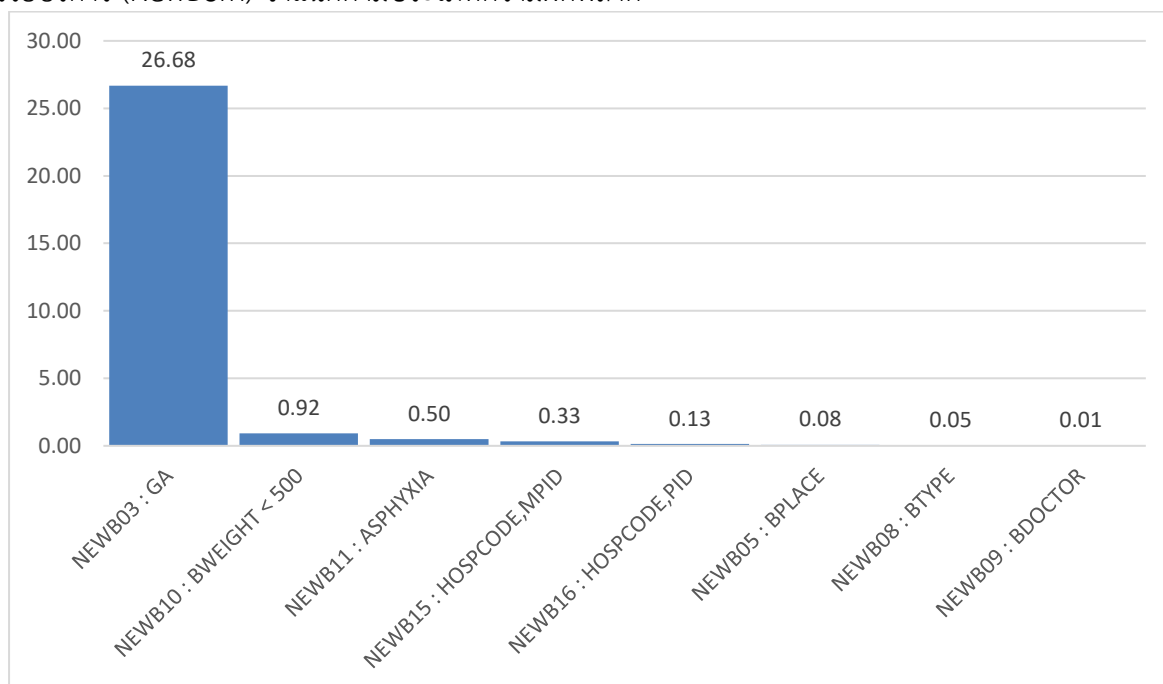
ประเด็นที่พบความผิดพลาดมากที่สุดคือผลการตรวจทารกหลังคลอด (BCareResult) มีค่าว่างหรือรหัสไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 28.23 รองลงมาคือ ไม่สามารถยืนยันตัวบุคคลได้ (Hospcode, PID) คิดเป็นร้อยละ 1.09

3. รายละเอียดความผิดพลาดของแฟ้มข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับผู้มารับบริการ และประวัติการได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ (SpecialPP) จำแนกตามประเภทความผิดพลาด



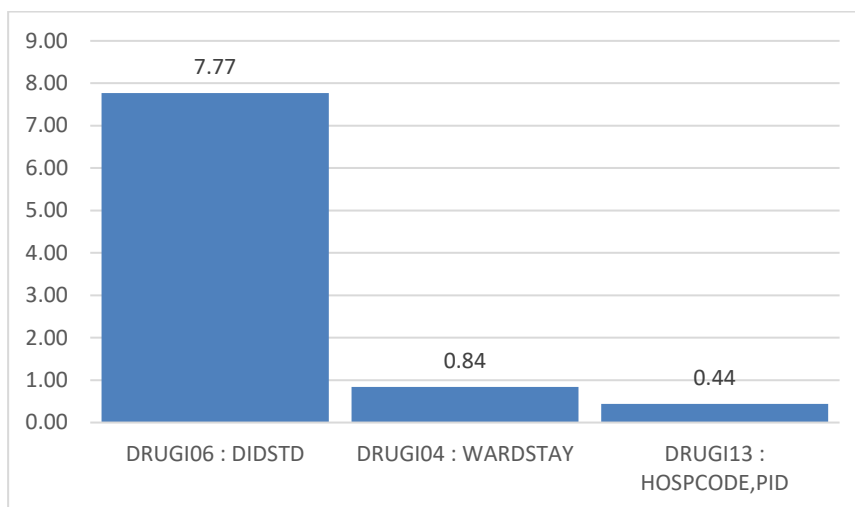
ประเด็นที่พบความผิดพลาดมากที่สุดคือไม่สามารถยืนยันตัวผู้ให้บริการได้ (Hospcode, Provider) คิดเป็นร้อยละ 18.75 รองลงมาคือรหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ (PPSpecial) มีค่าว่างหรือรหัสไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 3.98 ถัดมาคือ ไม่สามารถยืนยันตัวบุคคลได้ (Hospcode, PID) คิดเป็นร้อยละ 0.04 ถัดมาคือ สถานที่รับบริการ (Hospcode, PID) มีค่าว่างหรือรหัสไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 0.02 และลำดับเข้ารับบริการ (SEQ) มีค่าว่าง คิดเป็นร้อยละ 0.01

4. รายละเอียดความผิดพลาดของแฟ้มข้อมูลประวัติการคลอดของทารกจากหญิง ในเซตรับผิดชอบ หรือทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ (NewBorn) จำแนกตามประเภทความผิดพลาด



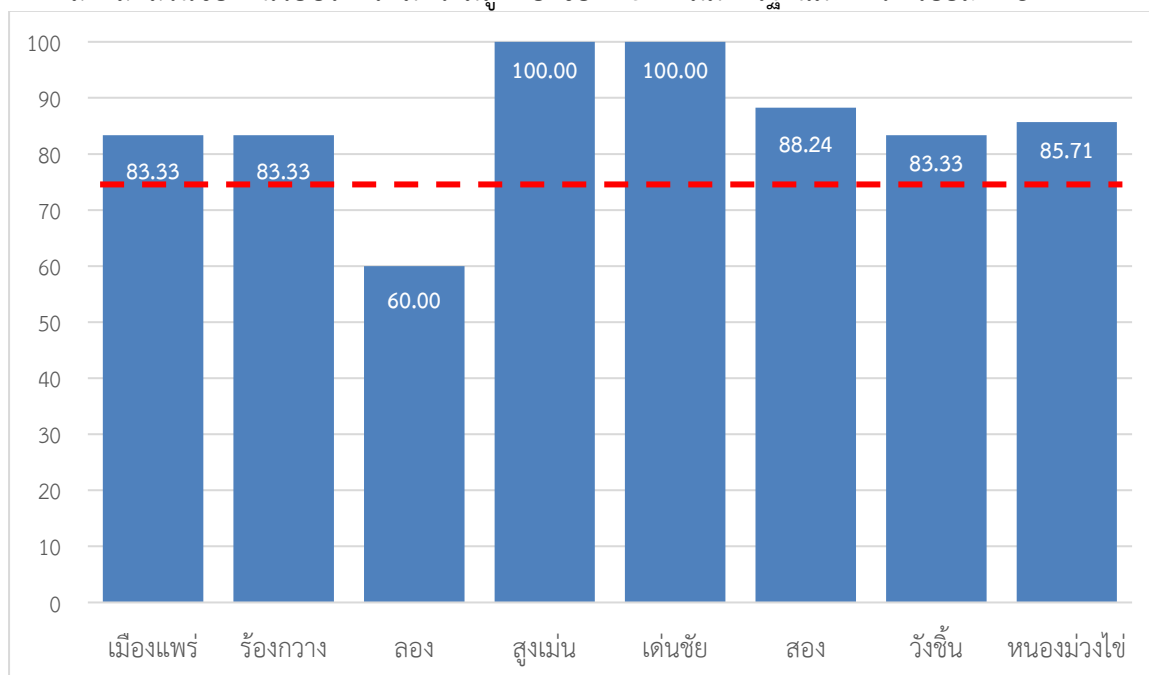
ประเด็นที่พบความผิดพลาดมากที่สุดคืออายุครรภ์เมื่อคลอด (GA) มีค่าว่างหรือไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 26.68 รองลงมาคือน้ำหนักแรกคลอด (กรัม) (BWeight) น้อยกว่า 500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 0.92 ถัดมาคือรหัสสภาวะการขาดออกซิเจน (Asphyxia) คิดเป็นร้อยละ 0.50 ถัดมาคือไม่มีข้อมูลแม่ (Hospcode, MPID) คิดเป็นร้อยละ 0.33 ถัดมาคือไม่สามารถยืนยันตัวบุคคลได้ (Hospcode, PID) คิดเป็นร้อยละ 0.13 ถัดมาคือสถานที่คลอด (BPlace) มีค่าว่างหรือไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 0.08 ถัดมาคือวิธีการคลอด (BType) มีค่าว่างหรือไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 0.05 และประเภทของผู้ทำคลอด (BDoctor) มีค่าว่างหรือไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 0.01

5. รายละเอียดความผิดพลาดของแฟ้มข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน (Drug_IPD) จำแนกตามประเภทความผิดพลาด



ประเด็นที่พบความผิดพลาดมากที่สุดคือรหัสยา 24 หลักหรือรหัสของสถานพยาบาล (DIDSTD) มีค่าว่างหรือไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 7.77 รองลงมาคือรหัสแผนกที่รับผู้ป่วย (WardStay) มีค่าว่างหรือไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 0.84 ถัดมาคือไม่สามารถยืนยันตัวบุคคลได้ (Hospcode, PID) คิดเป็นร้อยละ 0.44

กราฟแท่งแสดงสัดส่วนของหน่วยบริการที่มีความถูกต้องของ 43 แฟ้มมาตรฐานมากกว่า ร้อยละ 75



สถานพยาบาลที่จัดทำ 43 แฟ้มมาตรฐานมีความถูกต้องน้อยกว่า ร้อยละ 75 จำนวน 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอลอง ส่วนสถานพยาบาลที่จัดทำ 43 แฟ้มมาตรฐานมีคุณภาพความถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 75 นำส่งศูนย์ข้อมูลสารสนเทศระดับจังหวัด จำนวน 7 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 87.50 โดยอำเภอที่มีสถานพยาบาลนำส่งชุดข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐานที่มีความถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 75 มากที่สุดคือ อำเภอสูงเม่น และอำเภอเด่นชัย มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 100 รองลงมาคืออำเภอสอง คิดเป็นร้อยละ 88.24 ถัดมาคืออำเภอหนองม่วงไข่ คิดเป็นร้อยละ 85.71 ถัดมาคืออำเภอเมืองแพร่, อำเภอร่องกวาง และอำเภอวังชิ้น คิดเป็นร้อยละ 83.33

ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ สถานพยาบาลบริการที่มีความถูกต้องของ 43 แห่ง มาตรฐานมากกว่าร้อยละ 75

อำเภอ	จำนวนหน่วยบริการ	หน่วยบริการที่มีคะแนนเฉลี่ย > 75%	ร้อยละ
อำเภอเมืองแพร่	30	25	83.33
อำเภอร้องกวาง	18	15	83.33
อำเภอลอง	15	9	60.00
อำเภอสูงเม่น	18	18	100
อำเภอเด่นชัย	9	9	100
อำเภอสอง	17	15	88.24
อำเภอวังชิ้น	18	15	83.33
อำเภอหนองม่วงไข่	7	6	85.71
รวม	132	112	84.85

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ตรวจสอบการให้รหัสลงในหนังสือรับรองการตายของสถานพยาบาล	- ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในตายของสถานพยาบาล - กำหนดแนวทางการติดต่oprสานงานระหว่างผู้เกี่ยวข้อง	- นายทะเบียนได้รับการอบรมการให้สาเหตุการตาย	- เผยแพร่ผลการดำเนินการให้สาเหตุการตายของอำเภอ - จัดลำดับพื้นที่ให้สาเหตุการตายได้ถูกต้อง	- เผยแพร่ผลการดำเนินการให้สาเหตุการตายของอำเภอ - จัดลำดับพื้นที่ให้สาเหตุการตายได้ถูกต้อง
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- หนังสือรับรองการตายของสถานพยาบาลมีความถูกต้องมากกว่า 90% - ผู้เกี่ยวข้องรับทราบแนวทางปฏิบัติ และตระหนักต่อคุณภาพข้อมูลการตาย	- มรณะบัตรของอำเภอมีความถูกต้องมากกว่า 60% - ผู้เกี่ยวข้องมีช่องทางการประสานงานยืนยันความถูกต้องของมรณะบัตร	- มรณะบัตรของอำเภอมีความถูกต้องมากกว่า 70%	- มรณะบัตรของอำเภอมีความถูกต้องมากกว่า 75%
ผลการดำเนินงาน	- มีแนวปฏิบัติการรายงานข้อมูลการตาย	- เวชระเบียนผู้ป่วยใน และหนังสือรับรองการตายมีความถูกต้องมากกว่า 90%	-	-

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
2. ตรวจสอบประเมินเวชระเบียนตามเกณฑ์ สนย. ปีงบประมาณ 2559 แล้วจัดลำดับสถานบริการที่เวชระเบียนมีคุณภาพ	- ประชุมทบทวนคณะกรรมการตรวจประเมินเวชระเบียน - ประชุมชี้แจงแนวทางการตรวจเวชระเบียนของ สนย. ให้กับทีมตรวจประเมินเวชระเบียน	- คณะกรรมการฯ ตรวจสอบประเมินเวชระเบียนของสถานพยาบาล	- จัดลำดับสถานพยาบาลที่คุณภาพเวชระเบียนตามเกณฑ์	- เผยแพร่ผลการดำเนินงานการตรวจคุณภาพเวชระเบียนของสถานพยาบาล
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-	- สถานพยาบาลมีคุณภาพเวชระเบียน และการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ (> 75%) มากกว่าร้อยละ 5	-	- สถานพยาบาลมีคุณภาพเวชระเบียน และการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ (> 75%) มากกว่าร้อยละ 10
ผลการดำเนินงาน	- ประชุมทบทวนคณะกรรมการตรวจประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยตาย	- สถานพยาบาลมีคุณภาพเวชระเบียน และการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ (> 75%) มากกว่าร้อยละ 5	-	-
3 ตรวจสอบประเมินความถูกต้องของ 43 แฟ้มตามเกณฑ์ สนย. ปีงบประมาณ 2560 แล้วจัดลำดับสถานบริการที่ 43 แฟ้มมีคุณภาพ	- ประชุมชี้แจงแนวทางการควบคุมคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้มตามเกณฑ์ ประเมินคุณภาพข้อมูลของ สนย.	- คณะกรรมการฯ ตรวจสอบผลการดำเนินงานศูนย์ข้อมูลสารสนเทศระดับอำเภอ	- จัดลำดับสถานพยาบาลที่คุณภาพ 43 แฟ้มมาตรฐาน	- เผยแพร่ผลการดำเนินงานการตรวจคุณภาพ 43 แฟ้มของสถานพยาบาล
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ผู้เกี่ยวข้องทราบแนวทางปฏิบัติในการควบคุมคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้มตามเกณฑ์คุณภาพข้อมูลของ สนย.	- สถานพยาบาลมีความถูกต้องของข้อมูล 43 แฟ้ม (> 75%) มากกว่าร้อยละ 70	- สถานพยาบาลมีความถูกต้องของข้อมูล 43 แฟ้ม (> 75%) มากกว่าร้อยละ 80	- สถานพยาบาลมีความถูกต้องของข้อมูล 43 แฟ้ม (> 75%) มากกว่าร้อยละ 90
ผลการดำเนินงาน	- มีแนวทางปฏิบัติการควบคุมคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้มตามเกณฑ์ สนย.	- สถานพยาบาลที่มีความถูกต้องของข้อมูล 43 แฟ้ม (> 80%) คิดเป็นร้อยละ 84.85	-	-

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.							
		เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้องกวาง	สอง	หนองม่วงไข่
1. ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	อัตรา (A/B)	100	0	0	0	0	0	100	0
	จำนวนพื้นที่ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (A)	1	0	0	0	0	0	1	0
	จำนวนพื้นที่ทั้งหมด (B)	1	1	1	1	1	1	1	1
	อัตรา (C/D)	10.34	5.56	0	0	27.78	27.78	5.88	0
	จำนวนหน่วยบริการสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพตามเกณฑ์ (C)	3	1	0	0	5	5	1	0
	จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด (D)	29	18	9	15	18	18	17	7

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

1. กระบวนการประสานงานระหว่างผู้รับผิดชอบรายงานการตายของหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงมหาดไทย กับผู้รับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาล และให้ข้อมูลสาเหตุการตายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่มีรูปธรรมชัดเจนอาจส่งผลให้รายงานสาเหตุการตายคลาดเคลื่อนได้
2. นโยบายการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนของสถานพยาบาลไม่ชัดเจน ส่งผลให้สถานพยาบาลไม่สามารถกำหนดแนวทางดำเนินงานพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนของสถานพยาบาลได้
3. ไม่มีการกำหนดลำดับความสำคัญของแฟ้มงานในชุดข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐาน เพื่อใช้ในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพภายในปีงบประมาณ ทำให้พื้นที่ไม่สามารถเน้นความสำคัญของแฟ้มที่ต้องดำเนินการเร่งด่วนให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- การลงสาเหตุการตายส่วนใหญ่เป็นการตายนอกสถานพยาบาลมากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งบุคคลในท้องถิ่นเป็นผู้ให้ข้อมูลสาเหตุการตายจึงอาจส่งผลให้เกิดความผิดพลาด	- ควรมีมาตรการให้ผู้ลงสาเหตุการตายในท้องถิ่นรวบรวมเอกสารจากสถานพยาบาลเพื่อยืนยันสาเหตุการตายของบุคคลในพื้นที่
- ช่องทางการประสานงานระหว่างนายทะเบียนอำเภอกับผู้ประสานงานด้านสาธารณสุขไม่สามารถยืนยันการตายรายบุคคลได้ชัดเจน อาจส่งผลให้การยืนยันสาเหตุการตายของพื้นที่คลาดเคลื่อนได้	- ควรมีข้อตกลงร่วมกันเป็นมาตรฐานแนวทางการปฏิบัติงานในการประสานงานระหว่างนายทะเบียนอำเภอกับผู้ประสานงานด้านสาธารณสุขในการยืนยันสาเหตุการตายของบุคคลในพื้นที่

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- การตรวจประเมินเวชระเบียนของสถานพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพสารสนเทศสุขภาพมีความเข้าใจเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลการให้บริการ ไม่ตรงกันจึงอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การประเมินเวชระเบียนของสถานพยาบาล	- ควรมีการจัดการอบรมหลักสูตรการอบรมผู้ตรวจเวชระเบียนของสถานพยาบาลระดับจังหวัด เพื่อให้มีผู้เชี่ยวชาญการตรวจเวชระเบียนของสถานพยาบาลประจำจังหวัด
- เกณฑ์การประเมินคุณภาพเวชระเบียนของสถานพยาบาลมีหลากหลาย และไม่สอดคล้องกัน ส่งผลให้สถานพยาบาลไม่สามารถกำหนดแนวทางดำเนินงานด้านเวชระเบียนได้ชัดเจน และผู้ปฏิบัติงานสับสนในการกำหนดกระบวนการดำเนินงานด้านเวชระเบียน	- ควรมีข้อตกลงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานแนวทางการปฏิบัติงานในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนของสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน
- ไม่มีการกำหนดลำดับความสำคัญของแฟ้มงานในชุดข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐาน เพื่อใช้ในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพภายในปีงบประมาณ ทำให้พื้นที่ไม่สามารถเน้นความสำคัญของแฟ้มที่ต้องดำเนินการ ทำให้ภาระของสถานพยาบาลผู้จัดทำข้อมูลในการจัดทำข้อมูลทั้งหมดให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา	- ควรมีการกำหนดลำดับความสำคัญของแฟ้มงานในชุดข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐานเพื่อลดภาระงานด้านการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลของสถานพยาบาล

- ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

.....

.....

.....

.....

.....

- นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

1. แนวทางการดำเนินงานสารสนเทศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2560
2. เกณฑ์ประเมินศูนย์ข้อมูลสารสนเทศระดับอำเภอตามแนวทาง PMQA

ผู้รายงาน วชิรพงษ์ วชิรินทร์
ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนฯ ชำนาญการ
โทร.....089-9993304.....e-mail.....bonsi23@hotmail.com...