

รูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิสำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชน ของประเทศไทย

Development of the Standard Primary Care Code Model for Using In Primary Health Care Unit of Thailand

มะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ* สุพจน์ พันธะนิยะ** นรินทร์ สังข์รักษา***

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ ตรวจสอบรูปแบบและนำเสนอรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิสำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชนของประเทศไทย โดยใช้เทคนิคดีลฟีฟิวเจอร์ส (Ethnographic Delphi Futures Research : EDFR) เป็นการสัมภาษณ์และใช้แบบสอบถาม ตามผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 24 คน จำนวน 3 รอบ เพื่อให้ได้รูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ ร่วมกับการสนทนากลุ่ม (Focus group) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) กับการใช้มาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ จำนวน 14 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ และ นำรูปแบบไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานอนามัยเครือข่ายอำเภอป่าโมก และ อำเภอยะโฮย จังหวัดอ่างทอง จำนวน 57 คน โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบที่เหมาะสมของมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิสำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชนของประเทศไทย ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยประเด็น และสาระสำคัญ 3 ด้าน คือ 1) ด้านปรัชญาแนวคิดการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิ 2) ด้านวัตถุประสงค์ของการใช้งานมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ และ 3) คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะ ด้านโครงสร้างรหัส ด้านการใช้งานรหัส และด้านการดูแลบำรุงรักษาและพัฒนารหัสในระยะยาว ส่วนการตรวจสอบรูปแบบโดยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เห็นว่ามีความเหมาะสมเป็นไปได้ ตามประเด็นและสาระสำคัญ 3 ด้านดังกล่าว แต่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ 1) รูปแบบมาตรฐานรหัสต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ของข้อมูลและกิจกรรมการให้บริการ 2) รูปแบบมาตรฐานรหัสจะต้องครอบคลุมการให้บริการและกิจกรรมต่างๆ 3) อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบทุกระดับ 4) ควรแยกรหัส ICD-10 สำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานอนามัยโดยเฉพาะ 5) หลังจากได้รูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิแล้ว ในขั้นตอนการจัดทำรหัส จะต้องแต่งตั้งคณะทำงานให้ครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และในส่วนของ การนำรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิไปทดสอบกับปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ พบว่า ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยด้านปรัชญาแนวคิดการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิ และด้านวัตถุประสงค์ของมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ มีความเห็นว่ามีเหมาะสมและเห็นด้วยในทุกข้อ และด้านคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ มีความเห็นว่ามีเหมาะสมและตรงความต้องการใช้ แต่มีข้อไม่เห็นด้วยบางส่วนและมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ 1) การกำหนดรหัสโดยให้เพิ่มเติมกิจกรรมเพื่อให้ครอบคลุมและชัดเจน 2) เพิ่มเพิ่มเติมการจัดหมวดรหัสเป็น 4 หมวด คือ หมวดที่ 1 การรักษาพยาบาล หมวดที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ หมวดที่ 3 หมวดกิจกรรมการให้บริการอื่นๆ (เป็นกิจกรรมที่เป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานเอง) และหมวดที่ 4 หมวดสนับสนุน งานบริการอื่นๆ (เป็นกิจกรรมที่ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง) 3) จัดทำชุดรหัสโรค (ICD-10) และรหัสหัตถการ สำหรับสถานอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนโดยเฉพาะ 4) มีการอบรมเผยแพร่ความรู้การใช้

* ปรินญาตฐะภักดิ์นิติ สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร Email: maliwan.icd@gmail.com

** ดร. สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

งานรหัสกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับก่อนการใช้งานจริง 5) มีการประเมินผลการใช้งานมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี

ในส่วนของการนำรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิไปใช้ ได้ข้อเสนอยุทธศาสตร์การนำรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิไปใช้จัดทำเป็นชุดมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชน 3 ประเด็นยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์สร้างพลังความร่วมมือ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมและสนับสนุนการใช้งาน และยุทธศาสตร์สร้างเสริมศักยภาพบุคลากร

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, รูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ, ปรัชญาแนวคิดการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิ, วัตถุประสงค์ของมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ, คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของมาตรฐานรหัสบริการ ปฐมภูมิ

Abstract

This was a research and development study aimed to develop and check up the model of standard primary care code for using in the primary health care unit of Thailand. Based on the technique of Ethnographic Delphi Future Research (EDFR), twenty four experts were three rounds interviewed about their scenario to the model by using of the structured questionnaires and the guidelines of questions. The interviewed data was synthesized and formulated to be the primary code model draft. To check up for its suitable practical usage, the fourteenth stakeholders were stimulated to express their opinions about this through the focus group discussion technique. Besides the health personnel group, fifty-seven personnel, who were working in the primary health care units of Chaiyo district and Pamok district, Angthong province were interviewed with the structured questionnaire and the group interviewing as well. The collected data was descriptively analyzed in percentage, mean, standard deviation, median and inter-quartile range and in the part of qualitative data was analyzed in its contents with the content analysis technique.

The finding that based on the opinions of experts in this study, the appropriate model of standard primary care code utilized in Primary Care Unit of Thailand would be comprised of the three important issues 1) Philosophy and concept in the implementation of primary care unit system 2) Objectives in the utilization of the standard primary care code 3) Desirable Attributes of Standard Primary Care Code which consisted of the characteristics of the structural code, the code usage and the code development in long periods of time. To check up the model by the net-working groups or the stake holders, they said that all of the things mentioned above had their appropriateness and possibilities to practice in the real situations. Furthermore they also suggested that 1) the standard code model had to consider to the probabilities of data management and the service activities 2) the standard code model would cover to the service and other activities 3) there should have the training courses for the health personnel who had their responsibilities about this at all levels 4) ICD-10 code should be separated for the special usage in the Primary Health Care Unit or the health center 5) after receiving the standard primary care code, in the processing of code arrangement there should have the establishment of working committees to cover the organizations related to this. For the experimental test of model fit in the real practical areas, the health personnel (users) gave their opinions to that both of the philosophy and concept of implementation and the objectives of utilization would have their appropriateness and all of their items also had its probabilities in function too. To consider into the desirable attributes of code the large part of this also had its more suitableness and validities to the user demand. However some of the items were disappointed. Overall the users gave their recommendations as to 1) the standard code should be added up the other activities for its more coverage and preciseness 2) the standard code should be also adjusted into the four categorized groups as Group I: Nursing and Care Services Group II: Health Promotion and Rehabilitation Services Group III: Other Health Services (the services which were the specialized roles and duties of

organization) Group IV: Supporting Services (the services which were happened from the collaboration among the alliances or the net-working groups) 3) there should have the construction and arrangement of the standard code of ICD-10 and the standard code of Manual Care Services for usage in Primary Health Care Unit 4) before using it in the real situations, there should have the training courses about how to use the code for the practitioners and the other health personnel related at all levels 5) it should have the evaluative process for its utilization every six months or every years. Finally, the proposal were separated as the three strategies for mobilizing the standard primary care code model usage in the Primary Health Care Unit or the health center as the empowerment of collaboration

Keywords: the development model, model of standard primary care code, philosophy and concept of primary care service unit, objective of standard primary care code, desirable attributes of standard primary care code strategy, the supporting and promoting for utilization strategy, and the capacity building of health personnel strategy.

บทนำ

ภารกิจที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข คือ การสร้างสุขภาพอย่างแท้จริงให้กับประชากรไทยโดยถ้วนหน้าด้วยทรัพยากรที่จำกัด หากต้องอาศัยยุทธ-ศาสตร์ และการบริหารเชิงรุก ในขณะเดียวกัน การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ – ประสิทธิภาพ นั้น ต้องอาศัยข้อมูลที่มีคุณภาพอย่างยิ่ง¹ กล่าวคือ การสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนไทยต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน มีความหมาย และทันกาล² ฉะนั้น ระบบบริหารข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพที่ดีจึงเป็นปัจจัยความสำเร็จอย่างหนึ่งของการบริหารจัดการในระบบสุขภาพ³

ปัจจุบันในส่วนของฐานข้อมูลสถานะสุขภาพ และข้อมูลบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานอนามัยได้ใช้มาตรฐานรหัส ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision) ขององค์การอนามัยโลกชื่อในภาษาไทยเรียกว่า บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 คือ ข้อตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับการจำแนกโรค ภาวะการเจ็บป่วยและการให้บริการสาธารณสุข ออกเป็นหมวดหมู่ต่างๆ กันเพื่อใช้เป็นแนวทางมาตรฐานเดียวกันในการทำสถิติการป่วยและการตายของประเทศไทย⁴ เช่นเดียวกับโรงพยาบาล การให้บริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลของศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานอนามัยนั้น เน้นไปที่การรักษาพยาบาล และ ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคขั้นพื้นฐานซึ่งมีขีดความสามารถ และความพร้อมในการวินิจฉัยโรคแตกต่างกับโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานระดับ ทติยภูมิ และตติยภูมิ จึงพบว่า รหัสบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ส่วนใหญ่เป็นการให้รหัสการวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อน ข้อเสียที่สำคัญของ ICD-10 คือ ไม่สามารถใช้จำแนกอาการหรือการเจ็บป่วยซึ่งพบในระดับปฐมภูมิที่ไม่มีพยาธิสภาพของโรคใดๆ ได้เพราะ ICD-10 จัดทำขึ้นเพื่อประยุกต์การเก็บสถิติความเจ็บป่วยและมีโครงสร้างซึ่งใช้

โรคต่างๆ เป็นฐาน⁵ และมีรหัสไม่ครอบคลุมการให้บริการสุขภาพของสถานอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น งานส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานโภชนาการ การเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมสุขภาพทั่วไปและเฉพาะกลุ่ม การให้บริการทางด้านทันตการ เป็นต้น รหัส ICD-10 นั้น มีแนวคิดการแบ่งกลุ่มรหัสไม่ตรงกับกิจกรรมและการให้บริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งจะต้องจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลสุขภาพ และแนวคิด หลักเกณฑ์ของการให้ รหัสบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ไม่ใช่ 1 โรค ต่อ 1 รหัสเสมอไป บางโรคใช้ 2 รหัสคู่กัน หรือ 2 โรคหรือ 2 อาการใช้รหัสรวมเพียง 1 รหัสเท่านั้น⁶ จึงไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมเป็นอย่างยิ่งที่จะให้รหัสบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ค้นหาโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และแนวโน้มของการให้รหัสโรคจะผิดจากความเป็นจริง

ดังนั้นเจ้าหน้าที่จึงต่างคนต่างเพิ่มรหัสใหม่เข้าไปใช้เอง เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลได้ตามความต้องการของหน่วยงานและภาระงานที่ปฏิบัติ ทำให้การใช้รหัสในฐานข้อมูลแต่ละแห่งไม่ตรงกัน อีกทั้งมีแนวโน้มของการใช้ข้อมูลของกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ที่มีความต้องการใช้ข้อมูลของบริการปฐมภูมิเพื่อประกอบการจ่ายเงินในขนาดตันใกล้⁷ จึงจำเป็นต้องพัฒนามาตรฐานรหัสดังกล่าวให้สถานบริการใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาการใช้มาตรฐานรหัสในศูนย์สุขภาพชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบมาตรฐานรหัสบริการ ปฐมภูมิ สำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชน
3. เพื่อทดสอบรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ สำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชน
4. เพื่อเสนอยุทธศาสตร์การนำรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการ

ปฐมนิเทศ ไปใช้จัดทำเป็นชุดมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ สำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development :R&D) มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาสภาพการณ์และปัญหาของการใช้มาตรฐานรหัสในศูนย์สุขภาพชุมชน ข้อมูลทุติยภูมิ เอกสารแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิด ในการวิจัย

สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแผนภาพต่อไปนี้



ขั้นตอนที่ 2 สร้างรูปแบบและพัฒนารูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิสำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้เทคนิคอีดีโอฟอร์⁸ (Ethnographic Delphi Future Research: EDFR) ซึ่งเป็นเทคนิคการผสมผสานการสัมภาษณ์และการทำเดลฟาย 3 รอบ จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 24 คน

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ เป็นการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิสำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชนโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ภาคีเครือข่ายหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งประเด็นการสนทนาสรุปมาจากผลของ EDFR ในรอบที่ 3

ขั้นตอนที่ 4 นำรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิไปทดสอบกับผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview)⁹ กับเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเครือข่ายอำเภอไชโย และอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง เพื่อสอบถามความคิดเห็น เกี่ยวกับความเหมาะสม ความต้องการใช้ของรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ ตลอดจน ปัญหา และข้อจำกัดต่างๆ

ขั้นตอนที่ 5 สรุปและนำเสนอ ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิและยุทธศาสตร์การนำรูปแบบไปใช้จัดทำชุดมาตรฐานรหัสที่เหมาะสมสำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชนของประเทศไทย โดยจัดทำเป็นรายงานผลการวิจัยต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 24 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง

(Purposive selection) โดยมีคุณสมบัติที่เหมือนกัน (Homogeneous) คือ เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ การพัฒนามาตรฐานรหัสด้านสุขภาพ และสารสนเทศ

2. ภาคีเครือข่ายหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 14 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) ดังนี้

2.1 ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการปฐมภูมิจาก

กรม/กองในส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 คน

2.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 3 คน

2.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน

2.4 สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จำนวน 1 คน

3. เจ้าหน้าที่สถานีนามัย ที่รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสาร/สารสนเทศสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนามัยเครือข่ายในเขตอำเภอ ป่าโมกและอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 57 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) นั้น เนื่องจาก ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนามัยในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบงานที่มีการกำหนดมาตรฐานเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศตามกรอบแนวคิดปรัชญาในการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิ¹⁰ ซึ่งแต่ละแห่งต้องดำเนินการตามมาตรฐานที่กำหนด ประกอบกับเป็นจังหวัดนำร่องในการพัฒนาฐานข้อมูลระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

รูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิสำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชนของประเทศไทย ผลการศึกษา วิจัย สรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาสภาพการณ์ และปัญหาการใช้มาตรฐานรหัสในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนามัยซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สรุปได้ว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนามัย มีความหลากหลายในการกำหนดรหัสเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลกิจกรรมการให้บริการ ตามความต้องการของหน่วยงานและภาระงาน จึงทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกันได้ในระดับประเทศ ข้อมูลขาดคุณภาพ ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ เพื่อใช้ในการวางแผนการบริหารจัดการ¹¹ ด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิได้ และพบว่ามากถึง 44 รายการ ที่มีการกำหนดเป็นรหัสเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล ซึ่งแต่ละแห่งมีการเก็บข้อมูลและกำหนดรหัสไม่เหมือนกัน โดยเบื้องต้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดโครงสร้าง ชุดข้อมูล จำนวน 18 แฟ้ม เพื่อให้เป็นโครงสร้างของมาตรฐานข้อมูลกลางสำหรับการจัดเก็บข้อมูลทะเบียนรายงาน ในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ

ปัจจุบันในส่วนของฐานข้อมูลสถานะสุขภาพ (ข้อมูลการวินิจฉัยโรค) และข้อมูลบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ

สถานอนามัยได้ใช้มาตรฐานรหัส ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก เช่นเดียวกับโรงพยาบาล ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาล แต่การดำเนินงานในระดับปฐมภูมิมีการให้บริการทั้งทาง ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งสัดส่วนการให้บริการดังกล่าวแตกต่างจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพในระดับ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งการใช้รหัส ICD-10 นี้ พบประเด็นปัญหาหลักๆ 2 ประเด็น¹² ดังนี้

1) รหัส ICD-10 มีไม่ครอบคลุมกิจกรรมการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการ การเยี่ยมบ้าน การติดตามหลังการรักษา อนามัยสิ่งแวดล้อม และการให้บริการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) ด้านการใช้มาตรฐานรหัส ICD-10 คือ ให้รหัสไม่ถูกต้อง ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน รหัสไม่มี รายละเอียด และให้รหัสผิดประเภท ซึ่งเนื่องจากความไม่ชัดเจนของกระบวนการใช้โปรแกรมในการจัดเก็บและข้อจำกัดขอโปรแกรมเอง ตลอดจนความไม่เข้าใจรหัส ICD-10 เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมการใช้รหัส ICD-10 มาก่อน

2. ผลการพัฒนาแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ จาก การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคนิคอีดี เอฟอาร์ (EDFR) มีสาระสำคัญดังนี้

2.1 ด้านปรัชญาแนวคิดการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิ **ต่อรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ** มีสาระสำคัญดังนี้ คือ รูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ จะต้องสามารถสะท้อนการดำเนินงานการให้บริการแบบองค์รวม การให้บริการแบบต่อเนื่อง และการให้บริการแบบผสมผสาน รายบุคคลและครอบครัว รูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ ควรครอบคลุมองค์ประกอบของระบบงานบริการ และการพัฒนาวิชาการ สามารถเป็นเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษายาบาล ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ และสามารถเป็นเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูลเป็นรายกิจกรรมในการให้บริการได้

2.2 ด้านวัตถุประสงค์ของมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ **ต่อการพัฒนาแบบมาตรฐานรหัสบริการ** มีสาระสำคัญดังนี้ คือ มาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ สามารถลดความซ้ำซ้อนในการจัดเก็บข้อมูล สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกันได้ในระดับพื้นที่และในระดับประเทศ ทำให้ข้อมูลสารสนเทศในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ในการจัดเก็บ ตรงตามการใช้งาน สามารถนำมาใช้ในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานได้ ช่วยให้ผู้ใช้สามารถตรวจสอบผลการดำเนินงานได้ ช่วยให้ผู้ใช้สามารถนำข้อมูลมาศึกษาวิเคราะห์สถานะสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่และในระดับประเทศเพื่อการวางแผน บริหารจัดการในระบบสุขภาพ ได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพตรงตามความต้องการ

ของแต่ละพื้นที่และมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ ช่วยให้ผู้ใช้ลดความซ้ำซ้อนและขั้นตอนในการทำงาน

2.3 ด้านคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ มีสาระสำคัญดังนี้ คือ ด้านโครงสร้างรหัส รหัสเป็นตัวอักษรภาษาอังกฤษผสมตัวเลขอาราบิก 3-4 หลัก มีคำอธิบายแต่ละรหัสเป็นภาษาไทย โครงสร้างรหัสแบ่งเป็นหมวดใหญ่ และแต่ละหมวดแบ่งเป็นบทย่อย การกำหนดรหัสครอบคลุมกิจกรรม และการให้บริการดังนี้ คือ การรักษาพยาบาล (โรคและอาการ) และการฟื้นฟูสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย งานด้านระบาดวิทยา งานอนามัยแม่และเด็ก งานสุขภาพจิต งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานด้านการส่งเสริมโภชนาการ งานทันตสาธารณสุข งานแพทย์แผนไทย งานบริการอื่นๆ และการรับและส่งต่อในการรักษาพยาบาล ตลอดจนการทำหัตถการต่างๆ

การจัดหมวดรหัส โดยแบ่งเป็น 2 หมวด คือ หมวดที่ 1 การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ หมวดที่ 2 กิจกรรมและการให้บริการอื่นๆ ซึ่งหมวดที่ 1 การรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพแบ่งเป็นบทครอบคลุมกิจกรรมดังนี้ คือ การรักษาพยาบาล (โรคและอาการ) และการฟื้นฟูสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย งานด้านระบาดวิทยา งานอนามัยแม่และเด็ก งานด้านการส่งเสริมโภชนาการ งานทันตสาธารณสุข งานแพทย์แผนไทยและการทำหัตถการต่างๆ ส่วนหมวดที่ 2 กิจกรรมและการให้บริการอื่นๆ แบ่งเป็นบทครอบคลุมกิจกรรมดังนี้ คือ งานสุขภาพจิต งานอนามัยสิ่งแวดล้อม และงานบริการอื่นๆ และการรับและส่งต่อในการรักษาพยาบาล

หมวดการรักษาพยาบาล (โรคและอาการ) และการฟื้นฟูสุขภาพ มีลักษณะเป็นชื่อโรคและอาการ และการฟื้นฟูสุขภาพนั้นๆ โดยมีลักษณะ 1 โรคต่อ 1 รหัส หรือ 1 กิจกรรม ต่อ 1 รหัส เนื้อหาครอบคลุมโรคในระบบการส่งและรับต่อการรักษา (Refer) ด้วย รหัสสามารถเปรียบเทียบ (Mapping) กับระบบรหัสบัญชีจำแนกโรค (ICD-10) ที่ใช้ในรพ.ได้ เพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลในระบบการส่งต่อ (Refer) เนื้อหาครอบคลุมกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) และการให้สุขศึกษา ในส่วนของการควบคุมป้องกันโรค เนื้อหาครอบคลุมการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อ และโรคติดต่อที่ให้ภูมิคุ้มกันได้ (Vaccine) รหัสของการให้ภูมิคุ้มกันโรคมีย่อยละเอียดถึงชนิดวัคซีนจำนวนเข็ม จำนวนครั้ง และตามกลุ่มอายุ ในส่วนของงานอนามัยแม่และเด็ก ครอบคลุมการให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทารก การดูแลมารดาหลังคลอดและการดูแลทารกหลังคลอด ในส่วนทันตสาธารณสุขครอบคลุมการให้บริการด้านทันตกรรมตามกลุ่มอายุและหญิงตั้งครรภ์ ในส่วนของการแพทย์แผนไทย เนื้อหาครอบคลุมโรคของสตรีโรคของเด็ก โรคที่เกี่ยวกับอาการหลายระบบ โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง โรคและอาการอื่น ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันตามระบบแพทย์แผนไทย

องค์ประกอบและเนื้อหาของแต่ละหมวด ครอบคลุมสมรรถนะและขีดความสามารถของหน่วยงานระดับปฐมภูมิ โดยเบื้องต้นพิจารณาและคัดเลือกจากระบบรหัสบัญชีจำแนกโรค ICD-10 ใช้ในโรงพยาบาลและระบบรหัสปฐมภูมิของต่างประเทศ (International Classification of Primary Care : ICPC) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย หลังจากพิจารณาและคัดเลือกจากรหัส ICD-10 และ ICPC แล้ว เพิ่มเติมในส่วนที่รหัสดังกล่าวไม่มี เช่น การให้บริการด้านวัคซีนให้ครอบคลุมวัคซีนทุกชนิดที่ต้องรายงาน การเยี่ยมบ้าน หัตถการต่างๆ ฯลฯ ในส่วนของหัตถการเบื้องต้นพิจารณาและคัดเลือกจากระบบรหัสการผ่าตัดและหัตถการที่ใช้ในโรงพยาบาล คือ International Classification of Diseases-9th edition Clinical Modification: ICD-9-CM และ ICD-10-TM, Thai Modification) ที่ครอบคลุมสมรรถนะและขีดความสามารถของหน่วยงานระดับปฐมภูมิ และเพิ่มเติมในส่วนของรหัสหัตถการของการแพทย์แผนไทย หลังจากที่ได้คัดเลือกรหัสโรคและหัตถการแล้ว นำรหัสดังกล่าวมาวิเคราะห์ให้เป็นชื่อโรค อาการ และหัตถการต่างๆ เพื่อให้สะดวกต่อการทำความเข้าใจและการใช้งานในระดับปฐมภูมิ

โครงสร้างรหัสในแต่ละบทควรมีการออกแบบระบบการเตรียมพร้อมในส่วนที่จะมีการเพิ่มเติมรหัสในอนาคตและรหัสสามารถเปรียบเทียบ (Mapping) ได้กับรหัสในระบบประกันสุขภาพในกรณีที่กองทุนประกันสุขภาพใช้รหัสอื่น การเรียงรหัสเรียงตามลำดับในพจนานุกรม มีคำอธิบายเป็นภาษาไทยและมีตัวอย่างประกอบ โครงสร้างดัชนีแยกเป็นหนังสือ 2 เล่ม คือ เล่มที่ 1 แบ่งเป็น 2 ส่วนประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ตารางรหัสการจัดหมวดหมู่และเนื้อหารายละเอียด(Tabulalist) ส่วนที่ 2 เป็นดัชนีค้นหารหัส (Index) และเล่มที่ 2 เป็นคู่มือแนวทางมาตรฐานการให้รหัส

ด้านการใช้งานมาตรฐานรหัส สามารถนำมาใช้ในการจัดทำสถิติสถานะสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ และในระดับประเทศเพื่อการวางแผนงานด้านสุขภาพ สามารถนำมาใช้ในการจัดกลุ่มการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) ฉบับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อการเบิกจ่ายเงินในระบบประกันสุขภาพนำมาใช้เพื่อติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพ ติดตามความครอบคลุมและคุณภาพบริการ และสามารถใช้งานในระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้

ระบบวิธีการให้รหัส มีการให้รหัสโดยแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สถานอนามัยซึ่งต้องผ่านการอบรมการให้รหัส มีระบบการพัฒนาคุณภาพการให้รหัส ประกอบด้วย การตรวจสอบคุณภาพการให้รหัส (Coding Audit) และการรับรองคุณภาพผู้ให้รหัส (Coder Certificate)

ด้านการดูแลรักษาและการพัฒนารหัส มีองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาและพัฒนา คือ ศูนย์มาตรฐานรหัสด้านสุขภาพ (Thai Health Coding Center: THCC) กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานกลาง โดยแต่งตั้งในรูปคณะทำงานประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญ ผู้ใช้งาน (User) และภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง ส่วนการเพิ่มเติมรหัส ในกรณีที่โรค อาการ หรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นใหม่นอกเหนือจากรหัสเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่งข้อมูลเข้าสู่ศูนย์ส่วนกลาง เพื่อนำเข้าประชุมคณะทำงาน เพื่อกำหนดรหัส และประกาศใช้อย่างเป็นทางการต่อไป ระยะเวลาในการพัฒนา ปรับปรุงรหัสทุก 2 ปี มีศูนย์ตอบคำถาม ปัญหาต่างๆ ในการใช้งานรหัส ชัดเจน สะดวกและง่ายต่อการติดต่อ มีการเผยแพร่ข้อมูลรหัสผ่านเว็บไซต์ และมีหนังสือคู่มือในการใช้รหัสประกอบการใช้งาน

องค์กรหลักที่ทำหน้าที่สอน เผยแพร่ และฝึกอบรม คือ ศูนย์มาตรฐานรหัสด้านสุขภาพและสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข การสอนและฝึกอบรม มี 3 หลักสูตร คือ ผนวกเสริมในหลักสูตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และหลักสูตรเจ้าหน้าที่เวชสถิติของสถาบันพระบรมราชชนก และหลักสูตรการอบรมระยะสั้น สำหรับผู้ที่ทำงานในระบบแล้ว ส่วนการอบรมฟื้นฟูความรู้มาตรฐานการให้รหัสจะมีทุก 1-2 ปี ให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

3. ผลการตรวจสอบรูปแบบมาตรฐาน รหัสบริการปฐมภูมิ สำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชนของประเทศไทย ซึ่งผลของการตรวจสอบรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ ได้จากผลการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องนั้น เห็นว่ามีความเหมาะสมและเป็นไปได้ตามที่ผู้เชี่ยวชาญได้พัฒนารูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ ตาม 3 ประเด็นสำคัญคือ ปรัชญาแนวคิดการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิต่อการพัฒนารูปแบบ วัตถุประสงค์ของมาตรฐานรหัสต่อการพัฒนารูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ และ คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ ซึ่งสรุปเป็นความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิจะต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ของข้อมูลและกิจกรรมแต่ละกิจกรรมการให้บริการ
2. รูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมินั้น นอกเหนือจากรหัสการวินิจฉัยโรค และอาการแล้ว จะต้องเพิ่มเติมให้ครอบคลุมในเรื่องการให้บริการและกิจกรรมต่างๆ
3. ต้องชี้แจงอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบทุกระดับ
4. รหัส ICD- 10 ที่ใช้สำหรับการวินิจฉัยโรคและอาการนั้นในระดับสถานอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่สามารถออก

ข้อมูลทั้งหมดได้ ควรจะแยกออกจากรหัส ICD-10 อีกชุดหนึ่ง สำหรับการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิ

5. หลังจากที่ได้รูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิในการวิจัยครั้งนี้แล้ว ขั้นตอนต่อไปคือนำรูปแบบมาตรฐานรหัสไปจัดทำรหัสนั้น จำเป็นจะต้องมีการประชุมปรึกษารหัสกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำระบบข้อมูล ในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของข้อมูล และแต่งตั้งในรูปคณะทำงานจัดทำมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงผู้ปฏิบัติ (users) ที่จะใช้ข้อมูลเองด้วย เพื่อจัดทำเนื้อหารายละเอียดของแต่ละรหัส

4. ผลนำรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิไปทดสอบกับผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเครือข่ายอำเภอป่าโมก และอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง โดยการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview) เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ใช้ สรุปได้ดังนี้

4.1 ผลการสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต่อรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิในด้านความเหมาะสมและตรงตามต้องการใช้ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 78.95) ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 45.61) อายุเฉลี่ย 39 ปี ประสบการณ์ในการทำงานด้านข้อมูลข่าวสาร และสารสนเทศในสถานีอนามัยโดยเฉลี่ย 18 ปี มีความคิดเห็นด้านปรัชญาแนวคิดการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิต่อการพัฒนารูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ มีทั้งหมด 10 ประเด็น ความคิดเห็นเฉลี่ยในทุกประเด็นอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย 4.20 ส่วนความคิดเห็นด้านวัตถุประสงค์ของมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิต่อการพัฒนารูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ มีทั้งหมด 8 ประเด็น ความคิดเห็นเฉลี่ยในทุกประเด็นอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย 4.08 และความคิดเห็นด้านคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ มีทั้งหมด 39 ประเด็น ความคิดเห็นเฉลี่ยในทุกประเด็นอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย 4.20

4.2 ผลการวิเคราะห์การสัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย สรุปได้ดังนี้ คือ ในภาพรวมของรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ มีความเห็นว่ามีความเหมาะสมและจะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานด้านข้อมูลของหน่วยงาน ส่วนในประเด็นในแต่ละด้านนั้น พบว่า ด้านปรัชญาแนวคิดการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิ ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความเห็นว่ามีเหมาะสมและเห็นด้วยในทุกข้อ ส่วนด้านวัตถุประสงค์ของมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ มีความเห็นว่ามีเหมาะสมและเห็นด้วยในทุกข้อ และด้านคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ มีความเห็นว่ามีเหมาะสมและตรงตามความต้องการใช้ แต่มีข้อไม่เห็นด้วยบาง

ส่วนและมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สรุปได้ดังนี้

1) การกำหนดรหัสครอบคลุมกิจกรรมและการให้บริการ โดยให้เพิ่มเติมกิจกรรมเพื่อให้ครอบคลุมและชัดเจน คือ งานคุ้มครองผู้บริโภค งานสุขภาพจิต งานอนามัยโรงเรียน งานป้องกันยาเสพติด งานวางแผนครอบครัว งานการศึกษา งานหลักประกันสุขภาพ งานสาธารณสุขมูลฐาน งานสารสนเทศด้านวิชาการ งานบริหารจัดการ และงานที่ร่วมกับหน่วยงานอื่น

2) เพิ่มเติมการจัดหมวดรหัสจากเดิมแบ่งเป็น 2 หมวดเสนอให้เพิ่มเป็น 4 หมวดรหัส คือ

หมวดที่ 1 การรักษาพยาบาล

หมวดที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ

หมวดที่ 3 หมวดกิจกรรมการให้บริการอื่นๆ (เป็นกิจกรรมที่เป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานเอง) และ

หมวดที่ 4 หมวดสนับสนุนงานบริการอื่นๆ (เป็นกิจกรรมที่ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง) และในแต่ละหมวดควรมีการกำหนดความหมาย (definition) ครอบคลุมให้ชัดเจนง่ายต่อการตีความ

3) จัดทำชุดรหัสโรค (ICD-10) สำหรับสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนโดยเฉพาะ

4) จัดทำชุดรหัสหัตถการ สำหรับสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนโดยเฉพาะ

5) ด้านการใช้งานมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ ควรมีการอบรมเผยแพร่ความรู้การใช้งานรหัสกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับก่อนการใช้งานจริง

6) ด้านการดูแลรักษาและพัฒนารหัส มาตรฐานบริการปฐมภูมิ ให้มีการประเมินผลการใช้งานมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี

5. ข้อเสนอยุทธศาสตร์การนำรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิไปใช้จัดทำชุดมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 3 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์สร้างพลัง ความร่วมมือ เพื่อให้มาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ สามารถเชื่อมโยง และจัดเก็บข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์การส่งเสริมและสนับสนุนการใช้งาน เพื่อส่งเสริมขีดความสามารถ และเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้งานมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์สร้างเสริมศักยภาพบุคลากร เพื่อสร้างการเรียนรู้ ยกระดับความรู้ความสามารถ พัฒนาทักษะ/ฝีมือ และยกระดับมาตรฐานคุณภาพการให้รหัสให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล



ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญ จัดทำเป็นนโยบายอย่างชัดเจน และสนับสนุนงบประมาณ ในการนำรูปแบบมาตรฐานรหัสไปดำเนินการจัดทำเป็นรหัสบริการปฐมภูมิให้สำเร็จลุล่วงอย่างเป็นรูปธรรม
2. จากผลการศึกษาพบว่า นอกจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนารูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิแล้วยังมีข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งานจริงในพื้นที่ในเรื่องของการจัดหมวดหมู่ของรหัสและรายละเอียดอื่นๆควรนำมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้ครอบคลุมและตรงกับความต้องการของผู้ใช้ ก่อนนำไปจัดทำมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิจริง
3. ควรจัดตั้งคณะทำงานในการจัดทำมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิ ให้ครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ใช้งาน (Users) จริงในแต่ละพื้นที่เป็นรายภาค เพราะรหัสจะได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่
4. ควรมีการจัดทำยุทธศาสตร์ และแผนกลยุทธ์ ในการนำรูปแบบมาตรฐานรหัสไปใช้งานจริง (Implementation) อีกทั้งควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อหาแนวทางการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป
5. การนำผลการวิจัยไปใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนามาตรฐานรหัสด้านสุขภาพอื่น ๆ ผู้ใช้ควรปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา วัตถุประสงค์ และความต้องการใช้ของแต่ละรหัสนั้นๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. วิจัยประเมินผลการนำรูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิไปใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานีนอนามัย โดยการศึกษาในเชิงคุณภาพของการใช้งานรหัสในแต่ละหมวดกิจกรรมการให้บริการ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิให้มีความสมบูรณ์ต่อไป
2. วิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงพัฒนาเกี่ยวกับรูปแบบมาตรฐานรหัสด้านสุขภาพต่างๆ เป็นระยะๆ เนื่องจากสภาพแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งส่งผลต่อปัญหาสุขภาพต่างๆ ของประชาชน ดังนั้นการพัฒนารูปแบบมาตรฐานรหัสด้านสุขภาพที่เปรี๊ยะย เสมือนเป็นเครื่องมือในการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพต้องสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการใช้มาตรฐานรหัสด้านสุขภาพ เช่น มาตรฐานรหัสด้านสุขภาพกับการจัดสรรงบประมาณ
4. ศึกษาวิจัยในการหารูปแบบการจัดการความรู้ในการให้รหัสมาตรฐานด้านสุขภาพต่างๆสำหรับผู้ให้รหัส (Coders) เพื่อให้ผู้ให้รหัสมีการพัฒนาความรู้ด้านการให้รหัสอย่างยั่งยืน
5. ศึกษาวิจัยในการพัฒนารูปแบบศูนย์ตอบปัญหา (Call Center) การให้รหัสด้านสุขภาพต่างๆ เช่น รหัสโรคและหัตถการรหัสบริการปฐมภูมิ รหัสยา ฯลฯ เพื่อให้มีการบริการตอบปัญหาอย่างครบวงจร

เอกสารอ้างอิง

1. พิชิต เจริญพงษ์. (2530). ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการและการตัดสินใจ. เอกสารประกอบการสอน วิชาการระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
2. ณัฐพันธ์ เขจรนันท์ และ ไพบุญย์ เกียรติโกมล. (2545).ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ.กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยุคเคชั่น.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2549). โครงการศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ. (เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี.
4. วรธนา เปาอินทร์. (2544). รหัสโรค ICD-10 และการใช้งานทางคลินิก. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าพัสดุภัณฑ์.
5. นิตยา ทนวงษ์ และคณะ. (2551). รหัส ICPC-2 ฉบับแปลภาษาไทย. เอกสารอัดสำเนา.
6. วรธนา เปาอินทร์และคณะ. (2546). การพัฒนามาตรฐานข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุขแล รหัสมาตรฐานทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
7. กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภาคีเครือข่ายวิชาชีพ. (2550). แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2550-2554.นนทบุรี.
8. ประยูร ศรีประสาธน์. (2523). เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย. วารสารการศึกษาแห่งชาติ.
9. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และกรรณิกา สุขเกษม. (2547). วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ : การวิจัยปัญหาปัจจุบันและการวิจัยอนาคตกาล. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดดา.
10. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. (2550). คู่มือการพัฒนาระบบงานศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
11. O'Brien, James A. (1994). Management Information System. Boston: Irwin, Homewood.
12. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2551).โครงการศึกษาข้อมูลการใช้รหัสICD-10 ในสถานีนอนามัย. นนทบุรี.