


บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	นางสาวทองมา ทิพย์ทิม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ นักวิชาการสถิติชำนาญการ	๔๔๕๔๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ นักวิชาการสถิติชำนาญการพิเศษ	๔๔๕๔๕	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพ Case Mix Index (CMI) ๕ ปี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี”				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนาคุณภาพข้อมูลรหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพ Case Mix Index (CMI) ๕ ปี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ตามนโยบายรัฐบาลนำพาประเทศไทยก้าวสู่ Thailand ๔.๐ กระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนนโยบาย Smart Hospital โดยใช้เทคโนโลยีในการบริหารจัดการ ระบบฐานข้อมูล เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ประชาชน ให้สะดวกรวดเร็ว ปลอดภัย ตลอดจนกำหนดกรอบแนวทาง การจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan) มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและศูนย์ ความเชี่ยวชาญระดับสูงสร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายโดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) เพื่อให้การดำเนินการเป็นรูปธรรมจึงกำหนดนโยบายแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พร้อมทั้งกำหนดความชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทประเภทการจัดบริการ ของหน่วยบริการ ที่แตกต่างออกไป

สำหรับการยกระดับคุณภาพการให้บริการนั้นเป็นความพยายามต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สภาพแวดล้อมการให้บริการ เพื่อตอบสนองความต้องการ ของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการสนับสนุนและส่งเสริม ยุทธศาสตร์การพัฒนาความเป็นเลิศ ด้านการบริการ (Service Excellence) ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ความต้องการปรับระดับของหน่วยบริการเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น การเพิ่มจำนวนประชากร มีทรัพยากรไม่เพียงพอ การเกิดโรคระบาดทั้งหมดล้วนส่งผลต่อ ประสิทธิภาพ การดำเนินงานและคุณภาพการให้บริการโดยรวม

กระทรวงสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องบริหารจัดการการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการเพื่อให้ มีการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จึงเห็นควรทบทวนและ ปรับปรุงหลักเกณฑ์การจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพให้เหมาะสม ยืดหยุ่นต่อไป (คู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ, ๒๕๖๕)

จากบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ การให้บริการทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาล การป้องกัน หรือการส่งเสริมสุขภาพ จะต้องมีการกำหนดมาตรฐานเพื่อให้ประชาชนได้รับดังเช่นรัฐธรรมนูญกำหนดไว้ และรัฐจะต้องจัดส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพนั้น เกี่ยวข้องโดยตรงกับบทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวแทนภาครัฐ ในการพัฒนา สาธารณสุข จึงมีบทบาทที่สำคัญในอันที่จะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ

กระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดในการดำเนินการเพื่อสนองตอบต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ ดังนี้

๑. การให้มีการรองรับมาตรฐาน (Accreditation) ซึ่งจะต้องเป็นการรับรองมาตรฐานโดยองค์กร ที่เป็นกลาง ไม่ใช่การรับรองโดยภาคราชการ ซึ่งการรับรองมาตรฐานนี้ เป็นการรับรองแบบ Process Oriented คือ เป็นการรับรองว่าได้มาตรฐานหรือไม่

๒. การพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยเน้น Total Quality management (TQM) เน้นที่คุณภาพ ของการบริหารการเงินการคลัง มีน้อยมากที่เน้นในเรื่องความสามารถในการบริหารคุณภาพของการให้บริการ แต่ในอนาคตผู้บริหารในสถานบริการจะต้องเน้นที่จะพัฒนาคุณภาพการบริการมากขึ้น

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓. การควบคุมคุณภาพการบริการ (Medical Audit) เป็นการควบคุมคุณภาพบริการโดยองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ โดยการสร้างมาตรฐานเพื่อตรวจสอบ Detail technique ของการให้บริการด้านสุขภาพ หากไม่มีการควบคุมคุณภาพบริการโดยองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ก็จะทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการเกินความจำเป็น หรือเสียค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเกินความจำเป็น

๔. การปฏิบัติต่อประชาชน ผู้ให้บริการจะต้องเป็นผู้อธิบายและให้ทางเลือกโดยบอกข้อดีข้อเสีย โดยประชาชนผู้รับบริการจะเป็นผู้เลือกเอง จะเห็นว่าทัศนคติของผู้ให้บริการจะต้องเปลี่ยนไป จะต้องมีความ Service Mind มากขึ้น ต้องให้ความสำคัญ ต่อการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมากที่สุด อย่างไรก็ตามในพระราชบัญญัติปกป้องสิทธิในอันไม่ให้หน่วยงานของราชการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่อยู่ในความควบคุมดูแลของตน ต่อหน่วยงานของรัฐแห่งอื่นหรือผู้อื่นโดยปราศจากความยินยอมเป็นหนังสือของเจ้าของข้อมูลไว้ด้วย ดังนั้น ผู้ให้บริการก็ต้องระมัดระวังในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลมากขึ้น

๕. การให้การประกันสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการเข้าถึงบริการได้ การจัดระบบบริการสาธารณสุขจะต้องเข้ามามีบทบาทในการกำหนดระบบการประกันสุขภาพมากขึ้น เพื่อให้แน่ใจว่าประชาชนทุกคนจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมเมื่อยามเจ็บป่วยด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (สถาบันพระบรมราชชนก,๒๕๔๑)

การจัดระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการของประชาชนในอนาคต จำเป็นต้องอาศัยการพัฒนาที่เป็นกระบวนการที่มีจุดหมายของความก้าวหน้า ทั้งในด้านความสอดคล้อง (Relevance) ความเสมอภาค (Equity) ความมีคุณภาพ (Quality) และความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) โดยยึด ๕ องค์ประกอบหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ ทรัพยากร (Resource) องค์กร (Organization) การบริหารจัดการ (Management) การเงินการคลัง (Financing) การบริการทางสุขภาพ (Health Service) ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนได้ (สถาบันพระบรมราชชนก,๒๕๔๑)

ค่า Case Mix Index (CMI) สามารถประเมินศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญของสถานพยาบาลบริการในการวางแผนพัฒนาคุณภาพ ความเหมาะสมการใช้ทรัพยากร เต็ม บุคลากร และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังใช้ประโยชน์ด้านการบริหารจัดการตามแผนยุทธศาสตร์ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา (Gap Analysis) และเชื่อมโยงการจัดทำต้นทุนโรงพยาบาล สนับสนุนการตัดสินใจของทีมผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เกณฑ์การปรับระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปมี ดังนี้

สูตรการคำนวณ :
$$= \frac{\text{น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Sum AdjRW)}}{\text{จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายทั้งหมด}}$$

ค่ากลางดัชนีผู้ป่วยใน (Case Mix Index : CMI) ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ มีดังนี้

รพศ.(A)	มีค่า	CMI	ไม่น้อยกว่า	๑.๖
รพท.(S)	มีค่า	CMI	ไม่น้อยกว่า	๑.๒
รพท.ขนาดเล็ก (M๑)	มีค่า	CMI	ไม่น้อยกว่า	๑.๐
รพช.แม่ข่าย (M๒)	มีค่า	CMI	ไม่น้อยกว่า	๐.๘
รพช. (F๑-F๓)	มีค่า	CMI	ไม่น้อยกว่า	๐.๖

(คู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ,๒๕๖๕)

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับ รพท. (S) ขนาด ๕๐๒ เตียงจริง เขตสุขภาพที่ ๕ ราชบุรี ให้บริการทั่วไประดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ โดยดูแลผู้ป่วย ๖ สาขาหลัก ได้แก่ สูตินรีเวชกรรม อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม วิสัญญี ออร์โธปิดิกส์

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)
สาธารณสุขและอนุสาขา ได้แก่ ตา หู คอ จมูก รังสีวิทยา เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชศาสตร์ฉุกเฉิน นิติเวช จิตเวช
เวชกรรมป้องกัน เวชศาสตร์ครอบครัว การแพทย์ผสมผสาน อายุรศาสตร์โรคไต อายุรศาสตร์โรคหัวใจ
อายุรกรรมประสาท อายุรศาสตร์ทางเดินอาหาร ประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ศัลยกรรมตกแต่ง
และตจวิทยา มีขีดความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่ยุ่ยากซับซ้อน มีข้อจำกัดในการรักษาผู้ป่วย
ที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญ สาขาย่อยบางสาขา เช่น Vascular, CVT, radiotherapy เป็นต้น และเป็นโรงพยาบาล
แม่ข่ายในการรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดอีก ๗ แห่ง

ริเริ่มบริการประชาชนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๔๔
และพัฒนาระบบบริการมาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ครอบคลุมทุกสาขา จนกระทั่งในปลายปี พ.ศ. ๒๕๖๖
ประกาศเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ และนำร่อง ๑ ใน ๔ จังหวัด ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
"๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" มีการปรับแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องตามแผนพัฒนา
โรงพยาบาล "โรงพยาบาลคุณภาพ ทันสมัย เป็นที่ไว้วางใจของประชาชน" (Smart and Quality
Hospital) มุ่งเน้นให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ได้นำหลักการ Hospital
Accreditation และกระบวนการ OKRs มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลภายใต้พันธกิจ

๑. จัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมร่วมกับภาคีเครือข่าย ภายใต้แนวคิด One province One
System (OPOS)

๒. พัฒนาระบบบริหาร และระบบสุขภาพดิจิทัล เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม
และน่าไว้วางใจ

๓. พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะสูง มีความสุข และเป็นองค์กรสุขภาวะต้น

ดังนั้น จึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง "การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพ Case Mix Index (CMI) ๕ ปี
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี" ขึ้น เพื่อกระตุ้นประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพตามแผนพัฒนา
โรงพยาบาล

๔. สรุปลักษณะสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ทบทวนทฤษฎีดัชนีค่า CMI และคู่มือการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
๒. จัดเตรียมชุดข้อมูลมาตรฐาน ๑๖ files ตามคู่มือการใช้งานการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
๓. ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยในจำหน่าย และจัดการเมื่อพบข้อมูลผิดพลาดโดยการค้นเวชระเบียน
ผู้ป่วยใน เป็นรายเดือน รายปี จนครบ ๕ ปี

๔. นำชุดข้อมูลมาตรฐานผู้ป่วย ๑๖ files ไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม DRG Audit Version
๖.๐ for Thai DRG Grouper และโปรแกรม DRG Index

๕. นำฐานข้อมูลจากการประมวลผล .DBF ที่ได้แปลงเป็นฐาน EXCEL เพื่อสะดวกในการใช้คำสั่ง
จัดการการวิเคราะห์ข้อมูล

๔.๒ ประชากร

จำนวนผู้ป่วยในจำหน่ายของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๖
จำนวน ๓๑,๓๑๓, ๒๙,๐๐๐, ๓๑,๔๓๑, ๒๗,๓๑๖, และ ๒๙,๐๘๖ รายตามลำดับ ทั้งหมด ๑๔๘,๑๔๖ ราย

๔.๓ การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ค่าต่ำสุด
ค่าสูงสุด เพื่อประเมินความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตาราง

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ จึงมีตัวชี้วัดค่า CMI เพิ่มขึ้นเท่ากับ ๑.๔๓๗๗, ๑.๕๔๗๙ ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ดังนั้นกล่าวได้ว่าโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า สำเร็จตามวัตถุประสงค์และบรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพตามแผนกลยุทธ์ที่ ๒ : พัฒนาประสิทธิภาพระบบการเงิน การคลัง และการใช้ทรัพยากร (Money) ตัวชี้วัดค่า CMI > ร้อยละ ๑๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เท่ากับร้อยละ ๑๐.๕๖ (เทียบกับค่าเป้าหมาย ๑.๔)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ผลการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพ Case Mix Index (CMI) ๕ ปี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี นำไปพัฒนา ปรับปรุง ตามแผนยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๒ ประเมินศักยภาพในการรักษาพยาบาลและการวินิจฉัยโรคอยู่ในมาตรฐานหรือไม่

- จากผลการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพ Case Mix Index (CMI) ๕ ปี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีตัวชี้วัดค่า CMI สูงกว่าระดับประเทศ (ไม่น้อยกว่า ๑.๒) เท่ากับ ๑.๓๒๒๕, ๑.๓๗๙๔, ๑.๕๒๔๗, ๑.๔๖๖๐ และ ๑.๕๖๐๓ ตามลำดับ แสดงว่าโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ระดับ S ที่มีศักยภาพในการรักษาพยาบาลและการวินิจฉัยโรคอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับประเทศ

๖.๓ ผลประเมินศักยภาพของโรงพยาบาลในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในที่มีความซับซ้อน

- จากผลการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพ Case Mix Index (CMI) ๕ ปี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๖ พบว่ามีการวินิจฉัยโรคและการรักษาในระดับความซับซ้อนการรักษาเท่ากับ ๐ (ไม่มีภาวะแทรกซ้อน) ภาพรวมทุกสิทธิการรักษามีแนวโน้มลดลงทุกปี เท่ากับร้อยละ ๗๖.๒๘, ๗๔.๓๖, ๗๗.๑๒, ๖๗.๔๕, ๖๕.๔๔ สิทธิ UC เท่ากับร้อยละ ๗๕.๙๖, ๗๔.๒๓, ๗๒.๙๗, ๖๔.๑๔, ๖๑.๘๘ สิทธิข้าราชการ ๗๕.๑๗, ๗๑.๔๘, ๗๐.๘๗, ๗๐.๐๕, ๖๗.๙๓ สิทธิประกันสังคม ๘๐.๑๒, ๗๘.๓๓, ๘๙.๗๐, ๗๗.๔๙ และ ๗๓.๖๔ ตามลำดับ แสดงว่าโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ระดับ S ที่มีศักยภาพในการรักษาพยาบาลและการวินิจฉัยโรคที่ยุ่ยากซับซ้อนของโรคสูงได้ (ตามเกณฑ์การรักษาพยาบาลที่มีภาวะแทรกซ้อน \geq ร้อยละ ๓๐)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ความสมบูรณ์คุณภาพเวชระเบียน MRA ต่ำกว่าตามเกณฑ์ (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๘๐) ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๖ เท่ากับร้อยละ ๕๑.๙๙, ๖๕.๑๘, ๗๑.๔๔, ๖๘.๑๑ และ ๖๑.๖๘ ตามลำดับ การบันทึกของแพทย์ส่วนสำคัญที่มีผลเพิ่มประสิทธิภาพ ได้แก่ แบบฟอร์ม Physical examination เท่ากับร้อยละ ๓๑.๑๑, ๖๓.๗๗, ๖๙.๒๔, ๖๓.๗๑, ๓๖.๖๕ และแบบฟอร์ม Progress note เท่ากับร้อยละ ๓๖.๑๑, ๕๓.๒๕, ๖๕.๕๐, ๔๕.๕๖, ๕๗.๙๕ ตามลำดับ

๗.๒ ด้านความรู้ความเข้าใจของแพทย์ทั้งในส่วนของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และแพทย์ประจำเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การสรุปเวชระเบียนยังไม่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ระยะเวลาในการส่งคืนเวชระเบียนผู้ป่วยใน ๗ วันหลังจำหน่าย ยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๘๐) ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๖ เท่ากับร้อยละ ๖๗.๒๖, ๗๓.๘๓, ๗๒.๑๓, ๗๐.๖๐ และ ๗๒.๕๒ ตามลำดับ ส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรพัฒนาคุณภาพข้อมูลรหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

๙.๒ ควรศึกษาโครงการระบบ OPD Paper less เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์คุณภาพงาน

๙.๓ ควรศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนรายโรคสำคัญตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ยังไม่ได้เผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวทองมา ทิพย์ทิม สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางสาวทองมา ทิพย์ทิม)

นักวิชาการสถิติชำนาญการ

(วันที่) ๑๗ / เมษายน / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวทองมา ทิพย์ทิม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางปริญชาติ สธนเสาวภาคย์)
หัวหน้าภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการ
และสนับสนุนบริการสุขภาพ
(วันที่) ๓ / เมษายน / ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(นายพิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
(วันที่) ๓.๓.๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาคุณภาพข้อมูลรหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

การบันทึกเวชระเบียน ถือเป็นมาตรฐานทางวิชาชีพและใช้สำหรับสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษา
ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ หลักฐานทางกฎหมาย ในด้านของกองทุน ได้แก่
กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) การตรวจสอบคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน ถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ที่จะช่วยสะท้อนคุณภาพ
การให้บริการผู้ป่วย ผ่านมุมมองของผู้ตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจได้ว่าประชาชนได้รับบริการเป็นไปตามมาตรฐาน
วิชาชีพ และมาตรฐาน โรงพยาบาลคุณภาพ

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับ รพท. (S) ขนาด
๕๐๒ เตียงจริง เขตสุขภาพที่ ๕ ราชบุรี ให้บริการทั่วไประดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ มีขีด
ความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่ยุ่ยากซับซ้อน มีข้อจำกัดในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องใช้
ความเชี่ยวชาญสายย่อยบางสาขา เช่น Vascular, CVT, radiotherapy เป็นต้น และเป็นโรงพยาบาล
แม่ข่ายในการรับ Refer จากโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดอีก ๗ แห่ง

ในระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ รหัสโรค (ICD ๑๐) รหัสผ่าตัดและหัตถการ (ICD ๙-CM) จึงเป็น
พื้นฐานข้อมูลทางการแพทย์ที่มีความสำคัญต่อการกำหนดทิศทางนโยบายระบบบริการสุขภาพประชาชนของ
กระทรวงสาธารณสุข แต่ระบบข้อมูลด้านสุขภาพยังมีปัญหาด้านความครบถ้วน ถูกต้อง ละเอียดย ั้นสมัย
เชื่อถือได้ ข้อมูลบางส่วนกระจัดกระจายไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ทันเวลา ขาดกลไกในการบริหาร
จัดการและพัฒนาระบบ เป็นต้น ปัญหาต่างๆดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัย ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย
ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ใช้ข้อมูล และ ผู้จัดทำข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสถิติ นักวิชาการ
สาธารณสุข เวชสถิติ และสหวิชาชีพผู้เกี่ยวข้องอื่นอีก

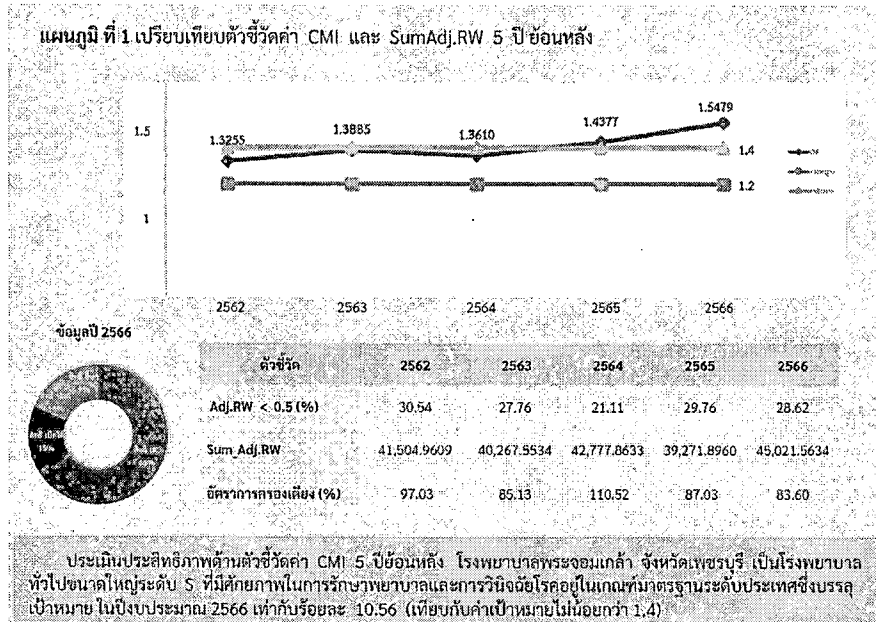
ดังนั้นจากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพข้อมูลรหัสโรค
รหัสผ่าตัดและหัตถการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี” ขึ้น เพื่อเพิ่มคุณภาพระบบ
ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ นำไปใช้ประโยชน์ด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของประชาชนต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพ Case Mix Index (CMI) ๕ ปี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี พบว่า โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
ระดับ S ที่มีศักยภาพในการรักษาพยาบาล การใช้ทรัพยากร การวินิจฉัยโรค เหมาะสม อยู่ในเกณฑ์
มาตรฐานระดับประเทศ สามารถรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคสูงได้

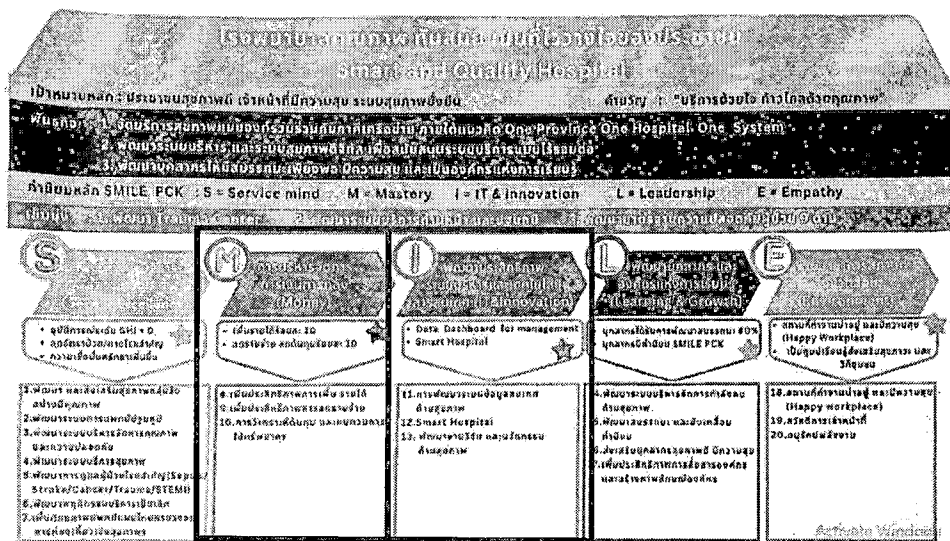
๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ตัวชี้วัดค่า CMI ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๖ เท่ากับ ๑.๓๒๕๕, ๑.๓๘๘๕, ๑.๓๖๑๐, ๑.๔๓๗๗ และ ๑.๕๔๗๙ ตามลำดับ (เทียบกับเกณฑ์ค่ากลางไม่น้อยกว่า ๑.๒) (ดังรูปที่ ๓.๑)



รูปที่ ๓.๑ ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดค่า CMI และ SumAdj.RW ๕ ปีย้อนหลัง

การพัฒนาคุณภาพข้อมูลรหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง ละเอียด ทันสมัย มีความสำคัญในการนำข้อมูลไปจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม(DRG) เพื่อวิเคราะห์หาตัวชี้วัดค่า CMI ของสถานพยาบาลซึ่งจะส่งผล Health Data Center ระดับจังหวัด และเขตเครือข่ายบริการสุขภาพ สามารถนำไปใช้ในเชิงบริหารจัดการองค์กรด้านการวางแผน ควบคุม กำกับติดตาม เชื่อมโยง ประเมินผล และวิเคราะห์ปัญหาเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของทีมผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (ดังรูปที่ ๓.๒)



รูปที่ ๓.๒ แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

วิธีการพัฒนางาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพข้อมูลด้านความครบถ้วน ถูกต้อง ละเอียด ทันท่วงที เชื่อถือได้

๓.๑ จัดตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนเป็นผู้ทำหน้าที่ทบทวนกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผ่านการ ประชุมคณะกรรมการฯ อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ไม่น้อยกว่า ๔๐ ฉบับ โดยทีมผู้ตรวจสอบจะนำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการตรวจสอบ คุณภาพข้อมูล คณะกรรมการฯ ร่วมกันวิเคราะห์และระบุโอกาสพัฒนากระบวนการดังกล่าว และเสนอ แผนการปรับปรุงที่สอดคล้องกับปัญหาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการ นอกจากนี้ยังร่วมกันทบทวน ข้อมูลความไม่สมบูรณ์ของการบันทึก เพื่อวางแนวทางในการปรับปรุงที่จะส่งเสริมให้เกิดการบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ผลการตรวจประเมิน ดังนี้

ผลการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD)

คุณภาพเฉลี่ยโดยรวม	๘๐.๓๕ %
คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนของแพทย์	๙๘.๒๑ %
คุณภาพการบันทึก Discharge Summary ส่วนอื่น	๙๙.๒๑ %
คุณภาพการบันทึกประวัติ	๗๔.๕๐ %
คุณภาพการบันทึกตรวจร่างกาย	๖๑.๓๑ %
คุณภาพการบันทึก Progress Note	๘๓.๓๓ %
คุณภาพการบันทึก Operative Note	๘๒.๖๙ %
คุณภาพการบันทึก Labour Record	๑๐๐.๐๐ %
คุณภาพการบันทึก Nurses' Note	๖๓.๑๐ %

ผลการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส ICD

ให้รหัสถูกต้อง	๙๖.๖๙ %
ให้รหัสผิด	๓.๓๑ %

นอกจากนี้ ยังมีการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยนอก (OPD) เพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการบันทึกข้อมูล เพื่อวางแนวทางในการส่งเสริมให้เวชระเบียนมีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยผลการตรวจประเมิน ดังนี้

ผลการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก (OPD)

คุณภาพเฉลี่ยโดยรวม	๘๕.๐๔ %
คุณภาพการบันทึกวันเวลา	๑๐๐.๐๐ %
คุณภาพการบันทึกอาการสำคัญ	๘๕.๗๑ %
คุณภาพการบันทึกประวัติ	๗๒.๘๖ %
คุณภาพการบันทึกตรวจร่างกาย	๗๒.๕๐ %
คุณภาพการบันทึกคำวินิจฉัยโรค	๙๔.๖๔ %
คุณภาพการบันทึกการรักษา	๙๕.๗๑ %

ผลการตรวจสอบการให้รหัส ICD

ให้รหัสถูกต้อง	๘๒.๑๘ %
ให้รหัสผิด	๑๗.๘๒ %

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๒ การทบทวนกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

การทบทวนกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล	ปัญหาที่พบ
โรงพยาบาลได้ทบทวนกระบวนการ/ระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยผ่านการประชุมคณะกรรมการเวชระเบียนทุกไตรมาส	- การสรุปคำวินิจฉัยโรค (Doctor) : ปัญหาที่พบบ่อยคือการสรุปวินิจฉัยโรคขาดความละเอียด ไม่ถูกต้อง ไม่เฉพาะเจาะจง - การให้รหัส (Coder) : มีการให้รหัสโรคผิดพลาด ไม่ตรงตามคำวินิจฉัยโรคของแพทย์ รวมถึงให้รหัสมากเกินไป และไม่ครบถ้วน
การทบทวนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD)	
การทบทวนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	ปัญหาที่พบ
ประวัติการเจ็บป่วย	- อาการสำคัญนำไปใส่ไว้ในประวัติปัจจุบัน บันทึกประวัติผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ตามรายการที่ให้บันทึก เช่น ไม่บันทึกอาการสำคัญ ประวัติอดีต ประวัติปัจจุบัน
ผลการตรวจร่างกาย	- ตรวจร่างกายระบบเดียว / ตรวจที่จำเป็นไม่ครอบคลุม บาง Chart มีเฉพาะ V/S - ตรวจเฉพาะที่มีอาการนำ
Nurses" note	- บันทึกไม่ครบทุกเวร - บันทึกรายละเอียดน้อย ไม่สัมพันธ์กับอาการ

การปรับปรุงกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และการแก้ไขปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลผู้ป่วย

๑. มีระบบการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน โดยทีม Internal Coding Audit
๒. มีระบบติดตามการปรับเปลี่ยน เพิ่มเติม การสรุปวินิจฉัยโรคของแพทย์ การให้รหัส ICD ให้ตรงกับรายละเอียดของเวชระเบียน
๓. เพิ่มคุณภาพการให้รหัส ICD โดยการสืบค้นจากแหล่งข้อมูลวิชาการที่เกี่ยวข้อง, คู่มือ Standard Coding Guideline และ ปรึกษาแพทย์ เป็นต้น
๔. มีการพัฒนาปรับปรุงแบบฟอร์มการบันทึก Summary sheet / Operative note แต่ละแผนกเฉพาะโรคให้เหมาะสม สะดวกใช้ง่ายต่อการบันทึก ครอบคลุมทุกสาขา เช่น แผนกตาโรคต้อกระจก แผนกศัลยกรรม โรคไส้ติ่งอักเสบ หัตถการ Excision Debridement แผนกสูติ-นรีเวช หัตถการผ่าตัดคลอด เป็นต้น
๕. อบรมเพิ่มพูนความรู้ความชำนาญด้านการให้รหัส ICD อย่างต่อเนื่อง
๖. คำนึงข้อมูลผลการตรวจสอบเวชระเบียนเป็นระยะ ๆ

ข้อเสนอแนะ

๑. เพื่อให้ข้อมูลเชื่อถือได้ ควรมีการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก หรือสลับกันตรวจสอบภายในจังหวัด
๒. เพื่อให้ข้อมูลคุณภาพดี ควรเพิ่มกิจกรรมตรวจสอบคุณภาพอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ ปีละ ๔ ครั้ง และสะท้อนข้อมูลให้กับผู้บันทึกเวชระเบียนรับทราบ เช่น องค์กรแพทย์ พยาบาล เป็นต้น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ ตัวชี้วัด ค่า CMI \geq ๑.๕
- ๔.๒ ตัวชี้วัด ค่า CMI $<$ ๐.๕ ลดลง
- ๔.๓ SumAdj.RW เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๑๐ %
- ๔.๔ โรงพยาบาลรายได้เพิ่มขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ ร้อยละคุณภาพการบันทึกข้อมูล \geq ๘๐%
- ๕.๒ ร้อยละคุณภาพการให้รหัส ICD \geq ๙๕ %

(ลงชื่อ)

(นางสาวทองมา ทิพย์ทิม)

นักวิชาการสถิติชำนาญการ

(วันที่) ๗ / เมษายน / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน