บทที่ 4
แนวทางการดำเนินงาน การบันทึกและการตรวจสอบผลงาน
กลุ่มผู้ด้อยโอกาส คนต่างด้าว และกลุ่มเป้าหมายพิเศษ

เรียบเรียงโดย นายมนต์ชัย นะรารัมย์
นายประเสริฐ เก็มประโคน และนายดำรงค์ สีระสูงเนิน

จุดประสงค์การเรียนรู้

มีการบันทึกข้อมูลและจัดการข้อมูลกลุ่มผู้ด้อยโอกาส คนต่างด้าว และข้อมูลอื่นๆ ได้ถูกต้อง

1. ประชาชนที่มีปัญหาสถานะสิทธิ์เข้าถึงบริการ
2. ประชาชนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าวเข้าถึงบริการ
3. ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับบริการตามนโยบาย “ใช้บริการทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์”
4. ประชาชนพื้นที่พิเศษ (ชายแดน) เข้าถึงบริการ
5. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ
6. ต้นทุนยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาของหน่วยงานต่อผู้ป่วยลดลง

1. แนวทางการตรวจสอบสิทธิ์และการบันทึกการให้บริการบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ์

ตารางมาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข (Version 2.0 วันที่ 1 ตุลาคม 2557)

Filename : CARD

Definition : หมายถึง ข้อมูลประวัติการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบและผู้ป่วยที่มารับบริการ ประกอบด้วย

1) ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ
2) ผู้ป่วยที่มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- ข้อมูลการมีหลักประกันสุขภาพบันทึกทุกสิทธิที่มี และหากมีสิทธิใดที่สิ้นสุด ให้บันทึกวันที่สิ้นสุดของสิทธินั้น

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐานที่กำหนดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		INSTYPE_NEW	Y	C	4	Y

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

- ประชาชนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่เข้าถึงบริการ

กิจกรรม

- ตรวจสอบสิทธิก่อนทุกครั้งเมื่อมีการมารับบริการในแต่ครั้ง

แนวทางการบันทึก

1. ตรวจสอบข้อมูลทั่วไปให้ครบถ้วน
2. ตรวจสอบสิทธิ แล้วแก้ไขในเมนูสิทธิการรักษา หลังจากนั้นเลือกสิทธิการมารับบริการโดยต้องเลือกเป็นสิทธิบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

จัดเตรียมข้อมูลพื้นฐาน

- ให้เพิ่มสิทธิการรักษาโดยให้กำหนดชื่อสิทธิการรักษาเป็น "บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ" เพิ่มในเมนูสิทธิการรักษา

ช่วงระยะเวลาการบันทึกข้อมูล

- บันทึกทุกครั้งเมื่อมีการมารับบริการ

กำหนดส่งข้อมูล

- ส่งเข้า Datacenter (Synchronize) ทุกวันหรือไม่เกิน 7 วัน และส่ง 43 แฟ้ม กรณี รพ.สต.ไม่เกินวันที่ 15 ของเดือนถัดไป ส่วน รพช. ไม่เกินสิ้นเดือนของเดือนถัดไป

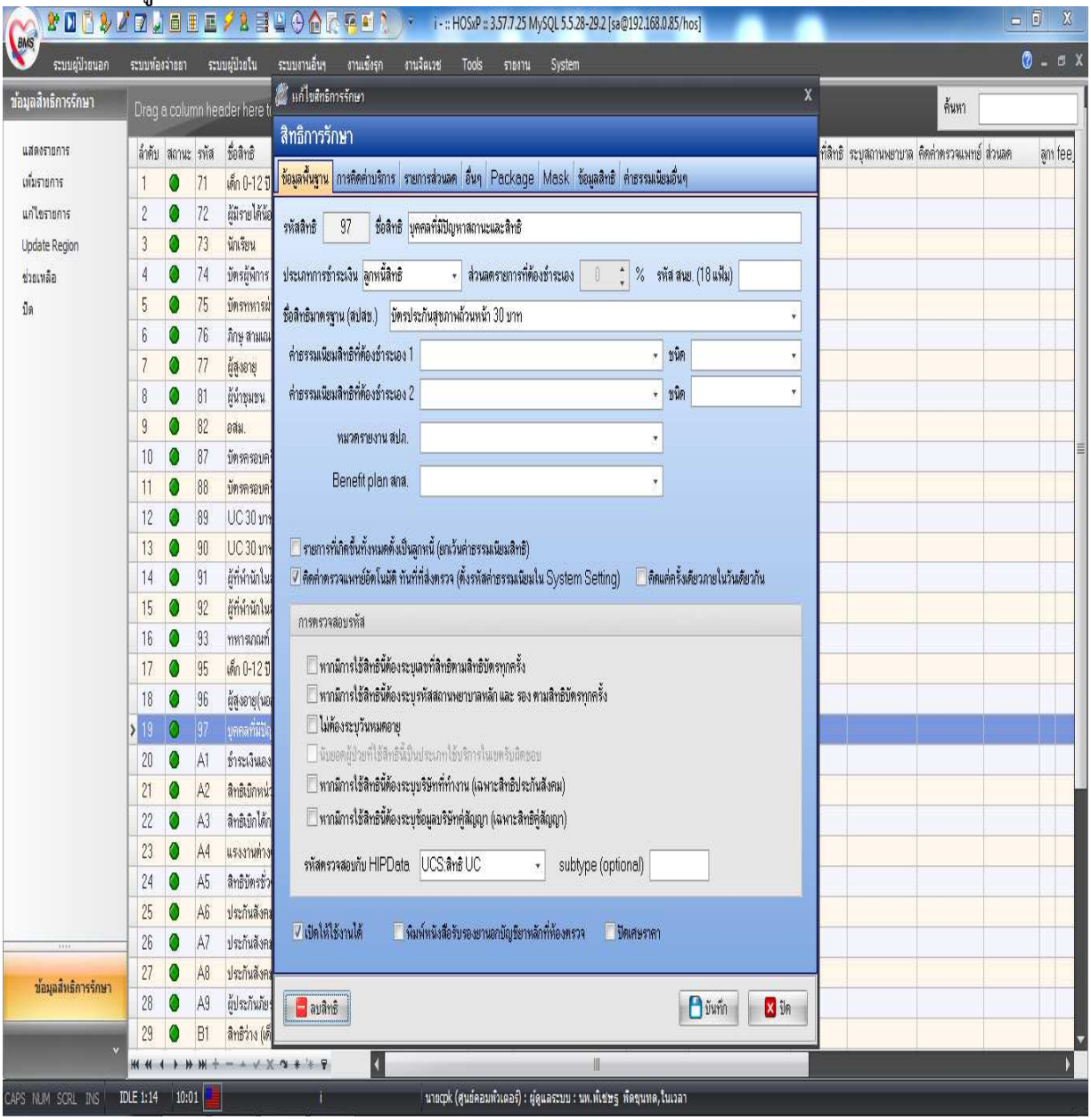
หมายเหตุ

- เงื่อนไขใช้ในการออกรายงาน จะนับเฉพาะผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาเป็นบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

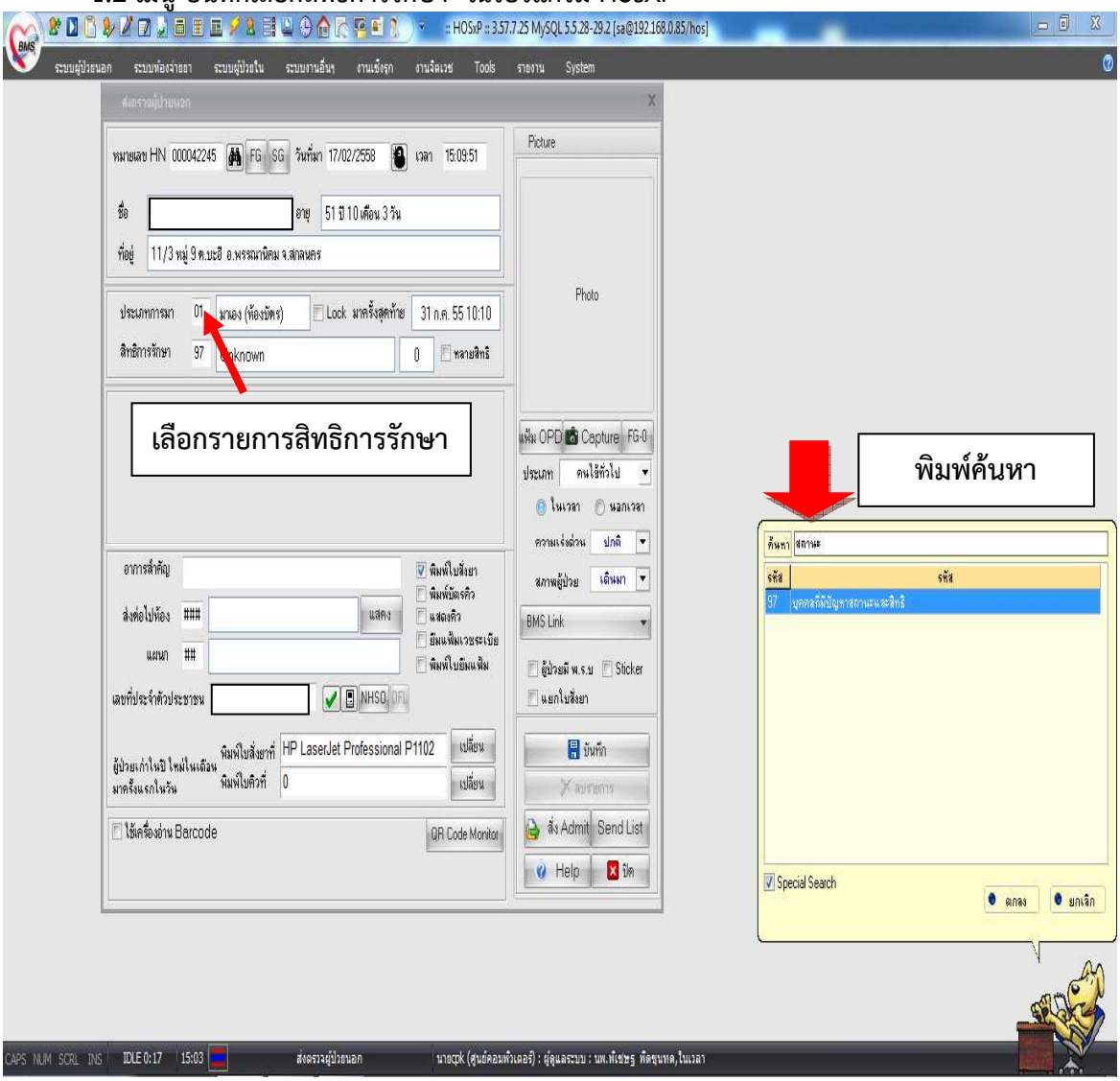
แหล่งข้อมูล สำหรับการนับผลงาน แฟ้ม service

ขั้นตอนการจัดการตั้งค่าระบบและการบันทึกข้อมูล

1.1 เมนู เพิ่ม/แก้ไข สิทธิการรักษา ในโปรแกรม HosXP



1.2 เมนู บันทึกเลือกสิทธิการรักษา ในโปรแกรม HosXP



2. แนวทางการให้บริการประชาชนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว

ตารางมาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข (Version 2.0 วันที่ 1 ตุลาคม 2557)

รหัสความเป็นคนต่างด้าว

Filename : PERSON

Definition หมายถึง ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในเขตรับผิดชอบและผู้ที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย

1) ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ
2) ประชาชนทุกคนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ
3) ผู้มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

<u>หมายเหตุ</u>

เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

ลักษณะแฟ้ม แฟ้มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลาง ภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสความเป็นคนต่างด้าว	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ **หมายเหตุ**: เฉพาะกรณีที่เป็นประชากรต่างด้าว	✓	LABOR	Y	C	2	Y
2	สถานะบุคคล	1= มีชื่ออยู่ตามทะเบียนในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง 2= มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง 3= มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ) แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ 4= ที่อยู่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามารับบริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 5= มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ไม่ได้อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ เช่น คนเร่รอน ไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น	✓	TYPEAREA	Y	C	1	Y

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

- ประชากรต่างด้าว/แรงงานต่างด้าวที่เข้าถึงบริการ

กิจกรรม

- ตรวจสอบสิทธิก่อนทุกครั้งเมื่อมีการมารับบริการในแต่ครั้ง

ขั้นตอนการบันทึก

1. ตรวจสอบข้อมูลทั่วไปให้ครบถ้วน โดยเฉพาะในเมนูทั่วไป 1 ให้ตรวจสอบว่าบันทึกข้อมูล เชื้อชาติ และสัญชาติ ให้ถูกต้อง (กัมพูชา, ลาว, พม่า)

2. ตรวจสอบสิทธิ หลังจากนั้นเลือกสิทธิการมารับบริการโดยต้องเลือกเป็น สิทธิแรงงานต่างด้าว ทั้งขึ้นทะเบียน/ไม่ขึ้นทะเบียน

จัดเตรียมข้อมูลพื้นฐาน

- ให้เพิ่ม/แก้ไข สิทธิการรักษาโดยให้กำหนดชื่อสิทธิการรักษาเป็น "แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน/ไม่ขึ้นทะเบียน" เพิ่มในเมนู สิทธิการรักษา

ช่วงระยะเวลาการบันทึกข้อมูล

- บันทึกทุกครั้งเมื่อมีการมารับบริการ

กำหนดส่งข้อมูล

- ส่งเข้า Datacenter (Synchronize) ทุกวันหรือไม่เกิน 7 วัน และส่ง 43 แฟ้ม กรณี รพ.สต.ไม่เกินวันที่ 15 ของเดือนถัดไป ส่วน รพช. ไม่เกินสิ้นเดือนของเดือนถัดไป

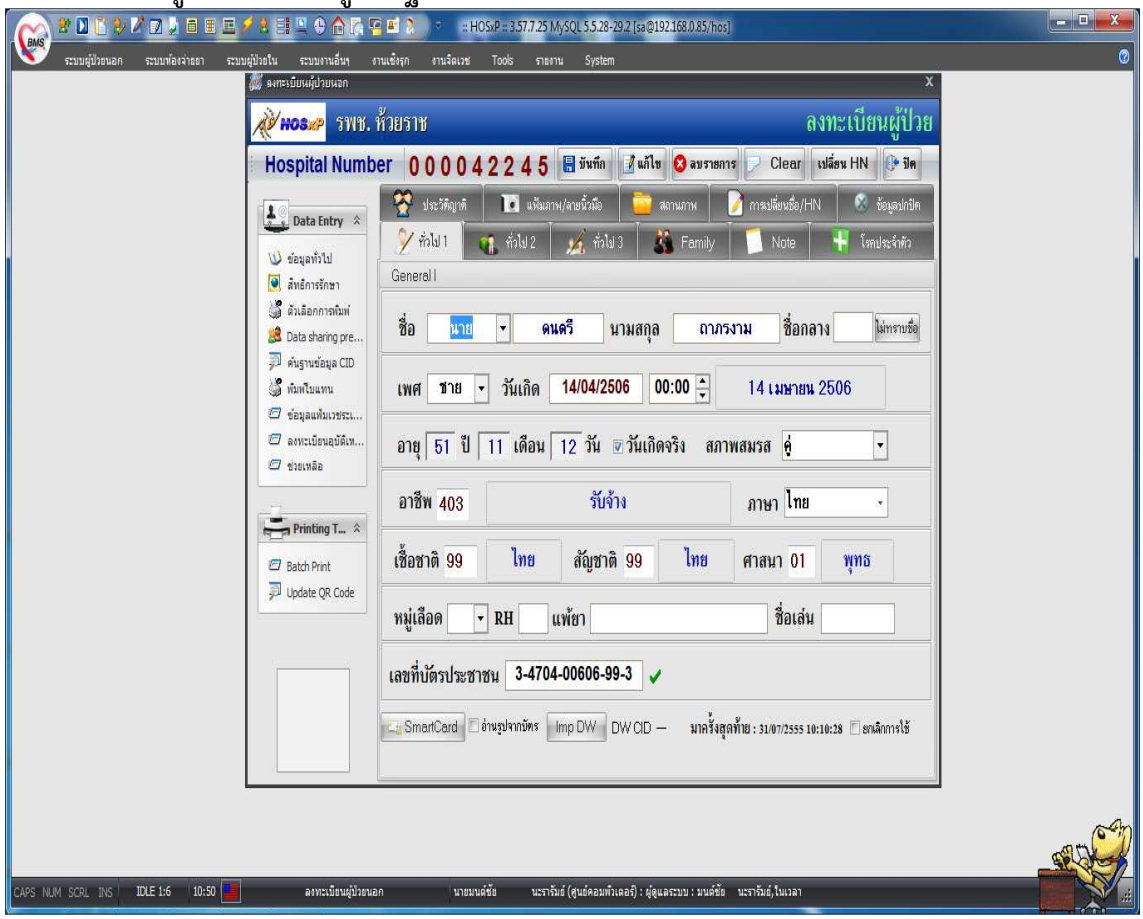
หมายเหตุ

- เงื่อนไขใช้ในการออกรายงาน จะนับเฉพาะผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาเป็นแรงงานต่างด้าว และเชื้อชาติ (กัมพูชา, ลาวและพม่า)

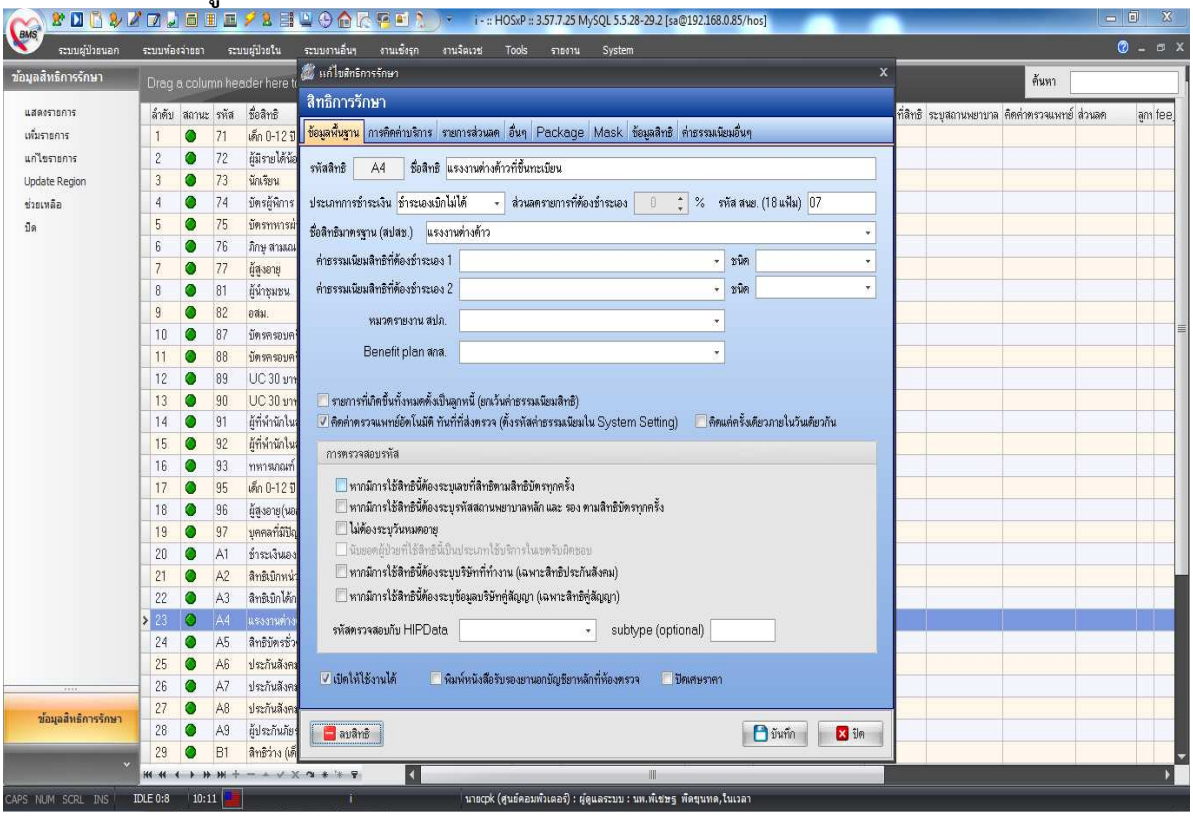
แหล่งข้อมูล สำหรับการนับผลงานการให้บริการ จากแฟ้ม service

ขั้นตอนการตั้งค่าระบบและการบันทึกข้อมูล

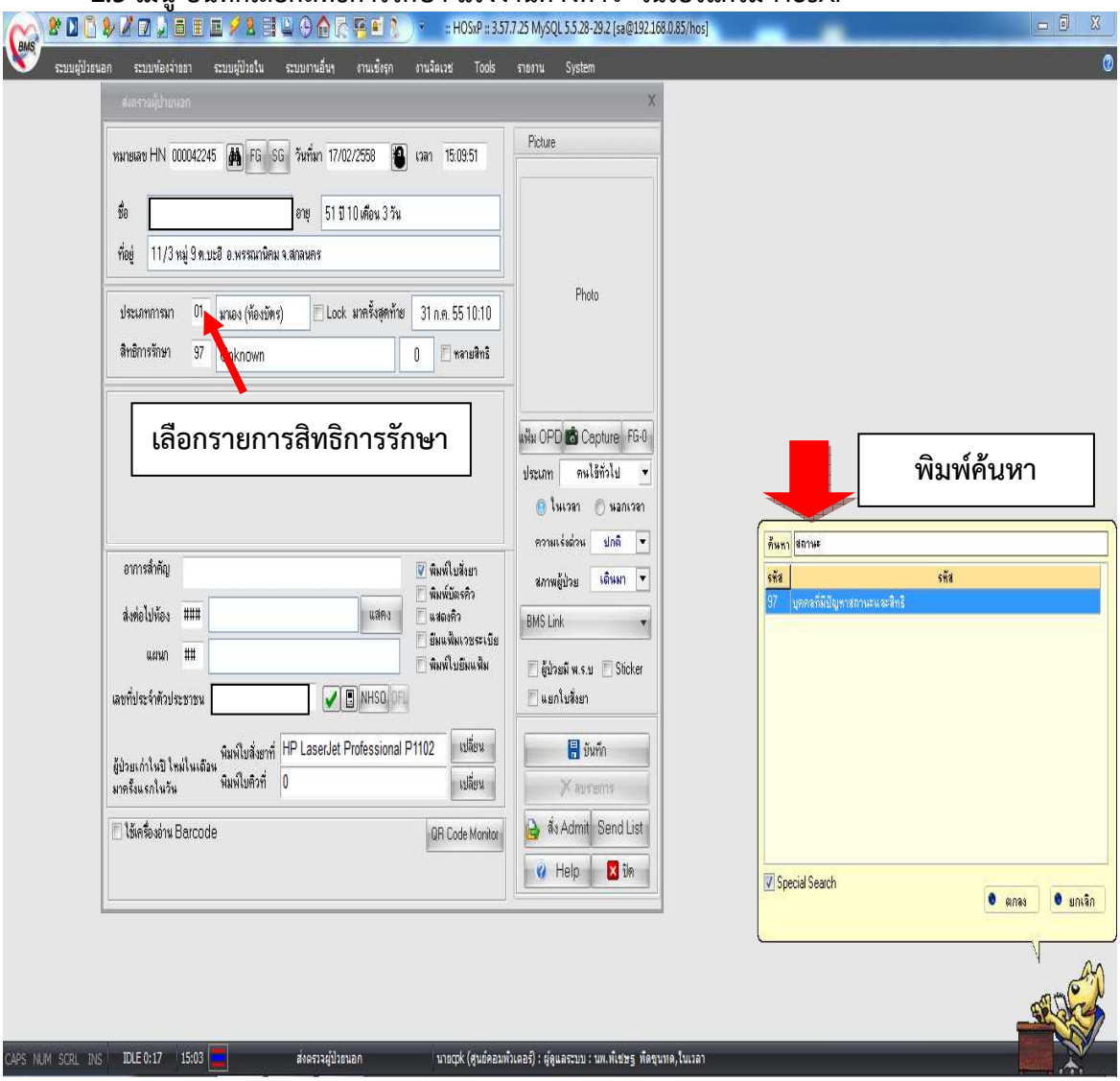
2.1 เมนู ตรวจสอบข้อมูลพื้นฐาน ในโปรแกรม HosXP



2.2 เมนู เพิ่ม/แก้ไข สิทธิการรักษา แรงงานต่างด้าว ในโปรแกรม HosXP



2.3 เมนู บันทึกเลือกสิทธิการรักษา แรงงานต่างด้าว ในโปรแกรม HosXP



3. แนวทางการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน

ตารางมาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข (Version 2.0 วันที่ 1 ตุลาคม 2557)

Filename :ACCIDENT

Definition :ข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาล และแผนกทั่วไปของ รพ.สต. ประกอบด้วย

- ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล และสถานบริการระดับปฐมภูมิ

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- ผู้ป่วย 1 ราย ที่มารับบริการแต่ละครั้ง มี 1 record โดยสามารถเชื่อมโยงกับแฟ้ม SERVICE ด้วยเลขที่ SEQ ข้อมูลวินิจฉัยโรคในแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD หัตถการและผ่าตัด อยู่ในแฟ้ม PROCEDURE_OPD หากมีการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะเชื่อมกับแฟ้ม ADMISSION, DIAGNOSIS_IPD, PROCEDURE_IPD ด้วย AN ในแฟ้ม SERVICE

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	วันที่และเวลาเกิดอุบัติเหตุ	วันเดือนปีที่เกิดอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน กำหนดเป็นค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ:กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลังให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATETIME_AE		DT	14	
2	ประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุ	รหัสสาเหตุ 19 สาเหตุ ตามมาตรฐานอ้างอิงตามสำนักระบาดวิทยา	✓	AETYPE		C	2	
3	สถานที่เกิดอุบัติเหตุ	01 = ที่บ้าน หรืออาคารที่พัก, 02 = ในสถานที่ทำงาน ยกเว้นโรงงานหรือก่อสร้าง, 03= ในโรงงานอุตสาหกรรม หรือบริเวณก่อสร้าง, 04 = ภายในอาคารอื่นๆ, 05= ในสถานที่สาธารณะ, 06 = ในชุมชน และไร่นา, 07 = บนถนนสายหลัก, 08 = บนถนนสายรอง, 09 = ในแม่น้ำ ลำคลอง หนองน้ำ, 10= ในทะเล, 11 = ในป่า/ภูเขา, 98 = อื่นๆ, 99= ไม่ทราบ	✓	AEPLACE		C	2	Y
4	ประเภทการมารับบริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน	1 = มารับบริการเอง, 2 = ได้รับการส่งตัวโดย First responder , 3 = ได้รับการส่งตัวโดย BLS, 4 = ได้รับการส่งตัวโดย ILS ,5 = ได้รับการส่งตัวโดย ALS, 6 = ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น, 7 = อื่น ๆ ,9=ไม่ทราบ	✓	TYPEIN_AE		C	1	Y
5	ประเภทผู้บาดเจ็บ (อุบัติเหตุจราจร)	1= ผู้ขับขี่, 2= ผู้โดยสาร, 3= คนเดินเท้า, 8= อื่นๆ, 9= ไม่ทราบ	✓	TRAFFIC		C	1	
6	ประเภทยานพาหนะที่เกิดเหตุ	01= จักรยานและสามล้อถีบ, 02= จักรยานยนต์, 03= สามล้อเครื่อง, 04= รถยนต์นั่ง/แท็กซี่, 05= รถปิกอัพ, 06= รถตู้, 07= รถโดยสารสองแถว, 08= รถโดยสารใหญ่ (รถบัส รถเมล์), 09= รถบรรทุก/รถพ่วง, 10= เรือโดยสาร 11= เรืออื่นๆ, 12= อากาศยาน, 98= อื่นๆ 99= ไม่ทราบ หมายเหตุ : เฉพาะอุบัติเหตุจราจร	✓	VEHICLE		C	2	

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

- ผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย "ใช้บริการทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ"

กิจกรรม

- ตรวจสอบสิทธิก่อนทุกครั้งเมื่อมีการมารับบริการในแต่ครั้ง และส่งต่อไปรับบริการในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ER)

แนวทางการบันทึก

1. ห้องบัตรบันทึกข้อมูลทั่วไปและตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วนและส่งผู้ป่วยเข้าตรวจที่ห้องER
2. ห้อง ER บันทึกข้อมูลการรักษาและเลือกประเภทผู้ป่วย เป็น ผู้ป่วยฉุกเฉิน

จัดเตรียมข้อมูลพื้นฐาน

- เตรียมรายการประเภทผู้ป่วยเพื่อให้เลือกประเภทผู้ป่วยในตาราง er_pt_type

ช่วงระยะเวลาการบันทึกข้อมูล

- บันทึกทุกครั้งเมื่อมีการมารับบริการ

กำหนดส่งข้อมูล

- ส่งเข้า Datacenter (Synchronize) ทุกวันหรือไม่เกิน 7 วัน และส่ง 43 แฟ้ม กรณี รพ.สต.ไม่เกินวันที่ 15 ของเดือนถัดไป ส่วน รพช. ไม่เกินสิ้นเดือนของเดือนถัดไป

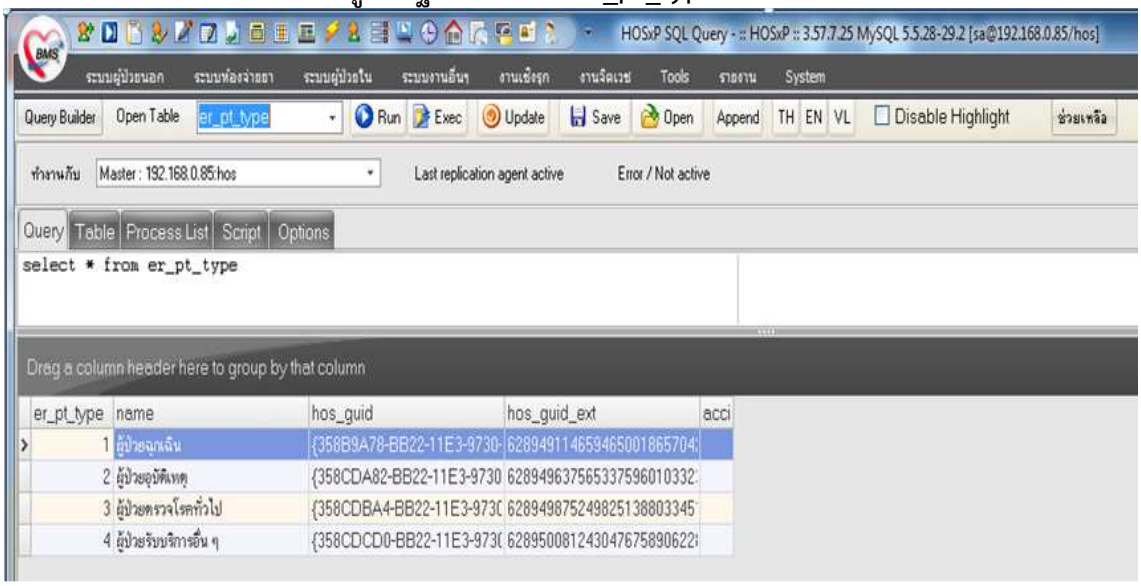
หมายเหตุ

- เงื่อนไขใช้ในการออกรายงาน จะนับเฉพาะผู้ป่วยทุกสิทธิที่เข้ามารับบริการที่ ER และเลือกประเภทผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเท่านั้น

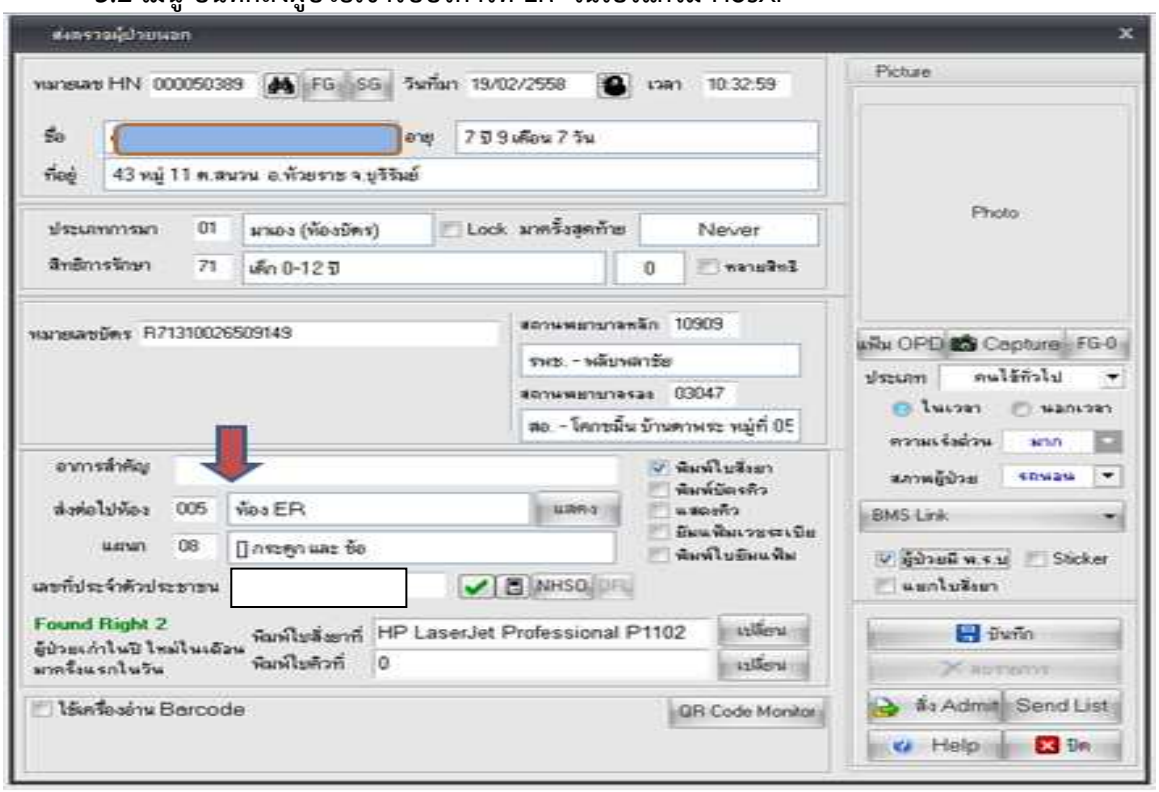
แหล่งข้อมูล สำหรับการนับผลงานการให้บริการ จากตาราง er_regist from data center

ขั้นตอนการบันทึกข้อมูล

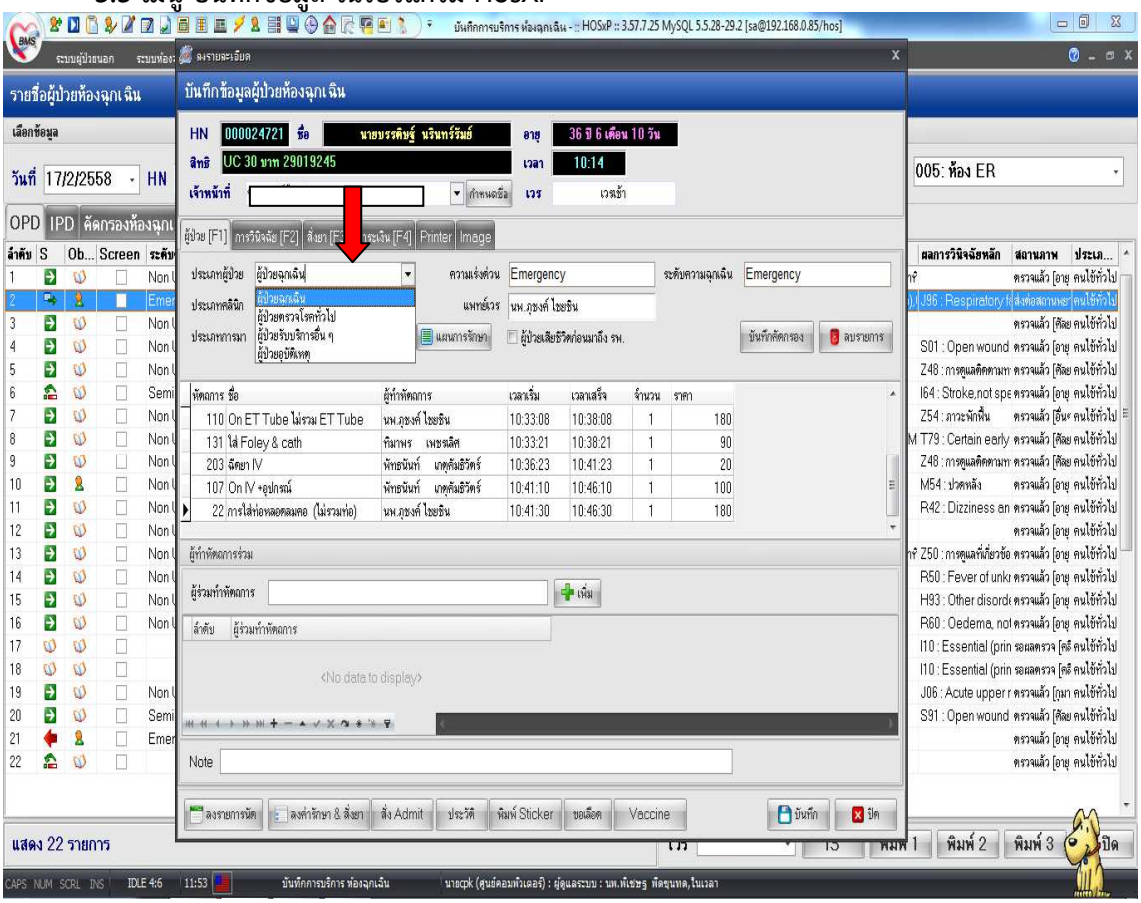
3.1 ตรวจสอบ/เพิ่ม ข้อมูลพื้นฐาน ในตาราง er_pt_type ในโปรแกรม HosXP



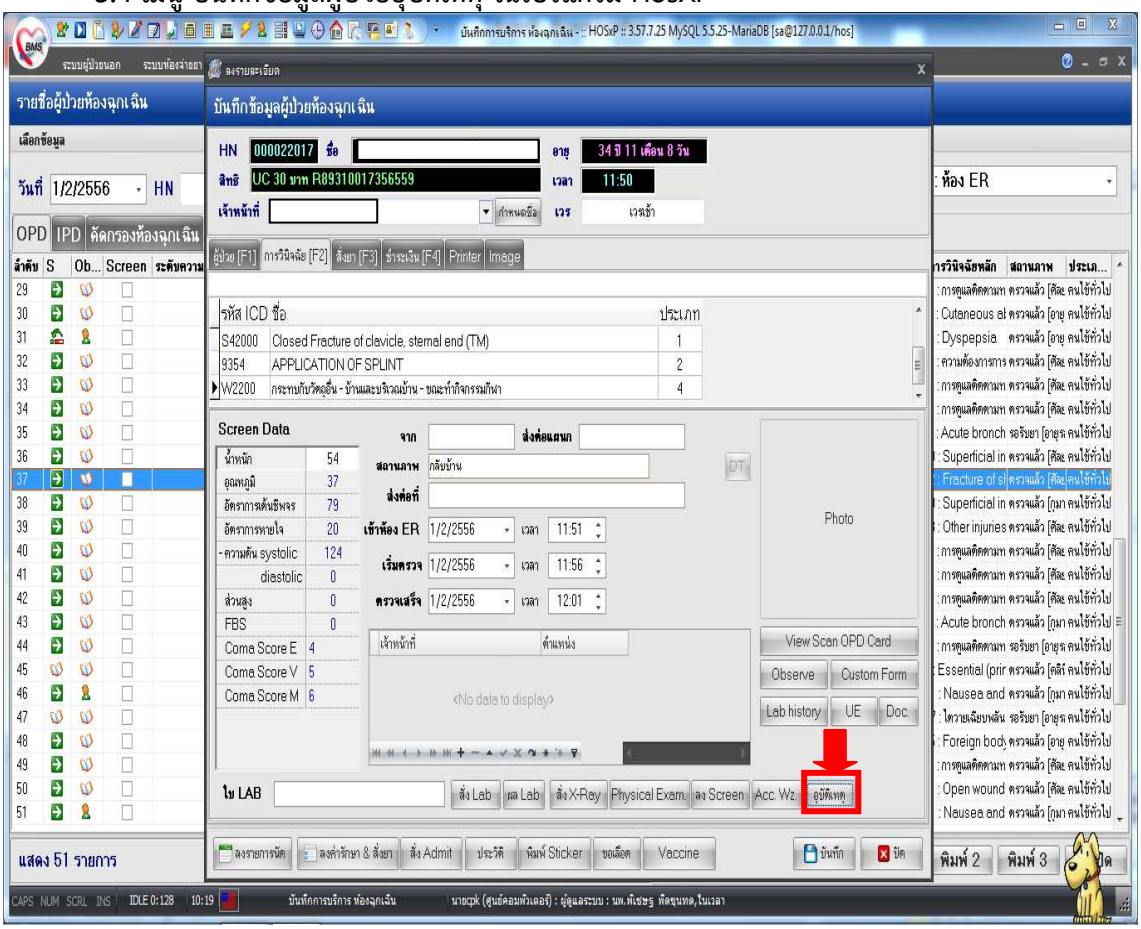
3.2 เมนู บันทึกส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ ER ในโปรแกรม HosXP

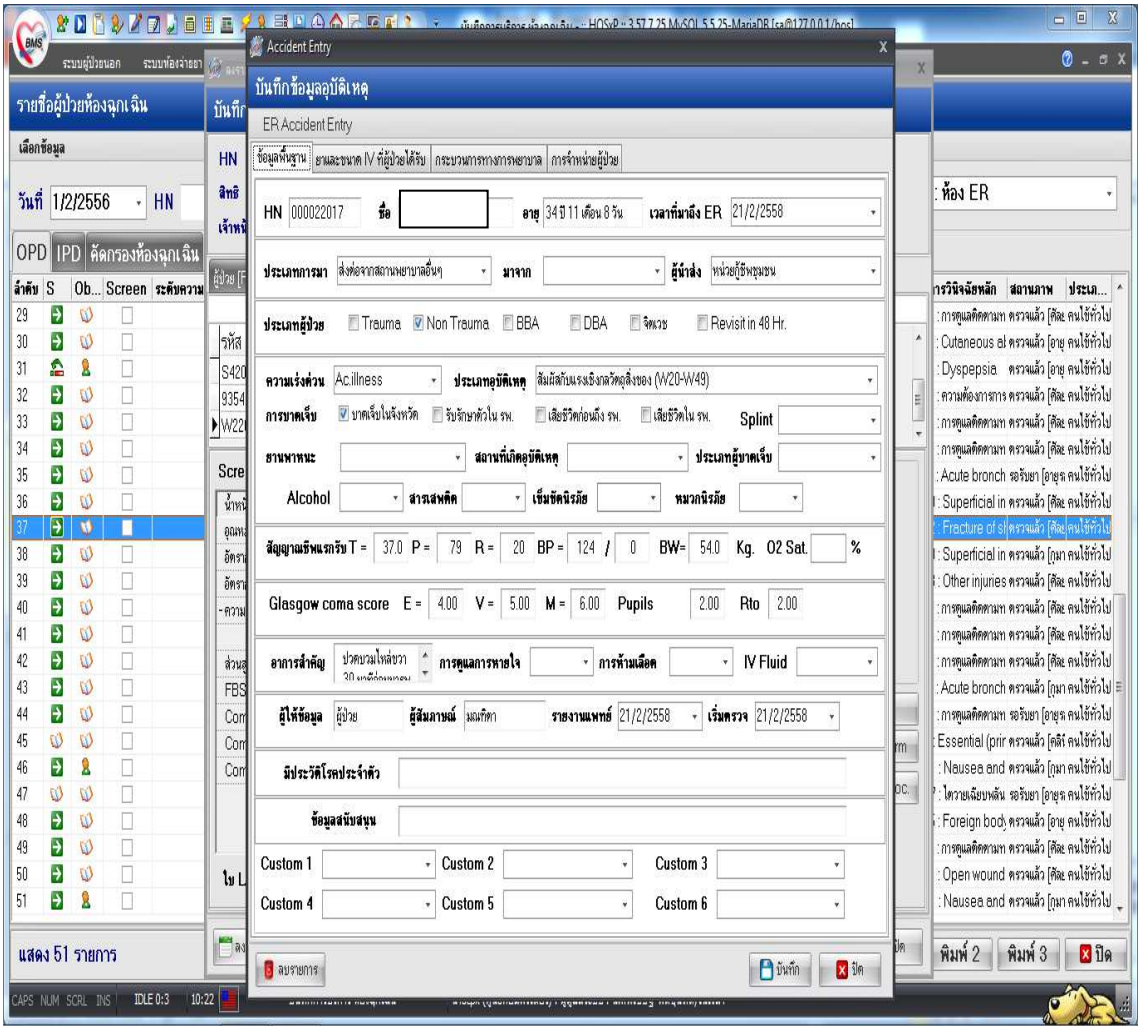


3.3 เมนู บันทึกข้อมูล ในโปรแกรม HosXP



3.4 เมนู บันทึกข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในโปรแกรม HosXP





4. แนวทางการบันทึกข้อมูลบริการประชาชนพื้นที่พิเศษเข้าถึงบริการ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

- ประชาชนพื้นที่พิเศษที่เข้าถึงบริการ

กิจกรรม

- ตรวจสอบสิทธิก่อนทุกครั้งเมื่อมีการมารับบริการในแต่ครั้ง

แนวทางการบันทึก

1. ตรวจสอบข้อมูลทั่วไปให้ครบถ้วน โดยเฉพาะที่อยู่ของผู้ป่วย ในเมนู ทั่วไป 2
2. ตรวจสอบสิทธิ แล้วแก้ไขในเมนูสิทธิการรักษา หลังจากนั้นเลือกสิทธิการมารับบริการ ตามปกติ

ช่วงระยะเวลาการบันทึกข้อมูล

- บันทึกทุกครั้งเมื่อมีการมารับบริการ

กำหนดส่งข้อมูล

- ส่งเข้า Datacenter (Synchronize) ทุกวันหรือไม่เกิน 7 วัน และส่ง 43 แฟ้ม กรณี รพ.สต.ไม่เกินวันที่ 15 ของเดือนถัดไป ส่วน รพช. ไม่เกินสิ้นเดือนของเดือนถัดไป

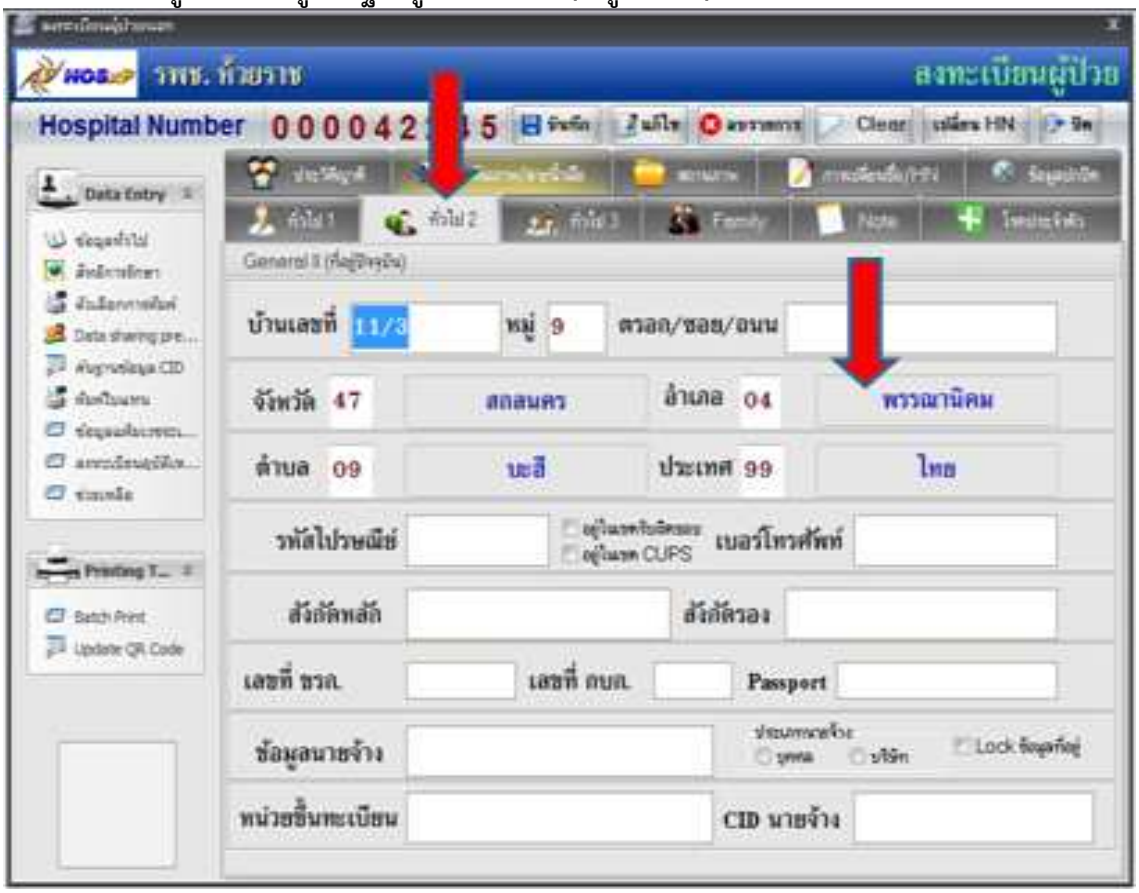
หมายเหตุ

- เงื่อนไขใช้ในการออกรายงาน จะนับจำนวนและรวมค่าใช้จ่าย แยกตามสิทธิการรักษา (UC, NONUC, AL) และเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในเขตพิเศษ(บ้านกรวด,ละหานทราย,โนนดินแดง)ที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและใน

แหล่งข้อมูล สำหรับนับผลงาน data center / 43 แฟ้ม แฟ้ม service

แนวทางการบันทึกข้อมูล

4.1 เมนู บันทึกข้อมูลพื้นฐานผู้มารับบริการ (เมนู ทั่วไป2) ในโปรแกรม HosXP



5. แนวทางการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยซึมเศร้า

ตารางมาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข (Version 2.0 วันที่ 1 ตุลาคม 2557)

Filename : DIAGNOSIS_OPD

Definition หมายถึง ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

2) ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัส ICD-10 ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

<u>หมายเหตุ</u>

- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- วินิจฉัยโรค 1 โรค หรือข้อมูล 1 รหัส จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค หรือ 1 รหัสบริการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน
- ข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม SERVICE เชื่อมโยงโดย SEQ

ลักษณะแฟ้ม : แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	NAME (3)	DESCRIPTION (4)	PK (5)	TYPE (6)	WIDTH (7)	NOT NULL (8)	ควรบันทึก (9)
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	Y	C	5	Y	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	Y	C	15	Y	✓
3	ลำดับที่	SEQ	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	Y	C	16	Y	✓
4	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)		D	8	Y	✓
5	ประเภทการวินิจฉัย	DIAGTYPE	1 = PRINCIPLE DX (การวินิจฉัยโรคหลัก) 2 = CO-MORBIDITY(การวินิจฉัยโรคร่วม) 3 = COMPLICATION(การวินิจฉัยโรคแทรก) 4 = OTHER (อื่น ๆ) 5 = EXTERNAL CAUSE(สาเหตุภายนอก) 6 = Additional Code (รหัสเสริม) 7 = Morphology Code (รหัสเกี่ยวกับเนื้องอก)		C	1	Y	✓
6	รหัสการวินิจฉัย	DIAGCODE	รหัสโรค ICD - 10 - TM	Y	C	6	Y	✓
7	แผนกที่รับบริการ	CLINIC	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.		C	5	Y	✓
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน		C	15		✓
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช		DT	14	Y	✓

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

กิจกรรม

- ความถูกต้องของการบันทึกการวินิจฉัยโรค ICD10,ICD9-CM,ICD10-TM

แนวทางการบันทึก

- แพทย์ผู้ตรวจ/เวชระเบียน บันทึกICD10,ICD9-CM,ICD10-TM ในหน้าเมนูระบบห้องทำงานแพทย์, ผู้ป่วยใน,ER แล้วบันทึกในเมนูย่อย วินิจฉัย เพื่อบันทึก ICD10,ICD9-CM,ICD10TM โดยเลือกรหัสโรคเป็น F32,F33,F34.1

จัดเตรียมข้อมูลพื้นฐาน

- จัดเตรียมข้อมูลรหัสวินิจฉัยให้ครอบคลุมเป็นปัจจุบันเช่นข้อมูลในตาราง ICD10,ICD9-CM,ICD10TM

ช่วงระยะเวลาการบันทึกข้อมูล

- บันทึกทุกครั้งเมื่อมีการมารับบริการ

กำหนดส่งข้อมูล

- ส่งเข้า Datacenter (Synchronize) ทุกวันหรือไม่เกิน 7 วัน และส่ง 43 แฟ้ม กรณี รพ.สต.ไม่เกินวันที่ 15 ของเดือนถัดไป ส่วน รพช. ไม่เกินสิ้นเดือนของเดือนถัดไป

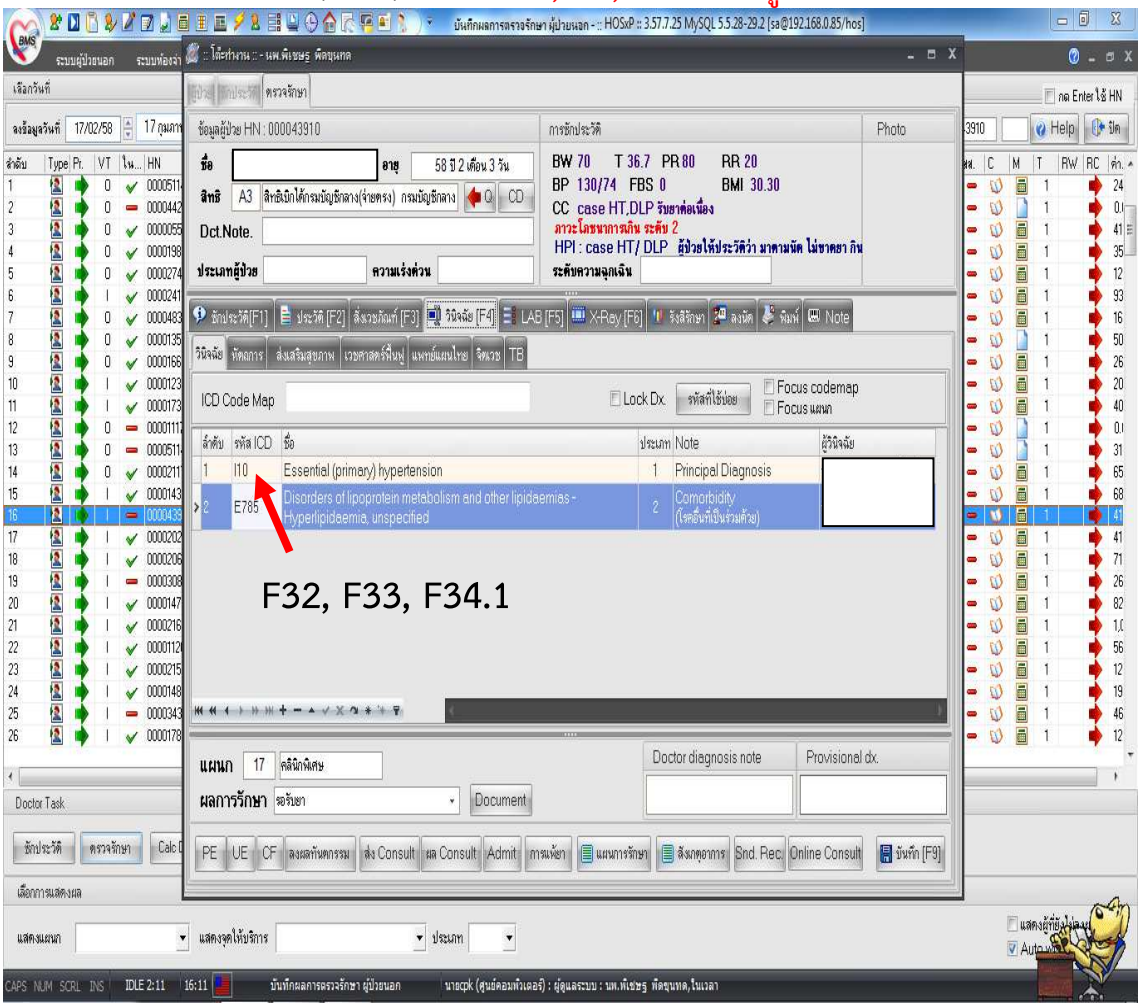
หมายเหตุ

- เงื่อนไขใช้ในการออกรายงาน นับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น รหัส F32,F33,F34.1

แหล่งข้อมูล สำหรับนับผลงาน data center / 43 แฟ้ม

ขั้นตอนการบันทึกข้อมูล

5.1 ให้ลงการวินิจฉัย (ICD10) ด้วยรหัส **F32, F33, F34** ในหน้า **ผู้ป่วยนอก แท็บ การวินิจฉัย**



6. แนวทางการจัดการข้อมูลยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาของหน่วยงาน

ตารางมาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข (Version 2.0 วันที่ 1 ตุลาคม 2557)

Filename : DRUG_OPD

Definition หมายถึง ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

2) ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกข้อมูลการให้ยาด้วยรหัสยา ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

<u>หมายเหตุ</u>

- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- การให้ยา 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการให้ยามากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน

ลักษณะแฟ้ม แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	NAME (3)	DESCRIPTION (4)	PK (5)	TYPE (6)	WIDTH (7)	NOT NULL (8)	ควรบันทึก (9)
1	รหัสสถานบริการ	HOSPCODE	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	Y	C	5	Y	✓
2	ทะเบียนบุคคล	PID	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	Y	C	15	Y	✓
3	ลำดับที่	SEQ	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)	Y	C	16	Y	✓
4	วันที่ให้บริการ	DATE_SERV	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)		D	8	Y	✓
5	แผนกที่รับบริการ	CLINIC	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.		C	5	Y	✓
6	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล	DIDSTD	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มีรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก	Y	C	24	Y	✓
7	ชื่อยา	DNAME	ชื่อยา		C	255		✓
8	จำนวน	AMOUNT	จำนวนยาที่จ่าย		N	12		✓
9	หน่วยนับของยา	UNIT	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		C	3		
10	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	UNIT_PACKING	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT ใช้สำหรับยาที่มีการแบ่งบรรจุเพื่อการจ่ายยาที่เหมาะสม เช่น ยาน้ำ หรือ ยากลุ่มที่มีทะเบียนยาเดียวกันแต่มีขนาดบรรจุต่างกันของบางบริษัท และอาจเป็นค่า NULL ได้		C	20		✓
11	ราคาขาย	DRUGPRICE	ราคาขายให้กับผู้รับบริการ		N	11		✓
12	ราคาทุน	DRUGCOST	ราคาซื้อหรือราคายาที่ได้รับจากโรงพยาบาล (แม่ข่าย)		N	11		
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	PROVIDER	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน		C	15		✓
No (1)	CAPTION (2)	NAME (3)	DESCRIPTION (4)	PK (5)	TYPE (6)	WIDTH (7)	NOT NULL (8)	ควรบันทึก (9)
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	D_UPDATE	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช		DT	14	Y	✓

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

- ต้นทุนยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาของหน่วยงานต่อผู้ป่วยลดลง

กิจกรรม

- ตรวจสอบรายการยาแต่ละชนิดให้ถูกต้องและบันทึก ปรับปรุงรายการยา โดยเฉพาะ 24 หลัก ,TMT, ราคาทุนยา, ราคาขาย, ประเภทยา รวมถึงเวชภัณฑ์มิใช่ยา

แนวทางการบันทึก

- บันทึก ปรับปรุง แก้ไข ราคาทุนและราคาขายรวมถึง เลข 24 หลัก ในเมนูระบบห้องยา ในเมนูย่อย ทะเบียนเวชภัณฑ์ยา

จัดเตรียมข้อมูลพื้นฐาน

- เภสัชจัดเตรียมรายการยา ข้อมูลราคาทุน ราคาขาย 24 หลัก, TMT

ช่วงระยะเวลาการบันทึกข้อมูล

- บันทึกทุกครั้งเมื่อมีการมารับบริการและมีการจ่ายยาและเวชภัณฑ์

กำหนดส่งข้อมูล

- ส่งเข้า Datacenter (Synchronize) ทุกวันหรือไม่เกิน 7 วัน และส่ง 43 แฟ้ม กรณี รพ.สต.ไม่เกินวันที่ 15 ของเดือนถัดไป ส่วน รพช. ไม่เกินสิ้นเดือนของเดือนถัดไป

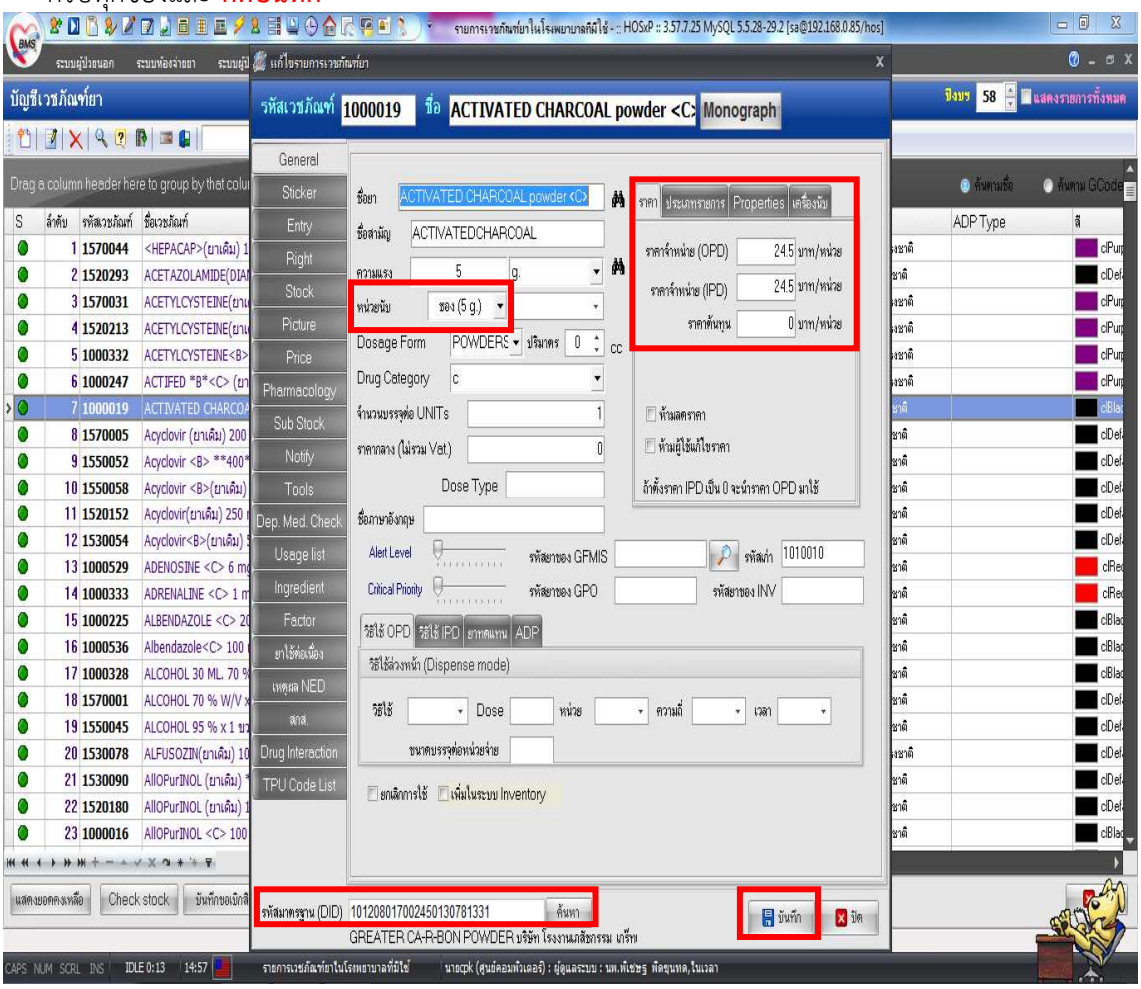
หมายเหตุ

- เงื่อนไขใช้ในการออกรายงาน จะคำนวณราคาทุนยา/เวชภัณฑ์มิใช่ยา

แหล่งข้อมูล สำหรับการนับผลงาน datacenter / 43 แฟ้ม

แนวทางการดำเนินงาน

6.1 เข้าไปที่ บัญชีเวชภัณฑ์ยา เพื่อให้การออกรายงานต้นทุนยา และเวชภัณฑ์มิใช่ยาของหน่วยงาน จึงต้องเข้าไปกำหนด **ราคาขาย, หน่วยนับ**, **ราคาทุน**, **รหัสมาตรฐาน (24 หลัก)** และ **หน่วยนับ (สนย.)** ให้ครบทุกช่องและ **กดบันทึก**

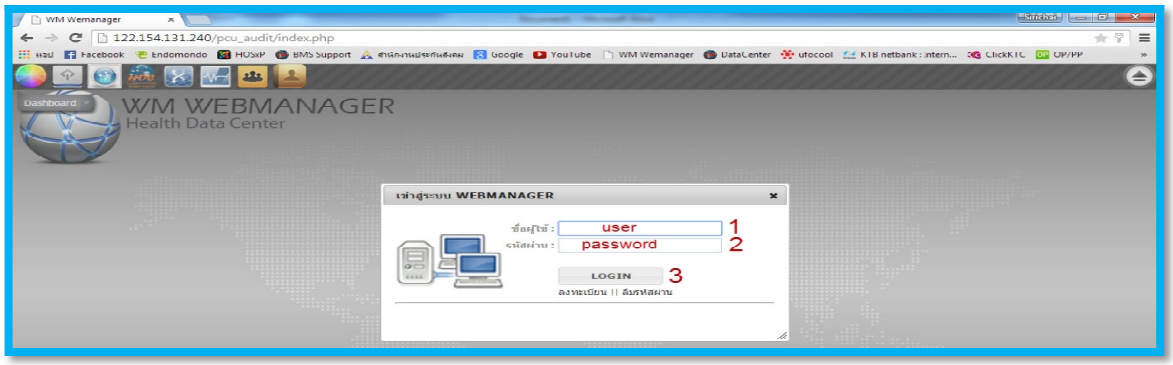


7. แนวทางการตรวจสอบผลการให้บริการระดับหน่วยงานและระดับจังหวัด

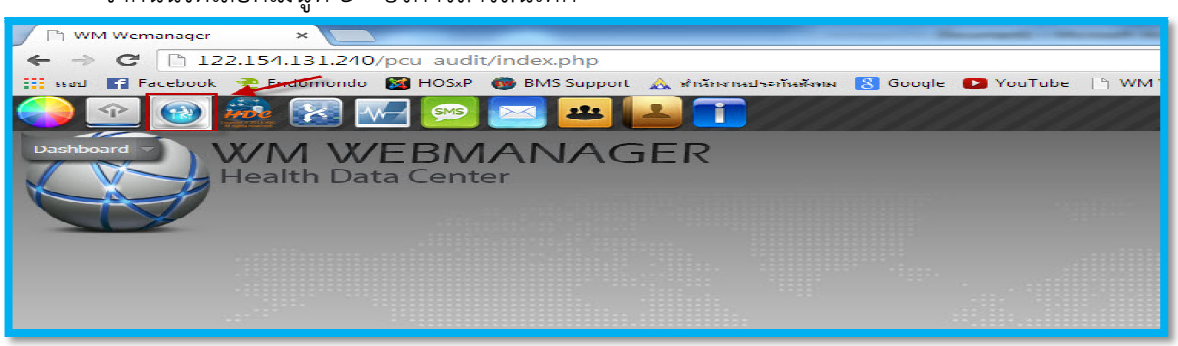
7.1 รายงานระดับหน่วยงาน อยู่ระหว่างการพัฒนา

7.2 รายงานระดับจังหวัด ที่สามารถตรวจสอบลึกถึงระดับหน่วยงาน และระดับบุคคล

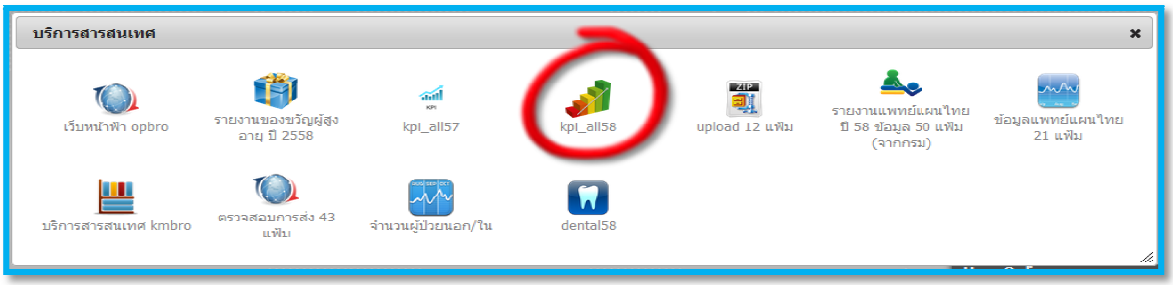
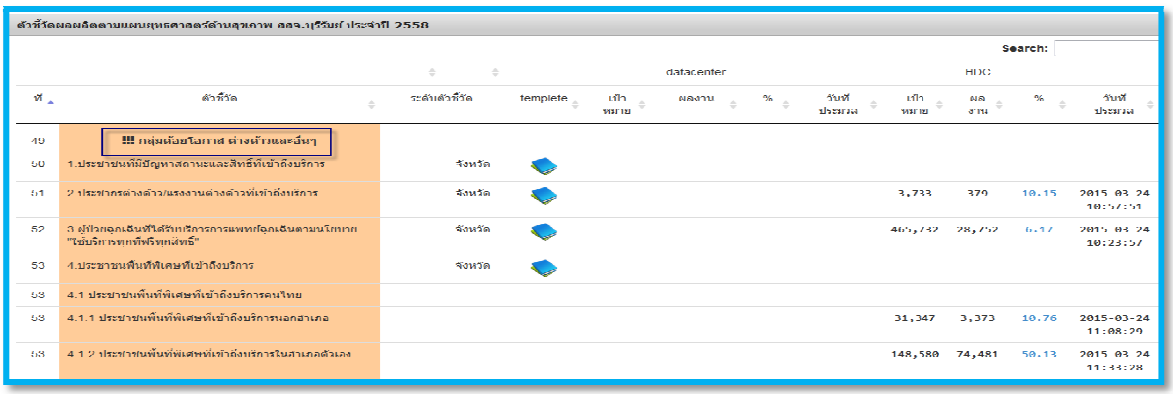
- เข้าดูข้อมูลผลงานการให้บริการ จาก http://122.154.131.240/pcu_audit/ (WM WebManager) โดยใส่ User และ Password ที่สมัครเป็นสมาชิกไว้



จากนั้นให้เลือกเมนูที่ 3 “บริการสารสนเทศ”



จากนั้นให้เลือก icon : KPI_ALL58 ซึ่งในอนาคตอาจมีการจัดทำ icon เฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส คนต่างด้าว และกลุ่มเป้าหมายพิเศษ อีกหนึ่ง icon เพื่อแสดงมุมมองที่หลากหลายมากขึ้น



จะได้ระบบรายงานกลุ่มผู้ด้อยโอกาส คนต่างด้าว และกลุ่มอื่นๆ จาก 2 แหล่งข้อมูล คือ Data Center และ HDC โดยแหล่งข้อมูลจาก HDC เป็นชุดคำสั่งที่กระทรวงจัดทำเป็น standard report สำหรับอ้างอิงทั่วประเทศ ซึ่งจากข้อมูลที่แสดงสามารถตรวจสอบรายละเอียดถึงรายบุคคลได้