

รายงานการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก
และการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แฟ้มมาตรฐาน) ของ
บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี

**Factors related to data quality of outpatient services,
health promotion and disease prevention (21 standard folders) of
Tambol Health Promoting Hospital Officers in Chon Buri.**

รุ่งทิwa พานิชสุโข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

2557

ได้รับทุนอุดหนุน

จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative method) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการ ปัจจัยและปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูล การให้บริการผู้ป่วยนอก และการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แฟ้มมาตรฐาน) ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดย สัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 20 คน ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดทำรายงานข้อมูลสุขภาพ 21 แฟ้มมาตรฐาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน 10 อำเภอโดยคัดเลือกอำเภอละ 2 คนที่มีการจัดทำรายงานข้อมูล 21 แฟ้มได้คะแนนคุณภาพสูงสุดและต่ำสุดของแต่ละอำเภอ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า 1.) ด้านกระบวนการจัดทำข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่มีคะแนนสูง มีการบันทึกข้อมูลแบบ real time บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลครบถ้วนโดยเจ้าหน้าที่และสำรองข้อมูลทุกวัน มีการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนทุกแฟ้มตามช่วงเวลาที่กำหนด หากพบ error มีการ feedback เพื่อปรับแก้ การส่งออกรายงานภายในเวลาที่กำหนด มีผู้ส่งแทนกันได้ กรณีผู้รับผิดชอบติดภารกิจ ส่วนกลุ่มที่มีคะแนนต่ำ บางแห่งไม่ได้บันทึกข้อมูลทุกวันและบันทึกข้อมูลโดยลูกจ้าง และผู้รับผิดชอบไม่ได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูล 2.) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูล ได้แก่ ด้านบุคลากร มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดทำข้อมูล มีความรู้เรื่องโครงสร้างแฟ้ม ได้รับการอบรม มีความรับผิดชอบ และละเอียดรอบคอบ มีจำนวนบุคลากรและภาระงานที่เหมาะสม ด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์มีเพียงพอ มีคุณภาพและทันสมัย ด้านการบริหารจัดการ ผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีการติดตามกำกับ สนับสนุน ให้มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง มีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล 3.) ด้านปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ผู้บันทึกข้อมูลบางคนขาดความรู้ในการบันทึกข้อมูลเนื่องจากไม่ได้รับการอบรม ไม่มีคนส่งข้อมูลแทนกัน คอมพิวเตอร์เสีย และการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต

Executive Summary

This study is a descriptive study (descriptive research) where qualitative data is collected (qualitative method). The objectives are to study processes, factors and obstacles related to the data quality of services provided for outpatients, health promotion and disease prevention (21 standard folders) of Tambol Health Promoting Hospital personnel in Chon Buri. Data were collected using in-depth interviews from 20 participants who served on the preparation of health information of Tambol Health Promoting Hospital in 10 districts. By selecting 2 personnel who prepared 21 standard folders reports with the highest and lowest data quality in each district then the data were analyzed (content analysis).

The study found that: 1) the preparation of the information; the group with high scores, recorded data in real time, recorded the required personal information, backed up data daily, checked for accuracy and completeness of the reports and gave feedback if error(s) found. If the responsible personnel were unavailable, other personnel could interchangeably export the reports within specified time. Those with low scores, some did not record data daily and recorded by temporary employee and could not take advantage of the data. 2) Factors related to data quality including; the personnel have a positive attitude towards the preparation of the information, understand the structure of the folders, received training, responsible and circumspect, a number of staff and workload were reasonable. Budgeting and up-to-date equipment were adequate. Management executives are key factors to monitor and encourage to record accurate data and check the completeness of the data. 3) The obstacles including; some data recording personnel lack of knowledge because they have not been trained, no personnel to interchangeably export data, computer break down and unable to connect to the internet.

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
Executive Summary	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	จ
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 วัตถุประสงค์	3
1.3 กรอบแนวคิด	3
1.4 นิยามเชิงปฏิบัติการ	4
บทที่ 2 วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 แนวคิดการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ	5
2.2 การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ	7
2.3 ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการ	8
2.4 การบริหารระบบบริการทางการแพทย์	14
2.5 โครงสร้างฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในรูปแบบ 21 เพิ่มมาตรฐาน	15
2.6 แนวทางการตรวจสอบข้อมูลและคิดคะแนนตามผลงานการให้บริการ และคุณภาพข้อมูล	18
2.7 สรุปประเด็นปัญหาคุณภาพข้อมูล 21 เพิ่ม	34
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	38
3.1 ประชากรและผู้ให้ข้อมูล	38
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	41
3.4 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	41
บทที่ 4 ผลการศึกษา	42
4.1 กระบวนการในการจัดทำข้อมูลสุขภาพ 21 เพิ่มมาตรฐาน	44
4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลสุขภาพ 21 เพิ่มมาตรฐาน	50
4.3 ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลสุขภาพ 21 เพิ่มมาตรฐาน	54
4.4 ข้อเสนอแนะ	55
4.5 การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	56
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	57
5.1 สรุปผลการวิจัย	57
5.2 อภิปรายผล	59
5.3 ข้อเสนอแนะ	65
เอกสารอ้างอิง	67
ภาคผนวก	69
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	70
แบบสัมภาษณ์	71
ประวัติผู้ทำวิจัย	74

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3-1	รายชื่อ รพ.สต.ที่จัดทำรายงาน 21 แฟ้ม จำแนกรายอำเภอ ตามคะแนนคุณภาพข้อมูลสูงสุด-ต่ำสุด ปีงบประมาณ 2556
4-1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในจังหวัดชลบุรี

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

รูปที่

2-1	คุณภาพของข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (21 แห่งมาตรฐาน) ของหน่วยบริการในจังหวัดชลบุรี	35
2-2	คุณภาพของข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (21 แห่งมาตรฐาน) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รายอำเภอในจังหวัดชลบุรี	36

สารบัญแผนภาพ

ภาพที่	หน้า
4-1 กระบวนการจัดทำข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	49
4-2 คุณลักษณะที่ดีของผู้รับผิดชอบงานที่ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล	51
5-1 รูปแบบของการพัฒนาข้อมูลรายงานเชิงระบบ	65

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (21แฟ้มมาตรฐาน) เป็นระบบข้อมูลสุขภาพรายบุคคล ที่นำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย วางแผนการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพประชาชน โดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ร่วมมือกันพัฒนาขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 จากระบบข้อมูลสุขภาพรายบุคคล 18 แฟ้มที่ใช้อยู่เดิม โดยกำหนดให้หน่วยบริการในสังกัดทุกระดับทั่วประเทศ เก็บข้อมูลเป็นแบบรายบุคคล และ อาทิเช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำส่งฐานข้อมูลไปรวบรวมที่คลังข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เพื่อตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งออกข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลส่วนกลาง ทำการตรวจสอบข้อมูลอีกครั้ง และรวบรวมเป็นคลังข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ ตลอดจนใช้ประกอบการจัดสรรงบประมาณตามผลงานบริการ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁾

การบริหารงานสาธารณสุขในปัจจุบัน ได้นำระบบสารสนเทศเข้ามาใช้ในการบริหารงานมากขึ้น โดยเฉพาะใช้ในการตัดสินใจ กำหนดนโยบาย หรือการวางแผนกลยุทธ์ ควบคุมกำกับงาน และจัดสรรงบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ จึงจัดเป็นประเด็นสำคัญที่บรรจุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11⁽²⁾ และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์การสร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้นำมากำหนดเป็นนโยบาย และจัดทำแผนปฏิบัติการ รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามผลงานของสถานบริการสุขภาพในสังกัด ทั่วประเทศ

คุณภาพข้อมูลสุขภาพ ที่ส่งออกของหน่วยบริการเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก ต่อการพัฒนางานสาธารณสุขทุกระดับ เนื่องจากต้องอาศัยหลักฐานเพื่อกำหนดนโยบายสุขภาพ (Evidence-based policy making) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และแนวโน้มทิศทางของปัญหาสุขภาพในอนาคต รวมทั้ง ยังมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการจัดการกับปัญหาสุขภาพเฉพาะต่างๆ นอกจากนี้การมีข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ดี จะช่วยในการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพเพื่อการปรับปรุงระบบสุขภาพให้สามารถบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพที่ดีได้ในอนาคต การพัฒนาคุณภาพข้อมูลสุขภาพ 21 แฟ้มมาตรฐาน เป็นนโยบายสำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีและได้มีการวางแผนเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ ปี พ.ศ. 2556 -2559 ประกอบด้วยยุทธศาสตร์การพัฒนา

ฐานข้อมูล มุ่งเน้นการกำกับติดตามและประเมินผลการนำไปปฏิบัติ โดยมีการดำเนินการที่สำคัญได้แก่

- 1) จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานวางแผนและพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ และคณะทำงานด้านงานข้อมูลข่าวสารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เพื่อเป็นทีมพี่เลี้ยง (Core Team) ระดับจังหวัด เป็นกลไกสนับสนุนที่สำคัญในการพัฒนาระบบข้อมูลให้มีคุณภาพ และตอบสนองต่อตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนด 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัด ที่ 35 มีระบบการติดตาม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา (Monitoring Data) ระดับอำเภอ ร้อยละ 80 ตัวชี้วัด ที่ 36 ร้อยละของหน่วยงานมีฐานข้อมูล ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลาและเชื่อถือได้ โดยได้จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ⁽³⁾ ประจำปีงบประมาณ 2557 ระหว่าง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัด 17 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11 อำเภอ และ 2) มีการจัดทำโครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพเพื่อให้ข้อมูลรายงาน 21 แฟ้มมาตรฐาน เพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีองค์ความรู้ ทักษะ ศักยภาพและความสามารถ มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรภายในจังหวัดและในเครือข่ายบริการสุขภาพ ที่ 6

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาข้อมูลในปัจจุบัน พบว่าคุณภาพของข้อมูลสุขภาพ 21 แฟ้มมาตรฐาน ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัด เป็นปัญหาสำคัญของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 6 รวมทั้งจังหวัดชลบุรี (แผนยุทธศาสตร์ “เขตสุขภาพ” เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2556-2559:62)⁽⁴⁾ กล่าวคือ จากรายงานการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลที่ได้รับจากหน่วยบริการต่างๆ โดยศูนย์ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ในระหว่าง เดือนกรกฎาคม 2555 ถึง เดือนสิงหาคม 2556 ใน 3 ด้าน ตามเกณฑ์และตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ ความถูกต้อง ความครบถ้วน และความทันเวลา ในภาพรวมของจังหวัดชลบุรี พบว่า มีค่าเฉลี่ยคุณภาพข้อมูลโดยภาพรวม ร้อยละ 69.4 ค่าเฉลี่ยด้านความทันเวลา มีค่าสูงที่สุด รองลงมา เป็นด้านความถูกต้อง และต่ำสุดคือ คุณภาพด้านความครบถ้วน คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 76.9, 73.3 และ 58.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามประเภทหน่วยบริการ พบว่า คุณภาพข้อมูล กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลชุมชน มีค่าเฉลี่ยโดยรวมสูงที่สุด ร้อยละ 82.8 ปัญหาคุณภาพด้านความถูกต้อง ที่พบส่วนใหญ่ เป็นปัญหาด้านบุคลากร เช่น การลงบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง บันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน ไม่ได้ตรวจสอบข้อมูลให้ทันสมัยบันทึก ข้อมูลไม่ครบ หรือไม่ได้ตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งออก⁽⁵⁾

จากรายงานการตรวจสอบหน่วยบริการเฉพาะ รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีจำนวนมากที่สุดในจังหวัดชลบุรี พบว่า คุณภาพด้านความถูกต้องและความครบถ้วนซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญอย่างมากต่อคุณภาพข้อมูลค่อนข้างต่ำ ค่าเฉลี่ยคุณภาพข้อมูลด้านความถูกต้อง ต่ำกว่าหน่วยบริการกลุ่มอื่นๆ และมีความแตกต่างกันในแต่ละอำเภอ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 63.7 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด (ร้อยละ 73.3) และคุณภาพด้านความครบถ้วน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 56.7 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด (ร้อยละ 58.2)

และมีความแตกต่างกันในแต่ละอำเภอเช่นกัน อย่างไรก็ตามคุณภาพด้านความทันเวลามีค่าเฉลี่ยสูงสุด และใกล้เคียงกันในแต่ละอำเภอ⁽⁵⁾

จากปัญหาดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่ามีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลสุขภาพ 21 เพิ่มมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชลบุรี เพื่อนำไปทบทวน และพัฒนาระบบข้อมูลให้เป็นฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ ตอบสนองต่อตัวชี้วัดและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสามารถนำไปพัฒนางานสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและบรรลุตามเป้าหมายต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

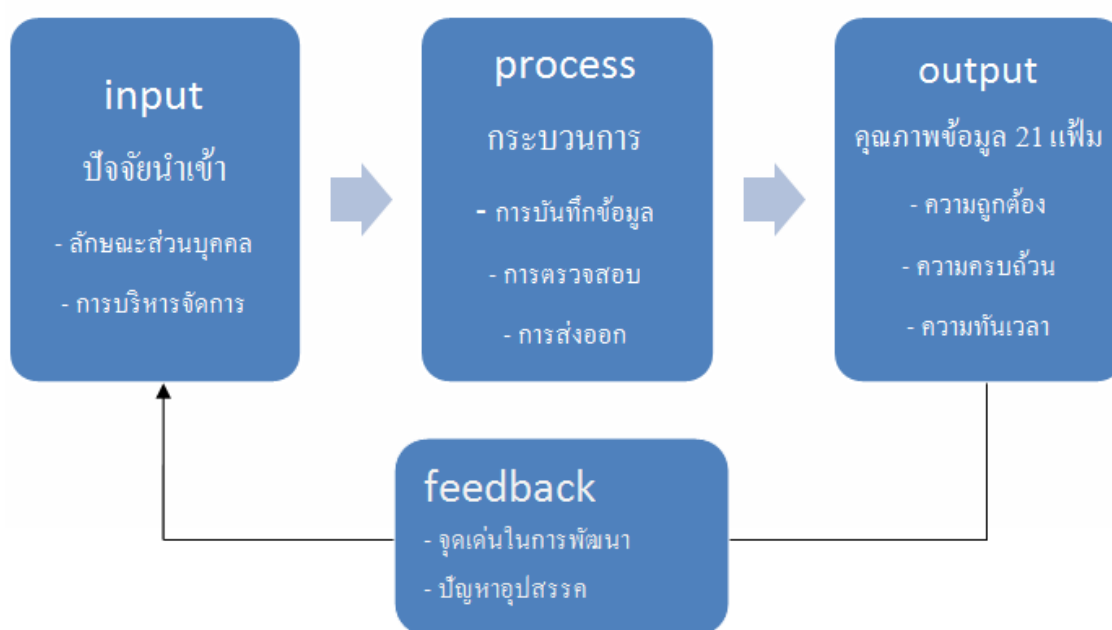
1.2.1 เพื่อศึกษากระบวนการ ในการจัดทำข้อมูลสุขภาพ 21 เพิ่มมาตรฐาน ในระดับปฐมภูมิของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในจังหวัดชลบุรี

1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพของข้อมูลสุขภาพ 21 เพิ่มมาตรฐาน ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี

1.2.3 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรค ในการจัดทำข้อมูลสุขภาพ 21 เพิ่มมาตรฐาน ให้มีคุณภาพ (ความครบถ้วน ถูกต้องและความทันต่อเวลา) ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในจังหวัดชลบุรี

1.3 กรอบแนวคิด

การศึกษาในครั้งนี้ได้นำเอาทฤษฎีระบบ (System Theory)⁽⁶⁾ ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบของระบบ ดังนี้ คือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ปัจจัยนำออก และการย้อนกลับของข้อมูล ซึ่งทฤษฎีระบบจะช่วยให้ผู้บริหารได้มองเห็นภาพรวมของระบบ เพื่อที่จะทำให้ง่ายในการแก้ปัญหาทางการบริหาร



1.4 นิยามเชิงปฏิบัติการ

1.) คุณภาพของข้อมูล หมายถึง ข้อมูลสุขภาพ 21 แฟ้มมาตรฐาน มีการบันทึก จัดเก็บ และส่งออก มี 3 องค์ประกอบสำคัญ คือ ความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา โดยกำหนดรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1.1 ความถูกต้อง หมายถึง ข้อมูลที่ส่งออกมาทั้งในรูปแบบ 21 แฟ้มมาตรฐาน มีโครงสร้างและรูปแบบข้อมูลที่ต้องการ ตรงตามมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.2 ความครบถ้วน หมายถึง..หมายถึง ข้อมูลที่บันทึก จัดเก็บ และส่งออกทั้งในรูปแบบ 21 แฟ้มมาตรฐาน ครบถ้วนทุกแฟ้มตามกรอบระยะเวลา

1.3 ความทันเวลา หมายถึง..หมายถึง ฐานข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน พิจารณาจากวันเวลาใน Provis จังหวัดชลบุรีหรือจาก WebSite OP/PP Individual Record ทั้งนี้วันเวลาและเงื่อนไขการพิจารณาเป็นไปตามกรอบที่คณะทำงานวางแผนและพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ระดับจังหวัดเป็นผู้กำหนด

2.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดชลบุรี ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และมีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary Care)

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 เพิ่มมาตรฐาน) ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารวิชาการ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ
2. การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ
3. ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการ
4. การบริหารบบบริการทางการแพทย์ (การจัดสรรงบประมาณตามคุณภาพข้อมูล)
5. โครงสร้างฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบ 21 เพิ่มมาตรฐาน
6. แนวทางการตรวจสอบข้อมูลและคิดคะแนนตามผลงานการให้บริการและคุณภาพข้อมูล
7. สรุปประเด็นปัญหาคุณภาพข้อมูล 21 เพิ่ม
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ⁽⁷⁾

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information System) มีความสำคัญต่อการกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพ ที่อาศัยหลักฐานเพื่อการกำหนดนโยบายสุขภาพ (Evidence-based policy making) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและแนวโน้มทิศทางของปัญหาสุขภาพในอนาคต รวมทั้งยังมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการจัดการกับปัญหาสุขภาพเฉพาะต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบและวิธีการในการจัดการกับปัญหา และเพิ่มคุณภาพบริการให้ดีขึ้นได้ นอกจากนี้การมีข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ดีจะช่วยให้การติดตามประเมินผลระบบสุขภาพเพื่อการปรับปรุงระบบสุขภาพให้สามารถบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพที่ดีได้ในอนาคต ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพในปัจจุบันนับว่ามีการจัดเก็บในหลายระบบด้วยกัน ซึ่งทำให้ประเทศไทยมีข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่จำเป็นในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังประสบปัญหาบางประการที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยประเด็นปัญหาต่างๆดังกล่าว ประกอบด้วย

1) การขาดกลไกและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง โดยยังขาดกลไกที่สำคัญได้แก่ กลไกด้านนโยบายกลไกการประสานงานเพื่อการบูรณาการระบบข้อมูลกลไกสนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลและกลไกการกำหนดมาตรฐานด้านข้อมูล ซึ่งอาจจะต้องใช้กลไกทางกฎหมายหรือข้อตกลงร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับปัญหาด้านทรัพยากรได้แก่ การขาดบุคลากรด้านข้อมูลข่าวสารและการขาดศักยภาพของบุคลากร ในการจัดการข้อมูลวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลและการสื่อสารด้านข้อมูล รวมทั้งปัญหาการขาดระบบงบประมาณที่สนับสนุนการพัฒนาและบริหารจัดการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะงบประมาณสำหรับการสำรวจทางสุขภาพที่จำเป็น

2) การมีระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ยังขาดคุณภาพไม่ครอบคลุมและมีความซ้ำซ้อน

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพในปัจจุบัน ยังมีปัญหาด้านคุณภาพและความครอบคลุมของข้อมูลได้แก่ (1) ความไม่ครบถ้วนของข้อมูลทารกตาย มารดาตาย และความไม่ถูกต้องของข้อมูลสาเหตุการตาย (2) ความไม่ทันเวลาและความไม่ครอบคลุม ของการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังโดยเฉพาะจากภาคเอกชน (3) ปัญหาด้านการออกแบบและความไม่ครอบคลุมของระบบข้อมูลโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ (4) ความไม่ครอบคลุมของข้อมูลบริการสุขภาพโดยเฉพาะจากภาคเอกชน (5) ความไม่ครอบคลุมและความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ (6) ความไม่ทันสมัย และความไม่ครอบคลุมของข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ (7) ความไม่ถูกต้องและความไม่ครอบคลุมของข้อมูลค่าใช้จ่ายสุขภาพ (8) ความซ้ำซ้อนและความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลการสำรวจทางสุขภาพ

3) การขาดระบบจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ปัญหาการจัดการข้อมูลที่สำคัญได้แก่ (1) การขาดระบบการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงานผู้จัดเก็บข้อมูลทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ (2) การขาดระบบการส่งต่อข้อมูลและป้อนข้อมูลกลับที่มีประสิทธิภาพ (3) การขาดระบบการจัดการคลังข้อมูล (Data warehouse) ที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมระบบข้อมูลต่างๆอย่างครบถ้วน (4) การขาดระบบวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมและพร้อมสำหรับการใช้ประโยชน์

4) การขาดกลไกการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เป็นระบบ ปัญหาการใช้ประโยชน์จากข้อมูลอาจเกิดจากการที่ผู้ใช้ข้อมูลไม่เข้าใจประโยชน์ของข้อมูลข่าวสาร ที่จะช่วยในการตัดสินใจรวมทั้งผู้จัดทำข้อมูลก็อาจจะไม่เข้าใจรูปแบบของข้อมูลที่เหมาะสม สำหรับการใช้ประโยชน์ในระดับต่างๆทำให้ขาดการจัดการข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่เหมาะสมกับการใช้ และขาดแรงจูงใจด้านการใช้ประโยชน์ที่จะผลักดันให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลที่ดี โดยแรงจูงใจด้านการใช้ประโยชน์ประกอบด้วยการใช้เพื่อการวางแผนนโยบายและแผน การใช้เพื่อการจัดสรรทรัพยากร การใช้เพื่อปรับปรุงบริการและแก้ไขปัญหาในพื้นที่และการใช้เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย รวมทั้งการใช้เพื่อการขับเคลื่อนด้านสุขภาพของภาคประชาชน

ปัญหาต่างๆดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะผู้ใช้ข้อมูลและผู้จัดทำข้อมูล ซึ่งจะประกอบด้วยกระทรวงสาธารณสุข กองทุนด้านสุขภาพกระทรวงอื่นๆ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งภาคประชาชนโดยต้องมีกลไกการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและด้านวิชาการที่เพียงพอและเหมาะสม ประกอบกับการมีบุคลากรที่มีศักยภาพภายใต้การจัดการที่เป็นระบบและต่อเนื่อง และมีการประสานความร่วมมือกันทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยอยู่ในรูปแบบของเครือข่ายเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาระบบร่วมกัน

ด้านความรู้ในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ทั้งนี้เนื่องจากความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและการปฏิบัติ⁽⁸⁾

2.2 การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ⁽⁷⁾

ข้อมูลที่มีความถูกต้องน่าเชื่อถือนั้น จำเป็นจะต้องมีการผ่านกระบวนการจัดการกับข้อมูลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพซึ่งได้แก่

1) การรวบรวมข้อมูล (collect data) ในการรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่มีการวางแผนงานของกระบวนการจัดการกับข้อมูลทั้งหมด การวางแผนงานที่ดีผู้วางแผนจะต้องมองเห็นภาพรวมของงานทั้งหมดวางแผนทางปฏิบัติของงานไว้อย่างกว้างๆทุกขั้นตอน เช่น การจัดสรรงบประมาณ กำลังคน การรวบรวมข้อมูลจะต้องรวบรวมข้อมูลอะไรบ้าง ที่ไหน อย่างไร

2) การบรรณาธิการข้อมูล (edit raw data) เป็นขั้นตอนในการนำข้อมูลที่รวบรวมได้ ทำการตรวจสอบความถูกต้อง (accuracy) ความสมบูรณ์ (completeness) ความทันสมัย (up to dates) และกะทัดรัด (conciseness) ของข้อมูล

3) การแยกประเภทข้อมูล (establishment of categories) ดำเนินการแยกแยะข้อมูลจัดกลุ่มของข้อมูลตามปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการแยกแยะข้อมูลจะทำให้ผู้วิเคราะห์สามารถออกแบบการนำเสนอข้อมูลได้ถูกต้องและตรงกับความต้องการ

4) การนำเสนอข้อมูล (presentation) เป็นการจัดทำข้อมูลที่รวบรวมได้ ให้อยู่ในรูปแบบที่กะทัดรัดเช่น ตารางกราฟแผนภูมิข้อความ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการอ่านข้อมูลให้เข้าใจง่ายและเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ต่อไป

5) การวิเคราะห์ข้อมูล (analysis of data) เป็นขั้นตอนในการประมวลผลข้อมูล ซึ่งในการวิเคราะห์จำเป็นต้องอ้างอิงทฤษฎีทางสถิติหรือจำเป็นต้องใช้สูตรสถิติต่างๆ

2.3 ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการ

ในปีงบประมาณ 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดที่ 6 เรื่อง ระบบข้อมูล ให้มีระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการในทุกกระดับ ในยุทธศาสตร์ที่ 3 (พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ) จากข้อมูล สถานการณ์ และสภาพปัญหาของพื้นที่จาก แผนยุทธศาสตร์ “เขตสุขภาพ” เครือข่ายบริการสุขภาพ ที่ 6” ปีงบประมาณ 2556-2559 (ประเด็นยุทธศาสตร์ ที่ 3 การพัฒนาระบบข้อมูล)⁽⁴⁾ พบปัญหาด้านคุณภาพข้อมูลการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ ระหว่างจังหวัด การนำไปใช้ประโยชน์ ในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ข้อมูลและระดับโรงพยาบาล ใช้ Program ที่หลากหลาย ซึ่งปัจจุบัน Program ที่มี Export – Import Tool ของ 43 แฟ้ม คือ Hos XP และ JHCIS⁽⁹⁾ นอกจากนี้ต้องพัฒนาเครื่องมือของตนเอง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พบปัญหา คุณภาพความครบถ้วนของข้อมูล ร้อยละ 63.16 จากปัญหาดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จึงได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานวางแผนและพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ และคณะทำงานด้านงานข้อมูลข่าวสารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีเพื่อเป็นทีมพี่เลี้ยง (Core Team) ระดับจังหวัด เป็นกลไกสนับสนุนที่สำคัญในการพัฒนาระบบข้อมูลให้มีคุณภาพและมีบทบาทหน้าที่ ลงพื้นที่ติดตาม ตรวจสอบ เสนอแนะและสนับสนุนการแก้ไขปัญหาในการลงบันทึกข้อมูลสุขภาพ ให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมทั้งสรุปและวิเคราะห์ผลแจ้งผู้บริหารและผู้รับผิดชอบในการลงบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2557⁽³⁾ ระหว่าง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัด 17 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11 อำเภอ ประกอบด้วยตัวชี้วัดสำคัญและเน้นหนักตามแผนยุทธศาสตร์ สาธารณสุข จำนวน 38 ตัวชี้วัด ประกอบด้วยตัวชี้วัดการพัฒนาระบบข้อมูล 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 35 มีระบบการติดตาม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา (Monitoring Data) ระดับอำเภอ ร้อยละ 80

คำอธิบายตัวชี้วัด :

ระดับอำเภอ หมายถึง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, หน่วยบริการปฐมภูมิ, หน่วยบริการประจำ, หน่วยบริการรับส่งต่อ ในอำเภอของจังหวัดชลบุรี

ฐานข้อมูล หมายถึง ฐานข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน และฐานข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐาน

ครบถ้วน หมายถึง ข้อมูลที่บันทึก จัดเก็บ และส่งออกทั้งในรูปแบบ 21 และ 43 แฟ้มมาตรฐาน ครบถ้วนทุกแฟ้มตามกรอบระยะเวลา

ถูกต้อง หมายถึง ข้อมูลที่ส่งออกมาทั้งในรูปแบบ 21 และ 43 เพิ่มมาตรฐาน มีโครงสร้าง และรูปแบบข้อมูลที่ต้องการ ตรงตามมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด⁽¹⁰⁾

ทันเวลา หมายถึง ฐานข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน พิจารณาจากวันเวลาใน Provisจังหวัดชลบุรี หรือจาก Website OP/PP Individual Record และฐานข้อมูล 43 เพิ่มมาตรฐาน พิจารณาจากวันเวลาใน HDC จังหวัดชลบุรี ทั้งนี้วันเวลาและเงื่อนไขการพิจารณาเป็นไปตามกรอบที่คณะกรรมการวางแผนและพัฒนากระบวนการข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ระดับจังหวัดเป็นผู้กำหนด

มีระบบการตรวจสอบกำกับติดตาม (Monitoring Data) หมายถึง มีระบบกำกับติดตาม โดยใช้เครื่องมือ/โปรแกรมที่ใช้ในการตรวจสอบ ความครบถ้วน ถูกต้อง OP PP version ที่สปสข. กำหนด ,MC2,MyPCU ฯลฯ

สูตรการคำนวณ :

ระดับอำเภอ (คปสอ.)

A1. คณะทำงานวางแผนและพัฒนากระบวนการข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ระดับอำเภอ มีระบบการตรวจสอบ กำกับติดตาม (Monitoring Data) สามารถ Report ผลการตรวจสอบข้อมูลแยกรายเดือนและจำแนกรายหน่วยบริการปฐมภูมิในกำกับได้
ออก Report ได้ครบถ้วนทุกเดือนและจำแนกรายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ 20 คะแนน
ออก Report ไม่ครบถ้วนทุกเดือนหรือจำแนกรายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ครบทุกแห่ง ได้ 10 คะแนน
ออก Report ไม่ได้ ได้ 0 คะแนน

A2. จำนวน Report จากฐานข้อมูล 21 เพิ่ม สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์

$$= \frac{\text{จำนวน Report จากฐานข้อมูล 21 เพิ่ม}}{\text{จำนวน KPI ที่ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล 21 เพิ่ม}} \times 100$$

จำนวน KPI ที่ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล 21 เพิ่ม

A3. จำนวน Report จากฐานข้อมูล 43 เพิ่ม สอดคล้องกับประเด็นยุทธศาสตร์

$$= \frac{\text{จำนวน Report จากฐานข้อมูล 43 เพิ่ม}}{\text{จำนวน KPI ที่ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 เพิ่ม}} \times 100$$

จำนวน KPI ที่ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 เพิ่ม

สรุปการคำนวณ: $(A1) + (A2 \times 0.4) + (A3 \times 0.4)$

วิธีการคำนวณผลการประเมินผลสัมฤทธิ์: มีระบบการติดตาม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา (Monitoring Data) ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ร้อยละ 100 (X)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	$X < 40\%$
2	$40\% \leq X < 60\%$
3	$60\% \leq X < 70\%$
4	$70\% \leq X < 80\%$
5	$X \geq 80\%$

แนวทางการประเมิน :

โดยดูจากรายงานผลการประเมินจากโปรแกรมการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้อง ได้แก่ website : OPMP Individual Record, OPMP version ที่ สปสข.กำหนด , MC2, MyPCU ฯลฯ

คัดรายงานทุกเดือนจําแนกรายหน่วยบริการ และคำนวณสะสมภาพรวม

หมายเหตุ :

กรณีที่มีการนำผลการประเมินนี้ จําแนกเป็นด้านคุณภาพและด้านปริมาณ ก็ให้ถือเอาผลการประเมินที่ได้เป็นคะแนนที่เท่ากันทั้ง 2 ด้าน

เงื่อนไข :

การตรวจประเมินตามเกณฑ์นี้ จะถือตามวัน เวลา ตามกรอบระยะเวลาที่คณะทำงานวางแผน และพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ระดับจังหวัดเป็นผู้ กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 36 ร้อยละของหน่วยงานมีฐานข้อมูล ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลาและเชื่อถือได้

คำอธิบายตัวชี้วัด :

หน่วยงาน หมายถึง หน่วยบริการทุกแห่งทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โรงพยาบาล/หน่วยบริการประจำ ทั้งในและนอกสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน 19 แห่ง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 144 แห่ง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 11 แห่ง

คปสอ. หมายถึง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

ฐานข้อมูล หมายถึง ฐานข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน และฐานข้อมูล 43 เพิ่มมาตรฐาน

ครบถ้วน หมายถึง ข้อมูลที่บันทึก จัดเก็บ และส่งออกทั้งในรูปแบบ 21 และ 43 เพิ่มมาตรฐาน ครบถ้วนทุกเพิ่มตามกรอบระยะเวลา

ถูกต้อง หมายถึง ข้อมูลที่ส่งออกมาทั้งในรูปแบบ 21 และ 43 เพิ่มมาตรฐาน มีโครงสร้าง และรูปแบบข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงตามมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ทันเวลา หมายถึง ฐานข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน พิจารณาจากวันเวลาใน Provis จังหวัดชลบุรี หรือจากWebsite OP/PP Individual Record และฐานข้อมูล 43 เพิ่มมาตรฐาน พิจารณาจากวันเวลาใน HDC จังหวัดชลบุรี ทั้งนี้วันเวลาและเงื่อนไขการพิจารณาเป็นไปตามกรอบที่คณะทำงานวางแผนและพัฒนา ระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ระดับจังหวัดเป็นผู้กำหนด

เชื่อถือได้ หมายถึง ข้อมูลสามารถนำไปวิเคราะห์และใช้ประกอบการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เครื่องมือ/โปรแกรมที่ใช้ในการตรวจสอบ ความครบถ้วน ถูกต้อง OP PP version ที่ สปสช. กำหนด , MC2, MyPCU ฯลฯ

สูตรการคำนวณ :

สำหรับ รพ.สต. / รพ.

ฐานข้อมูล	21 เพิ่มมาตรฐาน (น้ำหนัก 50)	43 เพิ่มมาตรฐาน (น้ำหนัก 50)
A : ครบถ้วน	ดูจาก ProvisจังหวัดชลบุรีหรือMyPCUpro	ดูจาก HDC จังหวัดชลบุรีหรือ MyPCUpro

(น้ำหนัก 40)	$AM21 = \frac{\text{จำนวนแฟ้มที่ส่งออกได้}}{\text{จำนวนแฟ้มที่ต้องส่งในเดือน}} \times 100$ $A21 = \frac{AM21 \text{ เดือนที่ } (1+2+3+...)}{\text{จำนวนเดือนทั้งหมดที่คำนวณ}}$	$AM43 = \frac{\text{จำนวนแฟ้มที่ส่งออกได้}}{\text{จำนวนแฟ้มที่ต้องส่งในเดือน}} \times 100$ $A43 = \frac{AM43 \text{ เดือนที่ } (1+2+3+...)}{\text{จำนวนเดือนทั้งหมดที่คำนวณ}}$
B : ถูกต้อง (น้ำหนัก 40)	ดูจากwebsite:OPPPIndividual Record หรือ MyPCUproพิจารณาเฉพาะแฟ้มที่ สปสช. กำหนด $BF21 = \frac{\text{จำนวนRecordที่ถูกต้อง}}{\text{จำนวนRecordที่ส่งออกไป}} \times 100$ $BM21 = \frac{BF21 \text{ แฟ้มที่ } (1+2+3+...)}{\text{จำนวนแฟ้มข้อมูลที่คำนวณในเดือน}}$ $B21 = \frac{BM21 \text{ เดือนที่ } (1+2+3+...)}{\text{จำนวนเดือนทั้งหมดที่คำนวณ}}$	ดูจาก HDC จังหวัดชลบุรีหรือMyPCUproพิจารณาเฉพาะแฟ้มสอดคล้องกับที่ สปสช.กำหนดใน 21 แฟ้มมาตรฐาน $BF43 = \frac{\text{จำนวนRecordที่ถูกต้อง}}{\text{จำนวนRecordที่ส่งออกไป}} \times 100$ $BM43 = \frac{BF43 \text{ แฟ้มที่ } (1+2+3+...)}{\text{จำนวนแฟ้มข้อมูลที่คำนวณในเดือน}}$ $B43 = \frac{BM43 \text{ เดือนที่ } (1+2+3+...)}{\text{จำนวนเดือนทั้งหมดที่คำนวณ}}$
C : ทันเวลา (น้ำหนัก 20)	ดูจาก ProvisจังหวัดชลบุรีหรือMyPCUpro ตามกำหนดระยะเวลา ได้ 20 คะแนน ไม่เป็นไปตามกำหนด ได้ 0 คะแนน $CM21 = \text{คะแนนที่ได้ในแต่ละเดือน}$ $C21 = \frac{CM21 \text{ เดือนที่ } (1+2+3+...)}{\text{จำนวนเดือนทั้งหมดที่คำนวณ}}$	ดูจาก HDC จังหวัดชลบุรีหรือMyPCUpro ตามกำหนดระยะเวลา ได้ 20 คะแนน ไม่เป็นไปตามกำหนด ได้ 0 คะแนน $CM43 = \text{คะแนนที่ได้ในแต่ละเดือน}$ $C43 = \frac{CM43 \text{ เดือนที่ } (1+2+3+...)}{\text{จำนวนเดือนทั้งหมดที่คำนวณ}}$
สูตรรวม	$D21 = (A21 \times 0.4) + (B21 \times 0.4) + C21$	$D43 = (A43 \times 0.4) + (B43 \times 0.4) + C43$

สรุปเป็นสูตรการคำนวณ: รพ.สต. / รพ.

ร้อยละของหน่วยงานมีฐานข้อมูล ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลาและเชื่อถือได้ = $(D21 \times 0.5) + (D43 \times 0.5)$

สำหรับ คปสอ. ตัวแปร :

CUP = คะแนนของหน่วยบริการประจำและปฐมภูมิของโรงพยาบาล/CUP ในอำเภอตามตัวชี้วัดร้อยละของหน่วยงานมีฐานข้อมูล ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลาและเชื่อถือได้

PCU = คะแนนของหน่วยบริการปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล :รพ.สต.) ในอำเภอ ตามตัวชี้วัด

ร้อยละของหน่วยงานมีฐานข้อมูล ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลาและเชื่อถือได้

สูตรการคำนวณ :

$$\text{คปสอ.} = (\text{CUP ที่ } (1 + 2 + 3 + \dots) \times 0.3) + (\text{PCU ที่ } (1 + 2 + 3 + \dots) \times 0.7)$$

จำนวน CUP ในอำเภอ จำนวน PCU ในอำเภอ

วิธีการคำนวณผลการประเมินผลสัมฤทธิ์: ร้อยละของหน่วยงานมีฐานข้อมูล ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และเชื่อถือได้(X)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1	$X < 40\%$
2	$40\% \leq X < 60\%$
3	$60\% \leq X < 70\%$
4	$70\% \leq X < 80\%$
5	$X \geq 80\%$

แนวทางการประเมิน :

โดยดูจากการรายงานผลการประเมินจากโปรแกรมการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้อง ได้แก่ website : OPPP Individual Record, OPPP versionที่ สปสข.กำหนด , MC2, MyPCU ฯลฯ

ตัดรายงานทุกเดือน และคำนวณสะสมภาพรวม

หมายเหตุ :

กรณีที่มีการนำผลการประเมินนี้ไปเป็นด้านคุณภาพและด้านปริมาณ ก็ให้ถือเอาผลการประเมินที่ได้เป็นคะแนนที่เท่ากันทั้ง 2 ด้าน

เงื่อนไข :

การตรวจประเมินตามเกณฑ์นี้จะถือตามวัน เวลา ตามกรอบระยะเวลาที่คณะทำงานวางแผนและพัฒนา ระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ระดับจังหวัดเป็นผู้กำหนด

2.4 การบริหารบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2556⁽¹⁾

2.4.1 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั่วไป

กำหนดรูปแบบการบริหารค่าใช้จ่ายเพื่อบริการรักษาพยาบาลในปีงบประมาณ 2556 ยังคงเป็นแบบแยกการบริหารระหว่างค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน (Exclusive capitation) ทุกหน่วยบริการค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปจำนวน 983.49 บาทต่อผู้มีสิทธิครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดไว้ให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดยการบริหารจัดการแบ่งเป็นประเภทบริการย่อย 3 รายการได้แก่ บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ บริการที่จ่ายตามผลงานบริการและ บริการที่จ่ายตามเกณฑ์บริการปฐมภูมิ

2.4.2 บริการที่จ่ายตามผลงานบริการ

จ่ายตามผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 18.09 บาท ต่อผู้มีสิทธิ โดยใช้ผลงานจากข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก/สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รายบุคคลและจ่ายเป็นค่าคุณภาพข้อมูล การเงินการคลังหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามสัดส่วนของคะแนนคุณภาพข้อมูล รวมทั้งจัดสรรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดทำข้อมูลบริการในภาพรวมระดับประเทศ โดยมีแนวทางในการบริหารจัดการดังนี้

แนวทางการจัดสรรค่าใช้จ่าย

1) การจัดสรรค่าใช้จ่ายตามผลงาน การให้บริการผู้ป่วยนอก/ผลงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล และข้อมูลด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ รวมทั้งการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดทำข้อมูลในระดับเขต ใช้วงเงินในการจัดสรรจำนวนไม่น้อยกว่า 17 บาท ต่อผู้มีสิทธิ โดยมีแนวทางการบริหารจัดการในระดับเขตบริการสุขภาพ 12 เขต ดังนี้

1.1) จัดสรรค่าใช้จ่ายตามผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอก/และการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล

1.1.1 จัดสรรให้สถานพยาบาลและหน่วยบริการตามผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอก/ผลงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล วงเงินให้ไม่น้อยกว่า 14.20 บาท ต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนสิทธิในแต่ละเขตพื้นที่โดยจัดสรรด้วยระบบ point system with global budget ของแต่ละเขตพื้นที่ของ สปสช.

1.1.2 จัดสรรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดทำ

ข้อมูลตรวจสอบและกำกับติดตามการดำเนินงาน กำหนดวงเงินให้ไม่เกิน 0.80 บาท ต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนสิทธิในแต่ละเขตพื้นที่

1.1.3 จัดสรรให้สถานพยาบาลและหน่วยบริการ ตามคุณภาพข้อมูล ตามเงื่อนไข

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดย สปสช.เป็นผู้ดำเนินการซึ่งกำหนดวงเงินให้ไม่เกิน 1.20 บาท ต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนสิทธิในแต่ละเขตพื้นที่และจัดสรรด้วยระบบ point system with global budget

1.2) จัดสรรตามคุณภาพข้อมูลการเงินการคลัง ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขโดยส่งคะแนนคุณภาพข้อมูลให้กับ สปสช. กำหนดวงเงินไม่เกิน 0.80 บาท ต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนสิทธิในพื้นที่ สปสช.เขตภูมิภาคทั้ง 12 แห่ง สำหรับแนวทางการจัดสรร ให้เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด ทั้งนี้หากค่าใช้จ่ายส่วนนี้เหลือ ให้นำไปจัดสรรร่วมกับ ผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอก/ผลงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล

2) สนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดทำข้อมูลที่มีคุณภาพในภาพรวมจัดสรรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดทำข้อมูลที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการจัดการประชุมชี้แจงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้บันทึกข้อมูล หรือการประสานการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ โดยกำหนดให้จัดสรรในวงเงินไม่เกิน 1.09 บาท ต่อผู้มีสิทธิ ทั้งนี้หากค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เหลือ ให้นำไปจัดสรรร่วมกับผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอก/ผลงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล

2.5 โครงสร้างฐานข้อมูล การให้บริการผู้ป่วยนอก การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในรูปแบบ 21 แฟ้มมาตรฐาน (ตามมาตรฐาน 18 แฟ้ม) ปีงบประมาณ 2555⁽¹⁾

1. แฟ้ม PERSON เก็บรายละเอียดข้อมูลบุคคล 1)ตามทะเบียนราษฎร์ทุกคนในเขตรับผิดชอบ 2)มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 3)ผู้มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบกรณีโรงพยาบาลเขตรับผิดชอบ หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของการบริการระดับปฐมภูมิ

2. แฟ้ม DEATH เก็บรายละเอียดการเสียชีวิตของบุคคล 1)ตามทะเบียนราษฎร์ทุกคนในเขตรับผิดชอบ 2)มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบกรณีโรงพยาบาลเขตรับผิดชอบหมายถึงตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของการบริการระดับปฐมภูมิ

3. แฟ้ม CHRONIC เก็บประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของบุคคล(โรคเรื้อรังหมายถึงโรคติดต่อเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) 1)ตามทะเบียนราษฎร์ทุกคนในเขตรับผิดชอบ 2)มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบคน 1 คนมีได้มากกว่า 1 โรค (record) กรณีโรงพยาบาลเขตรับผิดชอบหมายถึงตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของการบริการระดับปฐมภูมิ

4. แฟ้ม CARD เก็บการมีหลักประกันสุขภาพของบุคคล 1)ตามทะเบียนราษฎร์ทุกคนในเขตรับผิดชอบ 2)มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 3)ผู้มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบยิธรหัสสิทธิปัจจุบันเพียงรหัสสิทธิเดียวกรณีโรงพยาบาลเขตรับผิดชอบหมายถึงตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของการบริการระดับปฐมภูมิ

5. แฟ้ม SERVICE เก็บรายละเอียดการมารับบริการของบุคคลทุกคนทั้งที่อาศัยอยู่ในเขตและที่มาจากนอกเขตรับผิดชอบการมารับบริการแต่ละครั้งจะมีเพียง 1 record แต่คนๆหนึ่งสามารถมาใช้บริการได้มากกว่า 1 ครั้ง กรณีโรงพยาบาลเขตรับผิดชอบหมายถึงตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของการบริการระดับปฐมภูมิ

6. แฟ้ม DIAG เก็บรายละเอียดการวินิจฉัยโรคของบุคคลที่มารับบริการทุกคนการมารับบริการแต่ละครั้งสามารถมีการวินิจฉัยโรคได้มากกว่า 1 โรค (record)

7. แฟ้ม APPOINT เก็บรายละเอียดการนัดมารับบริการครั้งต่อไปของบุคคลที่มารับบริการการมารับบริการแต่ละครั้งสามารถมีการนัดได้มากกว่า 1

8. แฟ้ม SURVEILเก็บรายละเอียดของข้อมูลโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากบุคคลที่มารับบริการ

9. แฟ้ม DRUG เก็บรายละเอียดการให้เวชภัณฑ์ แก่ผู้มารับบริการ การมารับบริการแต่ละครั้งสามารถได้รับเวชภัณฑ์ได้มากกว่า1 ชนิด (record)

10. แฟ้ม PROCED เก็บรายละเอียดการให้บริการหัตถการแก่ผู้มารับบริการ การมารับบริการแต่ละครั้งสามารถได้รับการทาหัตถการหรือบริการได้มากกว่า1 หัตถการหรือบริการ

11. แฟ้ม WOMAN ข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วอยู่กินกับสามีอายุระหว่าง 15-49 ปีทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบกรณีโรงพยาบาลเขตรับผิดชอบ หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของการบริการระดับปฐมภูมิหญิงวัยเจริญพันธุ์ 1 คนจะมีอยู่เพียง 1 record ที่เป็นข้อมูลปัจจุบัน

12. แฟ้ม FP เก็บรายละเอียดการให้บริการวางแผนครอบครัว ผู้มารับบริการ 1 คนสามารถใช้บริการได้มากกว่า1 ครั้ง (record)

13. แฟ้ม EPI เก็บรายละเอียดการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ทั้งผู้มารับบริการในสถานบริการและการให้บริการนอกสถานที่ 1)เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีทุกคน ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบที่มารับวัคซีน 2)เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีทุกคน ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบแต่มารับวัคซีน 3)หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบที่มารับวัคซีน 4)หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบแต่

มารับวัคซีน 5)เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 1 ทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน 6)เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 2 ทุกคน ในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน 7)เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 6 ทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน 8)ประชาชนกลุ่มอื่นๆที่มารับวัคซีนการได้รับวัคซีนแต่ละครั้งสามารถได้รับวัคซีนได้มากกว่า 1 ชนิด (record)กรณีโรงพยาบาลเขตรับผิดชอบหมายถึงตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของการบริการระดับปฐมภูมิ

14. แฟ้ม NUTRI เก็บรายละเอียดข้อมูลการวัดระดับโภชนาการและการพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปีและนักเรียนในเขตรับผิดชอบประกอบด้วย 1) เด็ก 0-5 ปีเก็บข้อมูลปีละ 4 ครั้งครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม ,ครั้งที่ 2 เดือนมกราคม ,ครั้งที่ 3 เดือนเมษายน,ครั้งที่ 4 เดือนกรกฎาคมโดยให้จัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ 2) อายุ 6 -18 ปีเก็บข้อมูลปีละ 2 ครั้งครั้งที่ 1 เทอมที่ 1 และครั้งที่ 2 เทอมที่ 2 โดยให้จัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ

15. แฟ้ม ANC เก็บรายละเอียดการให้บริการฝากครรภ์ 1)หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในในเขตรับผิดชอบ 2)หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบแต่มาใช้บริการการตั้งครรภ์ 1 ครั้งสามารถได้รับบริการฝากครรภ์ได้มากกว่า 1 ครั้ง (record)กรณีโรงพยาบาลเขตรับผิดชอบหมายถึงตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของการบริการระดับปฐมภูมิ

16. แฟ้ม PP เก็บรายละเอียดการให้บริการ การดูแลเด็กหลังคลอด เด็กทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ กรณีโรงพยาบาลเขตรับผิดชอบ หมายถึงตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของการบริการระดับปฐมภูมิเด็กหลังคลอด 1 คนจะมีเพียง 1 record

17. แฟ้ม MCH เก็บรายละเอียดประวัติการตั้งครรภ์การคลอดและการดูแลมารดาหลังคลอด 1)หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 2)หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบแต่มาใช้บริการฝากครรภ์คลอดหรือตรวจหลังคลอด 3)การตั้งครรภ์แต่ละครั้งจะมีเพียง 1 record แต่หญิงแต่ละคนสามารถตั้งครรภ์ได้มากกว่า 1 ครั้ง กรณีโรงพยาบาลเขตรับผิดชอบ หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของการบริการระดับปฐมภูมิ

18. แฟ้ม HOME เก็บรายละเอียดข้อมูลหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ หลังคาเรือนทุกหลังที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบหลังคาเรือน 1 หลังจะมีเพียง 1 recordกรณีโรงพยาบาลเขตรับผิดชอบหมายถึงตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของการบริการระดับปฐมภูมิ

19. แฟ้ม NCDScreen หมายถึง ข้อมูลการให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ที่มารับบริการและประวัติการได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน(อายุ 15 ปีขึ้นไป) ในเขตรับผิดชอบโดยที่ค้องไม่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดัน

โลหิตสูงประกอบด้วย1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล และสถานบริการระดับปฐมภูมิทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล2) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบที่ได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสถานพยาบาลอื่นๆ

20. แฟ้ม CHRONICFU หมายถึง ข้อมูลการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง) ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง) ที่ได้รับการตรวจติดตามโดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

21. แฟ้ม LABFU หมายถึง ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง) ประกอบด้วย1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง) ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ2) ผู้ป่วยที่ไม่ใช่เบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ตรวจ macroalbumin หรือ microalbumin ในปัสสาวะมีผล positive หรือ eGFR < 60 เป็นครั้งแรกแล้วบันทึกผลการตรวจทุกครั้งที่ติดตาม

2.6 แนวทางการตรวจสอบข้อมูลและคิดคะแนนตามผลงานการให้บริการและคุณภาพข้อมูล⁽¹²⁾

การตรวจสอบข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอก และข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล จะตรวจสอบข้อมูลทั้งความถูกต้องครบถ้วน ตามโครงสร้างมาตรฐานของแฟ้มข้อมูลแต่ละแฟ้มและคุณภาพของข้อมูล โดยมีข้อกำหนดและเงื่อนไขการตรวจสอบดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล (OP Individual Data)

การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกจะตรวจสอบจากแฟ้ม SERVICE, DIAG, PROCED และ DRUG ตามโครงสร้างมาตรฐาน 21 แฟ้มและเชื่อมโยงให้เกิดข้อมูลการให้บริการดังนี้

มาตรฐานโครงสร้าง	แฟ้มที่ใช้ตรวจสอบ	ฟิลด์ที่ใช้เชื่อมโยงข้อมูล
21 แฟ้ม	SERVICE.txt*	PID
	DIAG.txt*	SEQ
	PROCED.txt	DATE_SERV
	DRUG.txt	CLINIC

* แฟ้มที่จำเป็นต้องมีข้อมูล

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก

(1) ตรวจสอบข้อมูลต้องครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนดในแต่ละแฟ้ม (ตาม Flow การ

ตรวจสอบโครงสร้างแฟ้มที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยนอกในแนวทางการดำเนินงาน
ปีงบประมาณ 2556 ที่ สปสช. กำหนด)

(2) ตรวจสอบ PCUCODE ต้องมีรหัสอยู่ในสำเนานโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวง
สาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)

(3) รหัสคลินิก (CLINIC) ถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนด โดยจะตรวจสอบจากตำแหน่งที่ 2-3

(4) ต้องมีข้อมูลการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และเชื่อมโยงกับการให้บริการได้ (ข้อมูลในแฟ้ม DIAG
กับSERVICE สามารถเชื่อมโยงกันได้โดยใช้ฟิลด์ PID, SEQ, DATE_SERV, CLINIC) ทั้งนี้การให้รหัส
การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องมีเงื่อนไขดังนี้

(4.1) ต้องมีการให้รหัสโรคหลัก (Principle Diagnosis, Pdx) อย่างน้อย 1 รหัสที่
ถูกต้องตาม ICD10 (WHO 2010) หรือ ICD10 TM หรือรหัสแพทย์แผนไทย

(4.2) หากให้รหัสโรคถูกต้องตามหลักการให้รหัสโรคตาม ICD10(WHO 2010)
จะตรวจสอบความสอดคล้องของการให้รหัสโรค(ตาม Appendix A3-A4 ของ DRG version 5.0)

(4.3) ตรวจสอบประเภทการวินิจฉัย (DiagType) ต้องมีค่าตั้งแต่ 1 – 5
เงื่อนไขการคิดคะแนนของการให้บริการผู้ป่วยนอก

(1) เป็นข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2556

(2) มีเลขประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูลประชากรของ สปสช.

(3) การให้บริการผู้ป่วยนอก 1 คนใน 1 วันจะได้ 1 คะแนน

(บริการหลายครั้งใน 1 วันจะคิด 1 คะแนน)

(4) การคิดคะแนนจะพิจารณาเฉพาะรหัสการวินิจฉัยที่บ่งชี้ว่าเป็นผู้ป่วยนอกหรือรหัสที่ระบุ
ว่าเป็นผู้ป่วยนอกตามที่ สปสช. กำหนด

(5) สปสช. จะทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP) เพิ่มเติมโดยหากหน่วยบริการใด
มีการบันทึกข้อมูลที่ผิดปกติจะถูกระงับจ่ายไว้ก่อน (Pending) เพื่อตรวจสอบข้อมูลของหน่วยบริการนั้น
ต่อไป

(6) การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกเพื่อจัดสรรเพิ่มเติม(Add on)

(6.1) การคิด Add on กรณีหักถดถอยจากแฟ้ม PROCED หากผ่านตามเงื่อนไขจะได้เพิ่ม
รายการละ 0.01 คะแนน โดยมีเงื่อนไขดังนี้

(6.1.1) เป็นรหัสที่อยู่ใน ICD 9 CM และ ICD 10 TM และต้องเป็นรหัสที่กำหนดให้สามารถให้ได้(กรณีที่เป็นรหัสกลุ่มของหัตถการหากมีรหัสย่อยรหัสกลุ่มนั้นไม่สามารถใช้ได้)

(6.1.2) เป็นรหัสที่ใช้ในการให้หัตถการกับผู้รับบริการจริงทั้งนี้เป็นไปตามที่ สปสช.กำหนด

(6.2) การคิด Add on กรณีมีบันทึกการให้ยาและบันทึกการหัตถยามาตรฐาน (24 หลัก) จากแฟ้ม DRUG หากผ่านตามเงื่อนไขจะได้เพิ่มรายการละ 0.05 คะแนน

(6.3) การคิด Add on กรณีมีการส่งต่อ (Refer) จากแฟ้ม SERVICE หากมีการบันทึกข้อมูลการส่งต่อครบถ้วนจะคิดเป็น 0.05 คะแนน

(6.4) ทั้งนี้ สปสช.อาจมีการระงับการจ่าย Add on ในแต่ละเรื่องหากพบว่ามี การบันทึกข้อมูลที่ผิดปกติ

2.ข้อมูลบริการ (รายแฟ้ม)

ข้อมูลบริการตามโครงสร้างมาตรฐาน 21 แฟ้มที่ไม่ใช่ข้อมูลการบริการผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2556 มีการตรวจสอบแยกรายบริการ(รายแฟ้ม) ทั้งหมด 13 แฟ้มดังนี้

- (1) ข้อมูลบุคคล (แฟ้ม PERSON)
- (2) ข้อมูลการให้บริการวัคซีน (แฟ้ม EPI)
- (3) ข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัว (แฟ้ม FP)
- (4) ข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์ (แฟ้ม ANC)
- (5) ข้อมูลการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก (แฟ้ม MCH)
- (6) ข้อมูลการให้บริการเด็กหลังคลอด (แฟ้ม PP)
- (7) ข้อมูลโรคเรื้อรังของบุคคล (แฟ้ม CHRONIC)
- (8) ข้อมูลโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (แฟ้ม SURVEIL)
- (9) ข้อมูลการให้บริการเฝ้าระวังทางโภชนาการ (แฟ้ม NUTRI)
- (10) ข้อมูลการตายของบุคคล (แฟ้ม DEATH)
- (11) ข้อมูลการให้บริการคัดกรอง DM ,HT (แฟ้ม NCDScreen)
- (12) ข้อมูลการให้บริการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (แฟ้ม CHRONICFU)
- (13) ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย DM, HT (แฟ้ม LABFU)

ในแต่ละแฟ้มบริการจะมีการตรวจสอบข้อมูลและเงื่อนไขการคิดคะแนนดังนี้ สปสช. อาจ ะรับการจัดสรรค่าใช้จ่าย(Pending) ตามคะแนนที่ได้ในแต่ละเรื่อง หากพบว่าการบันทึกข้อมูลผิดปกติ เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูลมีดังนี้

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิดคะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการตรวจสอบ
1. ข้อมูลบุคคล(แฟ้ม PERSON) ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนดโดย การบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้ 1.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม PERSON ที่ สปสช.กำหนด) 1.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตามมาตรฐานสนย.กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก) 1.3 ตรวจสอบฟิลด์ OCCUPA ต้องมีรหัสตามมาตรฐานของสนย.กระทรวงสาธารณสุข 1.4 ตรวจสอบฟิลด์ NATION ต้องมีรหัสตามมาตรฐานของสนย.กระทรวงสาธารณสุข 1.5 ตรวจสอบฟิลด์ RELIGION ต้องมีรหัสตามมาตรฐานของสนย. 1.6 ตรวจสอบฟิลด์ EDUCATE ต้องมีรหัสตามมาตรฐานของสนย.กระทรวงสาธารณสุข 1.7 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลโดยตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE และ CID	1) ต้องมีเลขประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูลประชากรของสปสช. 2) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนดเพิ่มเติม(ถ้ามี)	0.10 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record)
2. ข้อมูลการให้บริการวัคซีน (แฟ้ม EPI) ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนดโดย	1) เป็นข้อมูลบริการตั้งแต่ 1 กรกฎาคม	0.25 คะแนน ต่อ 1 รายการ

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิด คะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการ ตรวจสอบ
การบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบ ตามเงื่อนไขต่อไปนี้	2555 ถึง 30 มิถุนายน 2556	(1 Record)
2.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด	2) ตรงตามเงื่อนไขที่ สปช.กำหนด	
2.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตาม มาตรฐานสนย.กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)	เพิ่มเติม (ถ้ามี)	
2.3 กรณีให้วัคซีนคนต่างด้าวที่ไม่มีเลขประชาชน 13 หลักต้องมีการระบุสัญชาติที่ไม่ใช่สัญชาติไทย (จากฟิลด์ NATION ในแฟ้ม PERSON) และต้องใส่ HN (หรือ PID ในแฟ้ม SERVICE) ลงในฟิลด์ CID โดยหาก HN มีไม่ครบ 13 หลักให้ใส่เลข 0 ด้านหน้า HN ให้ ครบ 13 หลัก		
2.4 มีข้อมูลการให้วัคซีนโดย		
2.4.1 ตรวจสอบการให้รหัสวัคซีน (VCCTYPE) ต้องเป็นรหัสวัคซีนตามที่สนย. กระทรวง สาธารณสุขกำหนด		
2.4.2 ตรวจสอบฟิลด์ VCCPLACE รหัสหน่วย บริการต้องเป็นรหัสตามที่สนย. กระทรวง สาธารณสุขกำหนด		
2.4.3 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของการให้วัคซีนซ้ำ โดยตรวจสอบจาก PCUCODE, CID, และ VCCTYPE		
3. ข้อมูลการวางแผนครอบครัว (FP) ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนดโดย การบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบ	1) ต้องมีเลข ประชาชน 13 หลักในฐานะ	0.10 คะแนน ต่อ 1 รายการ

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิด คะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการ ตรวจสอบ
ตามเงื่อนไขต่อไปนี้	ข้อมูลประชากรของ สปสข.	(1 Record)
3.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบ โครงสร้างเพิ่ม FP ที่สปสข.กำหนด)	2) เป็นข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง	
3.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตาม มาตรฐานสนย.กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)	30 มิถุนายน 2556	
3.3 ตรวจสอบความสัมพันธ์ของเพศกับวิธีการ คุมกำเนิด	3) ตรงตามเงื่อนไขที่	
3.3.1 กรณีเป็นเพศหญิงต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 9 ปีและ ไม่เกิน 60 ปีวิธีการคุมกำเนิด (FPTYPE) = 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 7	สปสข.กำหนด	
3.3.2 กรณีเป็นเพศชายวิธีการคุมกำเนิด(FPTYPE) = 5 , 6	เพิ่มเติม (ถ้ามี)	
3.4 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล		
3.4.1 กรณีเป็นข้อมูลบริการ (pcucode=fpplace และ seqไม่เป็นค่าว่าง)ตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE,CID, และ DATE_SERV		
3.4.2 กรณีเป็นข้อมูลสำรวจ (pcucode<>fpplace และseqเป็นค่าว่าง)ตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE และ CID		
4. ข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์(เพิ่ม ANC) ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนดโดยการ บันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตาม เงื่อนไขต่อไปนี้	1) เป็นข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง 30 มิถุนายน 2556	0.10 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record)
4.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่	2) มีเลขประชาชน 13	

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิด คะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการ ตรวจสอบ
กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบ โครงสร้างเพิ่ม ANCตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE	หลักในฐานข้อมูล ประชากรของสปสช. 3) ตรงตามเงื่อนไข ที่สปสช.กำหนด เพิ่มเติม(ถ้ามี)	
4.2 ต้องมีรหัสตามมาตรฐานสนย.กระทรวง สาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)		
4.3 ตรวจสอบเพศจากฐานข้อมูลของสปสช. ต้อง เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 9 - 60 ปี		
4.4 ตรวจสอบอายุครรภ์ (GA) ต้องอยู่ระหว่าง 4 - 45 สัปดาห์และต้องมีผลการตรวจครรภ์ (ANCRES)		
4.5 ตรวจสอบฟิลด์ APLACE รหัสหน่วยบริการ เป็นรหัสตามที่สนย. กระทรวงสาธารณสุขกำหนด		
4.6 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลโดย ตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE , CID และ DATE_SERV ที่สปสช. กำหนด		
5. ข้อมูลการตั้งครรภ์การคลอดและดูแล แม่หลังคลอด(เพิ่ม MCH) ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะ ตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้	1) มีเลขประชาชน 13 หลักของแม่ใน ฐานข้อมูลประชากร ของสปสช. 2) ต้องมีวันที่ดูแลแม่ ครั้งที่ 2 และเป็น ข้อมูลการคลอด (BDATE) ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555-30 มิถุนายน 2556 3) ตรงตามเงื่อนไข ที่สปสช.กำหนด	3 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record)
5.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่ กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบ โครงสร้างเพิ่ม MCH ที่สปสช.กำหนด)		
5.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตาม มาตรฐานสนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)		
5.3 ตรวจสอบเพศจากฐานข้อมูลประชากร		

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิด คะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการ ตรวจสอบ
ของสปสข. ต้องเป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 9 - 60 ปี	เพิ่มเติม (ถ้ามี)	
5.4 วันที่ดูแม่ต้องมากกว่าวันคลอด (PPCARE1>BDATE)		
5.5 ตรวจสอบข้อมูลวันที่ดูแลแม่โดยต้องมีข้อมูล ในฟิลด์วันที่ดูแลแม่ครั้งที่ 1 (PPCARE1) และมี รูปแบบวันที่ถูกต้องสำหรับข้อมูลในฟิลด์ PPCARE2 และPPCARE3 จะมีหรือไม่ก็ได้และ หากมีวันที่ดูแลแม่ต้องมากกว่าครั้งก่อนเสมอ (PPCARE3 > PPCARE2 > PPCARE1)		
5.6 ตรวจสอบข้อมูลซ้ำโดยตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE, CID และ GRAVIDA ดังนั้นในการ ตั้งครั้ง 1 ครั้งจะส่งข้อมูลที่สมบูรณ์ได้เพียง 1 ครั้ง หากข้อมูลผ่านการตรวจสอบแล้วมีการส่งเข้ามา ใหม่อีกจะถือว่าเป็นข้อมูลซ้ำ		
6. ข้อมูลการคลอดและดูแลเด็กหลังคลอด(แฟ้ม PP) ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนดโดย การบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบ ตามเงื่อนไขต่อไปนี้	1) มีเลขประชาชน 13 หลักของเด็กใน ฐานข้อมูลประชากร ของสปสข.	3 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record)
6.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตาม ฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flowการตรวจสอบโครงสร้าง แฟ้ม PP ที่สปสข.กำหนด)	2) ต้องมีวันที่ดูแลเด็ก ครั้งที่ 2 และเป็น ข้อมูลการคลอด (BDATE) ตั้งแต่ 1	
6.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตาม มาตรฐานสนย.กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)	กรกฎาคม 2555 -	
6.3 ตรวจสอบน้ำหนักแรกเกิดต้องไม่ต่ำกว่า500 กรัม	30 มิถุนายน 2556	

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิดคะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการตรวจสอบ
6.4 วันที่ดูแลเด็กต้องมากกว่าวันคลอด (BCARE1 > BDATE)	3) ตรงตามเงื่อนไขที่สปช.กำหนดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	
6.5 ตรวจสอบวันข้อมูลวันที่ดูแลเด็กโดยต้องมีข้อมูลในฟิลด์วันที่ดูแลเด็กครั้งที่ 1 (BCARE1) และมีรูปแบบวันที่ถูกต้องสำหรับข้อมูลในฟิลด์ BCARE2 และ BCARE3 จะมีหรือไม่ก็ได้และหากมีวันที่ดูแลเด็กต้องมากกว่าครั้งก่อน (BCARE3 > BCARE2 > BCARE1)		
6.6 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลโดยดูจากฟิลด์ PCUCODE และ CID ดังนั้นการดูแลเด็กหลังคลอด 1 คนจะส่งข้อมูลที่สมบูรณ์ได้เพียง 1 ครั้ง หากข้อมูลผ่านการตรวจสอบแล้วมีการส่งเข้ามาใหม่อีกจะถือว่าเป็นข้อมูลซ้ำ		
7. ข้อมูลโรคเรื้อรังของบุคคล(แฟ้ม CHRONIC) ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนดโดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้	1) ต้องมีเลขประชาชน 13 หลักในฐานะข้อมูลประชากรของสปช. 2) ตรงตามเงื่อนไขที่สปช.กำหนดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	0.05 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record)
7.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม PP ที่สปช.กำหนด)		
7.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตามมาตรฐานสนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)		
7.3 ตรวจสอบฟิลด์ CHRONIC รหัส ICD10 ต้องเป็นรหัสโรคเรื้อรังตามมาตรฐานสนย. กระทรวงสาธารณสุข		

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิด คะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการ ตรวจสอบ
7.4 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลโดย ตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE ,CIDและ CHRONIC		
8. ข้อมูลโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (แฟ้ม SURVEIL) ตรวจสอบตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนดโดย การบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบ ตามเงื่อนไขต่อไปนี้	1) ต้องมีเลข ประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูล ประชากรของสปสข. 2) เป็นข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง 30มิถุนายน 2556	ข้อมูลที่ตรวจสอบผ่าน 1รายการ (1 Record) จะ ได้คะแนนตามเวลาของ การส่งดังนี้ 1) ส่งภายในวันส่ง ภายใน 7 วันนับจาก วันที่ให้บริการได้ 1 คะแนน 2) ส่งหลังจาก 7 วันแต่ ไม่เกิน 60 วันนับจาก วันที่ให้บริการได้ 0.5 คะแนน 3) ส่งหลังจาก 60 วัน นับจากวันที่ให้บริการ ไม่ได้คะแนนกรณีรพ. สต./สต. วันที่ส่งข้อมูล คิดจากวันที่สสจ.ส่ง ให้สปสข.
8.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่ กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม SURVEIL ที่สปสข.กำหนด)	3) ตรงตามเงื่อนไข ที่สปสข.กำหนด เพิ่มเติม (ถ้ามี)	
8.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตาม มาตรฐานสนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)		
8.3 ตรวจสอบฟิลด์ DIAGCODE รหัส ICD10ต้อง เป็นรหัสโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตาม มาตรฐานสนย. กระทรวงสาธารณสุข		
8.4 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลโดย ตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE ,CID, DATE_SERV และ DIAGCODE		
9. ข้อมูลการเฝ้าระวังทางโภชนาการ (แฟ้ม NUTRI)ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนด โดยการบันทึกข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะ ตรวจสอบตามเงื่อนไขต่อไปนี้	1) ต้องมีเลข ประชาชน13 หลักใน ฐานข้อมูลประชากร ของสปสข.	0.05 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record)

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิด คะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการ ตรวจสอบ
9.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม NUTRI ที่สปสช.กำหนด)	2) วันที่สำรวจ (DATE_SERV) อยู่ใน รอบการส่งข้อมูล (Month) 3) ตรงตามเงื่อนไข ที่สปสช.กำหนด เพิ่มเติม (ถ้ามี)	
9.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตาม มาตรฐานสนย.กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)		
9.3 ตรวจสอบวันที่สำรวจ (DATE_SERV) และรอบของเดือนที่จัดส่งข้อมูล (Month)		
(1) กรณีเด็กอายุ 0 - 5 ปี DATE_SERV =กรกฎาคม ตุลาคมมกราคมและเมษายน		
(2) กรณีอายุ 6 - 14 ปี DATE_SERV =กรกฎาคม และมกราคม		
(3) ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลใดตรวจสอบ จากฟิลด์ PCUCODE,CID และ DATE_SERV		
10. ข้อมูลการตายของบุคคล(แฟ้ม DEATH) ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนดโดยการบันทึก ข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไข ต่อไปนี้	1) วันที่ตาย (DDATE) ต้องอยู่ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง 30 มิถุนายน 2556 2) ต้องมีเลข ประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูล ประชากรของสปสช. 3) ตรงตามเงื่อนไข ที่สปสช.กำหนด	0.10 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record) จะได้
10.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตาม ฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้าง แฟ้ม DEATH) ตามที่สปสช. กำหนด		
10.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตาม มาตรฐานสนย.กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)		
10.3 ตรวจสอบฟิลด์ DDATE (วันที่ตาย) ต้องมีค่า เป็น YYYYMMDD		

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิด คะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการ ตรวจสอบ
10.4 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลโดย ตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE และ CID	เพิ่มเติม (ถ้ามี)	
11. ข้อมูลการให้บริการคัดกรอง DM ,HT (แฟ้ม NCDScreen) ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนดโดยการบันทึก ข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไข ต่อไปนี้	1) ต้องมีเลข ประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูล ประชากรของสปสช. 2) เป็นข้อมูลคัดกรอง (DATE_EXAM) ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง วันที่ 30มิถุนายน 2556 3) ตรงตามเงื่อนไข ที่สปสช.กำหนด เพิ่มเติม (ถ้ามี)	0.10 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record)
11.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตาม ฟิลด์ที่กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้าง แฟ้ม NCDScreen ที่สปสช.กำหนด)		
11.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตาม มาตรฐาน สนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)		
11.3 ตรวจสอบอายุของผู้รับตรวจคัดกรองจาก ฐานข้อมูลของ สปสช. ต้องมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป		
11.4 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลโดย ตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE และ CID		
12. การตรวจสอบข้อมูลการให้บริการ ติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CHRONICFU) ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนดโดยการบันทึก ข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบตามเงื่อนไข ต่อไปนี้	1) ต้องมีเลข ประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูล ประชากรของสปสช. 2) เป็นข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง 30มิถุนายน	0.05 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record)
12.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่ กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม CHRONICFU ที่สปสช.กำหนด)		

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิด คะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการ ตรวจสอบ
12.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตาม มาตรฐานสนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5 หลัก)	2556 3) ตรงตามเงื่อนไข ที่สปสช.กำหนด เพิ่มเติม (ถ้ามี)	
12.3 ตรวจสอบความเชื่อมโยงของข้อมูล CHRONICFU กับข้อมูลแฟ้ม CHRONIC โดย CID ของแฟ้ม CHRONICFU ต้องเชื่อมโยงได้กับ CID ของแฟ้ม CHRONIC ที่มีการวินิจฉัยเป็น DM และ HT		
12.4 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล โดย ตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE, CID และ DATE_SERV		
13. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย DM, HT (LABFU) ตามโครงสร้างมาตรฐานที่กำหนดโดยการบันทึก ข้อมูล 1 ครั้ง (1 Record) จะตรวจสอบ ตามเงื่อนไขต่อไปนี้	1) ต้องมีเลข ประชาชน 13 หลักในฐานข้อมูล ประชากรของสปสช. 2) เป็นข้อมูลบริการ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึง 30มิถุนายน 2556 3) ตรงตามเงื่อนไข ที่สปสช.กำหนด เพิ่มเติม (ถ้ามี)	0.10 คะแนน ต่อ 1 รายการ (1 Record)
13.1 ตรวจสอบข้อมูลให้ครบและถูกต้องตามฟิลด์ที่ กำหนด (ตาม Flow การตรวจสอบโครงสร้างแฟ้ม CHRONICFU ที่ สปสช.กำหนด)		
13.2 ตรวจสอบฟิลด์ PCUCODE ต้องมีรหัสตาม มาตรฐานสนย. กระทรวงสาธารณสุข (รหัส 5หลัก)		
13.3 ตรวจสอบความเชื่อมโยงของข้อมูลLABFU กับข้อมูลแฟ้ม CHRONIC โดยCID ของแฟ้ม LABFU ต้องเชื่อมโยงได้กับ CID ของแฟ้ม CHRONIC ที่มีการวินิจฉัยเป็น DM และ HT		

เงื่อนไขการตรวจสอบข้อมูล	เงื่อนไขการคิด คะแนน	คะแนนเมื่อผ่านการ ตรวจสอบ
13.4 ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลโดย ตรวจสอบจากฟิลด์ PCUCODE, CID และ DATE_SERV		

3. ข้อมูลเพื่อจัดสรรเพิ่มเติมจากข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ(OP/PP Performance)

ในปีงบประมาณ 2556 สปสช. จัดสรรงบประมาณสำหรับหน่วยบริการที่จัดทำข้อมูลได้ถูกต้อง และมีคุณภาพแยกตามรายแฟ้มข้อมูล โดยจะเป็นการจัดสรรจากคะแนนที่ได้จากผลการคิดตามเกณฑ์ คุณภาพข้อมูล(ไม่เกี่ยวข้องกับคะแนนตามข้อมูลบริการ) ทั้งนี้จะจัดสรรในระบบ point system with global budget โดยแบ่งการจัดสรรออกเป็น 2 งวดสำหรับช่วงเวลาที่ตรวจสอบและจัดสรรสปสช. จะเป็นผู้กำหนดและแจ้งให้ทราบภายหลังโดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

ลำดับ	แฟ้มข้อมูล	การตรวจสอบ OP/PP Performance			หมายเหตุ
		ถูกต้อง	ทันเวลา	ซ้ำซ้อน	
1	PERSON	/		/	
2	DEATH	/	/	/	
3	CHRONIC	/	/	/	
4	SERVICE	/	/	/	ข้อมูล OP
5	DIAG	/			ข้อมูล OP
6	DRUG	/			ข้อมูล OP
7	PROCED	/			ข้อมูล OP
8	SUEVEIL	/		/	
9	EPI	/	/	/	
10	FP	/	/	/	
11	ANC	/	/	/	

ลำดับ	เพิ่มข้อมูล	การตรวจสอบ OP/PP Performance			หมายเหตุ
		ถูกต้อง	ทันเวลา	ซ้ำซ้อน	
12	MCH	/		/	
13	PP	/		/	
14	NUTRI	/	/	/	ตามรอบการส่ง
15	NCDScreen	/	/	/	
16	CHRONICFU	/	/	/	
17	LABFU	/	/	/	
18	CARD				ไม่มีการประมวลผล
19	AP คะแนน				ไม่มีการประมวลผล
20	WOMAN				ไม่มีการประมวลผล
21	HOME				ไม่มีการประมวลผล

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการคำนวณความถูกต้องของข้อมูลแต่ละแฟ้ม

(1) สูตรการคำนวณร้อยละความถูกต้องของเพิ่มข้อมูล

$$\frac{\text{จำนวนข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบ (ในแต่ละแฟ้ม)} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลทั้งหมด (ในแต่ละแฟ้ม)}}$$

(2) หลักเกณฑ์การคิดคะแนนความถูกต้อง

เพิ่มข้อมูลถูกต้องมากกว่าร้อยละ 95 ได้ 1.00 คะแนน

เพิ่มข้อมูลถูกต้องร้อยละ 90.01 - 95.00 ได้ 0.50 คะแนน

เพิ่มข้อมูลถูกต้องร้อยละ 85.01 - 90.00 ได้ 0.25 คะแนน

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการคำนวณความซ้ำซ้อนของข้อมูลแต่ละแฟ้ม

(1) สูตรการคำนวณร้อยละความซ้ำซ้อนของเพิ่มข้อมูล

$$\frac{\text{จำนวนข้อมูลที่ซ้ำซ้อน (ในแต่ละแฟ้ม)} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลที่ตรวจสอบผ่านทั้งหมด (ในแต่ละแฟ้ม)}}$$

(2) หลักเกณฑ์การคิดคะแนนความซ้ำซ้อน

เพิ่มข้อมูลซ้ำซ้อนน้อยกว่าร้อยละ 5 ได้ 1.00 คะแนน

เพิ่มข้อมูลซ้ำซ้อนร้อยละ 5 -10 ได้ 0.50 คะแนน

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการคำนวณความทันเวลาของข้อมูลแต่ละแฟ้ม

(1) สูตรการคำนวณร้อยละความทันเวลาของแฟ้มข้อมูล

จำนวนข้อมูลที่ส่งทันเวลาและผ่านการตรวจสอบ(ในแต่ละแฟ้ม) x 100

จำนวนข้อมูลที่ส่งทั้งหมด (ในแต่ละแฟ้ม)

(2) หลักเกณฑ์การคิดคะแนนความทันเวลา

เพิ่มข้อมูลทันเวลามากกว่าร้อยละ 95 ได้ 1.00 คะแนน

เพิ่มข้อมูลทันเวลาร้อยละ 90.01 - 95.00 ได้ 0.50 คะแนน

เพิ่มข้อมูลทันเวลาร้อยละ 85.01 - 90.00 ได้ 0.25 คะแนน

(3) การส่งข้อมูลทันเวลา

การส่งข้อมูลทันเวลา หมายถึง การส่งข้อมูลการให้บริการภายในระยะเวลาที่กำหนดคือส่งข้อมูลภายใน 1 เดือนหลังจากเดือนที่ให้บริการ

ช่องทางการจัดส่งข้อมูลและกำหนดระยะเวลาในการส่งข้อมูล

1.ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก/บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล

1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) /ศูนย์สุขภาพชุมชน/คลินิกชุมชนอบอุ่นที่ไม่ได้มีสถานะเป็นหน่วยบริการประจำให้ส่งข้อมูลไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และให้ สสจ. จัดส่งข้อมูลให้กับ สปสช. ผ่านทางเว็บไซต์ <http://op.nhso.go.th/op>

1.2 หน่วยบริการประจำทั้งภาครัฐและเอกชนส่งข้อมูลให้กับ สปสช. ผ่านทางเว็บไซต์ <http://op.nhso.go.th/op>

1.3 ระยะเวลาการส่งข้อมูล

1) ข้อมูลบริการตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2556 ส่งได้ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2556

2) การส่งข้อมูลทันเวลาตามเกณฑ์คุณภาพกำหนดให้ส่งข้อมูลภายใน 1 เดือนหลังจากเดือนที่ให้บริการ

2.ข้อมูลการเงินการคลัง

2.1 การรับข้อมูลการเงินการคลังรายเดือนและคะแนนคุณภาพข้อมูลรายไตรมาสของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยข้อมูลการเงินการคลังจัดส่งข้อมูลรายเดือนให้ สปสช. โดยตรงหรือผ่านทางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามช่องทางที่กำหนด

2.2 กำหนดระยะเวลาในการส่งข้อมูลทุกวันที่ 20 ของเดือนหรือทุกไตรมาส

2.7 สรุปประเด็นปัญหาคุณภาพข้อมูล 21 पैมมาตรฐาน⁽⁵⁾

1.ด้านการนำเข้าข้อมูล (Input)

1.1 บันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง ขาดความรู้ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล เช่น แพ้ม EPI, ANC เป็นต้น

1.2 รหัสโครงสร้างไม่ถูกต้อง ทำให้ข้อมูลที่ส่งมาเข้ารหัสผิด เช่นรหัส 2 หลัก เป็นรหัส 3 หลัก ตัวอย่างเช่น อาชีพรับจ้าง บันทึกเป็น 02 ซึ่งต้องเป็น 002 เป็นต้น

1.3 ข้อมูลผลการตรวจ แพ้ม Lab ที่ไม่ใช้งานบริการของตนเอง ไม่ถูกส่งออกมาจากระบบ เช่น การผลการเจาะเลือดผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ รพ.สต.ที่ รพ. มาดำเนินการเจาะและนำไปตรวจให้โดยส่งผลย้อนกลับมาที่หน่วยบริการ รพ.สต.

1.4 บันทึกข้อมูลไม่ตรงกับปฏิบัติการบันทึกข้อมูล เช่นในช่วงเดือน เมษายน ต้องบันทึกการชั่งน้ำหนักเด็กแล้วส่งเข้าระบบ แต่ก็พบว่าไม่ได้ส่งเข้าระบบตรงตามเดือนที่กำหนด

1.5 ข้อมูลเพิ่มสะสมที่ส่งปีละ 1 ครั้ง ไม่ถูกต้อง เช่น แพ้ม Person,Chronic,Deathมีข้อมูลที่ไม่ตรงกับความป็นจริง เช่น ประชากรในเขตรับผิดชอบมากหรือน้อยเกินไป ทำให้การตั้งเป้าหมายคลาดเคลื่อนได้

2.ด้านกระบวนการเก็บข้อมูลและรายงาน(Process)

2.1 โปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลไม่ได้ Update ทำให้ส่งข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง

2.2 ขาดความรู้ความเข้าใจในโปรแกรมที่ใช้ในการตรวจสอบข้อมูล

2.3 หลายแห่งไม่เคยใช้โปรแกรมการตรวจสอบข้อมูลก่อนส่ง

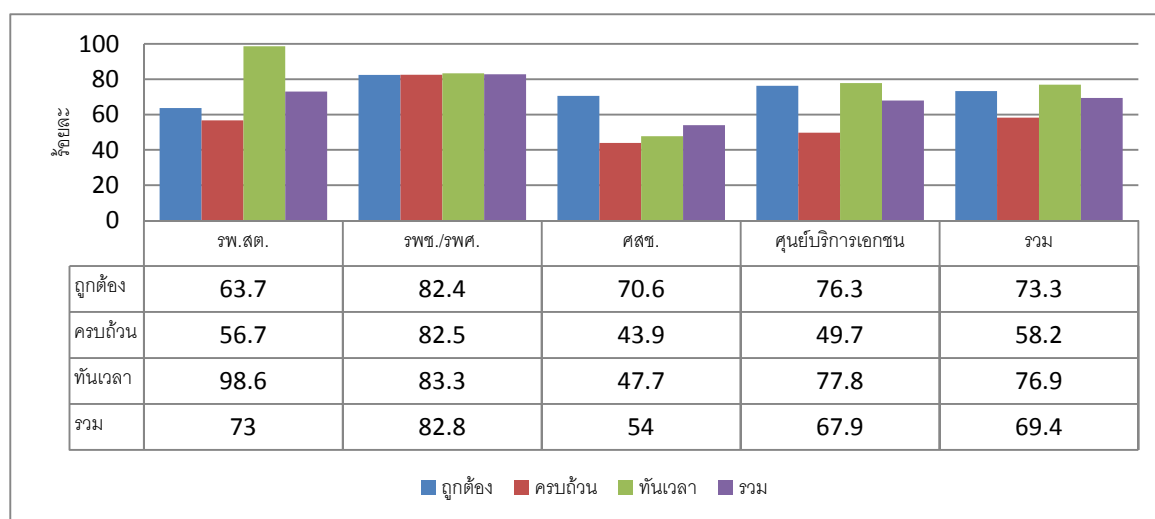
2.4 ขาดระบบการตรวจสอบติดตามกำกับแบบ Real Time

2.5 ผู้ใช้ระดับอำเภอโดยเฉพาะ สสอ. และ รพ.สต. ไม่สามารถเข้าไปใช้งาน WebSite ของงานข้อมูลของ สปสช. ได้ (<http://op.nhso.go.th/op/>) จึงทำให้ไม่ทราบว่าข้อมูลที่ตนเองส่งขึ้นไปในระบบผิดปกติดังไรและไม่ได้รับการแก้ไข

2.6 ขาดระบบรายงานสำหรับผู้บริหารติดตามกำกับ

จากรายงานการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลที่ได้รับจากหน่วยบริการต่างๆ โดยศูนย์ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในระหว่าง เดือนกรกฎาคม 2555 ถึง เดือนสิงหาคม 2555 ใน 3 ด้าน ตามเกณฑ์และตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ ความถูกต้อง ความครบถ้วน และความทันเวลา ในภาพรวมของจังหวัด พบว่ามีค่าเฉลี่ยคุณภาพข้อมูลโดยภาพรวม ร้อยละ 69.4 ค่าเฉลี่ยด้านความทันเวลามีค่าสูงที่สุด รองลงมาเป็นด้านความถูกต้อง และต่ำสุดคือคุณภาพด้านความครบถ้วน คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 76.9, 73.3 และ 58.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามประเภทหน่วยบริการ พบว่าคุณภาพข้อมูล กลุ่ม รพช./รพศ.มีค่าเฉลี่ยโดยรวมสูงที่สุด โดยความถูกต้องและด้านความครบถ้วน ส่วนด้านความทันเวลามีค่าใกล้เคียงกัน รพ.สต.มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าหน่วยบริการอื่น ดังรูปที่ 2-1 ซึ่งปัญหาคุณภาพด้านความถูกต้อง ที่พบส่วนใหญ่ เป็นปัญหาด้านบุคลากร เช่น การลงบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง บันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน ไม่ได้ตรวจสอบข้อมูลให้ทันสมัยบันทึก ข้อมูลไม่ครบ หรือไม่ได้ตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งออก⁽⁵⁾

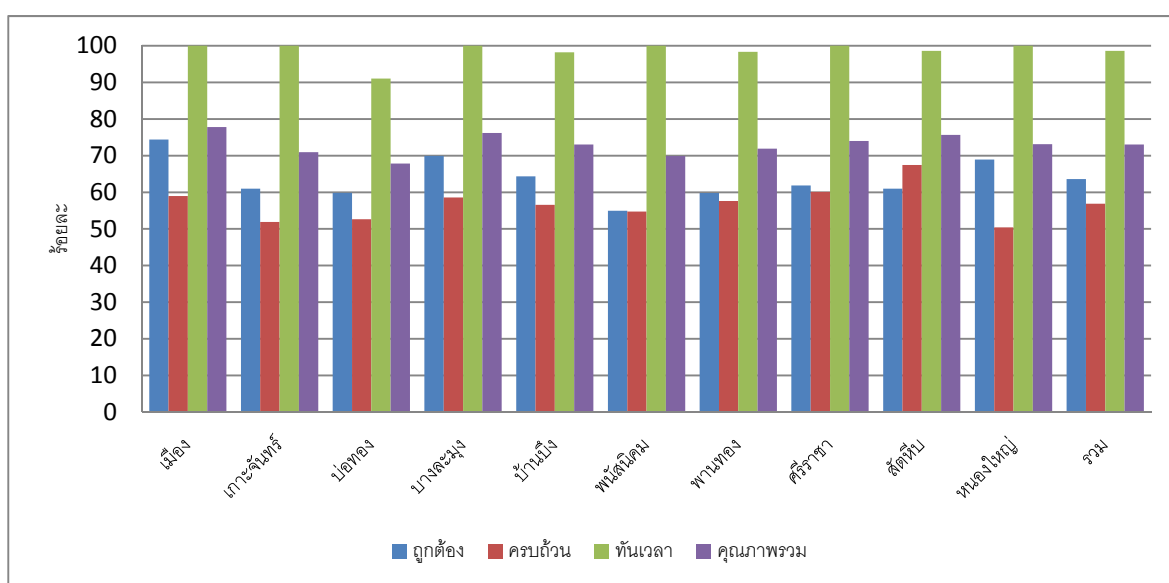
รูปที่ 2-1 คุณภาพของข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แฟ้มมาตรฐาน) ของหน่วยบริการในจังหวัดชลบุรี (ค่าเฉลี่ยรายเดือน: กค. 2555 ถึง สค. 2556)⁽⁵⁾



จากรายงานการตรวจสอบหน่วยบริการเฉพาะรพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีจำนวนมากที่สุดในจังหวัด พบว่าคุณภาพด้านความถูกต้องและความครบถ้วนซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญอย่างมากต่อคุณภาพข้อมูลค่อนข้างต่ำ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคุณภาพข้อมูลด้านความถูกต้อง ต่ำกว่าหน่วยบริการกลุ่มอื่นๆ และมีความแตกต่างกันในแต่ละอำเภอ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 63.7 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด (ร้อยละ 73.3)

และคุณภาพด้านความครบถ้วน มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด และมีความแตกต่างกันในแต่ละอำเภอเช่นกัน อย่างไรก็ตามคุณภาพด้านความทันเวลามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และใกล้เคียงกันในแต่ละอำเภอดังรูปที่ 2-2

รูปที่ 2-2 คุณภาพของข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แฟ้มมาตรฐาน) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รายอำเภอในจังหวัดชลบุรี (ค่าเฉลี่ยรายเดือน: กค. 2555 ถึง ส.ค. 2556)⁽⁵⁾



2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นรินทร์ ถาละครและประจักษ์ บัวผัน (2554:บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลสถานอนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิ (JHCIS) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยจังหวัดหนองคาย พบว่า ระดับการใช้โปรแกรม(JHCIS) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยจังหวัดหนองคาย ภาพรวมอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D.= 0.54) ตัวแปรที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบ(JHCIS) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัย ได้แก่ ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์การด้านวิธีการจัดการและด้านงบประมาณ แรงจูงใจด้านการยอมรับนับถือและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งปัจจัยทั้ง 4 ด้านสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานการใช้โปรแกรม JHCIS ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยจังหวัดหนองคายได้ร้อยละ 68.50 ⁽¹³⁾

ชนวัด เจริญงาน(2554:บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิ:กรณีศึกษา จังหวัดพังงา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม ระบบฐานข้อมูล(JHCIS) โดยรวมอยู่ในระดับมาก

โดยแบ่งเป็น มีการตรวจสอบสิทธิ์ก่อนการใช้งาน อยู่ในระดับมากที่สุด ง่ายต่อการใช้งาน การออกแบบหน้าจอมีความเหมาะสม มีการกำหนดรหัสผู้ใช้ โปรแกรมมีความเสถียร ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง โปรแกรมทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนและประหยัดเวลา ซอฟแวร์ที่ใช้มีบริการที่ครบถ้วน มีความเหมาะสม ภาษาที่ใช้ตรงและเข้าใจง่าย ซอฟแวร์มีการสร้างโดยมุมมองของผู้ใช้ ผู้ติดตั้งระบบมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและอุปกรณ์ที่ใช้มีความทันสมัย อยู่ในระดับมากผลการทดสอบสมมุติฐานพบว่า เพศและประสบการณ์ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง รายได้ต่อเดือน ช่วงเวลาในการใช้งานและระยะเวลาในการใช้งาน มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจ⁽¹⁴⁾

วิทยา พลาอาด เพชรน้อย สิงห์ช่างชัยและสาวตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2554:บทคัดย่อ) ศึกษา ระดับคุณภาพข้อมูล ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล ปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลและปัญหาอุปสรรคในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ระดับคุณภาพข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำส่วนปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ได้แก่การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบและการได้รับการอบรมตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 4.4 สรุปปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลในทางบวกคือ การใช้เพิ่มสุขภาพครอบครัว และการได้รับการอบรม ส่วนปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลในทางลบคือ จำนวนภาระงานที่รับผิดชอบ สำหรับปัญหาอุปสรรคในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวพบว่า บุคลากรไม่เพียงพอร้อยละ 84.30 รองลงมา บุคลากรขาดความรู้ร้อยละ 76.00 ไม่มีเวลาดบันทึกข้อมูลร้อยละ 75.90 งบประมาณไม่เพียงพอ ร้อยละ 67.60 และอุปสรรคที่ระบุน้อยที่สุดคือ การจัดสรรงบประมาณไม่เป็นธรรม ร้อยละ 7.40 ผลการศึกษานี้ใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารหน่วยงาน ในการกำหนดนโยบายการนิเทศติดตามและการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงคุณภาพการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽¹⁵⁾

สุรธรา ทั้งทอง (2556: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ คุณภาพข้อมูลสุขภาพระดับบุคคล ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสุขภาพ (21 แฟ้ม) คุณภาพข้อมูลสุขภาพระดับหมู่บ้าน การฝึกอบรมของ CUP การบรรณาธิการข้อมูลและการรวบรวมข้อมูล โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 49 ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ด้านความรู้และทักษะในการบันทึกข้อมูลที่มีการปรับปรุงรหัสการบันทึกและเวอร์ชันของโปรแกรม ด้านภาระงานที่มีมากทำให้บันทึกข้อมูลไม่ทัน ด้านขวัญกำลังใจและแรงจูงใจ และด้านการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต⁽¹⁶⁾

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative method) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ตามแนวคำถามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามประเด็นและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ในบทนี้จะนำเสนอ วิธีดำเนินการวิจัยซึ่งประกอบด้วย ประชากรและผู้ให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากร (Population)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดทำข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แฟ้มมาตรฐาน) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ครอบคลุม 10 อำเภอ (ยกเว้นอำเภอเกาะสีชังซึ่งไม่มี รพ.สต.) ในจังหวัดชลบุรี

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants)

การพิจารณาผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้ดุลพินิจของผู้วิจัย (judgment sampling) ในการกำหนดคุณสมบัติและเลือกสมาชิกของประชากรที่จะมาเป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะเป็นตัวแทน สามารถให้ข้อมูลเหตุผล และสามารถวิจารณ์ได้เหมาะสมกับเรื่องที่ศึกษา ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1. เลือก รพ.สต. จากแต่ละอำเภอในจังหวัดชลบุรี โดยพิจารณาเลือกอำเภอละ 2 รพ.สต. โดยกำหนดให้เป็น รพ.สต. ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้
 - แห่งที่ 1 เป็น รพ.สต. ที่มีการพัฒนาการจัดทำรายงานข้อมูล 21 แฟ้ม และมีผลคะแนนรวมการตรวจสอบคุณภาพ ข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน (ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา) ในช่วงปีงบประมาณ 2556 ได้คะแนนสูงสุดของแต่ละอำเภอ ได้ รพ.สต.ทั้งสิ้น 10 แห่ง (ดังตารางที่ 3-1)
 - แห่งที่ 2 เป็น รพ.สต. ที่มีการพัฒนาการจัดทำรายงานข้อมูล 21 แฟ้ม และมีผลคะแนนรวมการตรวจสอบคุณภาพ ข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน (ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา) ในช่วงปีงบประมาณ 2556 ได้คะแนนต่ำสุดของแต่ละอำเภอ ได้ รพ.สต.ทั้งสิ้น 10 แห่ง (ดังตารางที่ 3-1)

2. เลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จากแต่ละ รพ.สต. โดยพิจารณาเลือก รพ.สต.ละ 1 คน โดยกำหนดให้เป็นบุคลากรผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในการจัดทำรายงานข้อมูลสุขภาพ 21 แฟ้มมาตรฐาน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 20 คน

ตารางที่ 3-1 รายชื่อ รพ.สต.ที่จัดทำรายงาน 21 แฟ้ม จำแนกรายอำเภอ
ตามคะแนนคุณภาพข้อมูลสูงสุด-ต่ำสุด ปีงบประมาณ 2556

10 อำเภอในจังหวัดชลบุรี	รพ.สต.ที่ได้คะแนนสูงสุด	รพ.สต.ที่ได้คะแนนต่ำสุด
อำเภอเมืองชลบุรี	เสม็ด	อ่างศิลา
อำเภอบ้านบึง	บ้านหนองเงิน	บ้านมาบลำบิค
อำเภอศรีราชา	บ้านไร่หนึ่ง	บ้านนาพร้าว
อำเภอบางละมุง	บ้านหนองพังแค	บ้านเกาะล้าน
อำเภอพนัสนิคม	หนองปรือ	หมอนนาง
อำเภอบ่อทอง	บ้านเขาใหญ่	บ้านคลองใหญ่
อำเภอพานทอง	โคกจี่หนอน	บางหัก
อำเภอสัตหีบ	บ้านโค้งวันเพ็ญ	เขาคันทรง
อำเภอหนองใหญ่	หนองประดู่	บ้านคลองตะเคียน
กิ่งอำเภอเกาะจันทร์	บ้านเกาะโพธิ์	บ้านปรกฟ้า

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ ใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) บุคลากรใน รพ.สต.เป้าหมาย ตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดตามวัตถุประสงค์ของโครงการและทฤษฎีระบบ (System Theory)⁽⁴⁾ ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบของระบบ ดังนี้ คือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ปัจจัยนำออก และการย้อนกลับของข้อมูล ซึ่งทฤษฎีระบบจะช่วยทำให้ผู้บริหารได้มองเห็นภาพรวมของระบบ เพื่อที่จะทำให้ง่ายในการแก้ปัญหาทางการบริหาร

ประกอบด้วยแนวคำถาม ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล มุมมอง การมีส่วนร่วม และการนำไปใช้ประโยชน์
2. กระบวนการในการจัดทำรายงานสุขภาพระดับปฐมภูมิ (21 แห่ง) ให้มีคุณภาพ รพ.สต.ของท่านมีการดำเนินการอย่างไร
 - ด้านการบันทึกข้อมูล
 - ด้านการตรวจสอบข้อมูล
 - ด้านส่งออกรายงาน
3. ท่านเห็นว่าปัจจัยใดมีที่ส่งผลต่อคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แห่งมาตรฐาน)
 - ลักษณะส่วนบุคคล (เช่น อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการจัดทำ ประสิทธิภาพการอบรมการจัดทำรายงาน เป็นต้น)
 - ปัจจัยด้านการบริหาร (เช่น กำลังคน งบประมาณ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ กระบวนการบริหาร เป็นต้น)
4. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำรายงานสุขภาพระดับปฐมภูมิ (21 แห่ง)
 - ด้านความถูกต้อง
 - ด้านความครบถ้วน
 - ด้านความทันต่อเวลา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้น ไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ (เชี่ยวชาญด้านสารสนเทศ) จำนวน 3 คน ได้แก่ 1.ผู้เชี่ยวชาญสารสนเทศด้านสุขภาพ/อุปนายกสมาคมเวชสารสนเทศไทย 2.หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี 3.หัวหน้าศูนย์ข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ (รายละเอียดตามภาคผนวก) เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการใช้ภาษา ตรวจสอบด้านความครบถ้วน และความถูกต้องของเนื้อหา และทดสอบถามกับบุคลากรของ รพ.สต.ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน โดยการนัดหมายลงพื้นที่ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล 21 แห่งมาตรฐาน ใน รพ.สต. 3 แห่ง ได้แก่ 1.) รพ.สต.หนองเสือช้าง อำเภอนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี 2.) รพ.สต.ห้วยใหญ่ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี 3.) รพ.สต.หนองยาง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำมาใช้จริง

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม – 30 กันยายน 2557 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อประสานงาน พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่เป็นผู้จัดทำรายงานข้อมูล 21 แห่ง ในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 20 คน เพื่อทำการสัมภาษณ์ตามวันเวลาที่สะดวก
2. ทำการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดยการขออนุญาตเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ดังกล่าว บันทึกเสียงและจดบันทึกข้อมูล

3.4 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ส่งโครงร่างวิจัย ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เพื่อขอพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคน โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ได้ประชุมพิจารณาโครงการดังกล่าวแล้ว เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2557 สรุปความเห็นเห็นว่า โครงการมีความเสี่ยงไม่เกินความเสี่ยงเล็กน้อย (Minimal Risk) และเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยและรับรองจริยธรรมการวิจัย รายละเอียดตามแบบประเมินจริยธรรมการวิจัยสำหรับโครงการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่แบบประกอบในภาคผนวก

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ก่อนการสัมภาษณ์ได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับหรือผลที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด แจ้งระยะเวลาในการสัมภาษณ์โดยประมาณ 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกขณะทำการสัมภาษณ์ รวมถึงให้การรับรองว่าจะไม่เปิดเผยรายชื่อผู้ให้ข้อมูลและสถานที่ปฏิบัติงาน โดยใช้การกำหนดรหัสเป็น รพ.สต.01 ถึง รพ.สต.20 แทนในรายงานวิจัย และให้ลงนามใน ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์ จัดเก็บไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีในที่ที่ปลอดภัย และจะถูกทำลายภายหลังงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ 1 ปี

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมด จากการถอดเทปการสัมภาษณ์และการจดบันทึก มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ทำการตีความ สร้างข้อสรุปจากข้อมูล นำมาวิเคราะห์ โดยมองหาความหมาย ความคล้ายคลึง ความแตกต่าง และนำเสนอผลการศึกษาแบบพรรณนาวิเคราะห์ ตามที่ปรากฏในข้อความ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษากระบวนการปัจจัยและปัญหาและอุปสรรค ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก และการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แฟ้มมาตรฐาน) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2557 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2557 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 20 คน ที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเป็นตัวแทนจาก รพ.สต.ที่มีผลคะแนนคุณภาพข้อมูลการจัดทำรายงานข้อมูล 21 แฟ้มสูงสุดในแต่ละอำเภอ จำนวน 10 คน และ เป็นตัวแทนจาก รพ.สต.ที่มีผลคะแนนคุณภาพข้อมูลการจัดทำรายงานข้อมูล 21 แฟ้มต่ำสุดในแต่ละอำเภอ จำนวน 10 คน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 20 คน เป็นผู้ที่รับผิดชอบหลัก งานข้อมูล 21 แฟ้ม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง ซึ่งทั้ง รพ.สต.ที่มีคะแนนสูงสุดและต่ำสุด มีลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 85 (นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 40,25,20 ตามลำดับ) อายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 40 เพศหญิง ร้อยละ 65 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85 เงินเดือน ระหว่าง 10,000-30,000 บาท ร้อยละ 75 ระยะเวลาทำงานข้อมูล 4 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 55 ได้รับการอบรม 21 แฟ้มมาตรฐาน 3 ครั้ง ขึ้นไป ร้อยละ 80 ดังตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในจังหวัดชลบุรี

(n=20)						
ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป	รพ.สต.ที่มีคะแนน		รพ.สต.ที่มีคะแนน		รวม	
	คุณภาพข้อมูลสูงสุด		คุณภาพข้อมูลต่ำสุด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง						
นักวิชาการสาธารณสุข	4	40	4	40	8	40
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	3	30	2	20	5	25
พยาบาลวิชาชีพ	1	10	3	30	4	20

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป	รพ.สต.ที่มีคะแนน		รพ.สต.ที่มีคะแนน		รวม	
	คุณภาพข้อมูลสูงสุด		คุณภาพข้อมูลต่ำสุด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อื่นๆ (เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล นักวิเคราะห์นโยบายและแผน พนักงานบัตรรายโรค)	2	20	1	10	3	15
อายุ						
20-30 ปี	4	40	4	40	8	40
31-40 ปี	4	40	3	30	7	35
41-50 ปี	2	20	3	30	2	25
เพศ						
ชาย	4	40	3	30	7	35
หญิง	6	60	7	70	13	65
สภาพสมรส						
โสด	4	40	4	40	8	40
คู่	6	60	5	50	11	55
หม้าย/หย่า/แยก	0	0	1	10	1	5
การศึกษา						
ปวช./ปวส.	0	0	1	10	1	5
ปริญญาตรี	10	100	7	70	17	85
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	2	20	2	10
เงินเดือน						
ต่ำกว่า 10,001 บาท	1	10	1	10	2	10
10,001-20,000 บาท	5	50	3	30	8	40
20,001-30,000 บาท	4	40	3	30	7	35
30,000 บาทขึ้นไป	0	0	3	30	3	15
ระยะเวลาทำงานข้อมูล 21 แฟ้ม						
1-<2 ปี	0	0	1	10	1	5
2-<4 ปี	4	40	4	40	8	40
4 ปีขึ้นไป	6	60	5	50	11	55

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป	รพ.สต.ที่มีคะแนน		รพ.สต.ที่มีคะแนน		รวม	
	คุณภาพข้อมูลสูงสุด		คุณภาพข้อมูลต่ำสุด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับการอบรม 21 แห่ง						
1 ครั้ง	0	0	1	10	1	5
2 ครั้ง	1	10	2	20	3	15
3 ครั้งขึ้นไป	9	90	7	70	16	80

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปผลการวิจัยเป็นประเด็นที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ 3 ส่วน ดังนี้

1. กระบวนการจัดทำข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แห่งมาตรฐาน) ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แห่งมาตรฐาน) ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี
3. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แห่งมาตรฐาน) ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี

4.1 กระบวนการจัดทำข้อมูลสุขภาพ 21 แห่งมาตรฐาน

กระบวนการ เป็นองค์ประกอบที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนว่า กระบวนการที่ดีมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการจัดทำข้อมูลสุขภาพ 21 แห่งมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ประสบความสำเร็จและมีคุณภาพ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนระบุลำดับขั้นตอนในการจัดทำข้อมูล 21 แห่งมาตรฐานที่เหมือนกันคือ มี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การบันทึกข้อมูล 2) การตรวจสอบข้อมูล และ 3) การส่งออก ตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บ การจัดส่งฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในรูปแบบ 21 แห่งมาตรฐานเพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกัน แต่อย่างไรก็ตามจากผลการสังเคราะห์ข้อมูลของแต่ละพื้นที่ก็พบความแตกต่างกันในรายละเอียดปลีกย่อยของแต่ละขั้นตอน ซึ่งสามารถสรุปสาระได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การบันทึกข้อมูล

การบันทึกข้อมูลเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยใน รพ.สต.ทุกแห่ง มีการบันทึกข้อมูล แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

1.บันทึกการให้บริการในสถานบริการ การจัดเก็บข้อมูลบางแห่งบันทึกลงกระดาษก่อนแล้วจึงบันทึกข้อมูลลงโปรแกรมในเครื่องคอมพิวเตอร์ภายหลัง แต่ส่วนใหญ่มีการบันทึกลงเครื่องทันทีเมื่อมีผู้มารับบริการก็ดำเนินการซักประวัติ ตรวจสอบสิทธิการรักษา ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดสัญญาณชีพ ให้บริการรักษา/ส่งเสริม จ่ายยา ให้คำแนะนำ โดยผู้รับผิดชอบงานจะทำการบันทึกข้อมูลตามลำดับการให้บริการ

2.บันทึกการให้บริการเชิงรุกในชุมชน เช่น การคัดกรองเบาหวาน / ความดันโลหิต การเยี่ยมบ้าน ส่วนใหญ่จะบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มซึ่งเป็นกระดาษก่อน แล้วจึงนำมาบันทึกในโปรแกรมภายหลัง โดยใช้โปรแกรม JHCIS version ที่กระทรวงกำหนด

รพ.สต.กลุ่มที่มีคะแนนสูง ได้สะท้อนให้เห็นกระบวนการจัดเก็บข้อมูลเพื่อให้มีคุณภาพ ดังนี้

1. มีการดำเนินการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (one stop service) ดังคำกล่าว “การจัดเก็บข้อมูลผู้มารับบริการ เจ้าหน้าที่ทำการบันทึกข้อมูล จนถึงวินิจฉัย จ่ายยา ด้วยตัวเองทั้งหมด ” (รพ.สต.09)

2. มีการบันทึกข้อมูลแบบ real time ทุกวัน อาทิ เช่น “ลงข้อมูลตามงานที่ตนเองรับผิดชอบ ทำให้ลงข้อมูลได้ครบถ้วน คีย์เมื่อให้บริการเลย แบบ real time process” (รพ.สต.11) โดย “ข้อมูลส่วนบุคคลต้องสมบูรณ์ key ลงในโปรแกรม JHCIS ให้สมบูรณ์ทุกช่อง”(รพ.สต.15) เนื่องจากการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีความสำคัญอย่างยิ่งกับความถูกต้องของข้อมูลและแฟ้มอื่นๆ และ “เจ้าหน้าที่ต้องคีย์ข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง ตามการให้บริการครบทุกขั้นตอน มีการคีย์ข้อมูลทุกวัน โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ คีย์ข้อมูลได้ทุกคน” (รพ.สต.19)

3. มีการป้องกันการสูญหายของข้อมูลหากเครื่องคอมพิวเตอร์มีปัญหา โดย “มีการจัดเก็บและสำรองข้อมูล (backup) ทุกครั้ง และ save ใส่ Thumb drive” (รพ.สต.13)

ในทางกลับกัน มีประเด็นที่พึงระวังในขั้นตอนนี้ จากกลุ่ม รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ คือ

1. การจัดเก็บข้อมูลในชุมชน ใช้ อสม.ช่วยสำรวจข้อมูลพื้นฐาน จัดเก็บได้น้อย ซึ่งอาจต้องพิจารณาว่า อสม.ได้รับการเตรียมความพร้อมในการจัดเก็บข้อมูลให้ครบถ้วน หรือไม่ ดังคำกล่าว

“การจัดเก็บ ใช้ อสม.ช่วยสำรวจในแต่ละเดือน และลงเก็บข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลพื้นฐานที่จัดเก็บได้ค่อนข้างน้อย ”(รพ.สต.02)

2. มี รพ.สต. บางแห่งที่ใช้ลูกจ้างเป็นคนลงบันทึกข้อมูล ซึ่งความรู้ ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลของลูกจ้างอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพข้อมูล ดังคำกล่าว “การจัดเก็บต้องมาดูแลบอกว่า ให้เก็บตรงไหนเพิ่ม ลูกจ้างเป็นคนลงบันทึกข้อมูล” (รพ.สต.10)

3. ขาดการประสานการส่งต่อข้อมูล งานอนามัยแม่และเด็ก การฝากครรภ์และการเยี่ยมหลังคลอด ข้อมูลเชื่อมต่อกับ รพ. ขาดหายไป หรือการฝากท้องตามคลินิก ไม่ให้สมุดบันทึกกลับมาด้วย

ขั้นตอนที่ 2: การตรวจสอบข้อมูล

กระบวนการตรวจสอบข้อมูล ก็เป็นอีกขั้นตอนหนึ่งซึ่งมีความสำคัญ ได้ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดสำคัญและเน้นหนักตามแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี คือ ตัวชี้วัดที่ 35 “มีระบบติดตาม ตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ระดับอำเภอ ร้อยละ 80” ซึ่งเป็นตัวชี้วัดในการพัฒนาระบบข้อมูล ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัด ประจำปี งบประมาณ 2557 ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัด 17 แห่ง และสาธารณสุขอำเภอ 11 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2557)⁸ ซึ่งถ้ามีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลที่ดีแล้ว จะส่งผลให้ข้อมูลมีคุณภาพดีตามไปด้วย ดังคำกล่าว “การตรวจสอบก่อนส่งออกข้อมูลในแต่ละเดือน ตรวจสอบว่าเพิ่มไหนไม่ครบถ้วน นำมาแก้ไขให้ได้ 100 %” และ“มีการตรวจสอบตารางการจัดส่งรายงานตามช่วงเวลา” (รพ.สต.05) เช่น เมื่อพบว่า ในช่วงเวลาใดต้องส่งออกรายงานในแฟ้มใดบ้าง ก็ตรวจว่ามีการบันทึกข้อมูลครบทุกแฟ้มหรือไม่ หากไม่ครบก็ต้องมีการติดตามข้อมูลนำมาบันทึกให้ครบถ้วน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูลได้ครบถ้วน

อีกทั้ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็ได้มีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล และจัดสรรค่าใช้จ่ายตามผลงานการให้บริการและตามคุณภาพข้อมูล โดยได้กำหนดเป็นแนวทางในการตรวจสอบข้อมูลและคิดคะแนนตามผลงานการให้บริการและคุณภาพข้อมูล ซึ่งมีข้อกำหนดและเงื่อนไขการตรวจสอบและคิดคะแนนเมื่อผ่านการตรวจสอบ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556)¹⁰

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้สะท้อนผลกระทบที่ตามมาจากนโยบายส่วนกลางข้างต้น ต่อขั้นตอนของการตรวจสอบและการปรับปรุงข้อมูล ดังนี้

2.1 วิธีการตรวจสอบ มี 2 วิธี คือ

2.1.1 การตรวจเบื้องต้น โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริการใน รพ.สต.ทุกคนที่ทำการบันทึกข้อมูล ตรวจว่ากรอกข้อมูลที่ทำการบันทึกลงในโปรแกรม JHCIS ได้ถูกต้องครบถ้วนทุกช่องที่กำหนดให้บันทึกหรือไม่ หากพบว่ายังไม่สมบูรณ์ก็มีการติดตามข้อมูลมาลงต่อไป

2.1.2. การตรวจก่อนการส่งออกข้อมูล มีการตรวจความถูกต้องของข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ปีที่ผ่านมา รพ.สต.มีการใช้หลายโปรแกรมได้แก่ โปรแกรม OP PP 1.4 , MyPCU และ JHCIS Recheck ในการตรวจสอบ ตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีนโยบายให้ รพ.สต.ทุกแห่ง ใช้ OP PP 2010 ในการตรวจทุกเดือน ซึ่งโปรแกรมห่วงการช่วยให้ทราบว่

ข้อมูลที่บันทึกผิดพลาดหรือไม่สมบูรณ์ในเรื่องใด พร้อมทั้งมีคำแนะนำในการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องสมบูรณ์อีกด้วย

รพ.สต.ที่มีคะแนนคุณภาพข้อมูลสูง ให้ความเห็นว่า การตรวจสอบเพื่อให้มีความครบถ้วนจะต้อง “มีการตรวจสอบตารางการจัดส่งตามช่วงเวลา” (รพ.สต.05) และ “ตรวจสอบว่าออกรายงานหรือไม่” (รพ.สต.13) เพื่อให้สามารถส่งออกรายงานได้ครบทุกแฟ้ม ตามช่วงเวลาที่กำหนด

2.2 ผู้ตรวจสอบ ใน รพ.สต.ที่มีคะแนนคุณภาพข้อมูลสูง มีการทำงานเป็นทีม โดยเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ทุกคนที่ทำการบันทึกข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบเบื้องต้น และผู้รับผิดชอบงานข้อมูล ใน รพ.สต.ทุกแห่ง เป็นผู้ตรวจสอบก่อนการส่งออกรายงาน ดังกล่าวว่า “ผู้ให้สัมภาษณ์จะ print ข้อมูลในส่วนที่ผิดพลาดให้ผู้รับผิดชอบ เช่น service ไม่ครบ ก็จะ print HN ให้ผู้รับผิดชอบแก้ไข ” (รพ.สต.03) และ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ตรวจสอบต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในโปรแกรมการตรวจสอบแล้ว ยังต้องมีการสอนวิธีการแก้ไขด้วย อาทิเช่น “ตรวจสอบโดย OP PP เพื่อดู error และทำการแก้ไข ส่งตรวจสอบอีกครั้ง กรณีไม่ได้ก็ย้เอง และตรวจพบข้อผิดพลาดจะทำ KM เพื่ออธิบายส่วนที่ต้องแก้ไข” (รพ.สต.07) และ “ตรวจพบข้อผิดพลาดแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อรับทราบข้อผิดพลาดในส่วนที่ส่งไม่ครบและสอนวิธีแก้ไข” (รพ.สต.19)

ในขณะที่ รพ.สต.ที่มีคะแนนคุณภาพข้อมูลต่ำ มีการตรวจสอบข้อมูลคนเดียว และข้อมูลมีจำนวนมาก อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพด้านทันเวลา ดังกล่าวว่า “การตรวจสอบ ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้ตรวจสอบข้อมูลเองคนเดียว ” (รพ.สต.10) และ “ถ้ามีเวลาจะตรวจสอบ error ตรวจสอบที่ server ซึ่งผู้สัมภาษณ์ดูแลคนเดียว” (รพ.สต.06)

2.3 ระยะเวลาในการตรวจสอบข้อมูล มีประเด็นสำคัญ คือ รพ.สต.ที่มีคะแนนคุณภาพข้อมูลสูง มีความถี่ของการตรวจสอบข้อมูล มากกว่า รพ.สต.ที่มีคะแนนคุณภาพข้อมูลต่ำ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของข้อมูล ดังกล่าวว่า “การตรวจสอบ ก่อนส่งข้อมูลในแต่ละเดือน อย่างน้อย 1 สัปดาห์ ต้องส่งออกในภาพรวม ตรวจสอบว่าแฟ้มไหนไม่ครบถ้วน นำมาแก้ไข ให้ได้ 100% กลางเดือนตรวจสอบอีกครั้ง และก่อนส่งตรวจสอบอีกครั้ง ” (รพ.สต.05)

ขั้นตอนที่ 3: การส่งออก

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้อธิบายขั้นตอนของการส่งออกใน 3 ประเด็น คือ

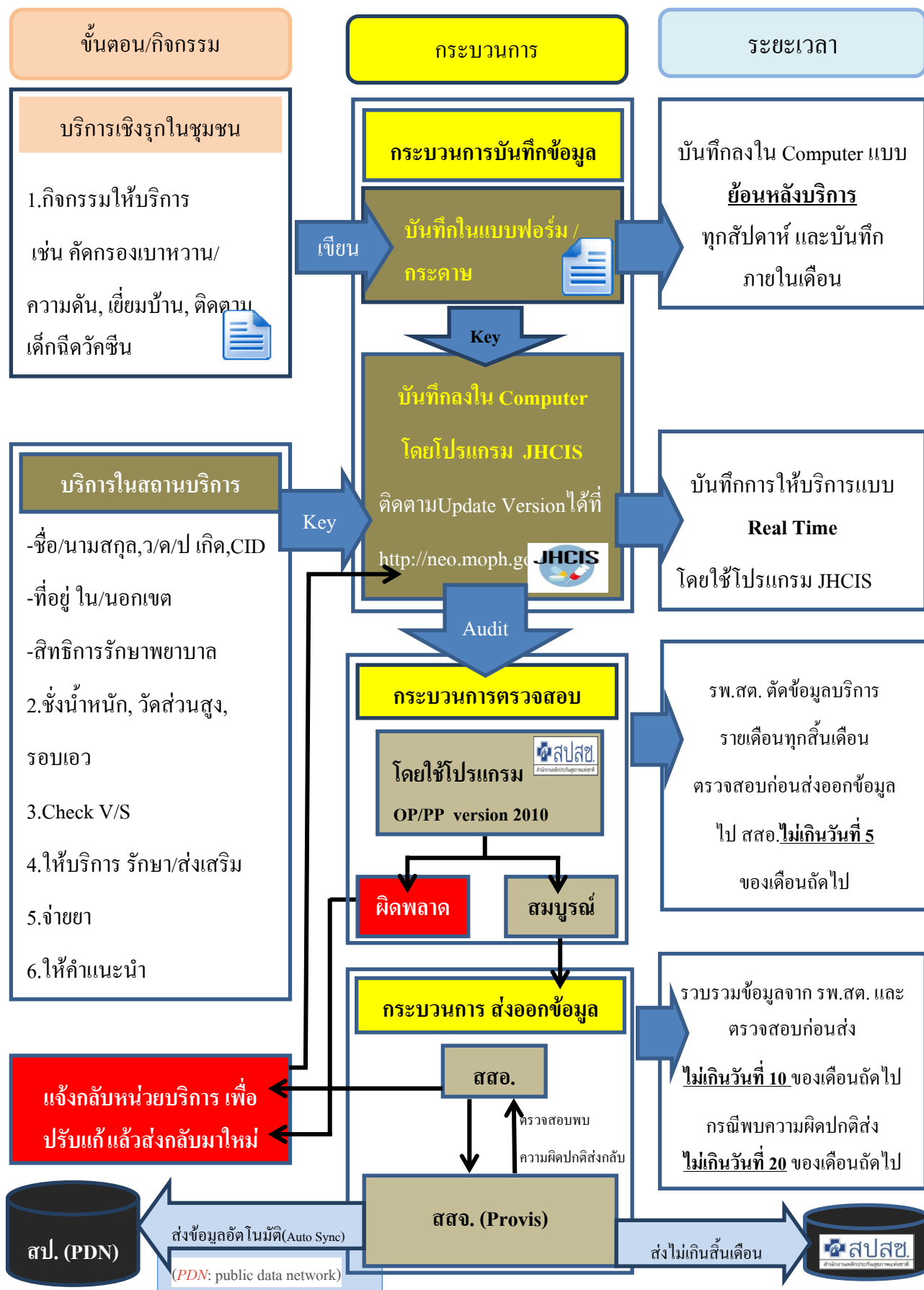
3.1 ระยะเวลาในการส่งข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน สสจ. กำหนดให้ส่งข้อมูล เดือนละ 1 ครั้ง โดยส่งจาก รพ.สต. ถึง สสอ. ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป และ สสอ.ส่งถึง สสจ.ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้สะท้อนให้เห็นว่า ควร “มีการกำหนดช่วงวันส่ง พยายามเคลียร์ข้อมูลเพื่อจัดส่งได้ทันเวลา ” (รพ.สต.09) โดย “ทำตารางกำหนดวันดำเนินการและปฏิบัติตาม ถ้าติดงานจะแจ้งให้เจ้าหน้าที่อื่นส่ง ” (รพ.สต.19) และ “ตัดยอดข้อมูลทุกสิ้นเดือน ตรวจสอบความถูกต้อง และส่งภายในวันที่ 3 ของเดือน เพื่อ สสอ. ส่งต่อ สสจ. ภายในวันที่ 5 มีการควบคุมกำกับในทุกระดับ” (รพ.สต. 02) ก็จะเป็นการกระตุ้นเตือนให้มีการจัดส่งรายงานได้ทันเวลา จะเห็นได้ว่า ประเด็นการส่งออกรายงาน ต้องมีการวางแผนการส่งออกล่วงหน้า โดยเผื่อเวลาสำหรับการตรวจสอบและแก้ไขให้มีคุณภาพก่อนการส่งออก รวมทั้งจัดหาผู้รับผิดชอบในการส่งข้อมูลแทนในกรณีที่ผู้รับผิดชอบส่งออกรายงานติดภารกิจ

3.2 ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล ของ รพ.สต. ทั้ง 2 กลุ่ม แต่ละ 1 คน เป็นผู้จัดส่งออกรายงาน โดย มีกระบวนการตรวจสอบก่อนส่งออกรายงาน เพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

3.3 วิธีการส่งออก พบว่า รพ.สต.ทุกแห่งมีการส่งออกข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรม JHCIS ซึ่งมีการพัฒนาโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบปัญหาใน รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ ที่ว่า “เกิดจากความผิดพลาดของโปรแกรม ส่งออกมีปัญหา การเปลี่ยนแปลง version ไม่มีคนดูแล ” (รพ.สต.02)

แผนภาพที่ 4-1 กระบวนการจัดทำข้อมูล 21 पैมมาตรฐาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้กล่าวถึงปัจจัยนำเข้าที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และการบริหารจัดการ ดังนี้

บุคลากร (Man)

จากการสังเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านบุคลากรที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูล พบว่า ผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดทำข้อมูล ดังคำกล่าว ของ รพ.สต.ที่มีคะแนนสูง ว่า “ความใส่ใจของผู้บริหารสำคัญที่สุด ช่วยสนับสนุนให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับคำตอบแทนและอุปกรณ์ที่ทันสมัย” (รพ.สต.19) ในทางกลับกัน รพ.สต.กลุ่มที่มีคะแนนต่ำ มีความเห็นว่า ผู้บริหารยังไม่ให้การสนับสนุนในการจัดทำข้อมูล ทำให้ขาดขวัญกำลังใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ดังคำกล่าว “ครอบบรมผู้บริหาร (ผอ.รพ.สต.) ให้ความสำคัญ สาธารณสุขอำเภอยังไม่ค่อยสนับสนุน” (รพ.สต.20)

สำหรับผู้รับผิดชอบงานข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน มี 4 ประเด็น คือ 1) คุณลักษณะของผู้รับผิดชอบงาน 2) การเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงาน 3) จำนวนบุคลากร และ 4) ภาระงานของบุคลากร

1) คุณลักษณะของผู้รับผิดชอบงาน

1.1 ทักษะที่ดีต่อการจัดทำข้อมูล ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล 21 เพิ่ม หากมีมุมมองและทัศนคติที่ดีต่อการทำข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน จะทำให้คุณภาพของข้อมูลออกมาดีด้วย ดังเช่น รพ.สต.ที่มีคะแนนสูง มีความเห็นว่า คุณภาพข้อมูล 21 เพิ่ม “หากบันทึกข้อมูลครอบคลุม จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้” (รพ.สต.07) อีกทั้งเห็นว่า ประหยัดเวลาในการทำงาน อาทิเช่น “จะทำให้ค้นหาข้อมูลได้ง่าย เช่น การหาประวัติการรักษาคนไข้” (รพ.สต.17) “ถ้าข้อมูลถูกต้องจะสามารถดึงรายงานออกมาได้ถูกต้อง ซึ่งจะใช้เวลาน้อยกว่าการบันทึกด้วยกระดาษ ทำให้ครบถ้วนถูกต้องที่สุด” (รพ.สต.05) และ “การบันทึกข้อมูลไม่ยุ่งยาก ทำเพิ่ม person ให้สมบูรณ์ จะส่งผลต่อคุณภาพของเพิ่มอื่น คุณภาพข้อมูลอยู่ในระดับดี โดยมีเป้าหมายดำเนินงาน ให้ผิดพลาดน้อยที่สุด โดยมีการตรวจสอบก่อนส่งออก ” (รพ.สต.09)

1.2 ความรู้พื้นฐานด้านโครงสร้างเพิ่ม จากการสังเคราะห์ข้อมูล พบว่า การที่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสุขภาพ 21 เพิ่ม มีความรู้ความเข้าใจในโครงสร้างเพิ่ม จะทำให้เข้าใจในฐานข้อมูลและเห็นข้อผิดพลาด แก้ไขก่อนการส่งออกไปและส่งผลต่อคุณภาพข้อมูลด้วย ซึ่ง รพ.สต.ทั้ง 2 กลุ่ม ที่มีคะแนนสูงและคะแนนต่ำ มีความเห็นตรงกันว่า “เจ้าหน้าที่ (ผู้บันทึก) ต้องมีความรู้ความเข้าใจ” (รพ.สต.03) “ต้องมีความรอบรู้เรื่องโครงสร้างเพิ่ม” (รพ.สต.02)

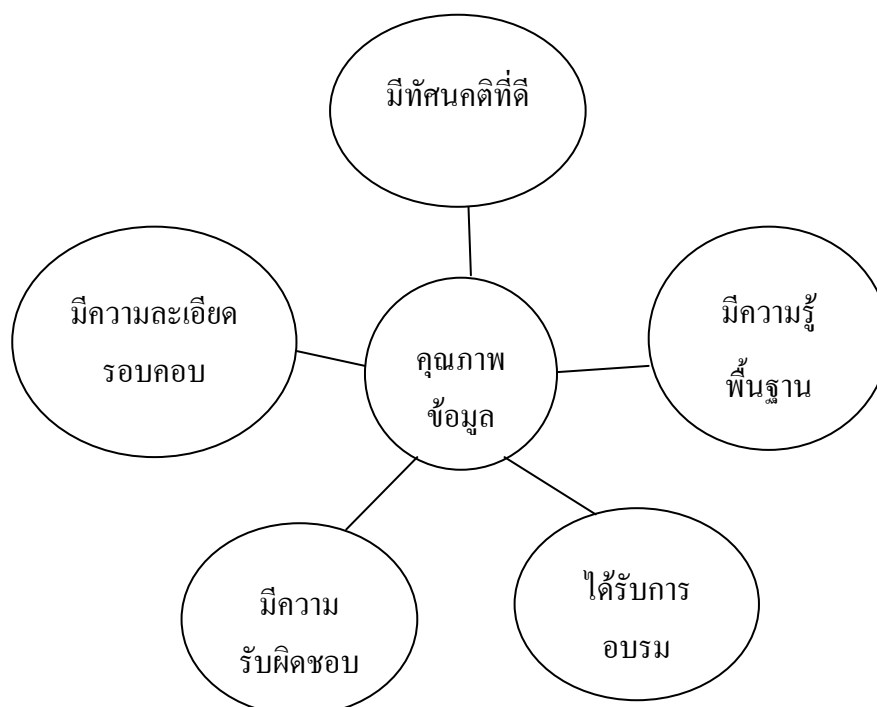
1.3 การได้รับการอบรม การบันทึกข้อมูล 21 เพิ่ม ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสุขภาพ 21 เพิ่ม หากบุคลากรที่รับผิดชอบ ไม่ได้รับการฝึกอบรม ทำให้ขาดความรู้และทักษะในการ

บันทึกข้อมูล จะส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล ดังคำสนับสนุน ของ รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ ที่ว่า “บุคลากรที่ทำหน้าที่บันทึกข้อมูล ไม่ได้เข้ารับการอบรม อาจยังไม่เข้าใจหรือเข้าใจผิด” (รพ.สต.20) และพบว่า รพ.สต.ที่มีคะแนนสูง มีประสบการณ์การอบรมรายงาน 21 แห่ง จำนวน 3 ครั้งขึ้นไป ถึงร้อยละ 90 โดยได้รับการฝึกอบรมเฉลี่ย 6-8 ครั้ง มากกว่า รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ ซึ่งมีประสบการณ์การอบรมรายงาน 21 แห่ง จำนวน 3 ครั้งขึ้นไป เพียงร้อยละ 70 โดยได้รับการฝึกอบรมเฉลี่ย 5 ครั้ง

1.4 ความรับผิดชอบ ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล 21 แห่งมาตรฐาน หากมีความรับผิดชอบ จะทำให้เกาะติดกับงาน ไม่ทิ้งงาน สามารถส่งรายงานได้ทันกำหนด หากติดภารกิจอื่นต้องหาวิธีการแก้ไข เช่น “ติดประชุม แก้ไขโดยแนะนำวิธีส่งออกข้อมูลให้จังหวัดกับเจ้าหน้าที่ที่อยู่” (รพ.สต.19)

1.5 ความละเอียดรอบคอบ จะช่วยให้ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล ซึ่งเป็นผู้ตรวจสอบเห็นข้อผิดพลาด รพ.สต.ที่มีคะแนนสูง มีความเห็นว่า “เจ้าหน้าที่ต้องรอบคอบ ในการลงข้อมูลตามเกณฑ์” (รพ.สต.09) “ผู้ตรวจสอบ ต้องมีความละเอียด มีประสบการณ์ในการทำงาน” (รพ.สต.17)

แผนภาพที่ 4-2 คุณลักษณะที่ดีของผู้รับผิดชอบงานที่ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล



2) การเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงาน

รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ ได้สะท้อนให้เห็นว่า การเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงานส่งผลต่อคุณภาพข้อมูล ดังคำกล่าว “เจ้าหน้าที่ท่านอื่น ลงข้อมูลไม่สมบูรณ์ เช่นการลงข้อมูลผิด type เจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้รับผิดชอบงานข้อมูล จะไม่ได้เข้าอบรมการใช้โปรแกรมด้วย งานแม่และเด็กจะมีการเยี่ยมหลังคลอด จะไม่มีข้อมูลด้านนี้ ” (รพ.สต.20) รวมถึงพบปัญหา “การเปลี่ยนคนก็ข้อมูลบ่อยๆ หากทำต่อเนื่องจะเข้าใจงานมากขึ้น หากเปลี่ยนบ่อย จะทำข้อมูลไม่ค่อย cover ข้อมูลอาจเสียหายได้” (รพ.สต.02)

3) จำนวนบุคลากรใน รพ.สต

จำนวนบุคลากร มีผลต่อคุณภาพของข้อมูล ใน รพ.สต.ที่มีคะแนนสูง มีจำนวนบุคลากร เฉลี่ย 5.4 คน และมีผู้รับผิดชอบ ในการทำข้อมูล 21 แฟ้ม เฉลี่ย 4.2 คน มากกว่า รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ มีจำนวนบุคลากร เฉลี่ย 3.7 คน และมีผู้รับผิดชอบ ในการทำข้อมูล 21 แฟ้ม เฉลี่ย 3.1 คน

ขณะที่ รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ ให้ความเห็นว่า “ข้อเสีย คือ หากมีเจ้าหน้าที่น้อย ทรัพยากรไม่เพียงพอ หากเจ้าหน้าที่ต้องไปประชุมหลายวัน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการก็ข้อมูล ส่งผลต่อความทันเวลา” (รพ.สต.18)

4) ภาระงานของบุคลากร

การที่บุคลากรใน รพ.สต. ต้องรับผิดชอบงานหลายด้านทั้งงานบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและคุ้มครองผู้บริโภค การมีภาระงานมาก ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล ดังคำกล่าวของ รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ ว่า “ด้วยภาระงานหลายตัวชีวิต อาจทำได้ไม่สมบูรณ์” (รพ.สต.10)

งบประมาณ (Money)

การมีงบประมาณที่เพียงพอ ช่วยสนับสนุนค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลนอกเวลาราชการ และช่วยให้สามารถทำข้อมูลได้ทันเวลา ซึ่ง รพ.สต.ที่มีคะแนนสูง มีการจัดสรรงบประมาณจากเงินบำรุงเพื่อใช้เป็นค่าตอบแทนล่วงเวลาและจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์ รวมถึงอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำรายงานข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน และได้รับค่าตอบแทนล่วงเวลา ร้อยละ 60 โดย มีความพึงพอใจ ในค่าตอบแทน ร้อยละ 60 มากกว่า รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ ซึ่งได้รับค่าตอบแทนล่วงเวลา ร้อยละ 40 โดย มีความพึงพอใจ ในค่าตอบแทน ร้อยละ 30 ในขณะที่ รพ.สต.กลุ่มคะแนนต่ำ มีความเห็นว่า งบประมาณในการจ่ายค่าตอบแทนล่วงเวลา ยังไม่เพียงพอ ดังคำกล่าว“ค่าตอบแทนอยากให้ปรับเพิ่มขึ้น” (รพ.08)

วัสดุ อุปกรณ์ (Material)

วัสดุ อุปกรณ์ที่สำคัญ ได้แก่ เครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งส่วนใหญ่จัดซื้อโดยใช้เงินบำรุง บางแห่งได้รับการบริจาคจากภาคเอกชน ส่วนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน เป็นของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนให้ รพ.สต.ทุกแห่ง สามารถดาวน์โหลดโปรแกรมมาปฏิบัติงานได้ แต่ยังคงพบว่ามีปัญหา ใน รพ.สต.กลุ่มคะแนนต่ำ พบว่า มีปัญหาในเรื่อง ความผิดพลาดของโปรแกรม และสมรรถนะของเครื่องคอมพิวเตอร์ไม่ค่อยดี คอมพิวเตอร์ไม่พอ ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล ดังคำกล่าวที่ว่า “คอมพิวเตอร์รุ่นเก่า ประมวลผลคิดเลขเยอะและช้ามาก” (รพ.สต.10) “ทรัพยากรคอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอ เครื่อง hang บ่อย” (รพ.สต.12) ความผิดพลาดของโปรแกรม ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล และความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูล (JHCIS) ดังคำกล่าว “การประมวลผลโปรแกรม รันไม่ได้ เกิดจากความผิดพลาดของโปรแกรม ส่งออกมีปัญหา การเปลี่ยนแปลง version ไม่มีคนดูแล ” (รพ.สต.02)

การบริหารจัดการ (Management)

การบริหารจัดการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้นั้น จะต้องมีการมีระบบ และกลไกที่ชัดเจน เริ่มตั้งแต่ มีนโยบายในการอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ในการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง มีการวางแผนจัดทำตารางการบันทึก ตรวจสอบและส่งออกข้อมูล กำกับติดตามการดำเนินงาน รวมถึง กรณีที่มีปัญหาที่มีการสร้างคนทดแทนเพื่อให้สามารถส่งออกข้อมูลได้ทันเวลา โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้ให้ความเห็นใน 3 ด้าน ดังนี้

1) การบริหารจัดการ (ด้านความถูกต้อง)

รพ.สต.กลุ่มคะแนนสูง มีความเห็นว่า ผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญ ที่สนับสนุนให้มีการลงบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งจะต้องมีการกำหนดนโยบายให้เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมทุกคนและจัดให้มีทีม Adminของอำเภอมาให้คำแนะนำ ดังคำกล่าว “ความใส่ใจของผู้บริหารสำคัญที่สุด” (รพ.สต.19)

“การบริหารจัดการ หัวหน้าให้การสนับสนุน หากมีปัญหา จะรีบแก้ไข มีการแจ้งให้เจ้าหน้าที่อื่นทราบ กรณีมีรหัสใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงการลงข้อมูล” (รพ.สต.09)

“ผู้บริหารระดับ สสอ./รพ.สต.มีนโยบายในการอบรมให้เจ้าหน้าที่ระดับตำบลทราบทุกคน มีการติดตามสอน จากผู้รับผิดชอบระดับอำเภอและโรงพยาบาล มีการสอนหากมีการ update โปรแกรม” (รพ.สต.11)

2) การบริหารจัดการ (ด้านความครบถ้วน)

รพ.สต.กลุ่มคะแนนสูง มีความเห็นว่า การบริหารจัดการด้านความครบถ้วน ต้อง “มีการตรวจสอบตารางการจัดส่งรายงานตามช่วงเวลา” (รพ.สต.05) และ “มีการตรวจสอบข้อมูลและปรับ

เพิ่มเติมข้อมูล หรือ item ที่ต้องลงแต่ไม่ครบ พร้อมแนะนำอธิบายผู้เกี่ยวข้อง ในการลงข้อมูลครั้งต่อไป” (รพ.สต.19) โดยต้องมีการตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วนว่าสามารถส่งออกรายงานได้ครบทุกแฟ้มตาม ช่วงเวลาที่กำหนด

ในทางกลับกัน รพ.สต.กลุ่มคะแนนต่ำ มีความเห็นว่า การบริหารจัดการด้านความครบถ้วน พบ ปัญหา การประสานงานในการส่งต่อข้อมูลในงานอนามัยแม่และเด็ก การฝากครรภ์และการเยี่ยมหลัง คลอดที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล และคลินิก รวมถึงการลงพื้นที่เพื่อติดตามงานในเชิงรุกยังมีน้อย ดัง คำกล่าว “ตรวจสอบข้อมูล พบว่า ANC ไม่ค่อยครบถ้วน มีคนตั้งครรภ์และคลอดน้อย (ในเขต) อาจเป็น เพราะ เจริญ (ลงพื้นที่ค่อนข้างน้อย) ข้อมูลเชื่อมต่อกับโรงพยาบาล ขาดหายไป ทำให้ข้อมูลไม่ update แฟ้มที่ควรจะมีขาดหายไป หรือการฝากท้องตามคลินิก ไม่ให้สมุดบันทึกกลับมาด้วย” (รพ.สต.02)

3) การบริหารจัดการ (ด้านความทันเวลา)

รพ.สต.กลุ่มคะแนนสูง มีความเห็นว่า การบริหารจัดการด้านความทันเวลา ต้องมีการบันทึก ข้อมูลทุกวัน และทำงานนอกเวลาร่วมด้วย หากติดประชุมจะมีการมอบหมายภารกิจให้ผู้อื่นทำแทน ดัง คำกล่าว “ทำงานทุกวัน บางครั้งต้องทำนอกเวลา และมีกำหนดช่วงวันส่ง มีเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลช่วย ดำเนินการ กรณีติดประชุม/อบรม” (รพ.สต.09) “ติดประชุม แก้ไขโดยแนะนำวิธีส่งออกข้อมูลให้ จังหวัดกับเจ้าหน้าที่ที่อยู่” (รพ.สต.19)

ในทางกลับกัน พบว่า รพ.สต.กลุ่มคะแนนต่ำ ยังไม่มีการบริหารจัดการด้านความทันเวลา ใน กรณีที่ติดประชุมงานค้าง ไม่มีคนทำแทน ส่งผลให้ส่งข้อมูลไม่ทันเวลา ดังคำกล่าว “เราติดประชุม ไม่ ว่างไปอบรม ส่งผลให้ทำงานล่าช้าก็มี น้องเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ส่งไม่เป็น” (รพ.สต.10) “มีประชุม ติดกันหลายวัน งานค้างไม่ได้คีย์ ทำงานไม่ทัน บางครั้งเจ้าหน้าที่อยู่คนเดียว” (รพ.สต.12) “ถ้ามีการ ประชุมบ่อยลง ก็จะทำให้มีเวลาเคลียร์ข้อมูลมากขึ้น เนื่องจากต้องเคลียร์ข้อมูลคนเดียว (นำเข้าข้อมูลคน เดียว) ไม่มีเวลาลงข้อมูล” (รพ.สต.04)

4.3 ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำข้อมูลสุขภาพ 21 เพิ่มมาตรฐาน

ปัญหาอุปสรรค ที่ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความครบถ้วน ถูกต้อง และ ทันเวลา มีทั้งที่เป็น ปัญหาส่วนบุคคล และระบบงาน ดังนี้

ปัญหาอุปสรรค (ด้านความครบถ้วน)

- ส่วนบุคคล พบว่า “ทักษะความเชี่ยวชาญและการเปลี่ยนคนคีย์ข้อมูลบ่อยๆ จะทำให้ ข้อมูลไม่ค่อย cover ข้อมูลอาจเสียหายได้” (รพ.สต.02) และ “ประสบการณ์ในการใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์” (รพ.สต.14) มีผลต่อความครบถ้วนของข้อมูล

- ส่วนระบบงาน พบว่า ขาดการประสานงานด้านการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน กับ รพ.สต. เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความครบถ้วนของข้อมูล ดังเช่น “ตรวจสอบข้อมูล พบว่า ANC ไม่ค่อยครบถ้วน มีคนตั้งครรภ์และคลอดน้อย (ในเขต) ข้อมูลเชื่อมต่อกับโรงพยาบาล ขาดหายไป ทำให้ข้อมูลไม่ update แพ้ที่ควรจะมีขาดหายไป หรือการฝากท้องตามคลินิก ไม่ให้สมุดบันทึกกลับมาด้วย” (รพ.สต.02) ทำให้ไม่สามารถลงบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน

ปัญหาอุปสรรค (ด้านความถูกต้อง)

- ส่วนบุคคล พบว่า การที่ผู้บันทึกข้อมูลไม่ได้รับการอบรมโปรแกรมการบันทึกข้อมูล ทำให้ขาดความรู้ มีผลต่อความถูกต้องของข้อมูล ดังคำกล่าว “เจ้าหน้าที่ท่านอื่นลงข้อมูลไม่สมบูรณ์ เช่น การลงข้อมูลผิด type เจ้าหน้าที่ ที่ไม่ได้รับฝึกอบรมงานข้อมูล จะไม่ได้เข้ารับการอบรมการใช้โปรแกรมด้วย” (รพ.สต.20)
- ส่วนระบบงาน พบว่า “ได้รับข้อมูลไม่ถูกต้อง มีผู้รับบริการมากมีเวลาตรวจสอบน้อย” (รพ.สต.14) และ “คุณภาพข้อมูลยังไม่มีผู้ดูแล และไม่มีการ feedback การตรวจสอบคุณภาพไม่มีรายงานที่ชัดเจน” (รพ.สต.02)

ปัญหาอุปสรรค (ด้านความทันเวลา)

- ระบบงาน พบว่า การเชื่อมต่อ internet มีปัญหา ใช้การไม่ได้เสียบ่อย คอมพิวเตอร์เสีย เจ้าหน้าที่ติดประชุม/อบรม ไม่มีคนส่งข้อมูลแทนกัน ส่งผลให้ส่งข้อมูลล่าช้าไม่ทันกำหนด ดังคำกล่าว “ถ้าเจ้าหน้าที่ติดอบรมหรือลา จะไม่มีคนส่งงานให้ server ฟัง” (รพ.สต.20) และ “ระบบ Internet มีปัญหา เจ้าหน้าที่ติดอบรม” (รพ.สต.19)

4.4 ข้อเสนอแนะ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญใน รพ.สต. ทั้ง 2 กลุ่ม มีข้อเสนอแนะที่เห็นตรงกันในการจัดทำข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน ให้มีคุณภาพว่า

- เจ้าหน้าที่ทุกคนใน รพ.สต. ควรได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ในการบันทึกข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐานลงในโปรแกรม JHCIS ดังคำกล่าว “ต้องให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรู้และเข้าใจโปรแกรมเหมือนกัน” (รพ.สต.11) “ถ้าเจ้าหน้าที่ทุกคน key ข้อมูลได้ จะมีคุณภาพมากกว่านี้” (รพ.สต.17) “เจ้าหน้าที่จบใหม่ ควรมีการอบรมการใช้โปรแกรมก่อนและมีการฟื้นฟูปีละครั้ง” (รพ.สต.14) และ “ต้องมีการพัฒนาความรู้ทุกคน” (รพ.สต.18)

รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ เสนอแนะในเรื่องการจัดเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนว่า ควรมีการประสานในการส่งต่อข้อมูลในงานอนามัยแม่และเด็ก อาทิเช่น “ประสานกับ รพ.ว่าเวลามีเด็กเกิดให้ส่งข้อมูลทางอีเมล จะได้ติดตามลงข้อมูลได้” (รพ.สต.10) “ในปี 2558 ถ้าคลินิกมาต่อใบอนุญาต ก็ขอความร่วมมือให้ทำสมุดบันทึกข้อมูลด้วย” (รพ.สต.02) “แม่และเด็กคลอด ฝากท้องที่โรงพยาบาล ส่งข้อมูลมาช้า มีการแก้ปัญหาโดยให้ รพ.ส่งข้อมูลภายใน 7 วัน” (รพ.สต.12)

4.5 การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ใน รพ.สต. ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนกำกับ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน ดังกล่าว “ตนเอง ดึงข้อมูลมาใช้ในการจัดทำแผนงานโครงการต่างๆ” (รพ.สต.03) “ตัวเองใช้ประกอบการตรวจงาน ดึงข้อมูลเพื่อจัดทำรายงาน” (รพ.สต.05) “ตนเองใช้ในการควบคุมโรค รวมถึงใช้ในการติดตามผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วยกรณีรับส่งต่อ” (รพ.สต.07) “ตนเองนำมาใช้ในการควบคุมโรคและการติดตามคนไข้ ” (รพ.สต.09) “ตนเองใช้เกือบทุกรายการ ใช้ประกอบการของงบประมาณ” (รพ.สต.02) “ตนเองใช้เพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหา เจ้าหน้าที่แผนไทย ดูแลแม่หลังคลอด มีเอกชนมาขอใช้ข้อมูลด้วย ผอ.รพ.สต. จะใช้ข้อมูลในการทำวิจัย ของกองทุนตำบล” (รพ.สต.04) “ตนเองใช้งานแม่และเด็ก EPI เพื่อติดตามคนไข้ เจ้าหน้าที่ใช้ข้อมูล เช่น พยาบาลใช้ NCD” (รพ.สต.06) “ตนเองใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโรคเรื้อรัง เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน คนอื่นใช้ในการติดตามผู้ป่วย” (รพ.สต.08) แต่มีบางส่วนที่บอกว่า ตัวเองไม่ได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูล แต่เจ้าหน้าที่อื่นนำไปใช้ประโยชน์ ดังเช่น “ตนเองไม่ได้ใช้ประโยชน์ แต่นักวิชาการใช้” (รพ.สต.01) และ “ตัวเองไม่ได้ใช้ประโยชน์ตรง เจ้าหน้าที่ดึงข้อมูลเพื่อใช้ในการเยี่ยมบ้าน” (รพ.สต.16)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative method) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในจังหวัดชลบุรี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มบุคลากร รพ.สต. ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดทำรายงานข้อมูลสุขภาพ 21 แฟ้มมาตรฐาน ใน 10 อำเภอ ของจังหวัดชลบุรี อำเภอละ 2 รพ.สต. รวม กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 20 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ รพ.สต.กลุ่มที่มีการจัดทำรายงานข้อมูล 21 แฟ้มได้ดี (มีคะแนนคุณภาพข้อมูลสูงสุดในแต่ละอำเภอ) กับ รพ.สต.กลุ่มที่ต้องมีการพัฒนาการจัดทำข้อมูล 21 แฟ้ม (มีคะแนนคุณภาพข้อมูลต่ำสุดในแต่ละอำเภอ) โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2557 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2557

5.1 สรุปผลการวิจัย

ด้านปัจจัยนำเข้า

1. บุคลากร

- ผู้บริหาร เป็นปัจจัยสำคัญในการจัดทำข้อมูลให้มีคุณภาพ รพ.สต.ที่มีคะแนนสูง ผู้บริหารให้ความสนใจติดตามกำกับและสนับสนุน ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับคำตอบแทน และอุปกรณ์ที่ทันสมัย ในทางกลับกัน รพ.สต.กลุ่มที่มีคะแนนต่ำ ผู้บริหารยังไม่ให้การสนับสนุนในการจัดทำข้อมูล ทำให้ขาดขวัญกำลังใจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
- ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล ควรเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดทำรายงาน มีความรู้ ความเข้าใจ รอบรู้เรื่องโครงสร้างแฟ้มข้อมูล ผ่านการอบรม การใช้โปรแกรม JHCIS ในการบันทึกข้อมูล 21 แฟ้ม มีทักษะและประสบการณ์ในการทำงาน อีกทั้งต้อง มีความละเอียดรอบคอบ ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล
- จำนวนบุคลากรที่น้อยและภาระงานที่รับผิดชอบมาก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล ซึ่งพบว่า รพ.สต.ที่มีคะแนนสูง มีจำนวนบุคลากรและผู้รับผิดชอบในการทำข้อมูล เฉลี่ย มากกว่า รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ

2. งบประมาณ ในส่วนของการจ่ายค่าตอบแทนล่วงเวลา และงบประมาณในการจัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อทำงานข้อมูล มีความสำคัญและมีผลต่อคุณภาพข้อมูลเช่นกัน

3. วัสดุ อุปกรณ์ พบว่า รพ.สต.ที่มีคะแนนระดับต่ำ มี เครื่องคอมพิวเตอร์ไม่พอเพียง และมีสมรรถนะต่ำ รวมถึงความผิดพลาดของโปรแกรม และการเชื่อมต่อสัญญาณ Internet ไม่ดี ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล

4. การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้นั้น รพ.สต.ที่มีคะแนนสูงมีระบบ และกลไกที่ชัดเจน เริ่มตั้งแต่ มีนโยบายในการอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ในการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง มีการวางแผนจัดทำตารางการบันทึก ตรวจสอบและส่งออกข้อมูล กำกับติดตามการดำเนินงาน รวมถึง กรณีที่มีปัญหาที่มีการสร้างคนทดแทนเพื่อให้สามารถส่งออกข้อมูลได้ทันเวลา

ด้านกระบวนการ

1. การบันทึกข้อมูล พบว่า รพ.สต.ทุกแห่ง มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการทั้งในและนอกสถานบริการ โดยใช้โปรแกรม JHCIS version ที่กระทรวงกำหนด ซึ่งมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยเห็นว่า ข้อมูลส่วนบุคคล มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความถูกต้องของข้อมูลเนื่องจากมีผลต่อแฟ้มอื่นๆ และต้องบันทึกข้อมูลให้สมบูรณ์ทุกช่องตามโครงสร้าง 21 แฟ้มมาตรฐาน การบันทึกข้อมูลแบบ real time และมีการสำรองข้อมูล (backup) ทุกครั้ง จะส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล เนื่องจากการป้องกันการสูญหายของข้อมูล และสามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน ภายในเวลาที่กำหนด

2. การตรวจสอบข้อมูล วิธีการเบื้องต้น ตรวจสอบโดยผู้บันทึกข้อมูลและตรวจสอบก่อนการส่งออกโดยผู้รับผิดชอบงานข้อมูล มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) และสอนวิธีการแก้ไขหากตรวจสอบข้อมูลแล้วพบข้อผิดพลาด ใช้โปรแกรมการตรวจสอบข้อมูล OP PP 2010 ก่อนการส่งออกข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน เพื่อให้สามารถส่งออกรายงานได้ครบถ้วน ถูกต้อง

3. การส่งออกข้อมูล พบว่า ระยะเวลาในการส่งข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน เดือนละ 1 ครั้ง และในการส่งให้ทันเวลา ต้องมีการกำหนดช่วงวันที่ส่งออก มีการวางแผนการส่งออกล่วงหน้า โดยเผื่อเวลาสำหรับการตรวจสอบและแก้ไขให้มีคุณภาพก่อนการส่งออกข้อมูล อีกทั้งมีการควบคุมกำกับการส่งออกในทุกระดับ

ด้านปัญหาและอุปสรรค

1. ปัญหาส่วนบุคคล พบว่า ความรู้ ทักษะความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ในการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็นปัญหาที่ส่งผลต่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

2. ปัญหาระบบงาน พบว่า การบริหารจัดการ เรื่องคุณภาพข้อมูลยังไม่มีผู้ดูแลและไม่มีการป้อนกลับข้อมูล รวมถึงการได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้องจากผู้มารับบริการ ส่งผลต่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ส่วนระบบการเชื่อมต่อ Internet และคอมพิวเตอร์มีปัญหา รวมถึงไม่มีคนส่งข้อมูลแทนกัน กรณีติดภารกิจอื่น ส่งผลต่อการส่งข้อมูลไม่ทันเวลา

5.2 อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 กระบวนการในการจัดทำข้อมูลสุขภาพ 21 เพิ่มมาตรฐาน ของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ กระบวนการบันทึก กระบวนการตรวจสอบ และกระบวนการส่งออกข้อมูล ดังนี้

1. กระบวนการบันทึกข้อมูลที่ดี มีลักษณะดังนี้

- มีการบันทึกข้อมูลแบบ real time และมีการสำรองข้อมูล (backup) ทุกครั้ง ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล เนื่องจากการป้องกันการสูญหายของข้อมูล และสามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน ภายในเวลาที่กำหนด
- มีการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ข้อมูลส่วนบุคคล มีความสำคัญอย่างยิ่งกับความถูกต้องของข้อมูล เนื่องจากมีผลต่อแฟ้มอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุรรยา ทั้งทอง (2556)¹⁶ ที่พบว่า คุณภาพข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญ ที่ต้องบันทึกลงในโปรแกรมบริการเพื่อการเชื่อมโยงกับบริการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการแต่ละคน การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการจัดทำข้อมูลส่วนบุคคลให้ครบถ้วนทุกรายการ จึงส่งผลต่อคุณภาพข้อมูล 21 เพิ่ม ในภาพรวม

2. กระบวนการตรวจสอบข้อมูลที่ดี มีลักษณะดังนี้

- มีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล โดยการตรวจสอบทุกแฟ้ม ตามตารางเวลาที่กำหนด โดยผู้บันทึกข้อมูลทุกคนและใช้โปรแกรมการตรวจสอบข้อมูล OP PP 2010 ก่อนการส่งออกข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน เพื่อให้สามารถส่งออกรายงานได้ครบถ้วนถูกต้อง
- มีความถี่ในการตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งมากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน
- มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) และสอนวิธีการแก้ไขหากตรวจสอบข้อมูลแล้วพบข้อผิดพลาด

3 กระบวนการส่งออกรายงานที่ดี มีลักษณะดังนี้

- มีการวางแผนการส่งออกล่วงหน้า โดยเผื่อเวลาสำหรับการตรวจสอบและแก้ไขให้มีคุณภาพก่อนการส่งออก
- มีการจัดหาผู้รับผิดชอบในการส่งข้อมูลแทนกัน ในกรณีที่ผู้รับผิดชอบส่งออกรายงานติดภารกิจ
- มีระบบติดตามกำกับกับการส่งออกข้อมูลในทุกระดับ ตั้งแต่ สสจ. /สสอ./รพ.สต. เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้มีการจัดส่งรายงานได้ทันเวลา

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แฟ้มมาตรฐาน) ของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และการบริหารจัดการ ดังนี้

2.1 บุคลากร (Man)

2.1.1 คุณลักษณะของบุคลากร จำแนกเป็นผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานข้อมูล ดังนี้

- ผู้บริหารที่ดี ควรให้ความสำคัญ มีการวางระบบติดตามกำกับและสนับสนุนการดำเนินงาน ช่วยให้เกิดขวัญกำลังใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน
- ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐานที่ดี ควรมีคุณลักษณะดังนี้
 - มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดทำข้อมูล โดยเห็นว่าการจัดทำข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน มีประโยชน์ประหยัดเวลา ช่วยให้ค้นหาข้อมูลได้ง่าย เช่น การค้นหาประวัติการรักษาคนไข้ และสามารถนำมาใช้ในการวางแผน ติดตามงานได้
 - มีความรู้เรื่องโครงสร้างแฟ้ม ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ สุจรรยา ทั้งทอง (2556)¹⁶ ที่พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิทยา พลาอาด และคณะ (2554)¹⁵ ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว ได้แก่ บุคลากรขาดความรู้ ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ทั้งนี้เนื่องจาก ความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในการแสดงพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและการปฏิบัติ (ประภาพรเพ็ญ สุวรรณ: 2535)⁶
 - ได้รับการฝึกอบรมการบันทึกข้อมูล 21 แฟ้ม เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ

วิทยา พลาอาดและคณะ (2554)¹⁵ ที่พบว่า การได้รับการอบรม เป็นปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลในแฟ้มสุขภาพครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสตูล ในทางบวก

- มีความรับผิดชอบ ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน หากมีความรับผิดชอบ จะทำให้เกาะติดกับงาน ไม่ทิ้งงาน สามารถส่งรายงานได้ทันกำหนด หากติดภารกิจอื่นต้องหาวิธีการแก้ไข เช่น
- มีความละเอียดรอบคอบ ช่วยให้ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล ซึ่งเป็นผู้ตรวจสอบเห็นข้อผิดพลาด และแก้ไขข้อมูลให้มีคุณภาพก่อนส่ง

2.1.2 การเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลในทางลบต่อคุณภาพข้อมูล เนื่องจาก ผู้ปฏิบัติงานใหม่ที่ยังไม่ได้เข้ารับการอบรมการใช้โปรแกรมในการบันทึกข้อมูล ขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดทักษะและประสบการณ์ในการบันทึกข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน จึงทำให้บันทึกข้อมูลได้ไม่สมบูรณ์และพบข้อผิดพลาด

2.1.3 จำนวนบุคลากร มีผลต่อคุณภาพของข้อมูล ใน รพ.สต.ที่มีคะแนนสูง มีจำนวนบุคลากรเฉลี่ย 5.4 คน และมีผู้รับผิดชอบ ในการทำข้อมูล 21 เพิ่ม เฉลี่ย 4.2 คน มากกว่า รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ มีจำนวนบุคลากร เฉลี่ย 3.7 คน และมีผู้รับผิดชอบ ในการทำข้อมูล 21 เพิ่ม เฉลี่ย 3.1 คน ขณะที่ รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ ให้ความเห็นว่า จำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อย และทรัพยากรไม่เพียงพอ มีผลต่อคุณภาพข้อมูล 21 เพิ่ม สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ วิทยา พลาอาด และคณะ (2554)¹⁵ ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว ได้แก่ การมีบุคลากรไม่เพียงพอ และงบประมาณไม่เพียงพอ

2.1.4 ภาระงานของบุคลากร ที่อยู่ใน รพ.สต.ที่ต้องรับผิดชอบงานหลายด้าน ทั้งงานบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และคุ้มครองผู้บริโภค การมีภาระงานมาก ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ สุจรรยา ทั้งทอง (2556)¹⁶ ที่พบว่า ภาระงานที่มีมากทำให้บันทึกข้อมูลไม่ทัน และสอดคล้องกับ ผลการศึกษา ของ วิทยา พลาอาดและคณะ (2554)¹⁵ ที่พบว่า ภาระงานที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของข้อมูล และเป็นปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลในทางลบ

2.2 งบประมาณ (Money)

รพ.สต.ทั้ง 2 กลุ่ม มีความเห็นว่า การได้รับงบประมาณเป็นค่าตอบแทนในการบันทึกข้อมูล มีผลต่อคุณภาพข้อมูล 21 เพิ่ม โดย รพ.สต.ที่มีคะแนนสูง ได้รับงบประมาณเป็นค่าตอบแทนล่วงหน้าและมีความพึงพอใจ ในค่าตอบแทน มากกว่า รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษา

ของ วิทยา พลาอาด และคณะ (2554)¹⁵ ที่พบว่า งบประมาณไม่เพียงพอ เป็นปัญหาอุปสรรค ในการจัดทำแฟ้มสุขภาพครอบครัว

2.3 วัสดุ อุปกรณ์ (Material)

รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ พบว่า มีปัญหาในเรื่อง สมรรถนะของเครื่องคอมพิวเตอร์ไม่ค่อยดี คอมพิวเตอร์ไม่พอ ความผิดพลาดของโปรแกรมบันทึกข้อมูล(JHCIS) และการเชื่อมต่อสัญญาณ Internet ไม่ดี ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจรรยา ทั้งทอง(2556)¹⁶ ที่พบว่า การเชื่อมต่อ Internet เป็นปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาระบบข้อมูล

2.4 การบริหารจัดการ (Management)

2.4.1 การบริหารจัดการ (ด้านความถูกต้อง)

รพ.สต.กลุ่มคะแนนสูง มีความเห็นว่า ผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญ ที่สนับสนุนให้มีการลงบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งจะต้องมีการกำหนดนโยบายให้เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมทุกคนและจัดให้มีทีม Adminของอำเภอมาให้คำแนะนำ

ในทางกลับกัน รพ.สต.กลุ่มที่มีคะแนนต่ำ มีความเห็นว่า ผู้บริหารยังไม่ให้การสนับสนุนในการจัดทำข้อมูล ทำให้ขาดขวัญกำลังใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ สุจรรยา ทั้งทอง (2556)¹⁶ ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ได้แก่ ด้านขวัญกำลังใจและแรงจูงใจ

2.4.2 การบริหารจัดการ (ด้านความครบถ้วน)

รพ.สต.กลุ่มคะแนนสูง มีความเห็นว่า การบริหารจัดการด้านความครบถ้วน ต้องมีการตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วนว่าสามารถส่งออกรายงานได้ครบทุกแฟ้ม ตามช่วงเวลาที่กำหนด พร้อมแนะนำอธิบายผู้เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจรรยา ทั้งทอง (2556)¹⁶ ที่พบว่า การบรรณาธิการข้อมูล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูล (21 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ในทางกลับกัน รพ.สต.กลุ่มคะแนนต่ำ มีความเห็นว่า การบริหารจัดการด้านความครบถ้วน พบปัญหา การประสานงานในการส่งต่อข้อมูลในงานอนามัยแม่และเด็ก การฝากครรภ์ และการเยี่ยมหลังคลอดที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล และคลินิก รวมถึงการลงพื้นที่เพื่อติดตามงานในเชิงรุกยังมีน้อย

2.4.3 การบริหารจัดการ (ด้านความทันเวลา)

รพ.สต.กลุ่มคะแนนสูง มีความเห็นว่า การบริหารจัดการด้านความทันเวลา ต้องมีการบันทึกข้อมูลทุกวัน และทำงานนอกเวลาร่วมด้วย หากติดประชุมจะมีการมอบหมายภารกิจให้ผู้อื่นทำแทน

ในทางกลับกัน พบว่า รพ.สต.กลุ่มคะแนนต่ำ ยังไม่มีการบริหารจัดการด้านความทันเวลา ในกรณีที่เกิดประจวบกันค้าง ไม่มีคนทำแทน ส่งผลให้ส่งข้อมูลไม่ทันเวลา

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำรายงานสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีความครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา ของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี

- ปัญหาส่วนบุคคล พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้รับผิดชอบงานข้อมูลใน รพ.สต.บางแห่ง มีการลงข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก ไม่ได้รับการอบรมการบันทึกข้อมูล ทำให้ขาดความรู้ในการบันทึกข้อมูลจึงส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจรรยา ทั้งทอง (2556)¹⁶ ที่พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 เพิ่ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น
- ระบบงาน พบว่า คอมพิวเตอร์เสีย เจ้าหน้าที่ติดประชุม/อบรม ไม่มีคนส่งข้อมูลแทนกันและการเชื่อมต่อ Internet มีปัญหา ใช้งานไม่ได้เสียบ่อย ส่งผลให้ส่งข้อมูลล่าช้าไม่ทันกำหนด สอดคล้องกับ ผลการศึกษา ของ สุจรรยา ทั้งทอง (2556)¹⁶ ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21เพิ่ม) ได้แก่ ด้านการเชื่อมต่อ Internet

ส่วนที่ 4 การใช้ประโยชน์จากข้อมูล

ข้อมูลที่ดีควรเกิดจากการที่มีผู้ใช้ประโยชน์จากข้อมูล ซึ่งเป็นแนวคิดที่สำคัญ จากการศึกษาพบว่า มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเป็นส่วนใหญ่ เช่น ใช้ในการติดตามความครอบคลุมการให้วัคซีน และข้อมูลประชากรใช้ในการวางแผนกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน เป็นต้น

แต่กลับพบว่า รพ.สต.ที่มีคะแนนต่ำ บางแห่งผู้รับผิดชอบรายงาน 21เพิ่ม ไม่ได้เป็นผู้ใช้ประโยชน์จากข้อมูล ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล เนื่องจากไม่เห็นประโยชน์และความสำคัญของข้อมูล สอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ ⁽⁷⁾ ที่กล่าวถึง ปัญหาการใช้ประโยชน์จากข้อมูล อาจเกิดจากการที่ผู้ใช้ข้อมูลไม่เข้าใจประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยในการตัดสินใจ และขาดแรงจูงใจด้านการใช้ประโยชน์ที่จะผลักดันให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลที่ดี โดยแรงจูงใจด้านการใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย การใช้เพื่อการวางแผนนโยบายและแผน การจัดสรรทรัพยากร ปรับปรุงบริการ แก้ปัญหาในพื้นที่ และการใช้เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย

ส่วนที่ 5 จุดเด่นในการพัฒนา ของ กลุ่ม รพ.สต.ที่มีคะแนนสูง ได้แก่

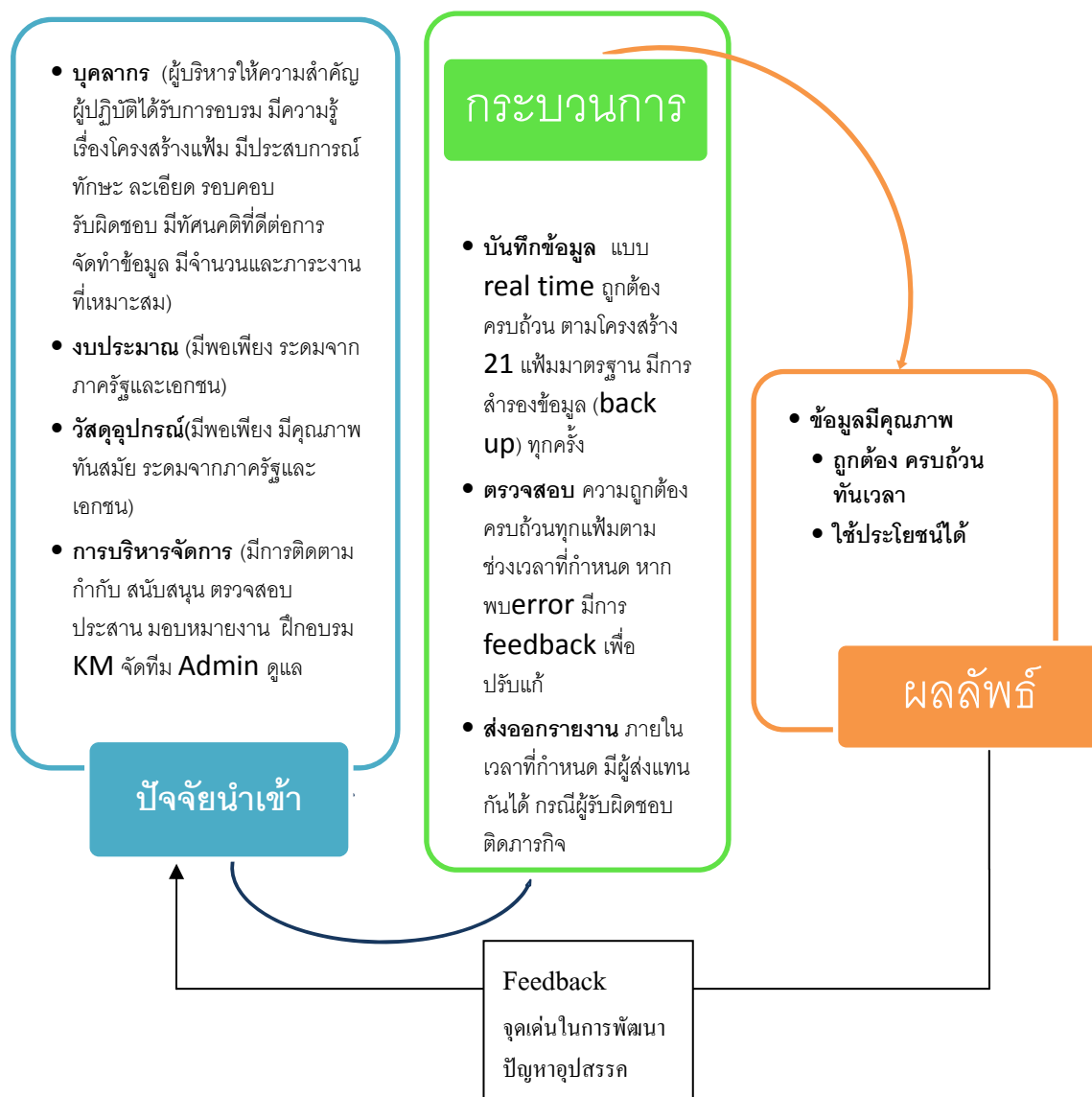
5.1 มีการบันทึกข้อมูลแบบ real time ทุกวัน และมีการสำรองข้อมูล (back up) ทุกครั้ง ส่งผลต่อคุณภาพข้อมูล เนื่องจากเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูล และสามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน ภายในเวลาที่กำหนด

5.2 มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) ในการพัฒนาข้อมูล และสอนวิธีการแก้ไขข้อผิดพลาด ช่วยให้สามารถบันทึกข้อมูลได้ถูกต้อง ครบถ้วน

5.3 มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนในการแก้ปัญหาคุณภาพข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น การส่งต่อข้อมูลการให้บริการในงานอนามัยแม่และเด็ก การฝากครรภ์ และการคลอด เป็นต้น

5.4 มีการติดตาม กำกับ สนับสนุนจากผู้บริหารงานสาธารณสุขทั้งในระดับอำเภอ และ รพ.สต. รวมถึงจัดให้มีทีม admin ของอำเภอมาให้การคำแนะนำและมีการติดตามสอนจากผู้รับผิดชอบงานข้อมูลระดับอำเภอ และโรงพยาบาล หากมีการ update โปรแกรม

จากการถอดกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่รูปแบบการพัฒนาข้อมูลรายงาน ดังนี้
แผนภาพที่ 5-1 รูปแบบของการพัฒนาข้อมูลรายงานเชิงระบบ



5.3 ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกัน กับ คลินิกและ โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งในจังหวัด ในการส่งรายงานข้อมูลผู้มารับบริการในเขต รับผิดชอบ เพื่อให้สามารถประเมินความครอบคลุมบริการได้

● ข้อเสนอแนะเชิงระบบ

1. กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดให้มีระบบการป้อนกลับข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติ เพื่อการตรวจสอบและรับทราบผลการดำเนินงาน หากพบข้อผิดพลาดในการจัดทำรายงาน จะได้หาแนวทางแก้ไขให้ถูกต้องต่อไป
2. ผู้อำนวยการ รพ.สต.ทุกแห่ง ควรมีการบริหารจัดการให้มีผู้รับผิดชอบทำข้อมูลแทนกันได้ กรณีที่ผู้รับผิดชอบติดภารกิจอื่น เพื่อแก้ปัญหาการส่งข้อมูลไม่ทันเวลาที่กำหนด
3. ผู้อำนวยการ รพ.สต.ทุกแห่ง ควรมีการวางแผนการใช้งบประมาณ ในการสนับสนุนอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ เครื่อง server ให้ทันสมัยมีความไว และสามารถรองรับข้อมูลจำนวนมากได้

● ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพ แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องใน รพ.สต.ทุกคน ให้มีความรู้ในการบันทึก ตรวจสอบและส่งออกข้อมูล เพื่อจะได้ช่วยเหลือกันเมื่อผู้รับผิดชอบติดภารกิจ

● ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใน รพ.สต.ทุกแห่ง เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงภายใน
2. ควรจัดเก็บข้อมูลในเจ้าหน้าที่ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อให้ได้มุมมองที่แตกต่างกัน เช่น สสอ./ผอ.รพ.สต./ลูกจ้างช่วยบันทึกข้อมูล เป็นต้น
3. ควรทำการศึกษาเชิงลึก ในประเด็นเพิ่มที่มีปัญหาความไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ 1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว.กรุงเทพมหานคร:บริษัทสมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด; 2556.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีและตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ. ชลบุรี:ไทยอาสาเซอรัวิส; 2556.
4. สำนักงานเขตสุขภาพเครือข่ายบริการที่ 6. แผนยุทธศาสตร์“เขตสุขภาพ”เครือข่ายบริการที่ 6 ปี 2556-2559. มปท; 2556.
5. งานข้อมูล. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. สรุปประเด็นปัญหาคุณภาพข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน ปีงบประมาณ 2555. ชลบุรี; 2556.
6. มณีรัตน์ สุวรรณวาริ.ทฤษฎีระบบ-GotoKnow.2554 [20 มิถุนายน 2557];2.แหล่งข้อมูล:URL: <https://www.gotoknow.org/posts/458803>
7. คณะทำงานพัฒนาการจัดการความรู้หมวด 4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.กระทรวงสาธารณสุข. องค์ความรู้เรื่อง การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ.มปท; 2553.
8. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. พฤติกรรมสุขภาพ. ใน: เอกสารการสอนวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 .นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2535.
9. โปรแกรมระบบฐานข้อมูลสถานีนามัย.[online] 2555 [มิถุนายน 2557]. แหล่งข้อมูล: URL: http://61.19.145.138/cmpho_it/?wpfb_dl=265
10. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บ การจัดส่งฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในรูปแบบ 21 เพิ่มมาตรฐาน เพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ปีงบประมาณ 2555.นนทบุรี; 2555.
11. สำนักบริหารการจัดสรรกองทุน. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.โครงสร้างฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 เพิ่มมาตรฐาน)ปีงบประมาณ 2556 [online] 2555 [มิถุนายน 2557]. แหล่งข้อมูล: URL: http://op.nhso.go.th/opdownload/download/file/Draft_Structure21_Ver5.0_NHSO_edit_2607.pdf

12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอกการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล(OP/PP Individual data) ปีงบประมาณ 2556[online] 2556 [มิถุนายน 2557]. แหล่งข้อมูล: URL:
http://op.nhso.go.th/opdownload/download/file/ร่าง_แนวทาง_OP56_20120419.pdf
13. นิรันดร์ ถาละคร, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลสถานีนามัย และหน่วยบริการปฐมภูมิ (JHCIS)ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนามัยจังหวัดหนองคาย.วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2554; 16: 540-549.[online] 2555 [มิถุนายน 2557].
 แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.resjournal.kku.ac.th>
14. ธนวัต เจริญงาน.ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยปฐมภูมิ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข:กรณีศึกษา จังหวัดพังงา(การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2554.
 [online] 2555 [มิถุนายน 2557]. แหล่งข้อมูล: URL:
<http://www.repository.rmutt.ac.th/xmlui/handle/12345689/738>
15. วิทยา พลาอด, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, สาวิตรี ลัมชัยอรุณเรือง. ศึกษาระดับคุณภาพข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูล ปัจจัยที่พยากรณ์คุณภาพข้อมูลและปัญหาอุปสรรคในการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว; 2554.
16. สุจรรยา ทั้งทอง.ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แฟ้ม) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น(วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต).มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.

ภาคผนวก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (เชี่ยวชาญด้านสารสนเทศ)

ชื่อ	นายแพทย์บุญชัย กิจสนาโยธิน
ตำแหน่ง	ผู้เชี่ยวชาญสารสนเทศด้านสุขภาพ / อุปนายกสมาคมเวชสารสนเทศไทย
สถานที่ปฏิบัติงาน	ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (สมสท.) เครือสถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ชื่อ	นายรัก ณะไพบุลย์
ตำแหน่ง	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สถานที่ปฏิบัติงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ชื่อ	นายธนาเศรษฐ์ วัฒนพงษ์สถิตย์
ตำแหน่ง	หัวหน้าศูนย์ข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ
สถานที่ปฏิบัติงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

แบบสัมภาษณ์

โครงการวิจัย “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 เพิ่มมาตรฐาน) ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี”

คำชี้แจง

การสัมภาษณ์ในครั้งนี้ จะใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ในการตอบคำถาม โดยขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ และจะไม่เปิดเผยรายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ในรายงานการวิจัย ซึ่งมีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อศึกษากระบวนการ ในการจัดทำข้อมูลสุขภาพ 21 เพิ่มมาตรฐาน ในระดับปฐมภูมิ ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพของข้อมูลสุขภาพ 21 เพิ่มมาตรฐาน ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรค ในการจัดทำข้อมูลสุขภาพ 21 เพิ่มมาตรฐาน ให้มีคุณภาพ (ความครบถ้วน ถูกต้องและความทันต่อเวลา) ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในจังหวัดชลบุรี

ความหมายของคุณภาพข้อมูล

1. คุณภาพของข้อมูล หมายถึง ข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน มีการบันทึก จัดเก็บ และส่งออก มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา
2. ความถูกต้อง หมายถึง ข้อมูลที่ส่งออกมาทั้งในรูปแบบ 21 เพิ่มมาตรฐาน มีโครงสร้างและรูปแบบข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงตามมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
3. ความครบถ้วน หมายถึง..หมายถึง ข้อมูลที่บันทึก จัดเก็บ และส่งออกทั้งในรูปแบบ 21 เพิ่มมาตรฐาน ครบถ้วนทุกเพิ่มตามกรอบระยะเวลา
4. ความทันเวลา หมายถึง..หมายถึง ฐานข้อมูล 21 เพิ่มมาตรฐาน พิจารณาจากวันเวลาใน Provis จังหวัดชลบุรีหรือจาก WebSite OP/PP Individual Record ทั้งนี้วันเวลาและเงื่อนไขการพิจารณาเป็นไปตามกรอบที่คณะทำงานวางแผนและพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ระดับจังหวัดเป็นผู้กำหนด

ข้อมูลทั่วไป

สถานที่ปฏิบัติงาน รพสต.....อำเภอ..... จังหวัดชลบุรี
ตำแหน่ง

- () นักวิชาการสาธารณสุข () เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน () พยาบาลวิชาชีพ
() เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข () เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล () อื่นๆ ระบุ.....

อายุ (ปี)

- () 20-30 () 31-40 () 41-50 () 51-60 ปี

เพศ () ชาย () หญิง

สภาพสมรส

- () โสด () สมรส () หม้าย/หย่า/แยก

การศึกษาชั้นสูงสุด ระดับ

- () ปวช./ปวส. () อนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี

สาขาวิชาที่จบ.....

รายได้จากเงินเดือน.....บาท ค่าตอบแทนการบันทึกข้อมูลนอกเวลา.....บาท/เดือน

เริ่มทำหน้าที่บันทึกข้อมูล 21 แฟ้ม ตั้งแต่เดือน.....ปี พ.ศ.....

ระยะเวลาในการทำหน้าที่บันทึกข้อมูล 21 แฟ้ม

- () น้อยกว่า 6 เดือน () 6 เดือน ถึง 1 ปี () 2-3 ปี () 4 ปีขึ้นไป

ประสบการณ์การอบรมการจัดทำรายงาน 21 แฟ้ม (ครั้ง)

- () ไม่เคย () 1 () 2 () 3 ครั้งขึ้นไป

งานในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ ได้แก่

1.....2.....3.....

ประเด็นคำถาม

- การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดทำข้อมูล 21 แฟ้ม ใน 1 สัปดาห์ .ใช้เวลา.....วัน
ใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลทุกวันหรือไม่ ทำวันละ.....ชั่วโมง
- ประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบจำนวน.....คน / จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ.....ราย
- ท่านใช้เวลาในการลงบันทึกข้อมูลเฉลี่ยรายละ.....นาที
- ต้องทำข้อมูล 21 แฟ้ม นอกเวลาราชการหรือไม่ ทำ.....วัน ต่อเดือน ทำวันละ.....ชั่วโมง
ถ้าทำได้รับค่าตอบแทนเดือนละ.....บาท พอใจกับค่าตอบแทนหรือไม่.....
- มุมมองของท่านต่อระบบข้อมูล 21 แฟ้ม เป็นอย่างไร มีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับข้อมูล 21 แฟ้ม
- ท่านคิดว่าคุณภาพข้อมูล 21 แฟ้ม ของสถานบริการของท่านที่ผ่านมาและปัจจุบันเป็นอย่างไร อยู่ใน
ระดับใด (ดีมาก ดี พอใช้ ต้องปรับปรุง) ท่านมีเป้าหมายอย่างไร
- กรุณาเล่ากระบวนการตั้งแต่การจัดเก็บข้อมูล การตรวจสอบ จนกระทั่งส่งออกข้อมูล 21 แฟ้ม ให้
สสจ. ของ รพ.สต.ที่ท่านปฏิบัติงาน
- กระบวนการจัดทำข้อมูล 21 แฟ้ม ท่านทำคนเดียวหรือมีผู้ร่วมดำเนินการด้วยในขั้นตอนใด เป็นใคร
และมีตำแหน่งหน้าที่อะไร
- ท่านคิดว่าบุคลากร/งบประมาณ / วัสดุอุปกรณ์ที่สนับสนุนในการจัดทำข้อมูลเพียงพอหรือไม่
- ท่านได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูล 21 แฟ้ม หรือไม่ ถ้าใช้ในเรื่องใด
- เจ้าหน้าที่ท่านอื่นๆใน รพ.สต.ได้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์บ้างหรือไม่ ใครเป็นผู้ใช้ประโยชน์ และ
ใช้ในเรื่องใด

ประเด็นคำถามด้านคุณภาพข้อมูล

- ในการจัดทำข้อมูล 21 แฟ้ม ให้มีคุณภาพ (ด้านความถูกต้อง,ครบถ้วน,ทันเวลา)นั้น รพ.สต.ของ
ท่านมีกระบวนการดำเนินงานอย่างไร
- ท่านเห็นว่าปัจจัยใดมีที่ส่งผลต่อ (ด้านความถูกต้อง,ครบถ้วน,ทันเวลา) ของข้อมูลการให้บริการ
ผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แฟ้มมาตรฐาน)
 - ลักษณะส่วนบุคคล (เช่น อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการการจัดทำ
ประสบการณ์การอบรมการจัดทำรายงาน เป็นต้น)
 - ปัจจัยด้านการบริหาร (เช่น กำลังคน งบประมาณ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์
กระบวนการบริหาร เป็นต้น)
- ปัญหาและอุปสรรคในเรื่อง (ด้านความถูกต้อง,ครบถ้วน,ทันเวลา) ในการจัดทำรายงานสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิ (21 แฟ้ม)มีอะไรบ้าง
- ข้อเสนอแนะเพื่อให้ได้ข้อมูล 21 แฟ้ม ที่มีคุณภาพ

ประวัติผู้ทำวิจัย

ชื่อ นามสกุล นางรุ่งทิwa พานิชสุโข

ประวัติการศึกษา ปี 2545 จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติการทำงาน

ปี 2545 หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ.ชลบุรี

ปี 2552 หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สสจ.ชลบุรี

ปี 2555 รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (ด้านสาธารณสุข)

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

หมายเลขโทรศัพท์/โทรสาร/อีเมล 082-2077937 / 038-278745 / rung3579@yahoo.com