

## บทที่ 6 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยใน

สำหรับข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยใน เพื่อการใช้ประโยชน์สำหรับการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและติดตามผลการให้บริการผู้ป่วยภายใต้หลักประกันสุขภาพนั้น พอจะแบ่งข้อเสนอออกได้ดังนี้

### 1. ข้อเสนอต่อการปรับปรุงข้อมูลผู้ป่วยใน

#### 1.1. การปรับปรุงรายการข้อมูลที่บ่งชี้สถานพยาบาล

ข้อมูลที่บ่งชี้สถานพยาบาล มีความสำคัญต่อการวิเคราะห์ ดังนี้

- การวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดจำแนกตามประเภทและระดับของสถานพยาบาล
- การวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดเป็นรายสถานพยาบาล
- การวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดเป็นรายบุคคล (โดยการนำรหัสสถานพยาบาล รวมกับเลขที่ผู้ป่วย)
- การวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวกับข้อมูลของสถานพยาบาล เช่น จังหวัดที่อยู่ของสถานพยาบาล เพื่อวิเคราะห์การข้ามเขตบริการ จำนวนแพทย์และเครื่องมือแพทย์ที่มี เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรของโรงพยาบาลกับดัชนีชี้วัดอื่นๆ

ดังนั้นจึงเสนอให้มีรหัสสถานพยาบาล ในฐานข้อมูลผู้ป่วยในของทุกกองทุน หากมีข้อจำกัด อย่างน้อยก็เสนอให้มีข้อมูลประเภทและระดับของสถานพยาบาล พร้อมกับ Running number ของสถานพยาบาลที่ออกโดยกองทุน แต่การทำในลักษณะนี้ จะไม่สามารถวิเคราะห์โดยการเชื่อมโยงกับข้อมูลอื่นๆของสถานพยาบาลได้

จากการศึกษานี้ เนื่องจากฐานข้อมูลของประกันสังคมขาดรหัสของสถานพยาบาล และไม่มี Running number ของสถานพยาบาล จึงทำให้การวิเคราะห์ตามประเภทและระดับของสถานพยาบาล ไม่สามารถทำได้ อีกทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายก็ทำได้ลำบาก

#### 1.2. การปรับปรุงรายการข้อมูลที่บ่งชี้บุคคล

ข้อมูลที่บ่งชี้บุคคล มีความสำคัญต่อการวิเคราะห์ ดังนี้

- การวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดเป็นรายบุคคล กรณีที่ใช้บริการในหลายสถานพยาบาล ได้แก่ อัตราป่วยตายในโรคที่รักษาหลายครั้งและหลายแห่ง อัตราการรักษาซ้ำกรณีที่ใช้สถานพยาบาลอื่น จำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาลที่รวมสถานพยาบาลทุกแห่งที่ผู้ป่วยไป
- การวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวกับข้อมูลของบุคคล เช่น จังหวัดที่อยู่ของบุคคล เพื่อวิเคราะห์การข้ามเขตบริการ ข้อมูลสถานะทางเศรษฐกิจสังคม เช่น อาชีพ การศึกษา เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวกับดัชนีชี้วัดอื่นๆ

- การวิเคราะห์โดยการเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลอื่น โดยใช้เลขประจำตัวประชาชน เช่น ฐานข้อมูลการตาย เพื่อวิเคราะห์การตายที่บ้านหลังกลับจากโรงพยาบาล
- ดังนั้นจึงเสนอให้มีเลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก) ในฐานข้อมูลผู้ป่วยในของทุกกองทุน และมีข้อมูลที่อยู่ถึงระดับตำบล ข้อมูลที่บ่งชี้อื่นๆ เช่น อาชีพ การศึกษา เชื้อชาติ หากมีข้อจำกัด อย่างน้อยก็เสนอให้มีข้อมูลที่อยู่ อาชีพ การศึกษา เชื้อชาติ

### 1.3. การปรับปรุงรายการข้อมูลที่บ่งชี้ภาวะ โรค บริการและผลลัพธ์ของผู้ป่วย

ข้อเสนอในการปรับปรุงข้อมูลภาวะ โรค บริการและผลลัพธ์ผู้ป่วย มีดังนี้

- ปรับวิธีการลงรหัสโรค ที่แบ่งเป็น โรคและการบาดเจ็บหลัก (Principal diagnosis) โรคร่วม (Co-morbidity) ซึ่งมีทั้งโรคที่เป็นโรคประจำตัวผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการ และโรคที่พบร่วมและแสดงอาการ โรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อน (Complication) ซึ่งมีทั้งภาวะแทรกซ้อนจากโรค และจากการรักษาหรือนอนโรงพยาบาล (Hospital-acquired) รวมทั้งรหัสสาเหตุภายนอก (External causes) ซึ่งมักจะถูกละเลยในการลงรหัส และโรคที่เป็นสาเหตุการตาย (Cause of death) โดยแยกรหัสโรคทั้ง 5 กลุ่มนี้ออกจากกัน
- ปรับวิธีการลงรหัสโรค ให้สามารถบ่งชี้ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในชุดดัชนีชีวิตต่างๆ แต่ยังมีข้อจำกัดในการวิเคราะห์จากข้อมูลผู้ป่วยใน
- ปรับวิธีการลงรหัสโรคและหัตถการ กรณีคลอดบุตร ให้มีมาตรฐานเดียวกัน เนื่องจากยังมีความคลาดเคลื่อนระหว่างรหัสหัตถการ กับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) อยู่ โดยเฉพาะในฐานข้อมูลของประกันสังคม รวมทั้งมาตรฐานการลงรหัสกรณีคลอดบุตรที่จะใช้เป็นตัวหารของดัชนีชีวิต โดยการแยกมารดาและทารกออกจากกันให้ชัดเจน
- เพิ่มข้อมูลน้ำหนักทารกแรกคลอด ในทุกฐานข้อมูลของทุกกองทุน เพื่อการวิเคราะห์สัดส่วนของทารกแรกคลอดที่น้ำหนักน้อย (Low birth weight)
- ปรับวิธีการลงผลของการรักษา กรณีที่ผู้ป่วยหมดหวัง และขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน
- ปรับวิธีการลงสาเหตุของการส่งต่อ กรณีส่งไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น กรณีผู้ป่วยร้องขอ กรณีส่งกลับไปรักษาใกล้บ้าน รวมทั้งการลงรหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป

### 1.4. การปรับปรุงรายการข้อมูลที่บ่งชี้ความรุนแรงของโรค

ข้อเสนอในการปรับปรุงข้อมูลความรุนแรงของโรค มีดังนี้

- อาจเพิ่มตัวแปรสำหรับวิเคราะห์ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ได้แก่ Glasgow coma score อัตราการหายใจ และความดันโลหิต เมื่อรับผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถนำมาคำนวณ Revised trauma score (RTS) ได้ โดยการวิเคราะห์ความรุนแรงของการบาดเจ็บนี้จะช่วยพยากรณ์โอกาสเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บ ซึ่งจะช่วยให้เปรียบเทียบคุณภาพการรักษาได้ดีขึ้น
- อาจเพิ่มตัวแปรสำหรับวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ได้แก่ Staging และ Histopathology โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่รักษาโรคมะเร็ง

### 1.5. การปรับปรุงรายการข้อมูลด้านค่าใช้จ่าย

ข้อเสนอในการปรับปรุงข้อมูลด้านค่าใช้จ่าย มีดังนี้

- เพิ่มตัวแปรการจ่ายเงินจากกระเป๋าของผู้ป่วยในฐานะข้อมูลทุกกองทุน เพื่อวิเคราะห์สัดส่วนการจ่ายเงินจากกระเป๋า และแยกค่าใช้จ่ายที่เป็นภาระของโรงพยาบาล
- เพิ่มการแยกประเภทของค่าใช้จ่าย อย่างน้อย ได้แก่ ค่ารักษา ค่าบริการอื่นๆ ค่าห้องพิเศษและอาหาร เพื่อแยกค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการรักษาโดยตรง และที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรง

### 1.6. การพัฒนามาตรฐานของฐานข้อมูล

ข้อเสนอในการพัฒนามาตรฐานของฐานข้อมูล มีดังนี้

- การปรับมาตรฐานด้านโครงสร้างฐานข้อมูล 3 กองทุน โดยการกำหนดรายการข้อมูล ซึ่งคุณลักษณะของรายการข้อมูลที่ตรงกัน โดยเป็นฐานข้อมูลขั้นต่ำ (Minimum dataset) ที่จะใช้วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน
- การปรับมาตรฐานด้านรหัสของข้อมูล 3 กองทุน ได้แก่ รหัสสถานพยาบาล รหัสโรค หัตถการ อาชีพ การศึกษา เชื้อชาติ ที่อยู่ ผลการรักษา วิธีการจำหน่าย
- การปรับมาตรฐานด้านการบันทึกข้อมูล ได้แก่ การบันทึกรหัสโรค หัตถการ ที่ตรงกัน

### 1.7. การเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลภายนอก

ข้อเสนอในการเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลภายนอก มีดังนี้

- การเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลการตาย (มรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย) เพื่อวิเคราะห์การตายของผู้ป่วยกรณีที่กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เพื่อวิเคราะห์อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของการตายระหว่างกลุ่มผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์คุณภาพของข้อมูลการตายในมรณบัตร
- การเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลทะเบียนโรค ได้แก่ ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดต่อ การเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ทะเบียนโรคมะเร็ง ทะเบียนโรคหัวใจ เบาหวาน เป็นต้น เพื่อการศึกษาความรุนแรงของโรค ความต่อเนื่องของบริการ การได้รับการรักษา ผลลัพธ์ และค่าใช้จ่ายของบริการ
- การเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลการสำรวจ ที่มีการบันทึกเลขประจำตัวประชาชน เพื่อศึกษาผลของปัจจัยเสี่ยงต่างๆต่อการป่วยด้วยโรคต่างๆ

## 2. ข้อเสนอต่อระบบจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยใน

ระบบจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยในของแต่ละกองทุน มีความแตกต่างกัน โดยมีโครงสร้างข้อมูล รวมทั้งมีวิธีการช่วยเหลือโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลของตนเอง เนื่องจากเงื่อนไขการจ่ายเงิน รวมทั้งความต้องการข้อมูล ภายใต้เงื่อนไขด้านการจัดการข้อมูล และเงื่อนไขเวลาในการเบิกจ่ายเงินที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลต่างๆที่กองทุนใช้ในการเบิกจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาล ล้วนจัดเก็บที่ระดับโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลต่างๆมีระบบจัดเก็บข้อมูลและโปรแกรมที่ต่างกัน และมีบางโรงพยาบาลที่ยังขาดระบบจัดเก็บข้อมูล ทำให้แต่ละกองทุนต้องจัดการให้เกิดข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายของตนเอง โรงพยาบาลต่างๆต้องปรับปรุงให้เข้าได้กับระบบที่จัดทำขึ้นของแต่ละกองทุน ซึ่งในบางครั้งก่อให้เกิดความซ้ำซ้อนและสับสน ขาดมาตรฐานร่วมกันในเชิงโครงสร้างของข้อมูล โดยอาจจะขาดรายการข้อมูลที่สำคัญในบางกองทุน ทำให้การเชื่อมต่อข้อมูลทำได้ลำบาก ดังนั้นข้อเสนอในการปรับปรุงระบบจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยในของกองทุน จึงมีดังนี้

## 2.1. การพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลร่วมกันสำหรับโรงพยาบาลที่มีระบบฐานข้อมูลอยู่แล้ว

สำหรับโรงพยาบาลที่มีระบบฐานข้อมูลของตนเอง โดยใช้โปรแกรมจัดเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน กองทุนทั้ง 3 กองทุน อาจจะกำหนดความต้องการข้อมูลของตนเอง โดยแบ่งเป็นข้อมูลที่ใช้ทั้ง 3 กองทุน (ซึ่งอาจจะมียารายการข้อมูลบางรายการที่ควรเก็บเพิ่มในบางกองทุน เนื่องจากเป็นรายการข้อมูลหลักที่ควรจะมีทั้ง 3 กองทุน) และข้อมูลเฉพาะของแต่ละกองทุน ที่อาจจะแตกต่างกัน สำหรับข้อมูลหลักที่ใช้ทั้ง 3 กองทุน ควรจะมีการกำหนดฐานข้อมูลร่วมกัน ให้เป็นฐานข้อมูลชุดเดียวกัน แล้วสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่มีระบบฐานข้อมูลอยู่แล้ว ส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างข้อมูลทั้ง 2 ส่วน คือส่วนที่ร่วมกันทั้ง 3 กองทุน และที่เฉพาะเจาะจงกับบางกองทุน โดยสนับสนุนโปรแกรมฐานข้อมูลที่ดึงข้อมูลที่ส่งออกมาจากระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลตามโครงสร้างที่กำหนด โดยรายการข้อมูลที่ไม่สามารถดึงได้ เนื่องจากไม่มีในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นก็จะอนุญาตให้ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมได้ เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วน โดยโปรแกรมหักว่าควรจะมีการพัฒนาและตกลงร่วมกันระหว่างกองทุน สำหรับการส่งข้อมูลจากโรงพยาบาลไปยังกองทุนต่างๆ ก็ให้สามารถส่งจากโปรแกรมหักว่าได้ แต่การจัดการข้อมูลที่ส่งมาจากโรงพยาบาล สามารถจัดการได้อย่างอิสระตามเงื่อนไขเวลาและเงื่อนไขของแต่ละกองทุน

## 2.2. การพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลร่วมกันสำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มีระบบฐานข้อมูล

สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มีระบบฐานข้อมูลของตนเอง ทั้ง 3 กองทุน ควรมีการพัฒนาโปรแกรมพื้นฐานเพื่อการจัดเก็บข้อมูลร่วมกัน สำหรับโรงพยาบาลกลุ่มดังกล่าว ซึ่งต้องเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยให้โปรแกรมหักว่าสามารถตอบสนองต่อความต้องการข้อมูลของทั้ง 3 กองทุน และยืดหยุ่นในการนำไปใช้ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ หรืออาจจะมียาเวอร์ชันสำหรับโรงพยาบาลแต่ละระดับ แต่ที่สำคัญคือเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูลด้วยหลายโปรแกรมจากหลายกองทุน รวมทั้งโปรแกรมควรมีส่วนของการตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งข้อมูลออกไปยังกองทุนด้วย โดยโปรแกรมหักว่าสามารถส่งออกข้อมูลไปยังกองทุนทั้ง 3 ได้ แต่การจัดการข้อมูลที่ส่งมาจากโรงพยาบาล สามารถจัดการได้อย่างอิสระตามเงื่อนไขเวลาและเงื่อนไขของแต่ละกองทุน

### 2.3. การพัฒนามาตรฐานข้อมูลและระบบการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างกองทุน

ข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งออกควรมีทั้ง 2 ส่วน คือส่วนที่ใช้ร่วมกันทั้ง 3 กองทุน และส่วนที่เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละกองทุน โดยข้อมูลส่วนที่ใช้ร่วมกัน ควรมีการกำหนดมาตรฐานที่ใช้ร่วมกัน และจัดการแยกออกมาเป็นฐานข้อมูลหลัก ที่จะใช้เชื่อมต่อระหว่างกองทุน เพื่อให้เป็นฐานข้อมูลใหญ่ฐานเดียวกันที่มีข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 3 กองทุน ซึ่งรายการข้อมูลหลักที่ควรมีร่วมกัน แสดงดังตารางที่ 14 และฐานข้อมูลดังกล่าวควรมีการส่งออกจากแต่ละกองทุน หลังการตรวจสอบแก้ไข (verification) จนถูกต้องแล้ว โดยอาจจะส่งไปยังหน่วยงานกลาง หรือกองทุนที่ได้รับมอบหมายในการรวบรวมข้อมูลเพื่อจัดการให้เกิดการใช้ประโยชน์ต่อไป

ตารางที่ 14 ข้อเสนอรายการข้อมูลหลักสำหรับข้อมูลผู้ป่วยใน 3 กองทุน

ข้อมูลหลัก	ข้อมูลการ admit	ข้อมูลวินิจฉัยโรคและ หัตถการ	ข้อมูล DRG และบริการพิเศษ	ข้อมูลค่ารักษา
รหัสสถานพยาบาล	เลขที่ผู้ป่วยใน	รหัสโรคหลัก	กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	ค่าบริการรวม
รหัส main contractor	วันที่รับไว้รักษา	รหัสโรคร่วม	น้ำหนักสัมพัทธ์	ค่าบริการทางการแพทย์
เลขที่ศป.นอก	สถานพยาบาลที่ส่งมา	รหัสโรคแทรกซ้อน	น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว	ค่ายาและเวชภัณฑ์
เลขประจำตัวปชช.	แผนกที่รักษา	รหัสสาเหตุภายนอก	บริการฉุกเฉิน	ค่าห้องและอาหาร
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่จำหน่าย	รหัสสาเหตุการตาย	บริการค่าใช้จ่ายสูง	ค่าบริการอื่นๆ
อายุ	สถานภาพจำหน่าย	รหัสหัตถการ	บริการฟื้นฟูสภาพ	เงินที่ผู้ป่วยจ่ายเอง
เพศ	วิธีการจำหน่าย	วันที่ทำหัตถการ		ค่าบริการที่เบิกจากกองทุน (ถ้ามี)
จังหวัดที่อยู่	สาเหตุการส่งต่อ	น้ำหนักแรกเกิด		
อำเภอที่อยู่	สถานพยาบาลที่ส่งไป			
อาชีพ	จำนวนวันนอน			

### 2.4. การพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลและป้อนข้อมูลกลับ

นอกจากระบบการจัดเก็บข้อมูล และเชื่อมต่อข้อมูลเข้าด้วยกันแล้ว การจัดการให้เกิดการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยควรมีการกำหนดประเด็นหรือดัชนีชี้วัดที่ควรวิเคราะห์ และสังเคราะห์ โดยเปรียบเทียบระหว่างกองทุน และระหว่างสถานพยาบาล รวมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและการพยากรณ์ทิศทางอนาคต โดยข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ ควรจะป้อนกลับไปยังกองทุน และสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดการปรับปรุงระบบต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านระบบประกันสุขภาพและระบบการให้บริการสุขภาพ

### 3. ข้อเสนอต่อแนวทางการใช้ประโยชน์จากข้อมูลผู้ป่วยใน

การใช้ประโยชน์จากข้อมูลผู้ป่วยในนั้น ประกอบด้วยการใช้ข้อมูลเพื่อเป็นเครื่องชี้แนะสำหรับการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ และเงื่อนไขการใช้บริการ เพื่อการปรับปรุงวิธีการจ่ายเงินและอัตราการเบิกจ่ายเงิน สำหรับการควบคุมการใช้บริการและค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น และสำหรับการกำกับคุณภาพบริการและติดตามผลลัพธ์ของบริการที่ให้โดยสถานพยาบาล โดยข้อมูลที่จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ต่างๆเหล่านี้มีดังนี้

#### 3.1. การใช้ข้อมูลเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ และเงื่อนไขการใช้บริการ

ข้อมูลที่ใช้เพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการใช้บริการ ประกอบด้วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการใช้บริการของผู้ป่วย ได้แก่ สัดส่วนผู้ป่วยตามกลุ่มโรค อัตราการได้รับเหตุการณ์ และจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล ทั้งหมดนี้ใช้สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการ หากสัดส่วนของกลุ่มโรคใดที่มีสัดส่วนต่ำกว่าที่ควรจะเป็น หรือเหตุการณ์ใดที่มีอัตราการได้รับบริการต่ำกว่าที่ควรจะเป็น อาจหมายถึงข้อจำกัดของสิทธิประโยชน์หรือเงื่อนไขการใช้บริการที่กำหนดไว้โดยกองทุน ได้แก่ การรักษาโรคมะเร็ง การล้างไต การผ่าตัดหัวใจ การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ต้อกระจก การผ่าตัดหลอดเลือด เป็นต้น รวมทั้งจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาลที่ต่ำเกินไปในบางโรค อาจสะท้อนข้อจำกัดในการรับบริการที่ต่อเนื่องจากเงื่อนไขการใช้บริการตามสิทธิประโยชน์ อาทิเช่น จากเงื่อนไขในการรับบริการที่ต้องมีการส่งต่อ อันอาจจะเป็นอุปสรรคในการรักษาบางโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง แต่ผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะต้องผ่านขั้นตอน

#### 3.2. การใช้ข้อมูลเพื่อการปรับปรุงวิธีการจ่ายเงินและอัตราการเบิกจ่ายเงิน

ข้อมูลที่ใช้เพื่อการปรับปรุงวิธีการจ่ายเงินและอัตราการเบิกจ่ายเงิน ประกอบด้วย ข้อมูลที่สะท้อนพฤติกรรมในการให้บริการและการคิดค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล ได้แก่ อัตราการทำเหตุการณ์ น้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ วันนอนเฉลี่ย ทั้งหมดนี้สะท้อนแรงจูงใจในการให้บริการ จากกลไกการจ่ายเงิน หากอัตราการทำเหตุการณ์บางอย่างสูงเกินไป จะสะท้อนแรงจูงใจในการให้บริการ ซึ่งหากมากเกินไป แสดงว่าวิธีการจ่ายเงินนั้นไม่เอื้อต่อการควบคุมให้การให้บริการอยู่ในระดับที่เหมาะสม (ส่วนใหญ่เกิดจากการจ่ายแบบตามเรียกเก็บ หรือ fee-for-service) หรือถ้าน้อยเกินไป ก็อาจจะแสดงว่าการจ่ายเงินนั้นจูงใจให้สถานบริการให้บริการต่ำกว่าที่ควรจะเป็น (ส่วนใหญ่เกิดจากการจ่ายแบบเหมาจ่าย หรือการกำหนดเพดานการเบิกจ่ายที่ต่ำเกินไป) นอกจากนี้วิธีการจ่ายเงิน ยังส่งผลต่อพฤติกรรมมารับผู้ป่วย ซึ่งดูจากน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย หากต่ำเกินไปอาจเกิดจากการรับผู้ป่วยเกินจำเป็น (over-admission) ทั้งนี้ควรจำแนกตามกลุ่มอายุ เช่นเดียวกับวันนอนเฉลี่ย หากนานเกินไปอาจจะสะท้อนแรงจูงใจของวิธีการจ่ายเงินที่เอื้อต่อการให้ผู้ป่วยนอนนาน ทั้งนี้ควรมีการกำหนดจำนวนวันนอนที่ยอมรับได้ นอกจากนี้การคิดค่าใช้จ่าย หากสูงเกินไปก็แสดงถึงวิธีการจ่ายเงินที่อาจจะเอื้อต่อการให้บริการการรักษาและบริการอื่นๆ แต่หากต่ำเกินไป แสดงว่าวิธีการจ่ายเงินอาจเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการ ซึ่งควรจำแนกเป็นค่าใช้จ่ายด้านบริการรักษา และด้านบริการอื่นๆ โดยอัตราการเบิกจ่ายควรจะมาจากค่าบริการที่ควรจะเป็นจากข้อมูลที่เกิดขึ้นจริง

### 3.3. การใช้ข้อมูลเพื่อควบคุมการให้บริการและค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น

ข้อมูลที่ใช้เพื่อควบคุมการให้บริการและค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น จะคล้ายกับข้อมูลที่ใช้เพื่อปรับปรุงวิธีการจ่ายเงิน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมการณ์การตัดสินใจของผู้ให้บริการเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ก็มีหลายประเด็นที่อาจจะเกิดจากการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อาทิเช่น การตัดสินใจในการนอนโรงพยาบาล การตัดสินใจในการทำหัตถการ โดยเฉพาะการตัดสินใจผ่าตัดคลอด ซึ่งมีโอกาสให้ตัดสินใจได้ การตัดสินใจกลับบ้านหรือส่งต่อ ซึ่งส่งผลกระทบต่อวันนอนเฉลี่ยและอัตราการส่งต่อ การตัดสินใจเลือกวิธีการวินิจฉัยโรคและรักษาโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของบริการ รวมทั้งการตัดสินใจเลือกรับบริการอื่นๆเพิ่มเติม ทั้งหมดนี้ควรมีการกำหนดเงื่อนไขบางอย่าง ที่ผ่านการศึกษาแล้วว่าระดับใดจึงจะถือว่าไม่เกินจำเป็น และเท่าใดจึงจะถือว่าเกินจำเป็น แล้วทำการติดตามและเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งนำกลับไปพิจารณาปรับปรุงเงื่อนไขและวิธีการจ่ายเงินต่อไป หรือใช้กลไกการควบคุมการให้บริการอื่นๆ อาทิเช่น การตรวจสอบการให้บริการ (clinical audit) การร่วมจ่ายโดยผู้ป่วย (co-payment) ฯลฯ

### 3.4. การใช้ข้อมูลเพื่อการกำกับคุณภาพบริการและติดตามผลลัพธ์ของบริการ

ข้อมูลที่ใช้เพื่อการกำกับคุณภาพบริการและติดตามผลลัพธ์ของบริการ ได้แก่ ข้อมูลที่สะท้อนผลของการให้บริการ อาทิเช่น อัตราการป่วยตาย อัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ทั้งนี้ควรมีการศึกษาค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ และทำการติดตามเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลุ่มโรคเดียวกัน กลุ่มอายุเดียวกัน และกลุ่มโรงพยาบาลระดับเดียวกัน เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันระหว่างกองทุนและระหว่างโรงพยาบาลได้ รวมทั้งอาจจะต้องจำแนกความรุนแรงของโรค หากฐานข้อมูลสามารถจำแนกได้ นอกจากนี้ข้อมูลที่สะท้อนการให้บริการ (หัตถการ) ตาม clinical practice guideline บางอย่างที่สามารถวิเคราะห์ได้จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ก็ควรจะยกขึ้นมาศึกษาวิเคราะห์ เพื่อสะท้อนมาตรฐานในการให้บริการของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ซึ่งกองทุนควรมีส่วนส่งเสริม และสนับสนุนให้สถานพยาบาลสามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพ อาทิเช่น การเพิ่มและขยายศักยภาพในการรักษาไปยังพื้นที่ต่างๆให้ครอบคลุม การพัฒนาระบบเครือข่ายให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ ระบบให้คำปรึกษาระหว่างโรงพยาบาล ระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ระบบสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพและฝึกอบรมแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ระบบเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และระบบให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาจากบริการ เป็นต้น

### สรุป

การปรับปรุงฐานข้อมูล ก็เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์ในบางดัชนีชี้วัดเพิ่มเติมได้ รวมทั้งสามารถจำแนกกลงไปในรายละเอียดเพิ่มเติม และเป็นการควบคุมคุณภาพของข้อมูลที่จะใช้วิเคราะห์ ดังนั้นการมีมาตรฐานข้อมูลร่วมกัน และการเพิ่มคุณภาพของข้อมูลอย่างต่อเนื่องจึงเป็นกลไกที่สำคัญ ในการได้มาซึ่งข้อมูลที่เหมาะสมต่อการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์