

แบบแสดงผลดำเนินการงานที่ผ่านมา

**บทเรียนการพัฒนาระบบรายงานโรคไม่ติดต่อในระบบรายงาน 43 ผ่านผ่าน
Health Data Center : HDC ของเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560**

ของ

นางสาวรัฐฉวีรัตน์ ชนเศรษฐ์

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

**ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
(ด้านส่งเสริมพัฒนา) เลขที่ตำแหน่ง 1473 กลุ่มพัฒนาวิชาการ
ส่วนราชการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
กรมควบคุมโรค**

(เสนอผลงานเข้ารับการประเมิน ปี 2561)

การขับเคลื่อนการดำเนินงานเชื่อมโยงเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของชาติและกระทรวง ด้วยหลักคิด Thailand 4.0 & MOPH 4.0 มุ่งสู่วิสัยทัศน์ “ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ภายในปี 2579” โดยด้าน Governance Excellence มีการกำหนดแผนงานด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ และตามบทบาทการเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ ในการพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว มีคุณภาพใช้งานได้

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สนย.) จึงได้มีการพัฒนาการบันทึกและการจัดเก็บข้อมูลบริการสุขภาพ ตามนโยบายการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ ปี พ.ศ. 2557 โดยจัดทำ “ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC)” ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดภาระการจัดเก็บข้อมูล และการจัดทำรายงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ โดยมุ่งหวังให้เจ้าหน้าที่มีเวลา และให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น รวมถึงมีข้อมูลที่มีคุณภาพใช้ในการกำหนดนโยบาย และวางแผนการจัดการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละระดับ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยไม่เพิ่มภาระให้กับเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการในรูปแบบโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และเป็นเครื่องมือที่ดีหากมีการบันทึก จัดเก็บส่งออกที่มีคุณภาพ แต่จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โรคเรื้อรัง ผ่าน Health Data Center: HDC พบว่า เขตสุขภาพที่ 9 มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายทุกตัวชี้วัด เนื่องจากมีการคีย์ข้อมูลในหลายจุดของโรงพยาบาลเช่นห้องบัตร ห้องLab คลินิก NCDของโรงพยาบาล คลินิก NCD ของงานเวชปฏิบัติฯ ทำให้มีความเข้าใจไม่ตรงกัน และผู้รับผิดชอบงานNCD ขาดการเตรียมความพร้อมให้มีความรู้ ความเข้าใจในโครงสร้างข้อมูล43 แฟ้มและองค์ประกอบของรายงาน ทำให้คีย์ข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และไม่ทันเวลา เกิดเป็นความทุกข์ของคนทำงานที่ใส่พลังไปเกิน 100 แต่ผลออกมา 20

ดังนั้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ในฐานะศูนย์วิชาการ จึงได้เห็นความสำคัญในการพัฒนาบุคลากรและเตรียมความพร้อม ผู้รับผิดชอบงาน NCD และงานข้อมูล NCD ให้มีความรู้ ทักษะ มีการบันทึก จัดเก็บ จัดส่งและตรวจสอบข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ ทำให้ข้อมูลมีถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ตามโครงสร้างและองค์ประกอบรายงาน ทำให้ผลลัพธ์การดำเนินงานทางคลินิก “ถูกต้อง ตรงจริง” สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้จริงในการวางแผน ติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงาน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่อเรื้อรังในพื้นที่และรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

นางสาวรัฐฉรินทร์ ชนเศรษฐ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

งานโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ (Cluster NATI)

กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่องที่น่าเสนอ	1
วัตถุประสงค์	2
ระยะเวลาที่ดำเนินการ	3
ผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี)	3
บทที่ 2 ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ	4
บทที่ 3 ผลการดำเนินงาน	64
เนื้อหาสาระและขั้นตอนการดำเนินงาน	23
ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ	33
ผลสำเร็จของงาน เเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	33
การนำไปใช้ประโยชน์	36
ความยุ่งยากในการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค	36
บทที่ 4 ข้อเสนอแนะ	39
เอกสารอ้างอิง	40
ภาคผนวก	
บทความเผยแพร่ เรื่อง เสี่ยงสะท้อนจากคนทำงาน...	
และการพัฒนาระบบข้อมูล NCDs เขตสุขภาพที่ 9	
ในงาน NCD Forum 2017 ณ อิมแพคอารีน่า เมืองทองธานี	

สารบัญตาราง

ลำดับที่	ชื่อตาราง	หน้า
1	ตาราง 1 คำอธิบายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม และความหมายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม	5
2	ตาราง 2 แสดงเพิ่มแก้ไข เป็นเพิ่มที่บันทึกการแก้ไขในรายละเอียดของแต่ละเพิ่ม	6
3	ตาราง 3 แสดงเพิ่มสะสม	8
4	ตาราง 4 แสดงเพิ่มบริการ	11
5	ตาราง 5 แสดงเพิ่มบริการกิ่งสำรวจ	16
6	ตาราง 6 รายการแก้ไขรหัสในโครงสร้าง 43 เพิ่มปีงบประมาณ 2560	18
7	ตารางที่ 7 รายการแก้ไขโครงสร้าง 43 เพิ่มปีงบประมาณ 2560	20
8	ตารางที่ 8 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดโรคเรื้อรัง ของกรมควบคุมโรค ปี 2559	23
9	ตารางที่ 9 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดโรคเรื้อรัง ปี 2559 และปี 2560	26
10	ตารางที่ 10 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตัวชี้วัดโรคเรื้อรัง ปี 2559 -60และ รอบ 4 เดือนของปี 2561 ก่อนและหลังการพัฒนา	34

สารบัญรูปภาพ

ลำดับที่	ภาพ	หน้า
1	ภาพที่ 1 การส่งข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ	1
2	ภาพที่ 2 ภาพกรอบความคิดในการพัฒนาระบบรายงานโรคไม่ติดต่อNCDs	3
3	แผนภาพที่ 3 ภาพการดำเนินงานตามโครงสร้าง 43 แห่ง	5
4	ภาพที่ 4 ภาพกิจกรรมการศึกษาระบบข้อมูลสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา	24
5	ภาพที่ 5 ภาพการเข้าร่วมการประชุมจัดทำโครงสร้างข้อมูลเฝ้าระวังเชิงยุทธศาสตร์ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กรมควบคุมโรค	25
6	ภาพที่ 6.ภาพได้รับรางวัลชนะเลิศการดำเนินงานBest Practice ด้านการดำเนินงาน CVD Risk ดีเด่นปี2560	35
7	ภาพที่ 7.ภาพได้รับรางวัลชนะเลิศการดำเนินงาน Best Practice ด้านการดำเนินงาน CKD Clinic ดีเด่นปี2560	35
8	ภาพที่ 8.ภาพได้รับรางวัลชนะเลิศการประกวด Clinic CKD ผลการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วย CKD ดีเด่น จากสมาคมโรคไต ปี2560	35

บทที่ 1

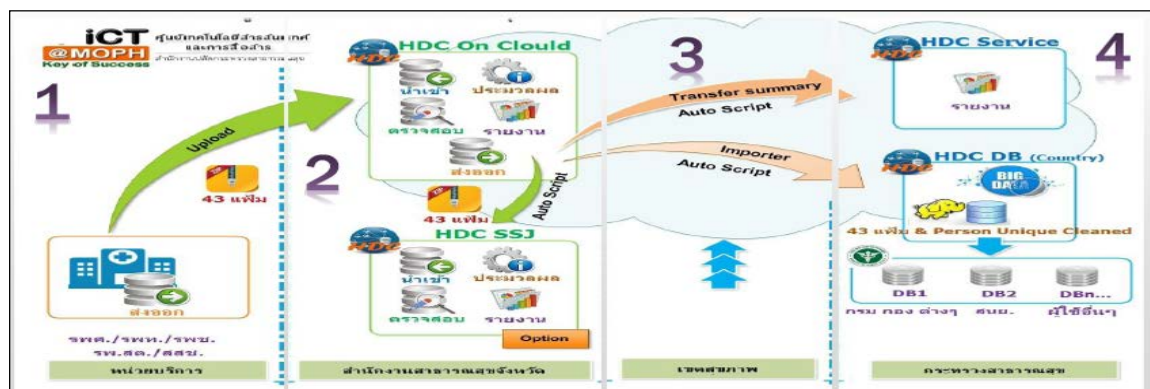
บทนำ

1.ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่องที่น่าสนใจ

ประเทศไทย 4.0 หรือ Thailand 4.0 เป็นวิสัยทัศน์เชิงนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทย ไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม บนวิสัยทัศน์ “มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) (ตุลาคม 2559 ถึง พ.ศ. 2579) มีเป้าหมายคือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ด้วย 4 Excellence (P&P, Service, People, Governance) กระทรวงสาธารณสุข MOPH 4.0 จึงมีหลักการ “ทำน้อยให้ได้มาก” อาศัยนวัตกรรม คิดสร้างสรรค์ ใช้เทคโนโลยีแก้ปัญหา ซึ่งกรมควบคุมโรค DDC 4.0 ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานเชื่อมโยงเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของชาติและกระทรวง ด้วยหลักคิด Thailand 4.0 & MOPH 4.0 มุ่งสู่วิสัยทัศน์ “ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับมาตรฐานสากล ภายในปี 2579” โดยด้าน Governance Excellence มีการกำหนดแผนงานด้านระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ และตามบทบาทการเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ National Health Authority (NHA) & Regulator ในการพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว มีคุณภาพใช้งานได้

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการพัฒนาการบันทึกและการจัดเก็บข้อมูลบริการสุขภาพ ตามนโยบายการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ ปี พ.ศ. 2557 โดยจัดทำ “ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC)” ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดภาระการจัดเก็บข้อมูล และการจัดทำรายงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ โดยมุ่งหวังให้เจ้าหน้าที่มีเวลา และให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น รวมถึงมีข้อมูลที่มีคุณภาพใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนการจัดการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละระดับ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยไม่เพิ่มภาระให้กับเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ ในรูปแบบโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และ 7 แฟ้ม การส่งต่อผู้ป่วย (Refer) ตาม “คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version 2.2 ปีงบประมาณ 2560” (6 ธันวาคม 2559) (<http://thcc.or.th/>) เริ่มใช้งานในระบบ HDC ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 เป็นต้นมา จากการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ หรือข้อมูลในระบบทะเบียน 43 แฟ้ม (เฉพาะสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ส่งข้อมูลเข้าระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 1)

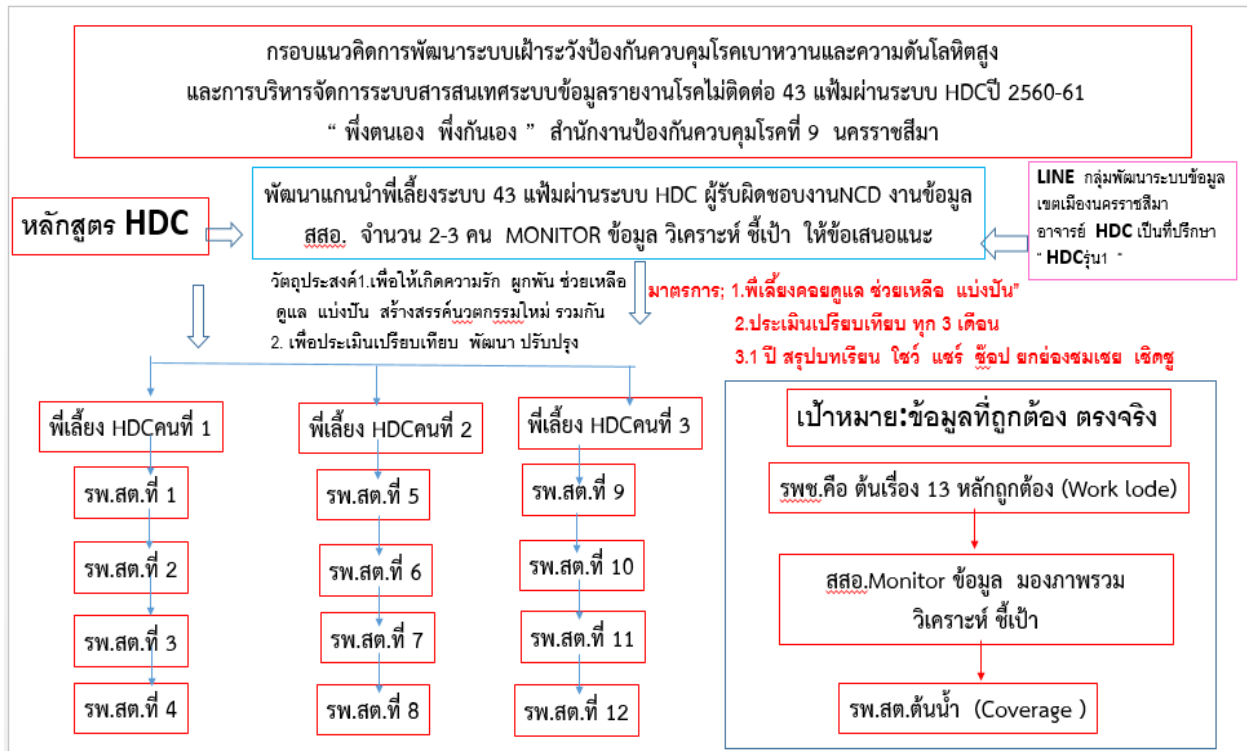
ภาพที่ 1 การส่งข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ



ปัจจุบันมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ในรูปแบบ HDC Dashboard รายจังหวัด เช่น รายงานมาตรฐาน: สถานะสุขภาพ การคัดกรอง การเฝ้าระวัง และรายงานตามตัวชี้วัด ระดับกระทรวง เขต จังหวัด กรม ตรวจราชการ (Performance Agreement: PA) เป็นต้น โดยการเรียกใช้งานที่ <http://203.157.102.1xx> โดย xx หมายถึงรหัสจังหวัด 2 ตัวท้าย เช่น จังหวัดนครราชสีมา =30 ฉะนั้นการเรียกใช้งานให้ใช้ <http://203.157.102.130/> (จังหวัดบุรีรัมย์ =31 จังหวัดสุรินทร์ =32 จังหวัดชัยภูมิ =36) ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโรคเรื้อรัง ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และเขตสุขภาพที่ 9 ใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูลสุขภาพ (HDC) สนย. ที่เว็บไซต์ <http://hdcservice.moph.go.th/> พบว่า ในปี 2559 เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายทุกตัวชี้วัด เช่น ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 22.13 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80) เป็นต้น

ข้อมูลรายงานในระบบHDC ถูกกำหนดให้เป็นแหล่งข้อมูลในการประเมินผลปฏิบัติการดำเนินงานทั้งประเทศ แต่จากการวิเคราะห์รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านระบบ HDC ในปีงบประมาณ 2558-2559 พบว่ามีผลงานต่ำกว่าเป้าหมายทุกตัวชี้วัด สาเหตุมาจากมีการบันทึก จัดเก็บ ส่งออกข้อมูลรายงานในหลายจุดของโรงพยาบาลเช่นห้องบัตร ห้องLab คลินิก NCD ของโรงพยาบาล คลินิก NCD ของงานเวชปฏิบัติฯ ทำให้มีความเข้าใจไม่ตรงกันส่งผลให้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ตามโครงสร้างและองค์ประกอบของรายงานและไม่ทันเวลา และขาดการเตรียมความพร้อมให้ผู้รับผิดชอบงานNCD มีความรู้ความเข้าใจในโครงสร้างและองค์ประกอบของรายงาน ทำให้การบันทึก จัดเก็บ ส่งออกข้อมูลรายงาน 43 แฟ้มไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนตามโครงสร้างและองค์ประกอบของรายงานและไม่ทันเวลา ส่งผลให้ HDC ไม่สามารถประมวลผลให้ได้ ข้อมูลในระบบรายงานข้อมูล HDC กับ Health Data Center ของหน่วยบริการไม่เท่ากันและต่ำกว่ากันมากและไม่ผ่านตัวชี้วัด ทำให้ข้อมูลในระบบHDC ไม่ถูกยอมรับส่ง คนทำงานมีความทุกข์ ท้อ ไม่อยากทำงานนี้ เพราะคนไข้เยอะ รับผิดชอบหลายคลินิก ทำงานเต็มที่ ไส้พลังใจเกินร้อยและผลงานออกมาต่ำและไม่ผ่านตัวชี้วัด ถูกผู้บริหารตำหนิ และยังเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการ ต้องถูกติดตามงานทุก 3 เดือน มีความเครียด ซึ่งเป็นความทุกข์ของคนทำงาน เป็นอย่างมาก

ดังนั้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ในฐานะศูนย์วิชาการมีบทบาทสนับสนุนวิชาการ เพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ให้มีความรู้ ความเข้าใจสามารถนำความรู้ไปพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ และมีความสุขในการทำงานมากขึ้น มีการจัดการข้อมูลที่ดีและนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน จึงมีการพัฒนาระบบรายงาน โรคไม่ติดต่อNCDs ในระบบรายงาน43 แฟ้มผ่านระบบHealth Data Center: HDC ของเขตสุขภาพที่ 9 โดยเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้พัฒนาระบบHDC โดยตรง มาให้ความรู้เพื่อให้ผู้รับผิดชอบงานNCD มีความรู้ความเข้าใจในโครงสร้างและองค์ประกอบของรายงาน ทำให้ มีการจัดเก็บ จัดส่งข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต ทำให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ส่งออกเป็นรายงานในระบบ HDC ที่ “ถูกต้อง ตรงจริง นำไปใช้ได้จริง” สามารถข้อมูลนำไปใช้ในการวางแผน ติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงาน และแก้ไขปัญหา จัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายบุคคลและรายพื้นที่ ได้อย่างแท้จริง



ภาพที่ 1 กรอบความคิดในการพัฒนาระบบรายงานโรคไม่ติดต่อ NCDs

2. วัตถุประสงค์ เพื่อสรุบทบทเรียนผล “การพัฒนาระบบรายงานโรคไม่ติดต่อ NCDs ข้อมูลรายงาน 43 ผ่านระบบรายงาน Health Data Center: HDC ของเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560” เพื่อพัฒนาระบบรายงานข้อมูลโรคเรื้อรัง (จาก 43 แพ้ม) ให้ครบถ้วนมีคุณภาพ และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้

3. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ปีพ.ศ. 2559-2560

4. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

บทที่ 2

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

การศึกษา เรื่อง บทเรียนการพัฒนาาระบบรายงานโรคไม่ติดต่อในระบบรายงาน 43 ผ่าน Health Data Center : HDC ของเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560 ในครั้งนี้ ได้ศึกษา ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทฤษฎี และความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการเกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ความรู้เรื่อง “ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC)”

- โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- โครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม version 2.2 ปี 2559 วันที่ 6 ธันวาคม 2559
- โครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม version 2.3 ปี 2561 วันที่ 6 ธันวาคม 2560
- มาตรฐานรหัสในโครงสร้างงานฐานข้อมูล (43 เพิ่ม)

2. ความรู้เรื่อง ประกาศฯ โครงสร้าง 43 เพิ่ม ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ปี 2560-2561

1. ความรู้เรื่อง “ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC)”

ความรู้เรื่อง การจัดเก็บจัดส่งข้อมูล และตรวจสอบข้อมูล ประเภทของเพิ่มฐานข้อมูล โครงสร้าง มาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 50 เพิ่ม และ โครงสร้างมาตรฐานข้อมูล ด้านสุขภาพและการส่งต่อผู้ป่วย

1. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการจัดเก็บจัดส่งข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. การจัดส่งข้อมูล

1.1 ผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไปมายังคลังข้อมูล (Data center) ระดับจังหวัด

1.2 ผู้ป่วยใน ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน ส่งข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล ภายใน 30 วัน ของเดือนถัดไป มายังคลังข้อมูล (Data center) ระดับจังหวัด

2. การตรวจสอบข้อมูล

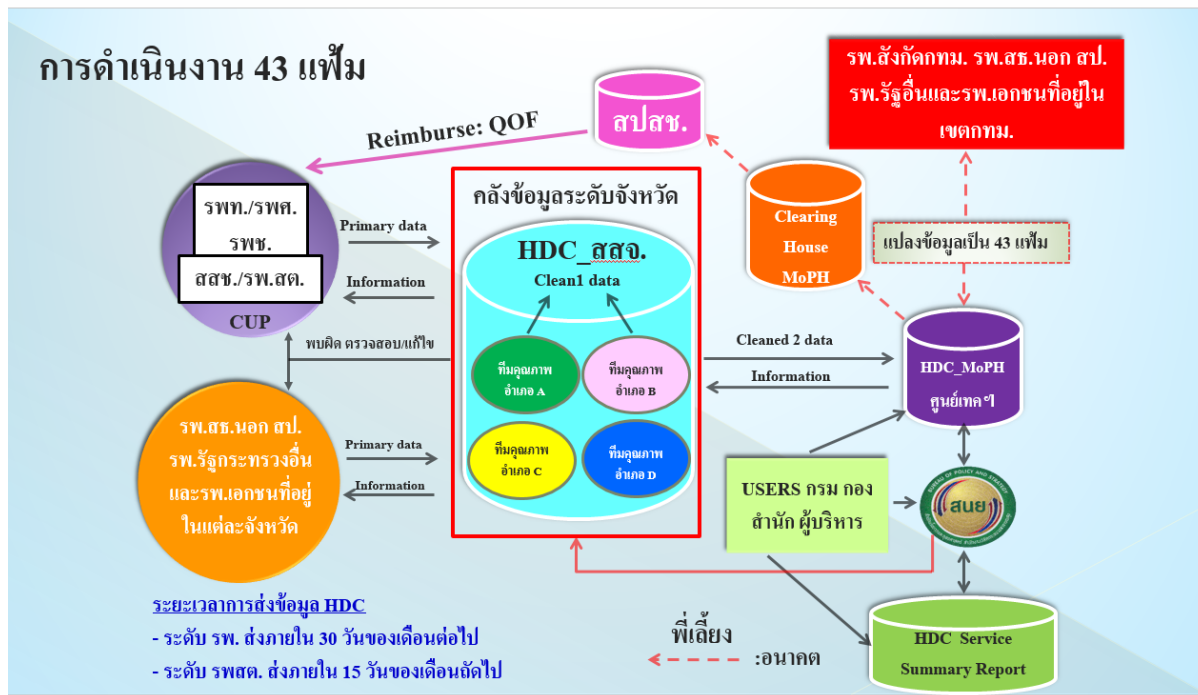
2.1 ระดับจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และหรือ ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เป็นผู้ตรวจสอบคลังข้อมูล (Data center) ระดับจังหวัด

2.2 ส่วนกลาง สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ติดตาม ความครบถ้วน ทันท่วงที และคุณภาพข้อมูล ตามตัวชี้วัดและการประมวลผลตามมาตรฐานรายงาน (Standard report) ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และกรมวิชาการต่างๆ

2.3 ระยะเวลาการตรวจสอบข้อมูล และรับฟังประเด็นปัญหา/ข้อเสนอแนะต่างๆ

2.3.1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จะดำเนินการจัดทำรายงานประเมินผลสรุปความครบถ้วนและทันเวลาของสถานบริการที่ส่งข้อมูล ทุกเดือน

2.3.2 ประชุมติดตามรับฟังประเด็นปัญหา/ข้อเสนอแนะต่างๆ ผ่านVideo conference ทุกวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน



แผนภาพที่ 3 การดำเนินงานตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม

ตาราง 1 คำอธิบายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และความหมายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

รายการ	ความหมาย
No (1)	ลำดับที่
CAPTION (2)	หัวข้อ
DESCRIPTION	(3) คำอธิบาย
ควรบันทึก (4)	การบันทึกข้อมูลเพื่อออกรายงานที่สมบูรณ์ ใช้ในการค้นหาสอบสวน หรืออ้างอิงในกรณีต่างๆ
NAME (5)	ชื่อฟิลด์
PK (6)	Primary Key (ฟิลด์ที่ระบุความไม่ซ้ำกันของข้อมูล) ระบุความไม่ว่างสถานะ Y /ว่างไม่ระบุสถานะ
TYPE (7)	ชนิดข้อมูล (D = Date, DT = Date time, C = Character, N = Number)
WIDTH (8)	ความกว้างของฟิลด์ (โดยระบุ Y)
NOT NULL (9)	ฟิลด์ที่ระบุความไม่ว่าง (สถานะY) / ว่าง (ไม่ระบุสถานะ)

3. 3.ประเภทของแฟ้มฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 50 แฟ้มและโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพและการส่งต่อผู้ป่วย

ลักษณะการจัดเก็บ หรือประเภทของการข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลของแต่ละสถานบริการสามารถแบ่งเป็น 5 ลักษณะ ได้แก่ แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ แฟ้มตามนโยบายและแฟ้มแก้ไข ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แฟ้มสะสม กำหนดให้จัดเก็บข้อมูลโดยการสำรวจปีละครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี กรณีที่มีผู้มารับบริการที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิมให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ มีจำนวน 12 แฟ้ม
2. แฟ้มบริการ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ มีจำนวน 28 แฟ้ม
3. แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ พร้อมทั้งให้มีการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการที่สถานบริการอื่นและบันทึกข้อมูล และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ มีจำนวน 10 แฟ้ม
4. แฟ้มตามนโยบาย เป็นการเก็บข้อมูลตามนโยบาย ที่ถูกพิจารณาเป็นเรื่องๆ ไป มีจำนวน 1 แฟ้ม
5. แฟ้มแก้ไข เป็นแฟ้มที่บันทึกการแก้ไขในรายละเอียดของแต่ละแฟ้ม เช่น กรณีพบข้อมูลผิดพลาดต้องการแก้ไขข้อมูล รายละเอียดดังตาราง 2 ต่อไปนี้

ตาราง 2 แสดงแฟ้มแก้ไข เป็นแฟ้มที่บันทึกการแก้ไขในรายละเอียดของแต่ละแฟ้ม

แฟ้มสะสม	แฟ้มบริการ	แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ	แฟ้มตามนโยบาย	แฟ้มแก้ไข
1.PERSON	1.FUNCTIONAL	1.REHABILITATION	1. POLICY	1.DATA_CORRECT
2.ADDRESS	2.ICF	2.NCDSCREEN		
3.DEATH	3.SERVICE	3.ANC		
4.CHRONIC	4.DIAGNOSIS_OPD	4.LABOR		
5.CARD	5.DRUG_OPD	5.POSTNATAL		
6.HOME	6.PROCEDURE_OPD	6.NEWBORN		
7.VILLAGE	7.CHARGE_OPD	7.NEWBORNCARE		
8.DISABILITY	8.SURVEILLANCE	8.EPI		
9.PROVIDER	9.ACCIDENT	9.NUTRITION		
10.WOMEN	10.LABFU	10.SPECIALPP		
11.	11.CHRONICFU			
DRUGALLERGY	12.ADMISSION			
12. PRENATAL	13.DIAGNOSIS_IPD			

เพิ่มสะสม	เพิ่มบริการ	เพิ่มบริการที่สำรวจ	เพิ่มตามนโยบาย	เพิ่มแก้ไข
	14.DRUG_IPD 15.PROCEDURE_IPD 16.CHARGE_IPD 17.APPOINTMENT* 18.DENTAL 19.FP 20.COMMUNITY_ACTIVITY 21.COMMUNITY_SERVICE 22.CARE_REFER 23.CLINICAL_REFER 24.DRUG_REFER 25.INVESTIGATION_REFER 26.PROCEDURE_REFER 27.REFER_HISTORY 28.REFER_RESULT			

หมายเหตุ : *เพิ่มที่ส่วนกลางไม่ได้ใช้ในการประมวลผล

4. รหัสมาตรฐานและระยะเวลาการบันทึก/ปรับปรุง (update) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ

4.1. เพิ่มสะสม ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงเพิ่มสะสม

เพิ่มสะสม	รหัสมาตรฐาน	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
1-PERSON	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสคำนำหน้าชื่อ • รหัสเพศ • รหัสสถานภาพสมรส • รหัสอาชีพ(เก่า) • รหัสอาชีพ(ใหม่) • รหัสเชื้อชาติ • สัญชาติ • รหัสศาสนา • รหัสระดับการศึกษา • รหัสสถานะในครอบครัว • สถานะในชุมชน • รหัสสถานะสาเหตุการจำหน่าย • รหัสหมู่เลือด • รหัสหมู่เลือดRH • รหัสความเป็นคนต่างด้าว • รหัสสถานะบุคคล 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง/เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง (update) ส่งทุกเดือน
2-ADDRESS	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • ประเภทของที่อยู่ • หมู่ที่ • ตำบล(ตามทะเบียนบ้าน),(ที่ติดต่อได้) • อำเภอ(ตามทะเบียนบ้าน),(ที่ติดต่อได้) • จังหวัด(ตามทะเบียนบ้าน),(ที่ติดต่อได้) • ลักษณะของที่อยู่ 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
3-DEATH	<p>3-DEATH</p> <ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • โรคที่เป็นสาเหตุการตาย A • โรคที่เป็นสาเหตุการตาย B 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง

แฟ้มสะสม	รหัสมาตรฐาน	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
	<ul style="list-style-type: none"> • โรคที่เป็นสาเหตุการตาย C • โรคที่เป็นสาเหตุการตาย D • สถานบริการที่เสียชีวิต • โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุฆนุน • สาเหตุการตาย • การตั้งครรรภ์และการคลอด • รหัสสถานที่ยัตาย (ใน/นอกสถานพยาบาล) 	
4-CHRONIC	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสวินิจฉัยโรคเรื้อรัง • สถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก • สถานพยาบาลที่รับบริการประจำ • รหัสประเภทการจำหน่ายหรือสถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
5-CARD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • ประเภทสิทธิการรักษา (เก่า) • ประเภทสิทธิการรักษา (ใหม่) • สถานบริการหลัก • สถานบริการรอง 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
6-HOME	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • ประเภทที่อยู่ • รหัสที่ตั้ง • รหัสการมีส้วม • รหัสน้ำดื่มพอเพียง • รหัสประเภทแหล่งน้ำดื่ม • รหัสวิธีการกำจัดมูลฝอยทั่วไป • รหัสการจัดบ้านถูกหลัก • รหัสความคงทน • รหัสความสะอาด • รหัสการระบายอากาศ 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง

แฟ้มสะสม	รหัสมาตรฐาน	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสแสงสว่าง • รหัสการบำบัด/การกำจัดน้ำเสีย • รหัสสารปรุงแต่งในครัว • รหัสสารควบคุมแมลงนำโรค • รหัสการควบคุมสัตว์นำโรค • รหัสการจัดเก็บสารเคมีอันตราย 	
7-VILLAGE	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • บ่อกำจัดน้ำเสียในชุมชน • สถานที่จัดการมูลฝอยในชุมชน 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
8-DISABILITY	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ (สถานพยาบาล) • ประเภทความพิการ • สาเหตุความพิการ • รหัสโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุของความพิการ 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
9-PROVIDER	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ (สถานพยาบาล) • เพศ • รหัสประเภทบุคลากร • รหัสสาขาวิชาชีพ 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
10-WOMEN	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสวิธีการคุมกำเนิด • รหัสสาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด 	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
11-DRUGALLERGY	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสยาที่มีประวัติการแพ้ยา (24หลัก) • ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา • ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา • ลักษณะอาการของการแพ้ยาที่พบ • ผู้ให้ประวัติการแพ้ยา 	เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมี การปรับแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของ ผู้รับบริการรายเดิม

แฟ้มสะสม	รหัสมาตรฐาน	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานพยาบาลผู้ให้ประวัติการแพ้ยา 	
33-PRENATAL	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ รหัสผลการตรวจ VDRL_RS รหัสผลการตรวจ HB_RS รหัสผลการตรวจ HIV_RS รหัสผลการตรวจ THALASSAEMIA 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำทราบประวัติการตั้งครรภ์ หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการตั้งครรภ์ครั้งเดิมของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ
37-NEWBORN	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ รหัสสถานที่เกิดคลอด รหัสสถานพยาบาลที่เกิดคลอด ลำดับที่ของทารกที่เกิดคลอด รหัสวิธีการคลอด รหัสประเภทของผู้ทำคลอด รหัสภาวะ การขาดออกซิเจน รหัสได้รับวิตามิน K หรือไม่ ได้รับการตรวจ TSH หรือไม่ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำทราบประวัติการคลอดของทารก หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการคลอดของทารกในเขตรับผิดชอบ

4.2. แฟ้มบริการ

ตาราง 4 แสดงแฟ้มบริการ

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
12-FUNCTIONAL	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ (สถานพยาบาล) วิธีประเมินความบกพร่อง ภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำรับบริการ
13-ICF	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ (สถานพยาบาล) รหัสสภาวะสุขภาพ ระดับของสภาวะสุขภาพ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำรับบริการ และต้องบันทึกข้อมูลพร้อมกับการประเมินประเภทความพิการ ในแฟ้ม DISABILITY

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
14-SERVICE	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • ที่ตั้งของที่อยู่ผู้รับบริการ • รหัสเวลามารับบริการ • รหัสประเภทสิทธิการรักษา • สถานบริการหลัก • ประเภทการมารับบริการ • สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา • สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ • สถานที่รับบริการ(ใน/นอกสถานพยาบาล) • สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ • สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
15-DIAGNOSIS_OPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • ประเภทการวินิจฉัย • รหัสโรคที่วินิจฉัย • รหัสแผนกที่รับบริการ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
16-DRUG_OPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสแผนกที่รับบริการ • รหัสยา24หลัก • หน่วยนับของยา 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
17-PROCEDURE_OPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสแผนกที่รับบริการ • รหัสหัตถการ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
18-CHARGE_OPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • หมวดของค่าบริการ • รหัสรายการค่าบริการ • สิทธิการรักษาที่เบิก • แผนกที่รับบริการ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
19-SURVEILLANCE	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสกลุ่มอาการที่เฝ้าระวัง • รหัสการวินิจฉัยแรกรับ • รหัส 506 แรกรับ • รหัสการวินิจฉัยล่าสุด • รหัส 506 ล่าสุด • รหัสตำบล (ขณะป่วย) • รหัสอำเภอ (ขณะป่วย) • รหัสจังหวัด (ขณะป่วย) • รหัสสภาพผู้ป่วย • รหัสสาเหตุการป่วย • รหัสชนิดของเชื้อโรค 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
20-ACCIDENT	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • ประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (19สาเหตุ) • สถานที่เกิดอุบัติเหตุฉุกเฉิน • ประเภทการมารับบริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน • ประเภทผู้บาดเจ็บ(อุบัติเหตุจราจร) • ประเภทยานพาหนะที่เกิดเหตุ (อุบัติเหตุจราจร) • การดื่มแอลกอฮอล์ • การใช้ยาเสพติด • การคาดเข็มขัดนิรภัย • การสวมหมวกนิรภัย • การดูแลการหายใจ • การห้ามเลือด • การใส่ splint/ slab • การให้น้ำเกลือ • ระดับความเร่งด่วน • ระดับความรู้สึกลงทางด้านตา 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
	<ul style="list-style-type: none"> • ระดับความรู้สึกลทางด้านการพูด • ระดับความรู้สึกลทางด้านการเคลื่อนไหว 	
24-DIAGNOSIS_IPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • แผนกที่รับผู้ป่วย • ประเภทการวินิจฉัย • รหัสโรคที่วินิจฉัย 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
25-DRUG_IPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • แผนกที่รับผู้ป่วย • ประเภทการจ่ายยา • รหัสยาหลัก • หน่วยนับของยา 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ หลังสิ้นสุดการเป็นผู้ป่วยใน
26-PROCEDURE_IPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • แผนกที่รับผู้ป่วย • รหัสหัตถการ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับ
27-CHARGE_IPD	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • แผนกที่รับผู้ป่วย • หมวดของค่าบริการ (รหัสหมวดค่ารักษา) • รหัสรายการค่าบริการ • สิทธิการรักษาที่เบิก 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
28-APPOINTMENT	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • ประเภทกิจกรรมที่นัด • รหัสโรคที่นัดมาตรวจ • รหัสแผนกที่รับบริการ 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการนัดมารับบริการ
29-DENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • บริการใน-นอกสถานบริการ • จำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์ • จำเป็นต้องอุดหินน้ำลาย • ประเภทผู้ได้รับบริการตรวจสถานะทันตสุขภาพ 	บันทึกข้อมูลเฉพาะรายที่ตรวจสถานะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ และวางแผนการส่งเสริมป้องกันและรักษา

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
	<ul style="list-style-type: none"> • จำเป็นต้องใส่พื้นเทียบ • สภาวะปริทัศน์ • สังกัด โรงเรียนประถมศึกษา • ระดับการศึกษา 	
32-FP	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสวิธีการคุมกำเนิดปัจจุบัน • สถานที่รับบริการ (สถานพยาบาล) 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
42- COMMUNITY_ACTIVITY	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ (สถานพยาบาล) • รหัสกิจกรรมในชุมชน 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกิจกรรมในชุมชน
43- COMMUNITY_SERVICE	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ (สถานพยาบาล) • รหัสให้บริการในชุมชน (ระดับบุคคล) 	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ให้บริการในชุมชน
44-CARE_REFER	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ 	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ และส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย
45-CLINICAL_REFER	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสการตรวจประเมินทางคลินิก 	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
46-DRUG_REFER	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล 	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้ยากับผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
47- INVESTIGATION_REFER	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย • ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
	หรือตรวจวินิจฉัยที่มีค่าเป็นตัวเลข	
48- PROCEDURE_REFER	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ รหัสหัตถการและการรักษา 	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการทำหัตถการหรือผ่าตัดผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
49-REFER_HISTORY	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา แผนกที่ส่งต่อผู้ป่วย สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป ประเภทผู้ป่วย ระดับความเร่งด่วน กลุ่มโรคเฉพาะเพื่อการส่งต่อ สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย 	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
50-REFER_RESULT	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการที่รับส่งต่อ สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา 	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการตอบรับการส่งต่อ/ส่งกลับ

4.3. แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

ตาราง 5 แสดงแฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
30-REHABILITATION	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ (สถานพยาบาล) รหัสบริการฟื้นฟูสภาพ รหัสกายอุปกรณ์ที่ได้รับ สถานที่รับบริการ 	<ol style="list-style-type: none"> กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการศึกษาข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น
31-NCDScreen	<ul style="list-style-type: none"> รหัสสถานบริการ รหัสบริการใน-นอกสถานบริการ ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติเบาหวานในญาติสายตรง 	1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

แฟ้มบริการที่สำรวจ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
31-NCDScreen (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> • ประวัติความดันสูงในญาติสายตรง • วิธีการตรวจน้ำตาลในเลือด • สถานที่รับบริการคัดกรอง (สถานพยาบาล) 	2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้ง ที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น
34-ANC	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสช่วงอายุครรภ์ • รหัสผลการตรวจครรภ์ <input type="checkbox"/> • สถานที่รับบริการฝากครรภ์ (สถานพยาบาล) 	1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้ง ที่มารับบริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้ง ที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น
35-LABOR	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสผลการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ • สถานที่คลอด • รหัสสถานพยาบาลที่คลอด • วิธีการคลอด/สิ้นสุดการตั้งครรภ์ • รหัสประเภทผู้ทำคลอด 	บันทึกข้อมูลทุกครั้ง ที่ทราบประวัติการตั้งครรภ์ หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการตั้งครรภ์ครั้งเดิมของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ
36-POSTNATAL	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลแม่ • รหัสผลการตรวจมารดาหลังคลอด 	1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้ง ที่มารับบริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้ง ที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น
38-NEWBORNCARE	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลลูก • อาหารที่รับประทาน • รหัสผลการตรวจทารกหลังคลอด • รหัสอาหารที่รับประทานปัจจุบัน 	1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้ง ที่มารับบริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้ง ที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่สถานบริการอื่น
39-EPI	<ul style="list-style-type: none"> • รหัสสถานบริการ • รหัสชนิดวัคซีน • สถานที่รับวัคซีน (สถานพยาบาล) 	1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้ง ที่มีผู้รับบริการ

แฟ้มบริการที่สำรวจ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
		2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้ง ที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขต รับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการ อื่น
40-NUTRITION	<ul style="list-style-type: none"> . รหัสสถานบริการ . สถานที่รับบริการ (สถานพยาบาล) . ระดับพัฒนาการเด็ก . รหัสอาหารที่รับประทานปัจจุบัน . รหัสการใช้ขวดนม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึก ข้อมูลทุกครั้ง ที่มารับบริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้ง ที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขต รับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการ อื่น
41-SPECIALPP	<ul style="list-style-type: none"> . รหัสสถานบริการ . บริการใน_นอกสถานบริการ . รหัสบริการส่งเสริมป้องกัน เฉพาะ . สถานที่รับบริการ (สถานพยาบาล) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีของการบริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้ง ที่มารับบริการ 2. กรณีคัดกรองกลุ่มเฉพาะ ให้รหัสบริการ ส่งเสริมป้องกันเฉพาะ ไม่ต้องลงรหัสในแฟ้ม DIAGNOSIS 3. กรณีของการสำรวจ ให้ทำการสำรวจ และ ปรับปรุงฐานข้อมูลปีละ 1 ครั้ง

5. การเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายละเอียดในแต่ละแฟ้ม ปี 2559

5.1 รายการแก้ไขรหัสในโครงสร้าง 43 แฟ้มปีงบประมาณ 60

ตาราง 6 รายการแก้ไขรหัสในโครงสร้าง 43 แฟ้มปีงบประมาณ 60

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการรหัสมาตรฐานที่แก้ไข
1	DEATH	โรคที่เป็นสาเหตุการตาย A,B,C,D ปรับรหัสตาม ICD-10-TM 2016 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุ ปรับรหัสตาม ICD-10-TM 2016 สาเหตุการตาย ปรับรหัสตาม ICD-10-TM 2016 การตั้งครรภ์และการคลอด ปรับรหัสตาม ICD-10-TM 2016 (ตัด S,T,Z ออก) การตั้งครรภ์และการคลอด (ตัด 3,4,9 ออก)
2	CHRONIC	รหัสวินิจฉัยโรคเรื้อรัง ปรับตาม ICD-10-TM 2016

ลำดับ	ชื่อเพิ่ม	รายการรหัสมาตรฐานที่แก้ไข
3	HOME	รหัสประเภทที่อยู่ เพิ่มรหัส 6=ศาสนสถาน
4	DISABILITY	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุของความพิการ ปรับตาม ICD-10-TM 2016
5	PROVIDER	รหัสประเภทบุคลากร เพิ่มรหัส 10=ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
6	SERVICE	สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ เพิ่มรหัส 9=การให้บริการโดยไม่มีคำวินิจฉัยโรค
7	DIAGNOSIS_OPD	รหัสโรคที่วินิจฉัย ปรับตาม ICD-10-TM 2016
8	PROCEDURE_OPD	รหัสหัตถการปรับตาม ICD-9- CM หรือ ICD-10- TM 2016 (ไฟล์ Mapping) และหัตถการแผนไทย / แผนจีน รหัสแผนกที่รับบริการ เพิ่มรหัส 26= ตจวิทยาคลินิก (ผิวหนัง)
10	SURVEILLANCE	รหัสการวินิจฉัยแรกเริ่ม ปรับตาม ICD-10-TM 2016 รหัส506แรกเริ่ม (โรคที่เฝ้าระวัง) ปรับตาม ICD-10-TM 2016 รหัสการวินิจฉัยล่าสุด (โรคที่เฝ้าระวัง) ปรับตาม ICD-10-TM 2016 รหัส506ล่าสุด (โรคที่เฝ้าระวัง) ปรับตาม ICD-10-TM 2016
11	LABFU	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปรับตาม ICD-10-TM 2016
12	ADMISSION	รหัสวิธีการจำหน่ายผู้ป่วย (เพิ่มภาษาไทย ตามคู่มือ Discharge Summary)
13	DIAGNOSIS_IPD	รหัสโรคที่วินิจฉัย ปรับตาม ICD-10-TM 2016
15	PROCEDURE_IPD	รหัสหัตถการ ปรับตาม ICD-9- CM หรือ ICD-10- TM 2016 (ไฟล์ Mapping) และหัตถการแผนไทย / แผนจีน
16	APPOINTMENT	รหัสโรคที่นัดมาตรวจ ปรับตาม ICD-10-TM 2016
17	LABOR	รหัสผลการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ปรับตาม ICD-10-TM 2016
18	EPI	รหัสวัคซีน ปรับตามสำนักวัคซีน 2559
19	SPECIALPP	เพิ่มเติมฐานข้อมูลรหัสรหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ
20	POLICY	เพิ่มฐานข้อมูลรหัสนโยบาย

5.2 รายการแก้ไขโครงสร้าง 43 เพิ่มปีงบประมาณ 60

ตารางที่ 7 รายการแก้ไขโครงสร้าง 43 เพิ่มปีงบประมาณ 60

ลำดับ	ชื่อเพิ่ม	รายการแก้ไข
1	ADDRESS	ขอบเขตข้อมูล 2. ผู้มารับบริการที่มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
2	DEATH	ตัดคำว่า ส่วนกลางไม่ได้ใช้เพิ่มนี้
3	CHRONIC	แก้ไขรายละเอียดตามหัวข้อดังต่อไปนี้ - นิยามข้อมูล ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขต รับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ - ขอบเขตข้อมูล 1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก โรงพยาบาล ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มา รับบริการ - หมายเหตุ - ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้ มารับบริการ ที่ได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรักษาโดย สถานพยาบาลอื่น จะเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลผู้ป่วย โรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบที่ครบถ้วน วันที่ตรวจพบครั้งแรก กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
4	CARD	ตัดคำว่า ส่วนกลางไม่ได้ใช้เพิ่มนี้ เพิ่มเติมหมายเหตุ ลำดับที่ 3 ยกเลิก ให้ใช้ลำดับที่ 4 แทน
5	HOME	ลำดับที่ 4 ประเภทที่อยู่ ใช้รหัสตามที่สนย.กำหนด
6	PROVIDER	ลำดับที่ 11 รหัสประเภทบุคลากร เพิ่มรหัส 10 = ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
7	SERVICE	เพิ่มรหัส 9 = การให้บริการ โดยไม่มีคำวินิจฉัยโรคในฐานะข้อมูล สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ
8	DIAGNOSIS_OPD	วันที่ให้บริการ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
9	DRUG_OPD	วันที่ให้บริการ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
10	PROCEDURE_OPD	วันที่ให้บริการ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
11	CHARGE_OPD	วันที่ให้บริการ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
12	ACCIDENT	วันที่และเวลามารับบริการ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
13	LABFU	นิยามข้อมูล ตัดในวงเล็บออก (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ขอบเขตข้อมูล เพิ่มข้อ 3. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นที่ได้รับการตรวจ ทาง ห้องปฏิบัติการ

ลำดับ	ชื่อเพิ่ม	รายการแก้ไข
		รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปรับปรุงใหม่ตาม ICD-10-TM 2016
14	CHRONICFU	วันที่ตรวจ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
15	ADMISSION	วันที่และเวลาจำหน่ายผู้ป่วย กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK เพิ่มลำดับที่ 25 - 31
16	DIAGNOSIS_IPD	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
17	DRUG_IPD	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
18	PROCEDURE_IPD	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
19	CHARGE_IPD	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
20	APPOINTMENT	วันที่ให้บริการ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
21	DENTAL	วันที่ให้บริการ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
22	NCDScreen	ลำดับที่ 6-9 ตัดแทบสีเหลืองออก (เดิม) ออก ลำดับที่ 18 ลดแทบสีเหลืองออก
23	LABOR	แก้ไขรายละเอียดตามหัวข้อดังต่อไปนี้ - นิยามข้อมูล ข้อมูลประวัติการคลอด หรือการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และ/หรือหญิงคลอดผู้มารับบริการ - ลักษณะเพิ่ม เพิ่มบริการกิ่งสำรวจ - ขอบเขตข้อมูล 1. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอด หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 2. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอด หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการคลอด - หมายเหตุ ข้อมูลประวัติการคลอด หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์ และตรวจหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับหญิงคลอดที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ ตัดหมายเหตุท้ายตารางออก หมายเหตุ : ลำดับที่ 9 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล - วันคลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
25	NEWBORN	แก้ไขรายละเอียดตามหัวข้อดังต่อไปนี้ - นิยามข้อมูล ข้อมูลประวัติการคลอดของทารกจากหญิง ในเขต

ลำดับ	ชื่อเพิ่ม	รายการแก้ไข
		<p>รับผิดชอบ หรือทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะเพิ่ม เพิ่มบริการกิ่งสำรวจ - ขอบเขตข้อมูล 2. ทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ - เวลา/รอบที่ทำการบันทึก 2. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำประวัติการคลอดของทารก หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการคลอดของทารกที่มาคลอดที่หน่วยบริการ <p>ลำดับที่ 14 (สภาวะการณ์ขาดออกซิเจน) แก้ไข แอปการ์ (ที่ 1 นาที) ใส่ค่าคะแนนจริง 0-10, 99 = ไม่ทราบ</p> <p>วันที่คลอด กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK</p>
26	DATA_CORRECT	เพิ่มเพิ่มใหม่
27	POLICY	เพิ่มเพิ่มใหม่

2. ความรู้เรื่อง ประกาศฯ โครงสร้าง 43 เพิ่ม ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ปี 2560-2561

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีหน้าที่ ติดตามความเคลื่อนไหว ตามประกาศของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เพื่อติดตามความเคลื่อนไหวต่างๆ ให้ทันสถานการณ์ ได้ที่ โครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43เพิ่ม version 2.3 ปีงบประมาณ 2561 ณ วันที่ 6 ธันวาคม 2560 ที่มาจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน http://bps.moph.go.th/new_bps/43file_version2.3

โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

มาตรฐานรหัสในโครงสร้างฐานข้อมูล (43 เพิ่ม)

บทที่ 3

ผลการดำเนินงาน

1.สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินงาน

1.1 บทเรียนสำคัญที่ได้จากการพัฒนาระบบรายงานโรคไม่ติดต่อNCDs ข้อมูลรายงาน43 ผ่านระบบรายงาน Health Data Center: HDC ของเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560

1.1.1 บทเรียนสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา

1.พื้นที่ที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐานทุกประการ แต่ผลงานในระบบ HDC ต่ำกว่าความเป็นจริง และไม่ผ่านตัวชี้วัดของกรมควบคุมโรค จากสาเหตุ

1.1 มีการบันทึก จัดเก็บ ส่งออกข้อมูล ในหลายจุดของโรงพยาบาล เช่นห้องบัตร ห้องชันสูตร คลินิก NCD ของโรงพยาบาล คลินิก NCD ของงานเวชปฏิบัติครอบครัว คลินิกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้มีความเข้าใจไม่ตรงกันส่งผลให้การบันทึก จัดเก็บ ส่งออกข้อมูล ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนตามโครงสร้างและองค์ประกอบของรายงานและไม่ทันเวลา HDC สามารถประมวลผลได้

1.2 ผู้รับผิดชอบงาน NCD ของสถานบริการทุกระดับ ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมให้มีความรู้ความเข้าใจในโครงสร้างและองค์ประกอบของรายงาน ทำให้การบันทึก จัดเก็บ ส่งออกข้อมูล ในรายงาน 43 ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนตามโครงสร้างและองค์ประกอบของรายงานและไม่ทันเวลา ส่งผลให้ HDC ไม่สามารถประมวลผลให้ได้

ตารางที่ 8 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดโรคเรื้อรัง ของกรมควบคุมโรค ปี 2559

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2559	
		ประเทศ	เขตสุขภาพที่ 9
1. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	มากกว่า ร้อยละ 40	21.23	25.41 (ลำดับ 3)
2. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	มากกว่า ร้อยละ 50	29.95	22.29 (ลำดับ 12)
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	มากกว่า ร้อยละ 80	40.68	22.13 (ลำดับ 12)
4. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	มากกว่า ร้อยละ 90	71.04	67.44 (ลำดับ 10)
5. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	มากกว่า ร้อยละ 90	75.22	73.46 (ลำดับ 8)

ที่มา: ระบบข้อมูลสุขภาพ (HDC) สนย. (<http://hdcservice.moph.go.th/>)

3.2 บทเรียนสำคัญที่ได้จากศึกษาระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9

งานโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ (Cluster NATI) กลุ่มพัฒนาวิชาการ และงาน IT กลุ่มพัฒนาองค์กร สคร.9 นครราชสีมา ได้ศึกษาระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2559 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ภาพที่ 4 ภาพกิจกรรมการศึกษาระบบข้อมูลสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา



สิ่งที่ได้เรียนรู้	บทเรียนที่ได้	โอกาสในการพัฒนา
1. การพัฒนา เตรียมความพร้อมในการบันทึก จัดเก็บ ส่งออกข้อมูล ในรายงาน 43 แฟ้ม นั้น ศูนย์เทคโนโลยีสำนักงานปลัดกระทรวงจะพัฒนาผ่านมาที่งานข้อมูลและระบบสารสนเทศ ของทุกจังหวัด เป็นระยะเพื่อมาทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ ติดตาม ประเมินผลแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่	1.งานข้อมูลและระบบสารสนเทศ ของทุกจังหวัด ไม่สามารถถ่ายทอด บอกสอน ต่อให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่เข้าใจได้ เนื่องจาก นิยมใช้ภาษาคอมพิวเตอร์ พูดเร็ว สอนเร็ว ผู้เรียนตามไม่ทัน 2.ผู้รับผิดชอบงาน NCD/ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ไม่เปิดใจ คิดว่าเป็นเรื่องยาก ทำไม่ได้ ไม่เข้าใจภาษาคอมพิวเตอร์ เรียนก็ตามไม่ทัน พูดกันก็ไม่รู้เรื่อง	1.การพัฒนาระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อให้สำเร็จ ต้องอาศัยความร่วมมือและสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ของผู้รับผิดชอบงาน NCD และ IT จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบข้อมูลให้สำเร็จร่วมกัน
แผนที่จะดำเนินต่อไปจากบทเรียนนี้	สคร.9 นม.จะต้องทำหน้าที่เชื่อมประสาน สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับผิดชอบงาน NCD/ผู้ปฏิบัติในพื้นที่และงานข้อมูลและระบบสารสนเทศของทุกระดับ	
การนำสิ่งที่เรียนรู้และบทเรียนที่ได้ไปขับเคลื่อนต่อ	1.สคร9. นม.จัดประชุมพัฒนาศักยภาพ การบริหารจัดการข้อมูลรายงานโรคไม่ติดต่อ 43 แฟ้ม ผ่านระบบ HDC โดยเชิญวิทยากรผู้พัฒนาระบบ HDC โดยตรงจากศูนย์เทคโนโลยี ได้แก่ อาจารย์ วสันต์ สายทอง อาจารย์ไพบุลย์ ไวกย และเชิญกลุ่มเป้าหมายคือผู้รับผิดชอบงาน NCD/ผู้ปฏิบัติในพื้นที่และงานข้อมูลและระบบสารสนเทศของทุกระดับ มาประชุมร่วมกัน เรียนรู้ร่วมกัน เพื่อเป็นทีมเดียวกัน ให้ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9	

	<p>2.บันทึกวีดิโอการเรียนการสอน ทุกครั้ง ถ่ายทอดสด ทางเฟสบุ๊ก ลงยูทูป เพื่อให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ได้เข้าถึง แหล่งความรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลา อย่างรู้เท่าทัน</p> <p>3.จัดตั้ง กลุ่ม Line โดยมีอาจารย์ผู้พัฒนาระบบ HDC โดยตรงจากศูนย์เทคโนโลยี ได้แก่ อาจารย์วสันต์ สายทอง อาจารย์ไพฑูริย์ ไวกยี่ เป็นอาจารย์ประจำกลุ่ม Line เพื่อสนับสนุน ความรู้ ติดต่о สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สอบถาม ตอบข้อซักถามได้ตลอดเวลา</p>
--	--

3.3บทเรียนที่ได้จากการพัฒนาศักยภาพระบบข้อมูลและยุทธศาสตร์งานโรคไม่ติดต่อ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ร่วมกับสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

งาน โรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ (Cluster NATI) กลุ่มพัฒนาวิชาการ และงาน IT กลุ่มพัฒนาองค์กร สคร.9 นครราชสีมา ได้เข้าร่วมการประชุมจัดทำโครงสร้างข้อมูลเฝ้าระวังเชิงยุทธศาสตร์ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กรมควบคุมโรค ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 16-17 พฤศจิกายน 2559 และครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 6-7 ธันวาคม 2559 ณ Data Center สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5 ภาพการเข้าร่วมการประชุมจัดทำโครงสร้างข้อมูลเฝ้าระวังเชิงยุทธศาสตร์ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กรมควบคุมโรค



บทเรียนที่ได้คือ

1. การพัฒนาระบบข้อมูลรายงาน โรคไม่ติดต่อจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องเรียนรู้โครงสร้างรายงาน 43 แฟ้มให้เข้าใจและศึกษารายละเอียดตัวชี้วัดแต่ละตัวให้เข้าใจ เพื่อเข้าใจองค์ประกอบรายงานแต่ละตัว และนำมาออกแบบวางแผน การจัดบริการและการจัดเก็บข้อมูล ให้สอดคล้องถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาเกิดประโยชน์สูงสุด

2. ในระยะแรกของการพัฒนาระบบรายงานโรคไม่ติดต่อ สคร. สสจ. ควรใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งมาวิเคราะห์ ปัญหา เปรียบเทียบ ซึ่เป้า ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการ ก็นข้อมูลให้แก่ผู้ปฏิบัติและผู้บริหารในทุกเวที เพื่อเกิดการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจเชิงนโยบาย

3. การจัดตั้งกลุ่ม Line “ พัฒนาระบบข้อมูลNCD9 ” ขึ้น เพื่อสื่อสารแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตอบข้อซักถาม และให้คำแนะนำแลกเปลี่ยนเรียนรู้การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ สมาชิก (Key Man) ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ ผู้รับผิดชอบงานระบบข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาล ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 มีที่ปรึกษา ให้คำชี้แนะ ในการแก้ไขปัญหา โดยมีอาจารย์วสันต์ สายทอง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี และ

อาจารย์ณรงค์ เจริญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี อาจารย์ไพบุลย์ ไวกวี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทีมพัฒนาระบบ HDC เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ทุกที่ ทุกเวลา ส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาการศึกษาค้นคว้าและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 บทเรียนจากการติดตามประเมินผลการพัฒนาระบบข้อมูลโรคเรื้อรังในการตรวจราชการ

1.จากการใช้ข้อมูล HDC ในการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลในการตรวจราชการ และได้สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้ผลการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งได้จากการประมวล วิเคราะห์จากการตรวจติดตาม วิเคราะห์ ซึ่เป้า ในทุกเวทีเช่น เวทีตรวจราชการ ส่งผลให้เกิด ดังนี้

1.1 เขตสุขภาพที่ 9 สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาจัดอบรมแกนนำที่เลี้ยงทุกอำเภอละ 3-4 คนทั้งเขต 9 จำนวน 285 คน ในวันที่ 8-9 มิ.ย.60 โรงแรมโคราชไฮเทล จังหวัดนครราชสีมา

1.2.โรงพยาบาลสุรินทร์ เปลี่ยนมาใช้ระบบ Hos xP เพื่อรองรับ ระบบ HDC

1.3.ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เกินเป้าหมาย ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดโรคเรื้อรัง ปี 2559 และปี 2560

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2560	ปี 2559		ปี 2560	
		ประเทศ	เขต 9	ประเทศ	เขต 9
1. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	มากกว่า ร้อยละ 40	21.23	25.41 (ลำดับ 3)	21.41	25.75 (ลำดับ 4)
2. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	มากกว่า ร้อยละ 50	29.95	22.29 (ลำดับ 12)	34.32	42.92 (ลำดับ 3)
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	มากกว่า ร้อยละ 80	40.68	22.13 (ลำดับ 12)	80.45	<u>85.50</u> (ลำดับ 3)
4. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	มากกว่า ร้อยละ 90	71.04	67.44 (ลำดับ 10)	83.63	81.38 (ลำดับ 9)
5. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	มากกว่า ร้อยละ 90	75.22	73.46 (ลำดับ 8)	86.08	88.57 (ลำดับ 6)
6. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จาก pre-diabetes	น้อยกว่า ร้อยละ 2.4	2.55	1.66 (ลำดับ 1)	2.28	<u>1.74</u> (ลำดับ 1)

ที่มา: ระบบข้อมูลสุขภาพ (HDC) สนย. (<http://hdcservice.moph.go.th/>) กลุ่มรายงานมาตรฐาน – ข้อมูลตอบสนอง Service Plan – สาขา DM, HT) ประมวลผล ณ วันที่ 2 ส.ค.2560

1.4.เกิดร่างข้อตกลงร่วมกันในการผลักดันให้ ระบบรายงานHDC สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จริงในพื้นที่เขต9

1. ทุกสถานบริการจะมีการสำรวจข้อมูลเพื่อปรับฐานข้อมูลทุกปี ๑ละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคมและปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. เป้าหมายการคัดกรอง จะเอาจากเพิ่ม DATA Exchange ซึ่งเป็นข้อมูลเป้าหมายการคัดกรองที่ละเอียดถึงรายบุคคล และถูกต้องตรงจริงและมีการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องของข้อมูล ในDATA Exchangeเพื่อแก้ไข ปรับปรุง ส่งออกรายงานใหม่ ได้ทันที่
3. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ทันเวลา ครบถ้วนตาม โครงสร้างรายงานและส่งออกข้อมูลมายังคลังข้อมูลระดับจังหวัด OP PPส่งภายในวันที่ 15ของเดือนถัดไป IP ส่งภายใน 30 วันของเดือนถัดไป
4. ผลักดันให้ทุกสถานบริการ (ผ่านService Planและการตรวจราชการ)
 - 4.1 จัดตารางเวลาเพื่อให้บริการตรวจ HbA1c ให้ครบถ้วนใน ไตรมาสที่ 2 และถึงข้อมูลให้ครบถ้วนทันเวลาภายใน ไตรมาสที่ 2-3 ของปีงบประมาณนั้น
 - 4.2 การคัดกรองCKD ต้องวางแผนดำเนินการทั้ง จุ่มและเจาะ ให้แล้วเสร็จภายในไตรมาส 3 เก็บตกได้ในไตรมาส 4
 - 4.3 การควบคุมความดันโลหิต ใช้เกณฑ์ค่าความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์
- 1.5.จากการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ จากการวิเคราะห์ ซึ่งใช้ในการประชุม SP เกิดเป็นแผนพัฒนา 61 ดังนี้
 - 1.5.1พัฒนาศักยภาพต้นน้ำ ให้ถึงข้อมูลอย่างมีคุณภาพ เต็มพื้นที่ และติดตามประเมินผลเพื่อเกิดข้อมูล HDC ที่ถูกต้องตรงจริงและใช้ประโยชน์ได้จริงและพัฒนาคู่มือ/ แนวทางอย่างง่ายในการถึงข้อมูล ดังนี้
 - 1.5.1.1 จังหวัดชัยภูมิ อบรมพัฒนาศักยภาพต้นน้ำในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านระบบรายงานโรคไม่ติดต่อNCDs ข้อมูลรายงาน43 ผ่านระบบรายงาน Health Data Center: HDC จำนวน 250 คนในวันที่ 10-11 สิงหาคม 2560
 - 1.5.1.2.จังหวัดสุรินทร์ อบรมพัฒนาศักยภาพต้นน้ำในพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านระบบรายงานโรคไม่ติดต่อNCDs ข้อมูลรายงาน43 ผ่านระบบรายงาน Health Data Center: HDC จำนวน 500 คนแบ่งเป็น 2 รุ่น ๑ละ 250 คน ในวันที่ 12-15 กันยายน 2560
 - 1.5.2. มีแผนพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ ด้านจัดบริการและระบบสารสนเทศการบริหารจัดการข้อมูลNCDs 2 อำเภอ ต่อ จังหวัด พัฒนาระบบที่เลี้ยงให้คำปรึกษา / ฝึกอบรม และประเมินผลการทำงานของแกนนำที่เลี้ยง
 - 1.5.3. มีแผนพัฒนาCPG แนวทางการดูแลรักษา ตรวจคัดกรอง การตรวจLAB ผู้ป่วย DM/HT และ MOU ผลักดันให้ ระบบรายงาน HDC สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จริงในพื้นที่เขต9
 - 1.5.4. มีแผนพัฒนาและเชื่อมโยงข้อมูลจากรพ.ถึง รพสต. และนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์อย่างเข้มข้นในการประเมิน NCD Clinic Plus 61
 - 1.5.5.มีแผนนิเทศติดตามในพื้นที่ที่มีปัญหาและประเมินในการตรวจราชการ 2 ครั้งต่อปี

1.6. สำนักโรคไม่ติดต่อคัดเลือกเป็นพื้นที่นำร่องในการพัฒนาระบบข้อมูลNCDsในปี2561 และเป็นวิทยากรบทรียนการพัฒนาาระบบข้อมูลรายงาน NCDs ในระบบรายงาน HDC ในการประชุมมหกรรมสุขภาพโรคไม่ติดต่อ (NCD Forum 2017)

บทเรียนที่ได้เรียนรู้ จากการพัฒนาระบบรายงานข้อมูลโรคเรื้อรังและนำข้อมูลHDCไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560

- 1) ได้เข้าใจความสำคัญในการศึกษารายละเอียดตัวชี้วัด โครงสร้าง 43 แฟ้ม และองค์ประกอบของรายงานทุกตัว ที่จะนำมาออกแบบวางแผนการจัดระบบบริการ และการคีย์ข้อมูล
- 2) ได้ความรู้เรื่อง ระบบข้อมูลในสถานบริการ การเชื่อมโยงข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC
- 3) ได้เข้าใจสภาพปัญหาของข้อมูลในระบบ HDC สาเหตุที่ต่ำกว่าเป้าหมาย หรือมีเป้าหมายการทำงานที่เกินจริง และสามารถนำไปแก้ไขปัญหาที่พบได้
- 4) การใช้เลข 13 หลักเพื่อหลอกระบบ (คีย์ให้ครบไปก่อน) ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบความซ้ำซ้อนข้อมูลได้ ประมวลผลไม่ได้และเป็นข้อมูลขยะ นำข้อมูลไปใช้ไม่ได้ ไม่น่าเชื่อถือ และNCD Clinic ควรตรวจสอบหมายเลข 13 หลักทุกครั้ง เพื่อความถูกต้องของข้อมูล และ HDC สามารถตรวจสอบความซ้ำซ้อนได้ด้วยระบบ
- 5) การส่งออกข้อมูลรายงานทุกครั้ง ทุกเดือน ควรตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของรายงานจากแฟ้ม DATA Exchange เพื่อตรวจสอบ แก้ไขข้อมูลก่อนส่งออกใหม่ และเป้าหมายการคัดกรองควรนำมาจากแฟ้ม DATA Exchange เพราะจะเป็นข้อมูลที่ถูกต้องตรงจริง ถึงถึงรายบุคคล และHDC ตัดความซ้ำซ้อนแล้ว
- 6) ทุกสถานบริการจะมีการสำรวจข้อมูลเพื่อปรับฐานข้อมูลทุกปี ๆ ละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

ปัญหาอุปสรรค การแก้ปัญหาาระบบข้อมูลต้องแก้ทั้งระบบ เพราะการคีย์ข้อมูลในหลายจุดของโรงพยาบาลเช่น ห้องบัตร ห้องLab คลินิก NCDของโรงพยาบาล คลินิก NCD ของงานเวชปฏิบัติฯ ทำให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน ส่งผลให้ ข้อมูลไม่มีคุณภาพ ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา

การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ยังไม่บรรลุและข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขเพื่อบรรลุตัวชี้วัด:

ในเขตสุขภาพที่ 9 ยังมีตัวชี้วัด ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ทุกจังหวัด ได้แก่

- 1.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ในทุกจังหวัดจากการตรวจราชการ พบว่า สถานบริการมีการดำเนินงานตามมาตรฐาน(ดูจากรายงาน Hos XP) แต่ในรายงาน HDC ผลงานต่ำกว่าความเป็นจริง จากสาเหตุ ดังนี้

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา	ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข
<p>1. มีการรั่วข้อมูลในหลายจุดของโรงพยาบาลเช่น ห้องบัตร ห้องLab คลินิกNCDของโรงพยาบาล คลินิก NCD ของงานเวชปฏิบัติฯ ทำให้มีความเข้าใจไม่ตรงกันส่งผลให้ ข้อมูลไม่มีคุณภาพ ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา HDCไม่สามารถประมวลผลได้</p>	<p>1. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ทันเวลา ครบถ้วนตามโครงสร้างรายงาน และควรมีการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องของข้อมูลเมื่อส่งข้อมูลไปแล้ว ในDATA Exchange เพื่อทราบข้อผิดพลาดแล้วแก้ไขปรับปรุง ส่งออกรายงานใหม่ ได้ทันที</p> <p>2. ควรมีการเชื่อมโยงระบบบริการ/ระบบข้อมูลผู้ป่วยจาก รพ.ถึงรพสต.เพื่อให้ HDC นับเป็น Coverage ซึ่งเป็นข้อมูลรายบุคคลให้รพสต.นำมาออกแบบ วางแผนดูแลต่อเนื่อง ลดเสี่ยง ลดโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป</p> <p>3. หน่วยบริการควรเน้นให้มีการใช้เลข 13 หลักทุกครั้งในการขึ้นทะเบียน และควรมีการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนกับเลข 13 หลักในแฟ้ม Person เพื่อประโยชน์ในการคืนข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการถูกต้องตรงคน และเชื่อมต่อข้อมูลถึงรพสต.ได้โดย ไม่ต้องขึ้นทะเบียนซ้ำซ้อน</p>
<p>2. เป้าเกินจริง จากการจำหน่ายไม่ครบทุกทะเบียน / วินิจฉัยเร็ว รีบขึ้นทะเบียน แล้วต่อมา No F/U ทำให้เป็นยอดที่ต้องดูแล เป้าจึงเกินจริง</p>	<p>1. การวินิจฉัย และขึ้นทะเบียนตาม CPG เท่านั้น หากยังไม่แน่ใจไม่ควรรีบขึ้นทะเบียน</p> <p>2. การจำหน่ายผู้ป่วยกรณีตาย ต้องนำหลักฐานการตายไปประสานห้องบัตร เพื่อจำหน่ายออกจากแฟ้ม Person</p>
<p>2. รอดผลHbA1c เนื่องจาก ส่วนใหญ่ยังใช้ระบบการตรวจตามรอบปีปฏิทิน ทำให้ประเมินผลการให้บริการในภาพรวมยาก ทำให้คีย์ไม่ครบ/คีย์ไม่ทันเวลา และหากคีย์ข้อมูลไม่ทันจนหมดปีงบประมาณที่วิเคราะห์จะเกิดสูญเปล่า และทำให้ ผลงานในHDC ไม่ขึ้น</p>	<p>1. เป้าหมายการเจาะ ควรจะเอาจาก DATA Exchange เพราะจะเป็นข้อมูลที่ถูกต้องตรงจริง ลึกถึงรายบุคคล และHDC ตัดความซ้ำซ้อนแล้ว</p> <p>2. ควรนำข้อมูลที่ได้ มาวางแผนจัดตารางการให้บริการตรวจ HbA1c ให้ครบถ้วนของโรงพยาบาลและรพสต. ให้แล้วเสร็จภายใน ไตรมาสที่ 2 และควรรีบบันทึกข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในไตรมาสที่ 3 ของปีงบประมาณที่วิเคราะห์</p>
<p>3. การคีย์ผลระดับความดันโลหิตไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ในรายละเอียดตัวชี้วัด</p>	<p>3. ต้องใช้เกณฑ์ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 140/90มิลลิเมตรปรอทติดกัน ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์</p> <p>2. สถานบริการต้องควบคุมคุณภาพการตรวจวัดระดับความดันโลหิตให้ได้ตามมาตรฐานสากล แล้วจึงจัดเก็บข้อมูล</p>

2. ร้อยละผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ได้รับการคัดกรอง CVD Risk ร้อยละ 80 ผลงาน 84.77 แต่พบว่าบางพื้นที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์

สาเหตุของปัญหา	ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขเพื่อบรรลุตัวชี้วัด
1. มีการคีย์ข้อมูลในหลายจุดของโรงพยาบาลเช่น ห้องบัตร ห้องLab คลินิกNCDของโรงพยาบาล คลินิก NCD ของงานเวชปฏิบัติฯ ทำให้มีความเข้าใจไม่ตรงกันส่งผลให้ ข้อมูลไม่มีคุณภาพ ไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันทเวลา HDCไม่สามารถประมวลผลได้	<p>ดูตามข้อ1-3</p> <p>4. องค์กรประกอบรายงานในรายละเอียดตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนรักษาได้รับการคัดกรอง CVD Risk ร้อยละ 80 ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มPerson ; <ol style="list-style-type: none"> 1.1 อายุ ; ปี ใช้ Birthนับถึงวันที่1 ม.ค.ของปีงบประมาณ 1.2 เพศ ; Sex ชาย=1 หญิง =0 2. เพิ่มChronic ; การป่วยเป็นเบาหวาน ความดันโลหิต 3. เพิ่มLab FU ; Total Cholesterol 4. เพิ่มChronic FUและNCD Screen ; SBP,ค่ารอบเอว,ส่วนสูง เป็น เซนติเมตร และการสูบบุหรี่ 5. เพิ่มSPECAIL PP ; การสูบบุหรี่
2. ผู้รับผิดชอบงาน NCD Clinic ยังขาดความรู้ความเข้าใจในโครงสร้าง43 เพิ่มและองค์กรประกอบรายงานตัวชี้วัดแต่ละตัว ซึ่งในอยู่ในรายละเอียดตัวชี้วัด	

3. ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองและเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90 ยังไม่ผ่านเกณฑ์

สาเหตุของปัญหา	ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขเพื่อบรรลุตัวชี้วัด
1. เป้าสูงเกินจริง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทุกสถานบริการจะมีการสำรวจข้อมูลเพื่อปรับฐานข้อมูลทุกปี ๑ละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคมและปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. เป้าหมายการคัดกรอง จะเอามาจากเพิ่ม DATA Exchange ซึ่งเป็นข้อมูลเป้าหมายการคัดกรองที่ละเอียดถึงรายบุคคล และถูกต้องตรงจริง 3. การจำหน่ายผู้ป่วยกรณีตาย ต้องนำหลักฐานการตายไปประสานห้องบัตร เพื่อจำหน่ายออกจากเพิ่ม Person

4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จาก pre-diabetes น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.40

สาเหตุของปัญหา	ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขเพื่อบรรลุตัวชี้วัด
1. คัดกรองเพียงครั้งเดียว	1. ควรนำมากลุ่มเสี่ยงมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วนำมาเจาะเลือดซ้ำ แล้วคัดกรองใหม่ และส่งออกรายงานใหม่ ได้หลายครั้งใน 1 ปี

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญและใช้ข้อมูลในระบบ HDC ในการติดตาม ประเมินผล มีการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งมาวิเคราะห์ ปัญหา เปรียบเทียบ ซึ่เป้า ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการ ก็นข้อมูลให้แก่ผู้ปฏิบัติและผู้บริหารในทุกเวที เพื่อเกิดการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจเชิงนโยบาย

2. การขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบข้อมูลNCDs ผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการด้าน DM/HT ส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แผนที่จะดำเนินการต่อ

1. พัฒนาศักยภาพต้นน้ำ ให้บันทึก จัดเก็บ ส่งออกข้อมูลอย่างมีคุณภาพ ให้เต็มพื้นที่ และติดตาม ประเมินผลเพื่อเกิดข้อมูล HDC ที่ถูกต้องตรงจริงและใช้ประโยชน์ได้จริงและพัฒนาคู่มือ/ แนวทางอย่างง่ายในการบันทึก จัดเก็บ ส่งออกข้อมูล

2. พัฒนาศูนย์การเรียนรู้ ด้านจัดบริการและระบบสารสนเทศการบริหารจัดการข้อมูลNCDs 2 อำเภอ ต่อ จังหวัด พัฒนาระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา / ฝึกอบรม และประเมินผลการทำงานของแกนนำพี่เลี้ยง

3. ในปี 2561 มีแผนพัฒนา NCD Clinic Plus โดยเน้นการเชื่อมโยงข้อมูลจากรพ.ถึง รพสต.อย่างเป็นระบบ และมีการประเมินคุณภาพข้อมูลในระบบ HDC โดยใช้ DATA Exchange และประเมินการเข้าไปใช้ DATA Exchange เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ เข้าไปตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลด้วยตัวเอง เพื่อแก้ไข ส่งออกใหม่ อย่างทันทั่วถึง และส่งเสริมการเอาเป้าหมายการดำเนินงานจาก DATA Exchange เพื่อออกแบบวางแผน ถูกต้อง ตรงจริง และประเมินผลผลลัพธ์ การดำเนินงาน จากข้อมูล HDC อย่างเข้มข้นในการประเมิน NCD Clinic Plus 61

การพัฒนาระบบรายงานข้อมูลโรคเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 9 มีปัจจัยความสำเร็จ เทคนิค/เคล็ดลับ หรือ แรบบันดาลใจ ดังนี้

1) เห็นสภาพการทำงานในการให้บริการในสถานบริการที่ทุกคนที่ทำงานหนักมาก ใ้พลังไปเต็ม 100 แต่ผลงานออกมาต่ำ เกิดความท้อแท้ ไม่อยากทำ จึงเกิดแรงบันดาลใจให้คนทำงาน อยากเห็นคนทำงาน ที่ความทุ่มเทใ้พลังเต็ม100 ผลงานออกมาได้ เต็ม 100 เช่นกัน และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ออกแบบการจัดบริการ ติดตามประเมินผล (PDCA) ได้อย่างถูกต้อง ตรงจริง

2) อยากให้เกิดการจัดการข้อมูลที่ดี ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (ต้นน้ำ) ได้แก่ รพ.สต. รพช. รพศ. รพท. ใ้ห้คีย์ข้อมูลอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้เกิดข้อมูลที่ปถ่ายน้ำคือในระบบ HDC อย่างถูกต้อง ตรงจริง และสามารถนำใ้ประโยชน์ได้จริง เช่น วิเคราะห์ ซึ่เป้า ให้ข้อเสนอแนะ ก็นข้อมูล หรือใ้ข้อมูลในการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล ที่เป็นระบบเดียวทั้งเขตและ สามารถเปรียบเทียบกับสถานบริการ (ระดับบุคคล) อำเภอ จังหวัด เขต และประเทศ

3) อยากให้เกิดข้อมูลสถานะสุขภาพรายบุคคล ที่ถูกต้อง ตรงจริง สามารถนำไปออกแบบวางแผน แก้ไขปัญหาและจัดบริการสุขภาพ นำมาออกแบบ การดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) นำและใ้เทคนิคการเรียนรู้จากทีมพัฒนาระบบ HDC โดยตรง ต่อเนื่อง และนำความรู้มา Monitor ข้อมูล HDC โดยการวิเคราะห์ ซึ่เป้า และใ้ข้อเสนอแนะในทุกเวที เช่น การตรวจราชการเขตสุขภาพที่

9, ประชุมผู้บริหาร, Service Plan, CIO เขตสุขภาพที่ 9, สปสช. เป็นต้น เพื่อให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญและตัดสินใจเชิงนโยบาย เกิดการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาร่วมกันทั้งเขตสุขภาพที่ 9

5) ใช้เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์ สร้างความมั่นใจ สร้างความร่วมมือ กำหนดเป้าหมาย ร่วมกัน และดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกันของผู้รับผิดชอบงานด้านโรค และ IT ทั้งเขตสุขภาพที่ 9 โดยใช้ทุกช่องทาง เช่น การโทรศัพท์สอบถามปัญหาอุปสรรค และหาทางออกในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันและ ใช้ความมุ่งมั่นและความจริงใจในการแก้ไขปัญหา และวิเคราะห์ ซึ่เป้า ให้ข้อเสนอแนะ คั้นข้อมูลให้ผู้บริหารเห็นความเปลี่ยนแปลง เห็นความสำคัญและตัดสินใจเชิงนโยบาย เกิดการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาร่วมกันทั้งเขตสุขภาพที่ 9

6) ในการตรวจติดตามประเมินผล สคร.9 ใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ให้ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพที่ 9 เห็นข้อเท็จจริง พร้อมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการ ตัวอย่างเช่น ผลงานในระบบ HDC ต่ำกว่าเป้าหมาย อาจเนื่องจากการคีย์ข้อมูลไม่ครบ ไม่ถูกต้อง โดยใช้ข้อมูลจาก HosxP มาเปรียบเทียบกับ HDC ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด ผู้รับการประเมินหรือผู้ถูกติดตามประเมินผล ไม่เสียกำลังใจ รู้สึกว่าการตรวจราชการมีประโยชน์ อยากให้ลงติดตามอย่างต่อเนื่อง



“ทำงานมา 10 ปี ไม่เคยมีใครถามว่า ทำไมถึงตกตัวชีวิต มีปัญหาจะให้ช่วยอะไรไหม”

..ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาล.

“ข้อมูลดีๆ ไม่มีขาย อยากได้ต้องช่วยกันคีย์”

...ผู้บริหารระดับสูง



เมื่อก่อนนั้นไม่เคยมีใคร มาวิเคราะห์ ซึ่เป้าว่า เราทำอะไรไม่ได้ ที่ทำให้ ข้อมูล HDC ยังต่ำทั้งๆที่ทำงานทุกอย่าง คีย์ทุกอย่าง หหมด แต่ทำไม ข้อมูลไม่ขึ้น..วันนี้รู้แล้วว่า..เพราะเราคีย์ไม่ครบ .. คีย์ไม่ถูก..ตามโครงสร้างและองค์ประกอบรายงาน..นั่นเอง ไม่..เสียดายที่ซัปรถมาตั้งไกล.... จริง

ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1.วิเคราะห์สถานการณ์ จัดทำโครงการและขออนุมัติ
- 2.จัดทำแผนและประสานหน่วยงานเครือข่าย
- 3.ดำเนินการจัดอบรมตามแผน
- 4.เก็บรวบรวมข้อมูล
- 5.สรุปผลการดำเนินงาน
6. วิเคราะห์ เปรียบเทียบ ซึ่เป้า ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการและคืนข้อมูลทุก 3 เดือน และในเวทีตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 9
- 7.ประชุมสรุปบทเรียน
- 8.เขียนรายงานสรุปบทเรียน
- 9.รายงานผลสรุปบทเรียนต่อผู้บังคับบัญชา
- 10.คืนข้อมูล เผยแพร่

2. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน (ถ้ามี) ไม่มี

สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ (%) (ระบุรายละเอียดของผลงานเฉพาะส่วนที่ตนเอง

ปฏิบัติพร้อมทั้งสัดส่วนของผลงาน)

ผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ ร้อยละ 100

ตารางที่ 1 ระบุรายละเอียดของผลงานเฉพาะส่วนที่ตนเองปฏิบัติพร้อมทั้งสัดส่วนของผลงาน

กิจกรรม	คะแนนผลงาน	สัดส่วนของผลงาน
1.วิเคราะห์สถานการณ์ จัดทำโครงการและขออนุมัติ	10	10
2.จัดทำแผนและประสานหน่วยงานเครือข่าย	10	10
3.ดำเนินการตามแผน	10	10
4.เก็บรวบรวมข้อมูล	10	10
5.วิเคราะห์ ปัญหา เปรียบเทียบ ซึ่เป้า ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการและ คืนข้อมูลทุก 3 เดือนและ ในเวทีตรวจราชการ	10	10
6.สรุปผลการดำเนินงาน	10	10
7.ประชุมสรุปบทเรียน	10	10
7.เขียนรายงานสรุปบทเรียน	10	10
9.รายงานผลสรุปบทเรียนต่อผู้บังคับบัญชา	10	10
10คืนข้อมูล เผยแพร่	10	10
รวม		100

3.ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

จากการพัฒนาระบบรายงาน และใช้ข้อมูลในระบบ HDC ในการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลในการตรวจราชการ และได้สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้ผลการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งได้จากการประมวล วิเคราะห์จากการตรวจติดตาม วิเคราะห์ ซึ่เป้าให้ข้อเสนอแนะทุก 3 เดือนและ ในทุกเวทีเช่น เวทีตรวจราชการ โดยในระยะแรกของการพัฒนาระบบรายงานโรคไม่ติดต่อ สคร. สสจ. ใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งมา

วิเคราะห์ ปัญหา เปรียบเทียบ ซึ่เป้า ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการ คินข้อมูลให้แก่ผู้ปฏิบัติและผู้บริหารในทุกเวที เพื่อเกิดการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจเชิงนโยบาย **ส่งผลให้เกิด ดังนี้**

1.1 ผู้บริหารระดับ เขตสุขภาพที่ 9 ให้ความสำคัญและสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาจัดอบรมแกนนำพี่เลี้ยงทุกอำเภอๆละ 3-4 คนทั้งเขต 9จำนวน 285 คน ในวันที่ 8-9 มิ.ย.60 โรงแรมโคราชไฮเทล จังหวัดนครราชสีมา โดยวิทยากรผู้พัฒนาระบบ HDC โดยตรง

1.2.โรงพยาบาลสุรินทร์ เปลี่ยนมาใช้ระบบ Hos xP เพื่อรองรับ ระบบ HDC

1.3 ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ มีความรู้ ความเข้าใจ บันทึก จัดเก็บ ส่งออกข้อมูลรายงานได้ถูกต้องส่งผลให้ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โรคเรื้อรัง ปี 2559 ,2560และ รอบ 4 เดือนของปี 2561 มีผลการดำเนินงานที่ดีขึ้น ดังตารางที่10

ตาราง 10 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรคเรื้อรัง ปี 2559-60และ 4 เดือนของปี 2561 ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2560	ปี 2559		ปี 2560		ปี2561 (4 เดือน)	
		ประเทศ	เขต 9	ประเทศ	เขต 9	ประเทศ	เขต 9
1. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	มากกว่า ร้อยละ 90	75.22	73.46 (ลำดับ 8)	86.08	88.57 (ลำดับ 6)	74.91	80.5 (ลำดับ 4)
2. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	มากกว่า ร้อยละ 50	29.95	22.29 (ลำดับ 12)	34.32	42.92 (ลำดับ 3)	23.61	30.91 (ลำดับ 2)
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	มากกว่า ร้อยละ 80	40.68	22.13 (ลำดับ 12)	80.45	<u>85.50</u> (ลำดับ 3)	<u>67.89</u>	<u>69.8</u> (ลำดับ 2)
4. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	มากกว่า ร้อยละ 90	71.04	67.44 (ลำดับ 10)	83.63	81.38 (ลำดับ 9)	73.41	77.1 (ลำดับ 4)
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จาก pre-diabetes	น้อยกว่า ร้อยละ 2.4	2.55	1.66 (ลำดับ 1)	2.28	<u>1.74</u> (ลำดับ 1)	<u>0.90</u>	<u>0.85</u> (ลำดับ 1)
6. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	มากกว่า ร้อยละ 40	21.23	25.41 (ลำดับ 3)	21.41	25.75 (ลำดับ 4)	15.67	19.87 (ลำดับ 3)

ที่มา: ระบบข้อมูลสุขภาพ (HDC) สนย. (<http://hdcservice.moph.go.th/>) กลุ่มรายงานมาตรฐาน – ข้อมูลตอบสนอง Service Plan – สาขา DM, HT) ประมวลผล ณ วันที่ 2 ส.ค.2560และ28 ก.พ.2561

1.4 ในปี 2560 หลังการพัฒนากระบวนการรายงานโรคไม่ติดต่อ ส่งผลให้มีผลงานถูกต้อง ตรงจริงผ่านตัวชี้วัด ได้รับรางวัลชนะเลิศดังนี้

- ได้รับรางวัลชนะเลิศการดำเนินงาน Best Practice ด้านการดำเนินงาน CVD Risk ดีเด่นปี 2560 ได้แก่ สสจ. สุรินทร์ (จากการแก้ไขปัญหาข้อมูล ซึ่งผลงานต่ำที่สุดในประเทศในไตรมาสที่ 1 มีผลงานเป็นที่ 1 ของประเทศ ในเดือนที่ 4 และยังเป็น ที่ 1 ติดต่อกันจนถึงเดือนปัจจุบัน)



ภาพที่ 6. ได้รับรางวัลชนะเลิศการดำเนินงาน Best Practice ด้านการดำเนินงาน CVD Risk ดีเด่นปี 2560

- ได้รับรางวัลชนะเลิศการดำเนินงาน Best Practice ด้านการดำเนินงาน CKD Clinic ได้แก่ รพ. นาโพธิ์ บุรีรัมย์ (ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ 1 ของประเทศ)



ภาพที่ 7. ได้รับรางวัลชนะเลิศการดำเนินงาน Best Practice ด้านการดำเนินงาน CKD Clinic ดีเด่นปี 2560

- ได้รับรางวัลชนะเลิศการประกวด Clinic CKD ผลการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วย CKD ดีเด่น จากสมาคมโรคไต ได้แก่ รพ.นาโพธิ์ บุรีรัมย์(ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ 1 ของประเทศ)



ภาพที่ 8. ได้รับรางวัลชนะเลิศการประกวด Clinic CKD ผลการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วย CKD ดีเด่น จากสมาคมโรคไต ปี 2560

1.5 เกิดพื้นที่ต้นแบบ ในการพัฒนาระบบรายงานโรคไม่ติดต่อที่มีผลงานถูกต้อง ตรงจริง ให้พื้นที่ได้มาเรียนรู้ นำไปพัฒนาต่อยอด และขยายผลต่อไปในปี 2561

1.6 เกิดช่องทางการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ได้เข้าไปเรียนรู้ได้ตลอดเวลาโดย สคร.9 นม ได้จัดทำวีดีโอบันทึกการสอนจำนวน 8 ครั้ง ถ่ายทอดสดทางเฟสบุ๊ค และลงยูทูปทางช่องทาง “HDC NCD” และเกิดช่องทางการติดต่อ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ตอบข้อซักถาม ข้อสงสัยแก่ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ตลอดเวลาทาง ไลน์กลุ่มที่มีอาจารย์ วสันต์ สายทองและอาจารย์ไพบูลย์ ไวกยิ ผู้พัฒนาระบบเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ทำให้ผู้ปฏิบัติได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดเวลา

4.การนำไปใช้ประโยชน์

1. ได้นำผลการวิเคราะห์ ซึ่เป้า ให้ข้อเสนอแนะไปคืนข้อมูลในเวทีต่างๆเช่นเวทีสรุปการตรวจราชการ การประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการด้าน โรคนาหวานความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 9 ส่งผลให้เกิดข้อตกลงร่วมกันในการผลักดันโดยมีเป้าหมายร่วมกัน ในอันที่จะทำให้ระบบรายงาน HDC ถูกต้อง ตรงจริง สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จริง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ดังนี้

1.1 ทุกสถานบริการจะมีการสำรวจข้อมูลเพื่อปรับฐานข้อมูลทุกปี ะละ 1 ครั้ง ภายในเดือน สิงหาคมและปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

1.2 สถานบริการทุกแห่งต้องนำเป้าหมายการทำงานเช่นการคัดกรอง จากแฟ้ม Data Exchange ซึ่งเป็นข้อมูลคัดความซ้ำซ้อน ถูกต้องตรงจริงละเอียดถึงรายบุคคล และต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องของ ข้อมูล ใน Data Exchange เพื่อแก้ไข บันทึก ส่งออกรายงานใหม่ ได้ทันท่วงที

1.3. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ทันเวลา ครบถ้วนตามโครงสร้างรายงานและส่งออก ข้อมูลมายังคลังข้อมูลระดับจังหวัด OP PPส่งภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป IP ส่งภายใน 30 วันของเดือน ถัดไป

1.4. ผลักดันให้ทุกสถานบริการเร่งรัดการดำเนินงานและบันทึกจัดเก็บส่งออกภายในไตรมาส 3 ถึงต้น ไตรมาส 3 เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดในการประเมินผล

2. ได้นำผลการวิเคราะห์ ซึ่เป้า ให้ข้อเสนอแนะไปคืนข้อมูลในเวทีต่างๆเช่นเวทีสรุปการตรวจ ราชการการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการด้าน โรคนาหวานความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 9 ส่งผลให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญ การพัฒนาระบบข้อมูลรายงานอย่างจริงจังให้กับผู้ปฏิบัติ เกิดการขยายผล การพัฒนาระบบรายงาน โรคไม่ติดต่ออย่างต่อเนื่องและครบทั้ง 4 จังหวัด โดยงบประมาณของจังหวัดเอง

3. สคร.9 นม. ได้รับการคัดเลือกจากสำนักโรคไม่ติดต่อ ให้เป็นวิทยากรในการนำบทเรียนการ พัฒนาระบบข้อมูลรายงาน โรคไม่ติดต่อ 43 แฟ้มผ่านระบบรายงาน HDC นำเสนอเพื่อเผยแพร่ ในการประชุม มหกรรมสุขภาพโรคไม่ติดต่อ NCD Forum 2017 ณ อิมแพคเมืองทองธานี เพื่อจุดประกายให้ สคร. อื่นๆเห็น ความสำคัญของการพัฒนาระบบข้อมูล และได้เชิญ สคร. 5,7,10,12 มาร่วมเรียนรู้การพัฒนา หลังจากนั้น สคร.7 ขอนแก่นและ สคร. 10 อุบลราชธานี และ สคร. 11 นครศรีธรรมราช ได้นำรูปแบบการพัฒนานี้ไปขยายผลต่อ ให้กับผู้ปฏิบัติในพื้นที่ สคร.อื่นๆ ด้วย

4. สคร.9 นม. ได้จัดทำวิดีโอบันทึกการสอน จำนวน 8 ครั้ง ถ่ายทอดสด ทาง เฟสบุ๊ก และลงยูทูปทาง ช่องทาง “HDC NCD” เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่และผู้สนใจได้เข้าไปเรียนรู้ได้ตลอดเวลา

5.ความยุ่งยากในการดำเนินการ /ปัญหา/อุปสรรค

1. พื้นที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐานทุกประการ แต่ผลงานใน HDCต่ำกว่าความเป็นจริง จากสาเหตุ

1.1 มีการคีย์ข้อมูลในหลายจุดของโรงพยาบาลเช่นห้องบัตร ห้อง Lab คลินิก NCD ของ โรงพยาบาล คลินิก NCD ของงานเวชปฏิบัติฯ ทำให้มีความเข้าใจไม่ตรงกันส่งผลให้คีย์ ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ตามโครงสร้างและองค์ประกอบของรายงานและไม่ทันเวลา HDC สามารถประมวลผลได้

1.2 ผู้รับผิดชอบงาน NCD ขาดความรู้ความเข้าใจในโครงสร้างและองค์ประกอบของรายงาน ทำให้การคีย์ข้อมูล ในรายงาน 43 แฟ้มไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วนตามโครงสร้างและองค์ประกอบของรายงานและ ไม่ทันเวลา ส่งผลให้ HDC ไม่สามารถประมวลผลให้ได้

2. สถานบริการมีการใช้โปรแกรมที่มีความหลากหลายระบบ ไม่สามารถเชื่อมต่อกันได้ บางจังหวัดมีการพัฒนาระบบรายงานใช้เอง ที่ไม่สามารถเปรียบเทียบกับที่อื่นได้ ทำให้คนทำงานต้องบันทึก จัดเก็บทั้ง 2 ระบบ เพื่อให้สามารถส่งออกเป็นข้อมูลในระบบ HDC ให้ประเมินผลงานได้

3. ทุกคนไม่ยอมรับผลงานในระบบ HDC เพราะต่ำกว่า Health Data Center จังหวัดและมุงโทย เป็นความผิดของ HDC และทุกคนเชื่อว่า ปัญหานี้แก้ไขไม่ได้ ต้องยอมรับเพราะตกกันทั้งประเทศ คนทำงานท้อ มีความทุกข์ ไม่อยากทำงานนี้ เพราะคีย์เท่าไร ผลงานก็ไม่ขึ้น ไม่ผ่านตัวชี้วัด และถูกผู้บริหารตำหนิอีกด้วย

4. การพัฒนาระบบข้อมูลรายงาน ศูนย์เทคโนโลยีจะเน้นการพัฒนาบุคลากรของกลุ่มงาน ไอทีเป็นหลัก เพื่อให้มาบอกสอนต่อในพื้นที่ แต่พบปัญหาว่า NCD Clinic คุยกับงาน IT ไม่รู้เรื่อง ทะเลาะกัน เพราะพูดกันคนละภาษา

ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความท้าทายที่ สคร.9 นม. ต้องฝ่าวิกฤตินี้ไปให้ได้ จำเป็นต้องใช้ทักษะการวิเคราะห์ชี้เป้า จากข้อมูลหลายแหล่งนำมาเปรียบเทียบให้ท่านผู้บริหารทุกระดับ เห็นปัญหาที่แท้จริงและสนับสนุนงบประมาณในการขยายการพัฒนาไปให้ครบทั้ง 4 จังหวัด ว่าสาเหตุเกิดจากการบันทึก จัดเก็บ ส่งออกของสถานบริการในพื้นที่เราเองคือต้นน้ำ ที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา ส่งผลให้ข้อมูลที่ปลายน้ำคือ HDC ไม่ถูกต้อง ตรงจริงและการแก้ไขคือ การทำให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในโครงสร้างและองค์ประกอบของรายงานมีการจัดเก็บ จัดส่งข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต ทำให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ส่งออกเป็นรายงานในระบบ HDC ที่ “ถูกต้อง ตรงจริง นำไปใช้ได้จริง” สามารถข้อมูลนำไปใช้ในการวางแผน ติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงาน และแก้ไขปัญหา จัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายบุคคลและรายพื้นที่ ได้อย่างแท้จริง

สคร.9.นม.ต้องใช้เทคนิคการเจรจา ต่อรอง ประสานงาน เพื่อเชื่อมประสานให้ NCD Clinic กับงาน IT ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ให้พูดคุยกันเข้าใจโดยนำมาพัฒนาศักยภาพพร้อมกัน พร้อมกันส่งผลให้เกิดความเข้าใจ รัก สามัคคีกัน พูดกันเข้าใจมากขึ้น รู้ความต้องการของกันและกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดเป็นทีมเดียวกันที่มีเป้าหมายร่วมกันคือเพื่อข้อมูล “ถูกต้อง ตรงจริง นำไปใช้ได้จริง ”

การพัฒนาระบบข้อมูลรายงานโรคไม่ติดต่อ 43 แฟ้ม ผ่านระบบ HDC เป็นเรื่องดีและมีความสำคัญและผู้ปฏิบัติในพื้นที่มีความต้องการมาก แต่พบปัญหาว่าในปี 2561 ทุก สคร. ถูกตัดงบประมาณ ทำให้ไม่มีงบประมาณที่จะดำเนินการต่อ ทำให้ต้องแก้ไขปัญหาโดยการจัดทำหลักสูตร “ การบริหารจัดการระบบสารสนเทศระบบข้อมูลรายงานโรคไม่ติดต่อ 43 แฟ้มผ่านระบบ HDC ปีงบประมาณ 2561 ” โดยวิทยากรพัฒนาระบบ HDC โดยตรง ที่ให้ผู้สนใจลงทะเบียนมาเรียนและสามารถเบิกคืนได้ให้แก่ผู้สนใจ ตั้งเป้าหมาย 100 คน พบว่ามีผู้สนใจสมัครลงทะเบียนมาเรียนทั้งสิ้น 285 คน สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาระบบข้อมูลรายงาน โรคไม่ติดต่อ43 แฟ้ม ผ่านระบบ HDC มีความสำคัญเป็นความต้องการอย่างมากของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่ต้องการการพัฒนา เพื่อให้ได้ สามารถบริหารจัดการข้อมูล ให้เป็น “ ข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงจริง นำไปใช้ได้จริง ” ในการจัดการโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง ผลงานผ่านตัวชี้วัดทุกตัว ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มี

ความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสคร .9 นม. จะมุ่งมั่นพัฒนาและติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ในการตรวจราชการและการประเมิน NCD Clinic Plus ปี 2561 โดยจะมีการประเมินคุณภาพข้อมูลรายงานNCDs โดยใช้ DATA Exchange ของระบบHDCเป็นเครื่องมือในการประเมิน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ได้ใช้ ประโยชน์ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยตนเองทุกครั้งที่ส่งออกและนพเข้าในการทำงานจาก DATA Exchange เพราะเป็นข้อมูลที่ต้องตรงจริง ถึงถึงรายบุคคล รายหมู่บ้าน HDC ตัดความซ้ำซ้อนด้วยเลข 13 หลักเรียบร้อยแล้ว เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทำงานได้ตรงเป้าหมาย มากขึ้น ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกและถูกต้องตรงจริงใช้ประโยชน์ได้จริง มากขึ้น ในการนำข้อมูลมาวางแผนแก้ไข ปัญหา ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ส่งผลให้ประชาชนได้เข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ลดเสี่ยง ลดโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวรัฐฉวีรัตน์ ธนเศรษฐ)

ผู้เสนอผลงาน

วันที่ 5 มีนาคม 2561

บทที่ 4

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ

1. ระบบรายงาน โรคไม่ติดต่อ 43 เพิ่ม ผ่านระบบรายงาน HDC เป็นระบบรายงานที่ดี ที่ใช้ในการควบคุมกำกับติดตามประเมินผล และประเมินเปรียบเทียบ สำนักโรคไม่ติดต่อ ควรให้ความสำคัญ พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ให้มีความพร้อมและสามารถบันทึก เก็บจัด ส่งออกเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ เพื่อให้ข้อมูลรายงานโรคไม่ติดต่อ ให้ถูกต้อง ตรงจริง ใช้ประโยชน์ได้จริง และพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับ สคร./สศจ/สสอ ให้สามารถ ควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผล วิเคราะห์ ซึ่เป้า ให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผู้บริหารระดับ ควรให้ความสำคัญและมีเป้าหมายร่วมกันคือเพื่อข้อมูล“ถูกต้อง ตรงจริง นำไปใช้ได้จริง” สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนา ติดตามประเมินเปรียบเทียบเป็นระยะ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ SHOW SHARE เพื่อให้ทุกคนสามารถ SHOP ไปพัฒนาต่อยอด ขยายผลต่อได้

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข Version 2.2 (กันยายน 2559) ینگบประมาณ 2560.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,กรุงเทพฯ , 2559.
- 2.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข Version 2.3 (ธันวาคม 2560) ینگบประมาณ 2560.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,กรุงเทพฯ , 2560.