



แนวทางการบริหารจัดการ
งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ
(Quality and Outcome Framework: QOF)
ปีงบประมาณ 2561

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต 8 อุดรธานี

คำนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานี เล็งเห็นถึงความสำคัญในการกระตุ้นและพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการ โดยใช้กลไกด้านการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนและกระตุ้นให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยจัดสรรงบประมาณบางส่วนให้แก่หน่วยบริการตามผลงานที่บริการที่เกิดขึ้นจริง ผ่านตัวชี้วัดคุณภาพบริการ ที่ได้มีการกำหนดไว้ในปีงบประมาณ 2561 นี้ สปสช.จึงได้จัดสรร งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ให้แก่หน่วยบริการ โดยมุ่งหวังให้หน่วยบริการตระหนักถึงการพัฒนาบริการให้บรรลุถึงคุณภาพตามตัวชี้วัดที่กำหนด เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินการร่วมกันภายใต้บริบทของพื้นที่ และเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาให้น้อยที่สุด เพื่อไม่ให้กระทบการดำเนินงานของหน่วยบริการในพื้นที่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานี จึงได้จัดทำแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2561 ฉบับนี้ขึ้นเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

กลุ่มภารกิจสนับสนุนเครือข่ายบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานี
28 พฤศจิกายน 2560

สารบัญ

คำนำ	2
สารบัญ	3
การบริหารจัดการงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2561	
- ความเป็นมา	4
- วัตถุประสงค์	4
- กลุ่มเป้าหมาย	4
- ผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ	4
- กลวิธีการดำเนินงาน	4
- แนวทาง เจือจาง หลักเกณฑ์การจัดสรร	5
- กรอบการบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ	6
- แนวทางการใช้จ่ายงบประมาณ	8
- บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง	8
- ฝั่งการดำเนินงานงบประมาณตามตัวชี้วัดคุณภาพและผลงานบริการ	11
ภาคผนวก : Template ตัวชี้วัด	12

แนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ
(Quality and Outcome Framework : QOF)
สปสช.เขต 8 อุตรธานี ปีงบประมาณ 2561

1. ความเป็นมา

งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ เป็นการจ่ายเพื่อมุ่งหวังให้หน่วยบริการตระหนักถึงการพัฒนาการบริการให้บรรลุถึงคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนมั่นใจได้ว่าภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนจะเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ โดยมีหลักเกณฑ์วิธีการ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายงบตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำ

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน และจัดบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- 2.2 เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข
- 2.3 เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของระบบข้อมูลสุขภาพในพื้นที่

3. กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ หน่วยบริการประจำ และ หน่วยบริการปฐมภูมิ

4. ผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ

หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

5. กลวิธีการดำเนินงาน

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการบริหารการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ มีดังนี้

5.1 ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ ภาคประชาสังคม และหน่วยงานภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการกระจาย และพัฒนากำลังคนในหน่วยบริการ การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดการด้านยา วัคซีน การชันสูตรโรค และเทคโนโลยีการแพทย์

5.2 กระจายอำนาจการตัดสินใจในเป้าหมายของยุทธศาสตร์ ที่จำเป็นต่อปัญหา Health Need Assessment และ Service Plan ของแต่ละเขต โดยบูรณาการการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต เพื่อให้เกิดความครบถ้วนสมบูรณ์ของการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับแผนความต้องการด้านสุขภาพ (Health Needs Assessment) ในแต่ละพื้นที่

5.3 ใช้กลไกการเงินการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดย สปสช. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกตัวชี้วัดจำนวนหนึ่ง เป็นตัวสะท้อนคุณภาพผลงานบริการ กระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

5.4 ใช้กลไกการกำกับ ติดตาม ประเมินผลคุณภาพการจัดบริการของหน่วยบริการ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการบริการ และจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ต่อไป

6. แนวทาง เจื่อนไข หลักเกณฑ์การจัดสรร

การจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการนี้ เป็นการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการประจำที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนด โดยคณะกรรมการ หรือ กลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับเขต โดยมีหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้

6.1 ชุดตัวชี้วัดที่ใช้

ในปีงบประมาณ 2561 สปสช.กำหนดชุดตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานในหน่วยบริการ ซึ่งกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการเป็น 2 ส่วน คือ

- 1) ตัวชี้วัดกลาง 6 ตัว ใช้รายการเดิมของปี 60 (ตัดข้อย่อยออก 2 ข้อคือ 1.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยเป็นเบาหวาน และข้อ 2.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูง)
- 2) ตัวชี้วัดพื้นที่ ไม่เกิน 5 ตัว ซึ่งสามารถเลือกจากรายการตัวชี้วัดที่มี หรือกำหนดเพิ่มเติมขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับการพัฒนาคุณภาพบริการ และตามปัญหาในพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบ โดยมีกลไกการมีส่วนร่วมในการจัดทำตัวชี้วัด และผ่านความเห็นชอบจาก คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสช.)

แนวทางการพิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัด ประกอบด้วย

- 1) เป็นตัวชี้วัดที่บูรณาการร่วมระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- 2) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ได้แก่ กลุ่มโรคที่มีภาระโรคสูง (High burden) โรคที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) และโรคที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง (High cost) และสามารถคัดเลือกตัวชี้วัดที่สอดคล้องตามสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่
- 3) ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ไม่ซ้ำกับตัวชี้วัดผลลัพธ์บริการที่ใช้ในการจ่ายคุณภาพบริการในบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 4) ไม่สร้างระบบการบันทึกข้อมูลใหม่ โดยให้ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก ข้อมูลบริการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล (OP-PP individual records) ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล (IP E-Claim) ข้อมูลขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเป็นหลัก หรือ ข้อมูลจาก Health Data center ของกระทรวงสาธารณสุข

- 5) ให้มีคณะกรรมการ หรือกลไกที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อบริหารจัดการในระดับเขตในการกำหนดตัวชี้วัดระดับเขต เป้าหมาย หลักเกณฑ์ เงื่อนไข การให้คะแนนและการจัดสรรงบวัดผลได้ จากระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิม ได้แก่ OP/PP/IP Individual record ไม่เป็นภาระแก่หน่วยบริการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดเก็บข้อมูล ไม่ให้มีการจัดทำระบบจัดเก็บข้อมูลใหม่

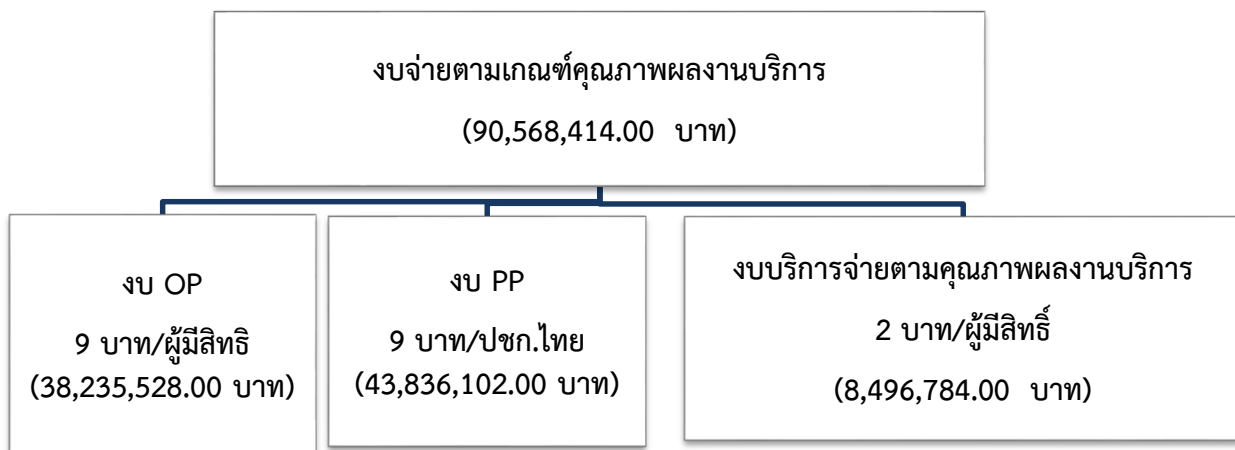
6.2 หลักเกณฑ์การจัดสรร

- 1) วัดผลงานตาม Template ตัวชี้วัดกลาง และตัวชี้วัดพื้นที่ตามที่ สปสช. กำหนด สัมพันธ์กับจำนวน ปชก. UCของแต่ละพื้นที่
- 2) สปสช.เขต จัดให้มีคณะกรรมการ หรือ กลไกการมีส่วนร่วมเพื่อบริหารจัดการ กำหนดแนวทางการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ซึ่งประกอบด้วย ค่าเป้าหมาย น้ำหนักคะแนน เกณฑ์การให้คะแนน และสัดส่วนงบประมาณที่จะจัดสรรให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนด
- 3) การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ ให้สปสช.เขตกำหนดค่าเป้าหมายจากผลงานบริการในระดับพื้นที่ โดยให้พิจารณาความเหมาะสม สอดคล้องกับค่าเป้าหมายระดับประเทศร่วมด้วยและอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช.
- 4) สปสช.เขตจัดสรรงบให้หน่วยบริการประจำภายใต้วงเงินระดับเขต (Global budget) ส่วนการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายหน่วยบริการประจำนั้น ให้กำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรโดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่หรือระดับ Contracting Unit of Primary care (CUP)
- 5) กำหนดการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการเพียงครั้งเดียว ให้เสร็จสิ้นภายในเดือนกรกฎาคม 2561 โดยใช้ข้อมูลบริการไตรมาส 3 และ 4 ปีงบประมาณ 2560 และไตรมาส 1 และ 2 ปีงบประมาณ 2561 ที่ สปสช. ได้รับจากหน่วยบริการภายใน 30 เมษายน 2561

7. กรอบการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ตามมติ อปสช. ครั้งที่ 1/2561 เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2560 และครั้งที่ 2/2560 เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2560 ได้มีมติให้มีการจัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอก ในอัตรา 9.00 บาท/ผู้มีสิทธิ เป็นวงเงินจำนวน 38,235,528.00บาท (สามสิบบแปดล้านสองแสนสามหมื่นห้าพันห้าร้อยยี่สิบแปดบาทถ้วน) งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9.00 บาท/ประชาชนไทยทุกคน เป็นวงเงินจำนวน 43,836,102.00 บาท (สี่สิบล้านแปดแสนสามหมื่นหกพันหนึ่งร้อยสองบาทถ้วน) และงบบริการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 2 บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นวงเงินจำนวน 8,496,784.00 บาท (แปดล้านสี่แสนเก้าหมื่นหกพันเจ็ดร้อยแปดสิบสี่บาทถ้วน) รวมเป็นวงเงินทั้งสิ้น 90,568,414.00 บาท (เก้าสิบล้านห้าแสนหกหมื่นแปดพันสี่ร้อยยี่สิบสี่บาทถ้วน) คิดเป็นอัตรา 21.32 บาทต่อผู้มีสิทธิ และได้มอบหมายคณะกรรมการบริหารงบจ่ายตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพและผลงานบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี พิจารณาจัดทำแนวทางการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ ดังแผนภาพที่ 1 รายละเอียดตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพ ค่าน้ำหนักคะแนน แหล่งข้อมูล ดังตารางที่ 1 และมีมติเห็นชอบการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามตัวชี้วัด ดังภาคผนวก

แผนภาพที่ 1 กรอบการบริหารงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ สปสช.เขต 8 อุตรธานี ปีงบประมาณ 2561



จัดสรรให้หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรเพียงครั้งเดียว ให้เสร็จสิ้นภายในเดือนกรกฎาคม 2561 โดยใช้ข้อมูลผลงานตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการไตรมาส 3 และ 4 ปีงบประมาณ 2560 และไตรมาส 1 และ 2 ปีงบประมาณ 2561 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพ คำนวณน้ำหนักคะแนน และแหล่งข้อมูล

ระดับ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล ที่ใช้	น้ำหนัก คะแนน	ระดับ คะแนน	คะแนน เต็ม
กลาง	1. ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	Data Center สปสช.	10	5	50
กลาง	2. ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	Data Center สปสช.	10	5	50
กลาง	3. ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝาก ครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	Data Center สปสช.	12	5	60
กลาง	4. ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	Data Center สปสช.	11	5	55

ระดับ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล ที่ใช้	น้ำหนัก คะแนน	ระดับ คะแนน	คะแนน เต็ม
กลาง	5. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง นอก 5.1 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน Acute Diarrhea (AD)	Data Center สปสช.	5	5	25
กลาง	5.2 โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบน Respiratory Infection (RI)	Data Center สปสช.	5	5	25
กลาง	6. การลดลงของอัตราการนอน โรงพยาบาลด้วย ภาวะที่ควรควบคุมด้วย บริการผู้ป่วยนอก (ACSC) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และ ความดันโลหิต สูง (HT)	Data Center สปสช.	10	5	50
พื้นที่	7. อัตราการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย CKD จากระยะ 3B สู่ระยะที่ 4 ขึ้นไป	43 แฟ้ม	12	5	60
พื้นที่	8. ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการ เยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	LTC	15	5	75
พื้นที่	9. ร้อยละทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	43 แฟ้ม	10	5	50

หมายเหตุ: รายละเอียดตัวชี้วัดสำหรับการจัดสรร ปี 2561 ดังภาคผนวก

8. แนวทางการใช้จ่ายงบประมาณ

หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือสถานบริการสามารถนำงบที่ได้รับ ไปใช้เพื่อดำเนินการ
จัดบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานตามแนวคิดการพัฒนาตัวชี้วัด QOF และหรือดำเนินการให้เกิดการเข้าถึงบริการที่มี
คุณภาพในพื้นที่และหรือกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบภายใต้ระเบียบทางการเงินของหน่วยบริการ/สถานบริการนั้นๆ

9. บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง

9.1 สปสช.ส่วนกลาง

1) สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ

บทบาทหน้าที่

1. จัดทำกรอบแนวทางการบริหารเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
2. ประสานการพิจารณาคัดเลือก และการจัดทำตัวชี้วัดที่นำมาใช้ในการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนัก/แผนงานที่เกี่ยวข้อง และ สปสช.เขต
3. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

4. ชี้แจงการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ แก่ สปสช.เขต
 5. กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน และรายงานสรุปผล การดำเนินงานงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการในภาพรวม
 6. ประเมินวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดในระดับประเทศ
- 2) สำนัก/แผนงานในกลุ่มภารกิจสนับสนุนเครือข่ายบริการ (สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ ,สำนักสนับสนุนระบบบริการยาและเวชภัณฑ์,แผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคเรื้อรังและโรคเฉพาะ)

บทบาทหน้าที่

1. กำหนดประเด็น/กรอบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการ โดยเชื่อมโยงบริการระดับ Primary care และ hospital care
2. จัดทำตัวชี้วัดที่นำมาใช้ในการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
3. ดำเนินงานตามกรอบการดำเนินงานที่กำหนดไว้
4. ติดตาม วิเคราะห์ ประเมินผลการให้บริการของหน่วยบริการ ตามตัวชี้วัดที่กำหนด

9.2 สปสช.เขต

บทบาทหน้าที่

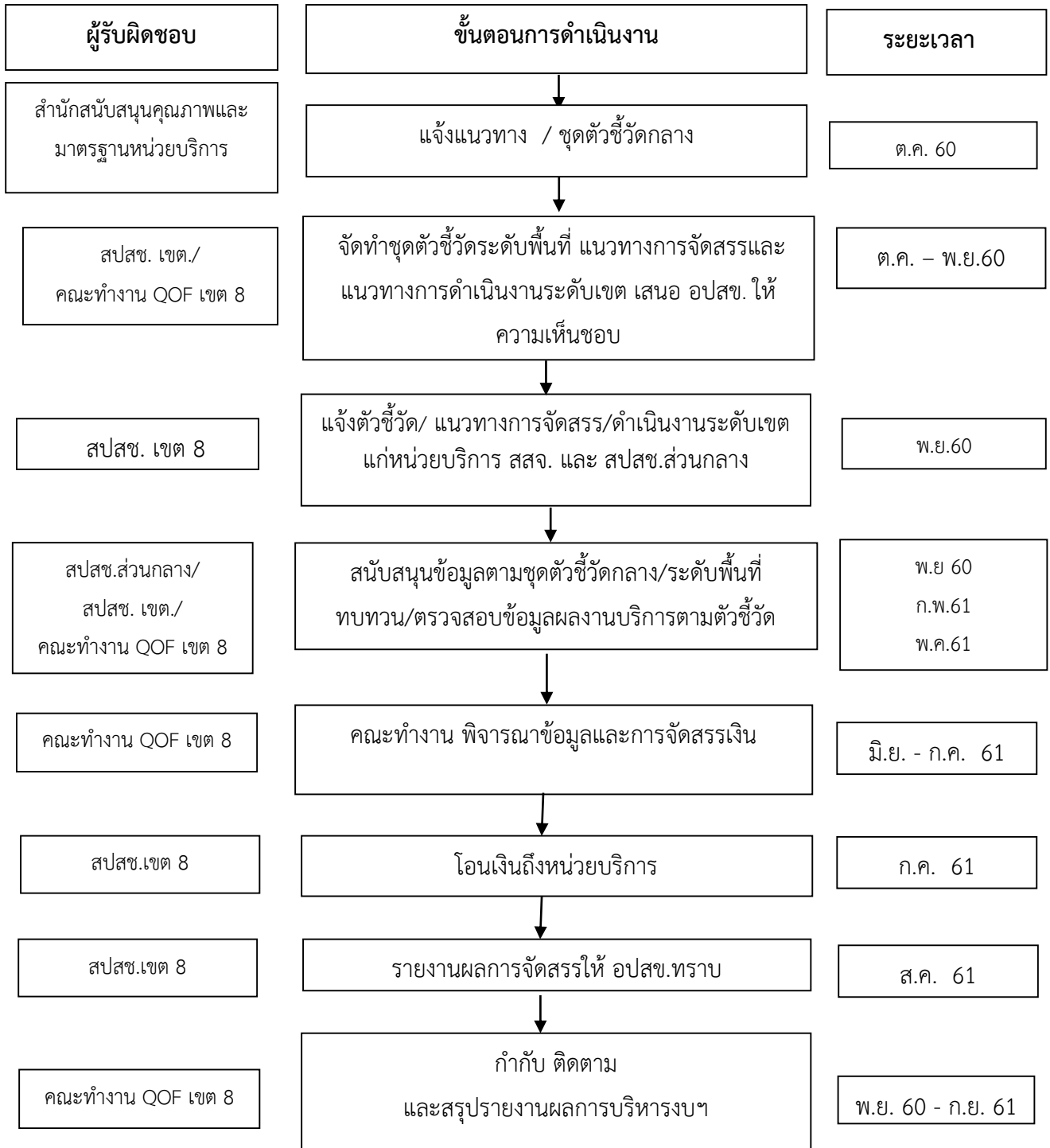
1. จัดให้มีคณะกรรมการหรือคณะทำงาน กำหนดตัวชี้วัดระดับพื้นที่ หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย แก่หน่วยบริการ เสนอ อปสช. เห็นชอบ โดยอาจใช้คณะกรรมการหรือคณะทำงานที่มีอยู่แล้วหรือจัดตั้งขึ้นใหม่โดย อปสช. ก็ได้
2. แจ้งรายการตัวชี้วัดระดับพื้นที่ หลักเกณฑ์ และแนวทางการจัดสรร ที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ให้แก่หน่วยบริการ, สปสช. ส่วนกลาง และผู้เกี่ยวข้องทราบ
3. ชี้แจงทำความเข้าใจการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ แก่หน่วยบริการและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับในพื้นที่
4. ติดตาม รวบรวม ตรวจสอบผลงานของหน่วยบริการ ตามแนวทางและหลักเกณฑ์ที่กำหนด
5. ประมวลผลข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนด
6. คำนวณ จัดสรร และโอนงบประมาณแก่หน่วยบริการ
7. ประเมิน วิเคราะห์ สรุปผลการประเมินคุณภาพบริการตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด
8. กำกับ ติดตาม คุณภาพการจัดบริการของหน่วยบริการ โดยอาจบูรณาการกับการกำกับติดตามงานอื่นในพื้นที่
9. แจ้งผลการประเมินคุณภาพบริการตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และคืนข้อมูลให้หน่วยบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อนำผลไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการ

9.3 หน่วยบริการประจำ

บทบาทหน้าที่

1. สนับสนุนและพัฒนาการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และจัดระบบบริการ รวมทั้งบูรณาการเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (Community Health) ภายในหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหรือสถานบริการในเครือข่าย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน
2. พิจารณาจัดสรรงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการแก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมที่มีอยู่

แผนภาพที่ 2 ผังการดำเนินงานงบทตามตัวชี้วัดคุณภาพและผลงานบริการ (Quality and Outcome Framework)
 สปสช.เขต 8 อุตรธานี ปีงบประมาณ 2561



ภาคผนวก
Template ตัวชี้วัด
สำหรับการจัดสรรงบประมาณ
ปี 2561

ชื่อตัวชี้วัด	1.ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพการคัดกรองโรคเบาหวานและการจัดการให้ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย
คำนิยาม	การคัดกรองโรคเบาหวาน หมายถึง การคัดกรองเบาหวานโดยวิธีตรวจน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (ตามแนวทางการรักษาโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557)
เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 78.27
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน
แหล่งข้อมูล	1) ฐานข้อมูลประชากร จากฐานทะเบียนราษฎร์ 2) ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต จากฐานทะเบียนราษฎร์ 3) ฐานข้อมูลประชากรและสิทธิ จากฐาน สปสช. 4) ฐานข้อมูล IP/OP e-claim จากแฟ้ม DIAGNOSIS พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 5) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 6) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม NCDScreen พิลด์ BSLEVEL และ พิลด์ BSTEST 7) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด ช่วง 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 (โดยตัดผู้ป่วยที่เคยเป็นเบาหวานก่อนหน้านั้นออก)
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	A1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตรับผิดชอบที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2485 ถึง 31 มีนาคม 2525 ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดย DATE_SERV อยู่ในช่วง 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 โดยนับจาก PID ที่ปรากฏใน NCDScreen พิลด์ BSTEST มีค่าเป็น 1,2,3,4 และBSLEVEL มีค่ามากกว่า 0 ทั้งนี้ต้องตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนวันคัดกรอง (DATE_SERV) รวมถึงรายที่มี PID error หรือ PID ที่เคยเป็นโรคเบาหวานจากฐานข้อมูล IP/OP e-claim แฟ้ม DIAGNOSIS พิลด์ DIAGCODE หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 ก่อนวันมีผลคัดกรองดังกล่าวออกจากการคำนวณ
รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนประชาชนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	B1= จำนวนประชาชนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2485 ถึง 31 มีนาคม 2525 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนวันที่ 1 เมษายน 2560 โดยตรวจสอบจาก IP/OP e-claim หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	= (A1/B1) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th นางสาววรรณภา สระทองหน สปสช.เขต 8 โทร.090-1975221 E-mail: wannanapa.s@nhso.go.th นางวรรณิตา เกตะวันดี สปสช.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 E-mail: wanthida.k@nhso.go.th
Baseline	เขต 8 อุดรธานี ปี 2559 =78.27 %

เกณฑ์การให้คะแนน	สปสช. เขต กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด โดยผ่านความเห็นชอบของคณะทำงาน และ สปสช. 78.27-80.76 = 1 คะแนน 80.77-83.26 = 2 คะแนน 83.27-85.76 = 3 คะแนน 85.77-88.26 = 4 คะแนน ≥ 88.27 = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงและการจัดการผู้มีภาวะเสี่ยงเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย
คำนิยาม	การคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึงการคัดกรองโดยการวัดความดันโลหิตในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ <u>ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงมาก่อน</u> (ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558)
เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 78.37
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74ปี ที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
แหล่งข้อมูล	1) ฐานข้อมูลประชากร จากฐานทะเบียนราษฎร์ 2) ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต จากฐานทะเบียนราษฎร์ 3) ฐานข้อมูลประชากรและสิทธิ จากฐาน สปสช. 4) ฐานข้อมูล IP/OP e-claim แฟ้ม DIAGNOSIS พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 5) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 6) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม NCDSCREEN พิลด์ SBP_1 และ พิลด์ DBP_1ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงใน ช่วง 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 โดยตัดผู้ที่เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนหน้าวันที่คัดกรองออก
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	A1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตรับผิดชอบที่เกิดในช่วง 1 ตุลาคม 2485 ถึง 31 มีนาคม 2525 ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต โดยนับจาก CID ที่ปรากฏในแฟ้ม NCDSCREEN โดยมีค่า SBP_1 >30 และ DBP_1 > 20 จาก และมี DATE_SERV อยู่ในช่วง 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 โดยตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนวันคัดกรอง รวมถึงรายที่มี PID error หรือ PID ที่เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล IP/OP e-claim แฟ้ม DIAGNOSIS หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัส I10-I15ก่อนวันมีผลคัดกรองดังกล่าวออกจากการคำนวณ
รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ณ วันประมวลผลที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนวันที่ 1 เมษายน 2560

ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	B1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดในช่วง 1 ตุลาคม 2485 ถึง 31 มีนาคม 2525 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อนวันที่ 1 เมษายน 2560 โดยตรวจสอบจากแฟ้ม CHRONIC ฟิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 ร่วมกับ ฐานข้อมูล IP/OP e-claim แฟ้ม DIAGNOSIS ฟิลด์ DIAGCODE และ ฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	= (A1/B1)X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th นางสาววรรณภา สระทองหน สปสข.เขต 8 โทร.090-1975221 E-mail: wannanapa.s@nhso.go.th นางวรรณธิดา เกตะวันดี สปสข.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 E-mail:wanthida.k@nhso.go.th
Baseline	เขต 8 อุดรธานี ปี 2560 =78.37 %
เกณฑ์การให้คะแนน	สปสข. เขต กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด โดยผ่านความเห็นชอบของคณะทำงาน และ อปสข. 78.37-80.86 = 1 คะแนน 80.87-83.36 = 2 คะแนน 83.37-85.86 = 3 คะแนน 85.87-88.36 = 4 คะแนน ≥ 88.37 = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	3. ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินการได้รับการดูแลก่อนคลอดภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงมีครรภ์คนไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
คำนิยาม	หญิงมีครรภ์คนไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ฝากครรภ์ครั้งแรกโดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน 12 สัปดาห์ ทั้งนี้ การฝากครรภ์ครั้งแรกประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง 2. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ความดันโลหิต 3. ตรวจร่างกายทั่วไป (ตรวจเสียงปอดและหัวใจ) 4. ตรวจปัสสาวะ (Multiple dipstick) เพื่อหา protein, sugar, asymptomatic bacteria 5. ตรวจภายใน (อาจเลื่อนไปตรวจในครั้งที่ 2 ของการฝากครรภ์) 6. ตรวจ Hemoglobin/Hematocrit/Osmolarity Fragility/DCIP (ทุกอายุครรภ์) และตรวจ VDRL, Anti HIV, blood group, Rh typing, HbsAg 7. ให้อาหาร Tetanus Toxoid ครั้งที่ 1 8. ให้ธาตุเหล็ก และ/หรือ โฟลิก และ Iodine 9. ให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อฉุกเฉิน
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงมีครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายในปีที่หน่วยบริการสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากแฟ้ม ANC (การฝากครรภ์ครั้งที่ 1 ใน ฟิลด์: ANCNO =1, อายุครรภ์ที่ ฟิลด์: GA)
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนหญิงมีครรภ์ทุกรายในหน่วยบริการที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ที่ได้รับบริการ ภายในวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	นับ PID จากแฟ้ม ANC (นับเฉพาะการฝากครรภ์ครั้งแรกของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น) โดยหญิงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกของครรภ์นั้นนับในช่วงที่ได้รับบริการภายในวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 (โดยตรวจสอบการฝากครรภ์ย้อนหลังไป 9 เดือนทุกรายของผู้รับบริการในช่วงที่กำหนด เพื่อตัดรายที่เคยมาในช่วง 9 เดือนย้อนหลังออกก่อน หากมี PID ซ้ำ ให้เลือก GRAVIDA ที่ไม่ซ้ำ) ให้นับเฉพาะวันที่บริการครั้งแรกใน min(DATE_SERV) และ min(GA) กรณีพบซ้ำให้เลือกหน่วยบริการแรกหน่วยบริการเดียว นับจำนวนคน จากเลขประจำตัว 13 หลัก ที่มี GA <=12 wks และตัด PID error
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงมีครรภ์สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ภายในวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 ในหน่วยบริการทั้งหมด
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	หญิงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกของครรภ์นี้ ในช่วงเวลาที่ได้รับการบริการภายในวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 (โดยตรวจสอบการฝากครรภ์ย้อนหลัง 9 เดือนทุกรายของผู้รับบริการในช่วงที่กำหนด เพื่อตัดรายที่เคยมาในช่วง 9 เดือนย้อนหลังออกก่อน) ให้นับเฉพาะวันที่บริการครั้งแรกใน min(DATE_SERV) และ min(GA) กรณีพบซ้ำให้เลือกหน่วยบริการแรกหน่วยบริการเดียว นับจำนวนคน จากเลขประจำตัว 13 หลัก ตัด CID error
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100

ชื่อตัวชี้วัด	3. ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวสาทร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th นางวรรณิตา เกตะวันดี สปสช.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 Email:wanthida.k@nhso.go.th
Baseline	สปสช.เขต 8 ปี 2560 = 60.30 % (43 แห่ง)
เกณฑ์การให้ คะแนน	สปสช. เขต กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด โดยผ่านความเห็นชอบของคณะทำงาน และ อปสช. 60.00- 62.49 = 1 คะแนน 62.50-64.99 = 2 คะแนน 65.00-67.49 = 3 คะแนน 67.50-69.99 = 4 คะแนน ≥ 70 = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	4. ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีอายุ 30-60 ปี
คำนิยาม	<p>กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สตรีสัญชาติไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีอายุ 30-60 ปี (เกิดในช่วง 1 เมษายน 2500 ถึง 31 มีนาคม 2530) และได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในช่วง 1 เมษายน 2556 - 31 มีนาคม 2561 ในเซตรับผิดชอบ</p> <p>การตรวจปากมดลูก หมายถึง การตรวจทั้งโดยวิธี Pap Smear และ VIA</p> <p>Pap Smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา</p> <p>VIA (Visual Inspection with Acetic acid) หมายถึง วิธีคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้ น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูก ทิ้งไว้ 1 นาที น้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาวขอบเขตชัดเจน และตำแหน่งแน่นอน สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็ง แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษาอาจกลายเป็นมะเร็งได้ซึ่งเหมาะสำหรับในการคัดกรองสำหรับสตรีอายุ 30-45ปี</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55.75
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 30-60 ปี
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) ฐานข้อมูลจาก Pap Registry 2) ข้อมูล 21/43 แพ้ม (แพ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัส Z014 หรือ Z124) 3) SPECIAL PP รหัส 1B30 หรือ 1B40 หรือ 1B004 4) ฐานข้อมูลประชากรไทยทุกสิทธิ
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนสตรีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสม ตั้งแต่ 1 เมษายน 2556 - 31 มีนาคม 2561 จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	จำนวนหญิงไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2500 ถึง 31 มีนาคม 2530) ในแต่ละหน่วยลงทะเบียนที่มี PID ปรากฏในฐาน Pap screening ร่วมกับ PID ที่อยู่ในแพ้ม SPECIAL PP รหัส 1B30 หรือ 1B40 หรือ 1B004 และ PID ที่อยู่ใน DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัส DIAGCODE = Z014, Z124 ตั้งแต่ปี 1 เมษายน 2556- 31 มีนาคม 2561 แล้วนำมาเจนนับรวมกันโดยตัด PID ที่ซ้ำของ 3 ฐานออก แล้วตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนการคัดกรอง รวมทั้ง PID error ทั้งหมด ก่อนจำแนกตามหน่วยลงทะเบียน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงไทย สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2500 ถึง 30 มีนาคม 2530 จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	จำนวนหญิงไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2500 ถึง 30 มีนาคม 2530 ในแต่ละหน่วยลงทะเบียน
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง

<p>ผู้ประสานกรงาน ตัวชี้วัด</p>	<p>นางสาวสาหร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th นางวรรณิดา เกตะวันดี สปสช.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 Email:wanthida.k@nhso.go.th</p>
<p>Baseline</p>	<p>1) NSO survey 2552=62% 2) ผลการสำรวจของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล ปี 2556 = 67.3% 3) ผลการนิเทศ กสธ. ปี 2556= 68.04% 4) OPPP individual QOF 2557=31.46% ,2558= 27.71 % 5) ผลการสำรวจ BRFSS 2558 =69% สปสช.เขต 8 ปี 2560 =55.75 %</p>
<p>เกณฑ์การให้คะแนน</p>	<p>สปสช. เขต กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด โดยผ่านความเห็นชอบของคณะทำงาน และ อปสช. 55.75 – 57.99 = 1 คะแนน 58.00 – 60.24 = 2 คะแนน 60.25 - 62.49 = 3 คะแนน 62.50 - 64.74 = 4 คะแนน ≥ 64.75 = 5 คะแนน</p>

ชื่อตัวชี้วัด	<p>5 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก</p> <p>5.1 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)</p> <p>5.2 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)</p>										
ตัวชี้วัดย่อยที่ 5.1	<p>5.1 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อลดการเข้ายาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน</p> <p>คำนิยาม</p> <p>1) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน Acute Diarrhea (AD) หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวกว่าปกติ >3 ครั้งต่อวัน โดยมีอาการไม่นานกว่า 2 สัปดาห์ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอาจเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค เชื้อโรค และสาเหตุอื่นๆ ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันส่วนมากไม่จำเป็นต้องเข้ายาปฏิชีวนะในการรักษา ระบุโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด ดังนี้ "A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 "</p> <p>2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC O1</p> <p>3) ประเด็นการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างไม่รับผิดชอบใน Acute Diarrhea :ผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่รับบริการที่ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 90 (อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะโดยเฉลี่ยในโรงพยาบาลร้อยละ 50) ทั้งๆ ที่หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่าโรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ต้องการยาปฏิชีวนะน้อยกว่าร้อยละ 5 และการเข้ายาปฏิชีวนะกลุ่ม fluoroquinolones รักษาโรคกลุ่มนี้โดยไม่จำเป็น ชักนำไปเกิดการดื้อยาในกลุ่ม fluoroquinolones และยากลุ่มอื่นด้วย (เช่น ยากลุ่ม cephalosporins)</p>										
	<p>เกณฑ์เป้าหมาย/เกณฑ์การให้คะแนน</p> <p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้การประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการนำส่งในระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual Data) โดยมีเกณฑ์การประเมิน และเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ</p> <table border="1" data-bbox="470 1200 1380 1442"> <thead> <tr> <th>ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 20</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>20.01-30.00</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>30.01 -40.00</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>> 40.00</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน	≤ 20	5	20.01-30.00	3	30.01 -40.00	1	> 40.00	0
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน										
≤ 20	5										
20.01-30.00	3										
30.01 -40.00	1										
> 40.00	0										
	<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ผู้ป่วยทุกสิทธิ ในความรับผิดชอบของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (CUP)</p> <p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p> <p>หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP Individual Data</p> <p>แหล่งข้อมูล</p> <p>ฐานข้อมูล OP/PP Individual Data ของ สปสช.</p> <p>รายการข้อมูล 1</p> <p>A: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</p> <p>เงื่อนไขรายการข้อมูล 1</p>										

	<p>นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ตามรหัส ICD10 และ มีการให้ยาปฏิชีวนะ "A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 "</p>																																																																																																
	<p>รายการข้อมูล 2 B: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งหมด</p>																																																																																																
	<p>เงื่อนไขรายการข้อมูล 2 นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ตามรหัส ICD10 "A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 "</p>																																																																																																
	<p>สูตรการคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 5.1 (A/B) × 100</p>																																																																																																
	<p>ระยะเวลาประเมินผล รอบ 12 เดือน (เช่น 1 เมษายน 60 – 31 มีนาคม 61)</p>																																																																																																
	<p>Baseline Data</p> <table border="1" data-bbox="347 891 1377 1503"> <thead> <tr> <th rowspan="3">ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th> <th colspan="6">จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ</th> </tr> <tr> <th colspan="6">จำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP_AD)</th> </tr> <tr> <th>2555</th> <th>2556</th> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td> <td>12</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 10-20</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>13</td> <td>24</td> <td>33</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 20-30</td> <td>41</td> <td>38</td> <td>73</td> <td>114</td> <td>139</td> <td>196</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 30-40</td> <td>98</td> <td>109</td> <td>163</td> <td>213</td> <td>258</td> <td>307</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 40-50</td> <td>183</td> <td>181</td> <td>211</td> <td>240</td> <td>253</td> <td>241</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 50-60</td> <td>229</td> <td>257</td> <td>252</td> <td>232</td> <td>201</td> <td>128</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 60-70</td> <td>253</td> <td>237</td> <td>165</td> <td>112</td> <td>90</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 70-80</td> <td>116</td> <td>122</td> <td>95</td> <td>61</td> <td>44</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80-90</td> <td>38</td> <td>35</td> <td>35</td> <td>24</td> <td>14</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90-100</td> <td>19</td> <td>16</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>6</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Grand Total</td> <td>1004</td> <td>1019</td> <td>1025</td> <td>1036</td> <td>1043</td> <td>1042</td> </tr> </tbody> </table>	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ						จำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP_AD)						2555	2556	2557	2558	2559	2560	น้อยกว่าร้อยละ 10	12	9	10	8	5	10	ร้อยละ 10-20	15	15	13	24	33	66	ร้อยละ 20-30	41	38	73	114	139	196	ร้อยละ 30-40	98	109	163	213	258	307	ร้อยละ 40-50	183	181	211	240	253	241	ร้อยละ 50-60	229	257	252	232	201	128	ร้อยละ 60-70	253	237	165	112	90	63	ร้อยละ 70-80	116	122	95	61	44	22	ร้อยละ 80-90	38	35	35	24	14	5	ร้อยละ 90-100	19	16	8	8	6	4	Grand Total	1004	1019	1025	1036	1043	1042
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ																																																																																																
	จำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP_AD)																																																																																																
	2555	2556	2557	2558	2559	2560																																																																																											
น้อยกว่าร้อยละ 10	12	9	10	8	5	10																																																																																											
ร้อยละ 10-20	15	15	13	24	33	66																																																																																											
ร้อยละ 20-30	41	38	73	114	139	196																																																																																											
ร้อยละ 30-40	98	109	163	213	258	307																																																																																											
ร้อยละ 40-50	183	181	211	240	253	241																																																																																											
ร้อยละ 50-60	229	257	252	232	201	128																																																																																											
ร้อยละ 60-70	253	237	165	112	90	63																																																																																											
ร้อยละ 70-80	116	122	95	61	44	22																																																																																											
ร้อยละ 80-90	38	35	35	24	14	5																																																																																											
ร้อยละ 90-100	19	16	8	8	6	4																																																																																											
Grand Total	1004	1019	1025	1036	1043	1042																																																																																											

ตัวชี้วัดย่อย ที่ 5.2	<p>5.2 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection :RI)</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ Respiratory Infection (RI)</p>										
	<p>คำนิยาม</p> <p>1) Respiratory Infection (RI) หมายถึง โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน(upper respiratory tract infections, URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน(acute bronchitis) ในผู้ป่วยนอก ซึ่งโรคเหล่านี้ส่วนมากไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคหวัด ไข้หวัดใหญ่ คอหอยอักเสบ/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ระบุโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด ดังนี้</p> <p>" B053,J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"</p> <p>2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC O1</p> <p>3) ประเด็นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่รับผิดชอบใน Respiratory Infection : ผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่รับบริการที่ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 90 (อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะเฉลี่ยของโรงพยาบาลร้อยละ 60) ทั้งๆ ที่หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่าโรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียน้อยกว่าร้อยละ 10 และการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคดังกล่าวที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียไม่มีประโยชน์ ทำให้เกิดโทษจากผลข้างเคียงของยา ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา และเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น</p>										
	<p>เกณฑ์เป้าหมาย/เกณฑ์การให้คะแนน</p> <p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้การประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการนำส่งในระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual Data) โดยมีเกณฑ์การประเมิน และเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ</p> <table border="1" data-bbox="470 1317 1380 1547"> <thead> <tr> <th>ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 20</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>20.01-30.00</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>30.01 -40.00</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>> 40.00</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน	≤ 20	5	20.01-30.00	3	30.01 -40.00	1	> 40.00	0
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน										
≤ 20	5										
20.01-30.00	3										
30.01 -40.00	1										
> 40.00	0										
	<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยทุกสิทธิ ในความรับผิดชอบของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (CUP)</p> <p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP Individual Data</p> <p>แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูล OP/PP Individual Data ของ สปสช.</p>										

	รายการข้อมูล 1 A: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ																																																																																																
	เงื่อนไขรายการข้อมูล 1 นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ตามรหัส ICD10 และ มีการให้ยาปฏิชีวนะ " B053,J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"																																																																																																
	รายการข้อมูล 2 B: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน																																																																																																
	เงื่อนไขรายการข้อมูล 2 นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ตามรหัส ICD10 " B053,J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"																																																																																																
	สูตรการคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 5.2 (A/B)x100																																																																																																
	ระยะเวลาประเมินผล รอบ 12 เดือน (เช่น 1 เมษายน 60 – 31 มีนาคม 61)																																																																																																
	Baseline Data <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="3">ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th> <th colspan="6">จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ</th> </tr> <tr> <th colspan="6">จำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP_RI)</th> </tr> <tr> <th>2555</th> <th>2556</th> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>6</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 10-20</td> <td>26</td> <td>21</td> <td>31</td> <td>61</td> <td>86</td> <td>138</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 20-30</td> <td>77</td> <td>88</td> <td>157</td> <td>202</td> <td>226</td> <td>308</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 30-40</td> <td>218</td> <td>226</td> <td>283</td> <td>292</td> <td>315</td> <td>310</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 40-50</td> <td>292</td> <td>302</td> <td>293</td> <td>270</td> <td>245</td> <td>191</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 50-60</td> <td>250</td> <td>241</td> <td>157</td> <td>133</td> <td>103</td> <td>57</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 60-70</td> <td>85</td> <td>88</td> <td>59</td> <td>34</td> <td>34</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 70-80</td> <td>35</td> <td>31</td> <td>26</td> <td>31</td> <td>24</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80-90</td> <td>13</td> <td>12</td> <td>9</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90-100</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Grand Total</td> <td>1004</td> <td>1019</td> <td>1025</td> <td>1036</td> <td>1043</td> <td>1042</td> </tr> </tbody> </table>	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ						จำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP_RI)						2555	2556	2557	2558	2559	2560	น้อยกว่าร้อยละ 10	7	8	6	4	2	5	ร้อยละ 10-20	26	21	31	61	86	138	ร้อยละ 20-30	77	88	157	202	226	308	ร้อยละ 30-40	218	226	283	292	315	310	ร้อยละ 40-50	292	302	293	270	245	191	ร้อยละ 50-60	250	241	157	133	103	57	ร้อยละ 60-70	85	88	59	34	34	18	ร้อยละ 70-80	35	31	26	31	24	11	ร้อยละ 80-90	13	12	9	7	6	3	ร้อยละ 90-100	1	2	4	2	2	1	Grand Total	1004	1019	1025	1036	1043	1042
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ																																																																																																
	จำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP_RI)																																																																																																
	2555	2556	2557	2558	2559	2560																																																																																											
น้อยกว่าร้อยละ 10	7	8	6	4	2	5																																																																																											
ร้อยละ 10-20	26	21	31	61	86	138																																																																																											
ร้อยละ 20-30	77	88	157	202	226	308																																																																																											
ร้อยละ 30-40	218	226	283	292	315	310																																																																																											
ร้อยละ 40-50	292	302	293	270	245	191																																																																																											
ร้อยละ 50-60	250	241	157	133	103	57																																																																																											
ร้อยละ 60-70	85	88	59	34	34	18																																																																																											
ร้อยละ 70-80	35	31	26	31	24	11																																																																																											
ร้อยละ 80-90	13	12	9	7	6	3																																																																																											
ร้อยละ 90-100	1	2	4	2	2	1																																																																																											
Grand Total	1004	1019	1025	1036	1043	1042																																																																																											
ผู้ประสานงาน การงาน ตัวชี้วัด	นายไตรเทพ ฟองทอง สำนักสนับสนุนบริการยาและเวชภัณฑ์ โทร 085-487-5037 mail :traithep.f@nhso.go.th																																																																																																

ชื่อตัวชี้วัด	6. การลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)
วัตถุประสงค์	การติดตามและประเมินสมรรถนะการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
ค่านิยาม	ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) การคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลด้วย ACSC อ้างอิงจาก การศึกษาของสุพล ลิ้มวัฒนานนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการ ผู้ป่วยนอก ซึ่งใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยหลักโดยใช้รหัส ICD-10 ดังต่อไปนี้ 1. ลมชัก (epilepsy) : G40 และ G41 2. ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD): J41-J44 และ J47 รวมทั้ง J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22 ที่มีการวินิจฉัยรอง เป็น J44 3. หืด (asthma): J45 และ J46 4. เบาหวาน (diabetes): E10.0, E10.1, E10.6, E10.9, E11.0, E11.1, E11.6, E11.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6 และ E14.9 5. ความดันโลหิตสูง (HT): I10 และ I11 โดยไม่มีการให้เหตุผลการดังต่อไปนี้ 33.6, 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94 และ 37.98
เกณฑ์ เป้าหมาย	ค่าเป้าหมายภาพรวมประเทศ ลดลง ไม่น้อยกว่า 6.58 ต่อแสนประชากร
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย ACSC ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) สิทธิ UC ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน ผ่านโปรแกรม e-Claim
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP e Claim
รายการข้อมูล 1	A: จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยสิทธิ UC อายุ 15-74 ปี ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) เข้ารักษาใน โรงพยาบาลในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) ตามค่านิยาม A1 = ข้อมูล A ระหว่าง เม.ย.59 – มี.ค.60 A2 = ข้อมูล A ระหว่าง เม.ย.60 – มี.ค.61
เงื่อนไข รายการข้อมูล 1	A: นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยสิทธิ UC อายุ 15-74 ปี ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) ที่รับไว้ รักษาเป็นผู้ป่วยใน (IP) ด้วยโรค (pdx) ดังนี้ 1. ลมชัก (epilepsy): G40 และ G41 2. ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD): J41-J44 และ J47 รวมทั้ง J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22 ที่มีการ วินิจฉัยรองเป็น J44 3. หืด (asthma): J45 และ J46 4. เบาหวาน (diabetes): E10.0, E10.1, E10.6, E10.9, E11.0, E11.1, E11.6, E11.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6 และ E14.9 5. ความดันโลหิตสูง (HT): I10 และ I11 โดยไม่มีการให้เหตุผลการดังต่อไปนี้ 33.6, 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94 และ 37.98

	จากฐาน IP e-claim (โดยแสดงผลจำนวนครั้งเป็นรายกลุ่มโรค แต่การคิดอัตราใช้จ่ายรวมทั้ง 5 กลุ่มโรค) A1 = ข้อมูล A ระหว่าง เม.ย.59 - มี.ค.60 A2 = ข้อมูล A ระหว่าง เม.ย.60 - มี.ค.61
รายการข้อมูล 2	B1: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำ ณ 30 ก.ย.59 B2: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำ ณ 30 ก.ย.60
เงื่อนไข รายการข้อมูล 2	B1: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำที่รับลงทะเบียน (Hmain_op) โดยใช้ ประชากร ณ 30 ก.ย.59 B2: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำที่รับลงทะเบียน (Hmain_op) โดยใช้ ประชากร ณ 30 ก.ย.60
สูตรการ คำนวณ ตัวชี้วัด	X1 = อัตราการนอนรพ.ด้วย ACSC ต่อแสนประชากร 1 เม.ย.59 - มี.ค.60 = $(A1/B1) \times 100,000$ X2 = อัตราการนอนรพ.ด้วย ACSC ต่อแสนประชากร 1 เม.ย.60 - มี.ค.61 = $(A2/B2) \times 100,000$ Y = อัตราลดลง = X2-X1
ระยะเวลา ประเมินผล	2 ครั้ง (แบบสะสม)
ผู้ประสานการ งานตัวชี้วัด	นางบำรุง ชลอคเชช สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ โทร 084-439-0137 mail: bumrung.c@nhso.go.th นางสาววรรณภา สระทองหน สปสช.เขต 8 โทร.090-1975221 E-mail: wannanapa.s@nhso.go.th นางวรรณธิดา เกตะวันดี สปสช.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 E-mail: wanthida.k@nhso.go.th
Base Line	เขต 8 อุดรธานี ไตรมาส 1-2 ปี 59 อัตรา 319.53 ต่อแสน ปชก. ,ไตรมาส 1-2 ปี 60 อัตรา 309.68 ต่อแสน ปชก. อัตราลดลง 9.9
เกณฑ์การให้ คะแนน	สปสช. เขต สามารถกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดได้ตามความเหมาะสมของบริบทพื้นที่ โดยผ่านความ เห็นชอบของคณะทำงาน หรืออปสช. ลดลง 6.59 – 6.79 = 1 คะแนน ลดลง 6.80 – 7.00 = 2 คะแนน ลดลง 7.01 – 7.21 = 3 คะแนน ลดลง 7.22 - 7.42 = 4 คะแนน ลดลง ≥ 7.43 = 5 คะแนน

ตัวชี้วัด	7. อัตราการเปลี่ยนแปลงระยะของ CKD จากระยะ 3b สู่ระยะที่ 4
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ระบบการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอการเสื่อมของไต
คำนิยาม	การเปลี่ยนแปลงระยะของ CKD ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงจากระยะ 3b สู่ระยะที่ 4 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมีระยะ CKD ในรอบปีที่ผ่านมา มีค่า eGFR (Estimated Glomerular Filtration Rate) ครั้งสุดท้ายเท่ากับ 30-44 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ² และเมื่อได้รับการตรวจ Creatinine เพื่อประเมินค่า eGFR ในรอบระยะเวลาเดือนเมษายน 2560 – มีนาคม 2561 มีค่า eGFR เปลี่ยนแปลงลดลงเท่ากับ 15 - 29 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ² ***ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น ((E10*, E11*, E12*, E13*, E14*) – (E102, E107, E117, E137, E147, E112, E122, E132, E142)) และ/หรือ มีรหัสโรคเป็น (I1* - (I12*, I13*, I151)) และมีรหัสโรค N181-N189 (N189 ที่ไม่มี eGFR หรือมี eGFR >=15)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 14
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีระยะ CKD ทั้งหมด
วิธีการเก็บข้อมูล	สถานบริการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	รายงาน 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล1	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีการเปลี่ยนแปลงของระยะ CKD คือ ค่า eGFR จากระยะ 3b สู่ระยะที่ 4
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีระยะ CKD ค่า eGFR อยู่ในระยะ 3b ช่วงเดือนเมษายน 2559 – มีนาคม 2560 ทั้งหมด
สูตรในการคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาสที่ 3,4 ปีงบประมาณ 2560 และ 1,2 ของปีงบประมาณ 2561 (1 เมษายน 2560 – 31 มีนาคม 2561)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาววรรณภา สระทองทน สปสช.เขต 8 โทร.090-1975221 E-mail: wannanapa.s@nhso.go.th นางวรรณธิดา เกตewanดี สปสช.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 E-mail:wanthida.k@nhso.go.th
Baseline	ข้อมูลเขต 8 ปี 2560 = 15.01
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	13.01 - 14.00 = 1 คะแนน 12.01 - 13.00 = 2 คะแนน 11.01 - 12.00 = 3 คะแนน 10.01 - 11.00 = 4 คะแนน ≤ 10.00 = 5 คะแนน

ตัวชี้วัด	8. ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์
คำนิยาม	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการ จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองหรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้านเพื่อช่วยในการดำรงชีวิต เช่น การให้อาหารทางสายยาง ใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL Barthels Index = 0 – 4 คะแนน) ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ที่บ้าน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีค่าคะแนน Palliative performance scale version2 (PPSV2) อยู่ในช่วง 10 -30% การเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ หมายถึง ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือค้นพบในชุมชนและมีการตอบกลับข้อมูลผลการเยี่ยมภายใน 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือค้นพบในชุมชน
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 85
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานตัวชี้วัดในฐานะข้อมูล Long Term Care
แหล่งข้อมูล	Data center LTC ระดับจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนได้รับการติดตามเยี่ยมภายใน 2 สัปดาห์และตอบกลับผลการเยี่ยมภายใน 1 เดือน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนทั้งหมด
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาสที่ 3,4 ปีงบประมาณ 2560 และ 1,2 ของปีงบประมาณ 2561 (1 เมษายน 2560 – 31 มีนาคม 2561)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางวรรณิดา เกตะวันดี สปสช.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 E-mail:wanthida.k@nhso.go.th
Baseline	เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2560 ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์=93.50 %
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	85.00 – 87.99 = 1 คะแนน 88.00 - 90.99 = 2 คะแนน 91.00 - 93.99 = 3 คะแนน 94.00 - 96.99 = 4 คะแนน ≥ 97.00 = 5 คะแนน

ตัวชี้วัด	ร้อยละทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
คำนิยาม	ทารกแรกเกิดมีชีพที่คลอดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยนับเฉพาะทารกที่เกิดมีชีพที่หน่วยบริการในช่วงเวลา ตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 ซึ่งมีข้อมูลตามที่กำหนด คือ <ol style="list-style-type: none"> มารดาตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป มีประวัติฝากครรภ์ที่หน่วยบริการอย่างน้อย 1 ครั้ง
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 7
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กแรกเกิดมีชีพทุกรายที่คลอดในหน่วยบริการ (นับจากวันคลอด) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	1.ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 2.โปรแกรม cockpit ข้อมูล QOF
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในช่วงเวลาที่กำหนด ตามเกณฑ์ที่กำหนด
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	ทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เฉพาะ type 1 และ type 3 ตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1.มารดาตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป 2. มีประวัติฝากครรภ์ที่หน่วยบริการอย่างน้อย 1 ครั้ง
รายการข้อมูลที่ 2	B=ทารกที่เกิดมีชีพที่คลอดทั้งหมด ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก ตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 ตามเกณฑ์ที่กำหนด
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	จำนวนเด็กเกิดมีชีพที่คลอดทั้งหมด ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก ในเวลาเดียวกัน เฉพาะ type 1 และ type 3 ตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 นับเฉพาะทารกแรกเกิดที่มารดามีข้อมูลตามตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1.มารดาตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป 2. มีประวัติฝากครรภ์ที่หน่วยบริการอย่างน้อย 1 ครั้ง
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมินผล	1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐานผลการ ดำเนินงานที่ผ่านมา	2558	2559	2560
	8.6	7.7	5.69
เกณฑ์การให้คะแนน	6.80 - 7.00 = 1 คะแนน 6.59 - 6.79 = 2 คะแนน 6.38 - 6.58 = 3 คะแนน 6.17 - 6.37 = 4 คะแนน ≤ 6.16 = 5 คะแนน		
วิธีการประเมิน	ประเมินจากโปรแกรม cockpit ข้อมูล QOF		
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสันติสุข ไชยมงคล กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โทร.081 3202137 E-mail : santisuk2509@gmail.com นางวรรณิตา เกตะวันดี สปสช.เขต 8 โทร.: 08 4751 2471 E-mail:wanthida.k@nhso.go.th		