



คู่มือแนวทางการบริหาร
ค่าบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ
(Quality and Outcome Framework: QOF)
ปีงบประมาณ 2559

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต 10 อุบลราชธานี

คำนำ

การสร้างความเข้มแข็งแก่ระบบบริการสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ซึ่งมีองค์ประกอบหลักในการสร้างความเข้มแข็ง 6 ส่วน (6 Building Blocks of Health System) ได้แก่ การออกแบบและสร้างความเข้มแข็งระบบบริการและส่งมอบบริการ (Service Delivery) การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งเชิงปริมาณและความรู้ทักษะและความสามารถของบุคลากร (Health Workforce) การจัดการและใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อสุขภาพอย่างเป็นระบบ (Health Information System) การจัดการกลไกทางการเงินเพื่อให้เอื้อต่อการปกป้องประชาชนถ้วนหน้าไม่ประสบความยากลำบาก มีความเสี่ยงทางการเงิน ทางสังคมอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพ และส่งเสริมให้มีบริการ ที่ครอบคลุม เข้าถึงได้ง่าย ให้บริการอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย (Financing) และการสร้างภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลแก่ระบบบริการสาธารณสุขทั้งระบบ (Leadership / Governance)

ในประเทศไทย ได้มีการจัดการเพื่อสร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิ และระบบบริการสาธารณสุข โดยรวม ผ่าน 6 Building Blocks of Health System ในรูปธรรมหลายประการ เช่น เขตบริการสุขภาพ 13 เขต การมีแผนบริการสุขภาพ (Service Plan) การจัดให้มีคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพระดับพื้นที่ การส่งเสริมให้มีระบบอำเภอสุขภาพ (District Health System) และการจัดการกลไกทางการเงิน (Financing) เป็นกลไกที่สำคัญหนึ่งในการสร้างระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็งและที่ระบุอยู่ในยุทธศาสตร์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 ด้วยกรอบแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีประเด็นสำคัญ คือ กำหนดหน่วยพันธสัญญาหลัก (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขตที่วัดตามหลักเกณฑ์ความสำคัญในการให้บริการประชาชนแบบเบ็ดเสร็จ ตั้งแต่บริการปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ การจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการในพื้นที่มีการจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายขั้นต้นให้สามารถบริการในสถานการณ์ทั่วไปไว้ก่อน และมีส่วนที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้หน่วยบริการโดยเฉพาะหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการ ปฐมภูมิจัดบริการปฐมภูมิ ที่มีคุณภาพและประชาชนถึงบริการได้อย่างครอบคลุม

ระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ผลงานและคุณภาพบริการ (Quality and Outcome Framework: QOF) เป็นการใช้จ่ายเงินซื้อบริการปฐมภูมิที่เชื่อมคุณภาพบริการ กับ ค่าแรงจูงใจเสริม (On top pay for performance) ด้วยการวัดคุณภาพออกมาเป็นคะแนน เป็นการประสานงานของบริการสุขภาพระดับพื้นที่ที่มาใช้พัฒนาคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมทางสุขภาพ มีความมุ่งหมายหลักให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการปฐมภูมิไปสู่การยกระดับความเข้มแข็งต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบ เพื่อให้ระบบสามารถเป็นที่พึ่งประชาชนได้มากที่สุด ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีดำเนินงานจ่ายตามเกณฑ์ผลงานและคุณภาพบริการ (Quality and Outcome Framework: QOF) มาตั้งแต่ปี 2557 และในปี 2558-2559 ได้มีความร่วมมือกับมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจาก National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ประเทศอังกฤษ รวมทั้งหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ศึกษาและพัฒนาตัวชี้วัดตามเกณฑ์ผลงานและคุณภาพบริการปฐมภูมิ โดยทบทวนตัวชี้วัด QOF ศึกษาประเด็นทางสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการ การพัฒนาตัวชี้วัด การทดสอบตัวชี้วัดภาคสนาม และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับกาออกแบบการบริหารจัดการงบQOF ในระยะต่อไป

นายแพทย์จักรกริช ใจศิริ

ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| คำนำ | 2 |
| สารบัญ | 3 |
| แนวทางการบริหารค่าบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ปี 2559 | 4 |
| 1 เป้าประสงค์ | 4 |
| 2 วัตถุประสงค์ | 4 |
| 3 หน่วยบริการเป้าหมาย | 4 |
| 4 กลวิธี | 4 |
| 5 กรอบการบริหารจัดการการจ่ายค่าใช้จ่าย | 5 |
| 6 เกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ | 6 |
| 7.สรุปแนวทางการบริหารค่าบริการที่จ่ายตามเกณฑ์ QOF ปี 2559 สปสช.เขต 10 อุบลราชธานี | 8 |
| 8 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | 10 |
| ภาคผนวก : Template ตัวชี้วัด QOF ปี 2559 สปสช.เขต 10 อุบลราชธานี | 13 |

แนวทางการบริหารค่าบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ปี 2559

การบริการปฐมภูมิเป็นเป้าหมายสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการปกป้องความเป็นธรรมในด้านสุขภาพ ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน และเพิ่มผลิตภาพของประชาชน และในการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559 ยังคงมีหลักการสำคัญ ที่ให้หน่วยบริการประจำและระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ต้องสนับสนุนส่งเสริมหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการให้มีศักยภาพในการจัดบริการสาธารณสุข โดยจัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปจำนวนไม่น้อยกว่า 37.00 บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นค่าบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ และบูรณาการกับงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวนไม่น้อยกว่า 20 บาทต่อประชากรทุกสิทธิมาบริหารจัดการจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) เพื่อจ่ายให้กับหน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้บริการระดับปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความเห็นชอบของ อปสข

1. เป้าประสงค์

ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นอย่างทั่วถึง เป็นธรรมและมีคุณภาพได้ตามมาตรฐาน

2. วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นและเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นที่แรก
- 2) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพทั้งที่หน่วยบริการและการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีทีมหมอครอบครัวดูแลอย่างครอบคลุม สามารถปรึกษาและประสานการส่งต่อกลับให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 3) เพื่อเสริมความเข้มแข็งระบบสุขภาพระดับอำเภอ และระบบสุขภาพชุมชน

3. หน่วยบริการเป้าหมาย

หน่วยบริการประจำ รวมทั้งหน่วยบริการ /สถานบริการที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ ทั้งในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ที่มีศักยภาพตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิที่ สบส. กำหนด ทั้งนี้ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน หรือเป็นคู่สัญญาให้บริการปฐมภูมิกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และภายใต้ความเห็นชอบของอปสข

4. กลวิธี

- 1) ใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับเขตสุขภาพเพื่อกระตุ้นการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ให้เข้มแข็ง โดยส่งเสริมสนับสนุนให้มีทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชนอย่างครอบคลุม
- 2) ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ ภาคประชาสังคม และหน่วยงานภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการกระจาย และพัฒนากำลังคนในบริการปฐมภูมิ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดการด้านยา วัคซีน การชันสูตรโรค และเทคโนโลยีการแพทย์
- 3) ใช้กลไกการเงินสนับสนุนตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF)

4) บูรณาการการบริหารงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ระดับเขต เพื่อให้เกิดความครบถ้วนสมบูรณ์ของการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับแผนความต้องการด้านสุขภาพ (Health Needs Assessment) ในแต่ละพื้นที่

5) เสริมบทบาทความร่วมมือกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนโดยเฉพาะระบบการดูแลผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง

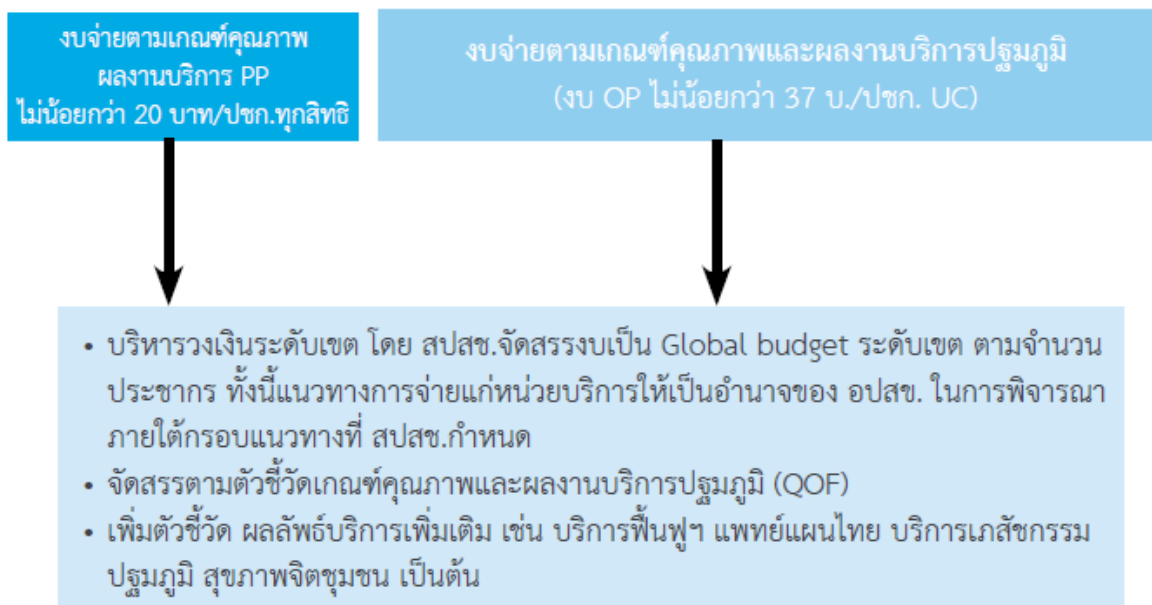
6) กระจายอำนาจการตัดสินใจในเป้าหมายของยุทธศาสตร์ ที่จำเป็นต่อปัญหา Health Need Assessment และ Service Plan ของแต่ละเขต

7) สนับสนุนภาคส่วนต่างๆ เช่น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เอกชน กิจการเพื่อสังคม (Social Enterprise) เข้าร่วมจัดบริการสาธารณสุข

5. กรอบการบริหารจัดการ การจ่ายค่าใช้จ่าย

1) งบเพื่อการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ บริหารแบบ Global budget ระดับเขต มาจาก 2 รายการ ได้แก่ 1) จำนวนไม่น้อยกว่า 37 บาทต่อผู้มีสิทธิ จาก Global budget ระดับเขตของงบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปตามความเห็นชอบของ อปสข. และ 2) จำนวนไม่น้อยกว่า 20 บาทต่อประชากรไทยทุกสิทธิจาก Global budget ระดับเขตของงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามความเห็นชอบของ อปสข. โดยจ่ายให้กับหน่วยบริการประจำ รวมทั้งหน่วยบริการ / สถานบริการที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ ทั้งในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน มีกรอบการบริหารการจ่าย ดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบการบริหารงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลผลิตบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2559



2) การจ่ายให้หน่วยบริการ

2.1) สปสข.เขตนำผลงานตามคะแนนตัวชี้วัดของ หน่วยบริการประจำ รวมทั้งหน่วยบริการ / สถานบริการที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ ทั้งหมดภายในเขต มาคำนวณคะแนนและคำนวณจ่ายตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายที่ผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

2.2) หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการ หรือสถานบริการสามารถนำงบที่ได้รับไปใช้เพื่อดำเนินการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มาตรฐานตามแนวคิดการพัฒนาตัวชี้วัด QOF และหรือดำเนินการให้เกิดการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพในพื้นที่และหรือกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบภายใต้ระเบียบทางการเงินของหน่วยบริการ/สถานบริการนั้นๆ และสามารถนำงบนี้ไปพัฒนาให้มีทีมหมอครอบครัว รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว

6. เกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ(Quality and Outcome Frame work: QOF)

1) แนวคิดการพัฒนาตัวชี้วัด QOF มีดังนี้

- 1.1) เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ โดยมีการวัดผลการจัดบริการสาธารณสุข ในการดูแลสุขภาพประชาชนหรือประเด็นคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิที่เขตบริการสุขภาพกำหนด
- 1.2) เป็นการหนุนเสริมการพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องปี 2557-2560)
- 1.3) เพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลไกทางการเงินตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการเป็นเครื่องมือ
- 1.4) ตัวชี้วัดพิจารณาจากตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข สปสข. และเขตพื้นที่ที่สามารถกำหนดเพิ่มเติมได้ตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ผ่านการพิจารณาร่วมกันของคณะกรรมการระดับเขต
- 1.5) ใช้ประโยชน์ และต่อยอดจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. และสปสข เช่น ฐานข้อมูล OP Individual ฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ และข้อมูลอื่นตามความจำเป็น
- 1.6) กระจายอำนาจแก่เขตพื้นที่ในการพัฒนาตัวชี้วัดฯ และหลักเกณฑ์การจัดสรรระดับพื้นที่ให้สอดคล้องปัญหาและบริบทของพื้นที่ รวมทั้ง Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบจากอปสข
- 1.7) มีการเปรียบเทียบผลงานระหว่างหน่วยบริการในเขตเดียวกัน และสะท้อนข้อมูลกลับคืนให้หน่วยบริการ เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ
- 1.8) สนับสนุนให้เกิดกลไกการจัดการเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ มิ ตามแนวคิด Primary Care System Strengthening ของ WHO 2008 และติดตามประเมินผลระดับจังหวัด

2) ชุดตัวชี้วัด QOF

2.1) แนวทางการพิจารณาเลือกตัวชี้วัด QOF

- 2.1.1) เป็นนโยบายหรือหนุนเสริมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศหรือพื้นที่
- 2.2.2) สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสข.
- 2.2.3) ข้อมูลตัวชี้วัดมีระบบฐานข้อมูลรองรับ ไม่เป็นภาระกับหน่วยบริการ /หน่วยที่เกี่ยวข้องในการจัดการข้อมูล เช่น ข้อมูลผู้ป่วยนอกและสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล ข้อมูลขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ เป็นต้น
- 2.2.4) ข้อมูลอื่นๆ ที่ต้องมีความน่าเชื่อถือได้
- 2.2.5) เป็นตัวชี้วัดที่มีคุณสมบัติตัวชี้วัดที่ดี (คือมีลักษณะ Specific, Measurable, Achievable, Realistic and Timely) และสามารถสะท้อนคุณภาพและผลงานบริการระดับปฐมภูมิ

2.2) องค์ประกอบตัวชี้วัด QOF

องค์ประกอบตัวชี้วัด QOF ที่ใช้ในการคำนวณค่าคะแนนเพื่อจัดสรรงบให้หน่วยบริการตัวชี้วัดประกอบด้วย 4 ด้าน และมีคะแนนรวมทั้ง 4 ด้าน เป็น 1,000 คะแนน ดังนี้ :

ตัวชี้วัดด้านที่ 1 : คุณภาพและผลงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
(คะแนนเต็ม ไม่น้อยกว่า 200 คะแนน)

ตัวชี้วัดด้านที่ 2: คุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ (คะแนนเต็ม ไม่น้อยกว่า 200
คะแนน)

ตัวชี้วัดด้านที่ 3: คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงบริการระบบส่งต่อและ
การบริหารระบบ ทั้งนี้รวมถึงตัวชี้วัดที่กระตุ้นให้เกิดทีมหมอครอบครัวและ
การดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวด้วย (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)

ตัวชี้วัดด้านที่ 4: คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพประชาชนใน
พื้นที่ และบริการเสริมในพื้นที่ ทั้งนี้อาจกำหนดเป็นตัวชี้วัดเพื่อเพิ่ม
ศักยภาพการจัดบริการและส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของ
ประชาชน (คะแนนเต็มไม่น้อยกว่า 200 คะแนน)

2.3) การแบ่งระดับตัวชี้วัด แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

2.3.1) ตัวชี้วัดกลาง เป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญระดับประเทศ ที่ทุกเขตใช้เหมือนกัน ดังนี้

ตัวชี้วัดด้านที่ 1: คุณภาพและผลงานการจัด บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

QOFC1.1 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์

QOFC1.2 ร้อยละหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์

QOFC1.3 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี

ตัวชี้วัดด้านที่ 2: คุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ

QOFC2.1 สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล

QOFC2.2 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืด สิทธิ UC

QOFC2.3 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน สิทธิ UC

QOFC2.4 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดัน
โลหิตสูง สิทธิ UC

**ตัวชี้วัดด้านที่ 3: คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงบริการ ระบบส่งต่อ และการบริหาร
ระบบ**

QOFC3.1 ร้อยละประชาชนมีทีมหมอครอบครัวดูแลตามเกณฑ์

QOFC3.2 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียน

2.3.2) ตัวชี้วัดพื้นที่ เป็นตัวชี้วัดที่คณะกรรมการพัฒนาบริการปฐมภูมิระดับเขตเลือกตาม
รายการตัวชี้วัดพื้นที่ที่กำหนดและ/หรือกำหนดเพิ่มเติม ตามความจำเป็น ปัญหาและบริบทของพื้นที่ โดยต้องผ่าน
ความเห็นชอบของอปสข. ทั้งนี้จะมีรายการตัวชี้วัดระดับพื้นที่สำหรับเกณฑ์ QOF ด้านที่ 1-3 ให้เขตเลือกจำนวน
หนึ่ง

2.4) แนวทางการจัดการวัดผลงานตาม ตัวชี้วัด QOF

2.4.1) มีการจัดทำใช้ Template ตัวชี้วัดกลาง และตัวชี้วัดพื้นที่ตามที่ สปสข. กำหนด

2.4.2) กำหนดช่วงค่าคะแนนตัวชี้วัด แบ่งเป็น

กรณีตัวชี้วัดกลาง ให้ใช้ช่วงค่าคะแนนตาม template ที่ สปสช. ส่วนกลางกำหนด สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนระดับประเทศ ส่วนระดับเขตให้กำหนดช่วงค่าคะแนนตามความเหมาะสม

กรณีตัวชี้วัดพื้นที่ เขตสามารถกำหนดช่วงค่าคะแนนได้ตามความเหมาะสม

2.4.3) ใช้ข้อมูลที่มีในระบบของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. เป็นหลัก เช่น ข้อมูลผู้ป่วยนอกและสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล ข้อมูลขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ เป็นต้น

2.4.4) การจัดสรรงบให้หน่วยบริการประจำ รวมทั้งหน่วยบริการ /สถานบริการที่ให้บริการระดับปฐมภูมิภายใต้วงเงินระดับเขต โดยแนวทางสปสช. ส่วนกลางใช้ผลงานบริการ ไตรมาส 3 – 4 จัดสรรงวดที่ 1 ร้อยละ 50 ภายในไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2559 และใช้ข้อมูลไตรมาส 1,2 ของปีงบประมาณ 2559 จัดสรรงวดที่ 2 ร้อยละ 50 ภายในไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ 2559 ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่ผ่านความเห็นชอบของอปสช.

7.สรุปแนวทางการบริหารค่าบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ปี 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี

7.1 ตัวชี้วัดและการกำหนดคะแนนและที่มาข้อมูล ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตพื้นที่ เขต 10 อุบลราชธานี(อปสช.) ในการประชุมครั้งที่ 2/2559 ดังนี้

| ตัวชี้วัดด้านที่ 1 คุณภาพและผลงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 300 คะแนน | | | | |
|--|---|-----------|-------|---------|
| | ตัวชี้วัด | ตัวชี้วัด | คะแนน | ข้อมูล |
| 1 | ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ | กลาง | 50 | Cockpit |
| 2 | ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ | กลาง | 50 | Cockpit |
| 3 | ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี | กลาง | 40 | Cockpit |
| 4 | ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก | พื้นที่ | 40 | Cockpit |
| 5 | ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ | พื้นที่ | 40 | Cockpit |
| 6 | ร้อยละของประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน | พื้นที่ | 40 | Cockpit |
| 7 | ร้อยละของประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิต | พื้นที่ | 40 | Cockpit |
| คะแนนรวม | | | 300 | |

| ตัวชี้วัดด้านที่ 2 คุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ 400 คะแนน | | | | |
|--|---|-----------|----------|-----------------|
| ตัวชี้วัด | | ตัวชี้วัด | คะแนนรวม | ข้อมูล |
| 1 | สัดส่วน OP ปฐมภูมิ /รพ. | กลาง | 50 | Cockpit |
| 2 | อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลจากโรคหืด | กลาง | 50 | E-Cliam , OP/PP |
| 3 | อัตราการรับเข้ารพ.จากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรค DM | กลาง | 50 | E-Cliam , OP/PP |
| 4 | อัตราการรับเข้ารพ.จากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรค HT | กลาง | 50 | E-Cliam , OP/PP |
| 5 | อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาประจำปี | พื้นที่ | 50 | Cockpit |
| 6 | อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี | พื้นที่ | 50 | Cockpit |
| 7 | อัตราผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี | พื้นที่ | 50 | Cockpit |
| 8 | อัตราการเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายสำคัญ | พื้นที่ | 50 | Cockpit |
| คะแนนรวม | | | 400 | |

| ตัวชี้วัดหมวดที่ 3 คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร เต็ม 100 คะแนน | | | | |
|--|--|-----------|----------|------------|
| ตัวชี้วัด | | ตัวชี้วัด | คะแนนรวม | ข้อมูล |
| 1 | ร้อยละประชาชนมีทีมหมอครอบครัวดูแลตามเกณฑ์ | กลาง | 30 | DC สปสช. |
| 2 | ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขั้นทะเบียน (แบบไม่มีเงื่อนไข) | กลาง | 30 | DC สปสช. |
| 3 | หน่วยบริการประจำมีการจัดระบบสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ | พื้นที่ | 40 | โปรแกรมCPP |
| คะแนนรวม | | | 100 | |

| ตัวชี้วัดหมวดที่ 4 คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพพื้นที่ 200 คะแนน | | | | |
|--|--|-----------|----------|--------------|
| ตัวชี้วัด | | ตัวชี้วัด | คะแนนรวม | ข้อมูล |
| 1 | ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี | พื้นที่ | 80 | เก็บ manual |
| 2 | ร้อยละของผู้ที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีผิดปกติได้รับการรักษาต่อ | พื้นที่ | 60 | เก็บ manual |
| 3 | ร้อยละของผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVDRisk) | พื้นที่ | 60 | chronic link |
| คะแนนรวม | | | 200 | |

7.2 มติคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตพื้นที่ เขต 10 อุบลราชธานี(อปสข.) จากการประชุมครั้งที่ 2/2559 อนุมัติงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากงบ PP 20 บาท/ปชก.UC) รวมกับ(งบ OP 40 บาท/ปชก.UC) รวมเป็นงบประมาณทั้งหมด 60 บาทต่อประชากร และเห็นชอบวิธีการจ่ายงบประมาณ QOF ปี 2559 จำนวน 2 งวด ดังนี้

งวดที่ 1 จ่ายร้อยละ 50 ภายในไตรมาส 2 ปี 59 โดยใช้ผลงานไตรมาส 3,4 ปี 58

งวดที่ 2 จ่ายร้อยละ 50 ภายในไตรมาส 4 ปี 59 โดยหักกลบหนี้ ใช้ผลงานเต็มปีมาเฉลี่ยกัน (ไตรมาส 3,4 ปี 58 และไตรมาส 1,2 ปี 59)

7.3 ที่ประชุมคณะกรรมการเสนอการคำนวณจัดสรรให้นำประชากรจากแฟ้ม person type 1,3 ณ 30 กย 58 มาเป็น ประชากรในการถ่วงน้ำหนัก และประชากรกลางปี ของสปสข เพื่อนำมาเปรียบเทียบเสนอก่อนการจัดสรร

8. บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1) สปสข.ส่วนกลาง

1.1) จัดทำหลักเกณฑ์ กรอบแนวทางการบริหารงบ และชุดตัวชี้วัดกลางตามเกณฑ์ QOF และรายการชุดตัวชี้วัดระดับพื้นที่ (Shopping List) สำหรับให้เขตพื้นที่เลือกใช้ โดยผ่านความเห็นชอบของ คณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.2) แจกชุดตัวชี้วัดกลางตามเกณฑ์ QOF และรายการชุดตัวชี้วัดระดับพื้นที่ (Shopping List) สำหรับให้เขตพื้นที่เลือกใช้ ให้แก่ สปสข.เขต

1.3) สนับสนุนการประมวลผลข้อมูลตามตัวชี้วัด QOF ที่มีข้อมูลในฐานกลางของสปสข.แก่ สปสข.เขต นำไปใช้ตามแนวทางการบริหารงบฯ ที่ผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

1.4) พัฒนาระบบติดตามเยี่ยม และจัดทำคู่มือแนวทางสำหรับใช้ในการติดตามเยี่ยม สํารวจคุณภาพการจั้ดบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้หน่วยบริการนำข้อมูลไปใช้พัฒนาบริการต่อไป

1.5) กำกับ ติดตามและวิเคราะห์ผลการบริหารงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์ QOF ของ สปสข.เขต และรายงานต่อผู้บริหารสปสข.และผู้เกี่ยวข้อง

2) สปสช.เขต

2.1) จัดให้มีคณะกรรมการหรือคณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระดับเขต ทำหน้าที่พัฒนาตัวชี้วัดระดับพื้นที่ หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการ เพื่อเสนอต่อ อปสช. ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าว สปสช.เขต อาจใช้คณะกรรมการหรือคณะทำงานที่มีอยู่แล้ว หรือจัดตั้งขึ้นใหม่โดย อปสช. ก็ได้

2.2) กำหนดวงเงินงบจ่ายตามตัวชี้วัด QOF ระดับเขต ทั้งในส่วนของงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิของงบผู้ป่วยนอกทั่วไป และงบจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการส่งเสริมป้องกันโรค ที่ผ่านความเห็นชอบของ อปสช.

2.3) แจกจ่ายรายการตัวชี้วัดระดับพื้นที่ หลักเกณฑ์ และแนวทางการจัดสรร ให้แก่หน่วยบริการ สปสช.ส่วนกลางและผู้เกี่ยวข้องทราบ

2.4) จัดทำแผนปฏิบัติการติดตามเยี่ยมพัฒนา และดำเนินการตามแนวทางการติดตามเยี่ยมสำรวจ ตามที่กำหนด พร้อมคืนข้อมูลแก่หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อพัฒนาบริการและใช้ประโยชน์ต่อไป

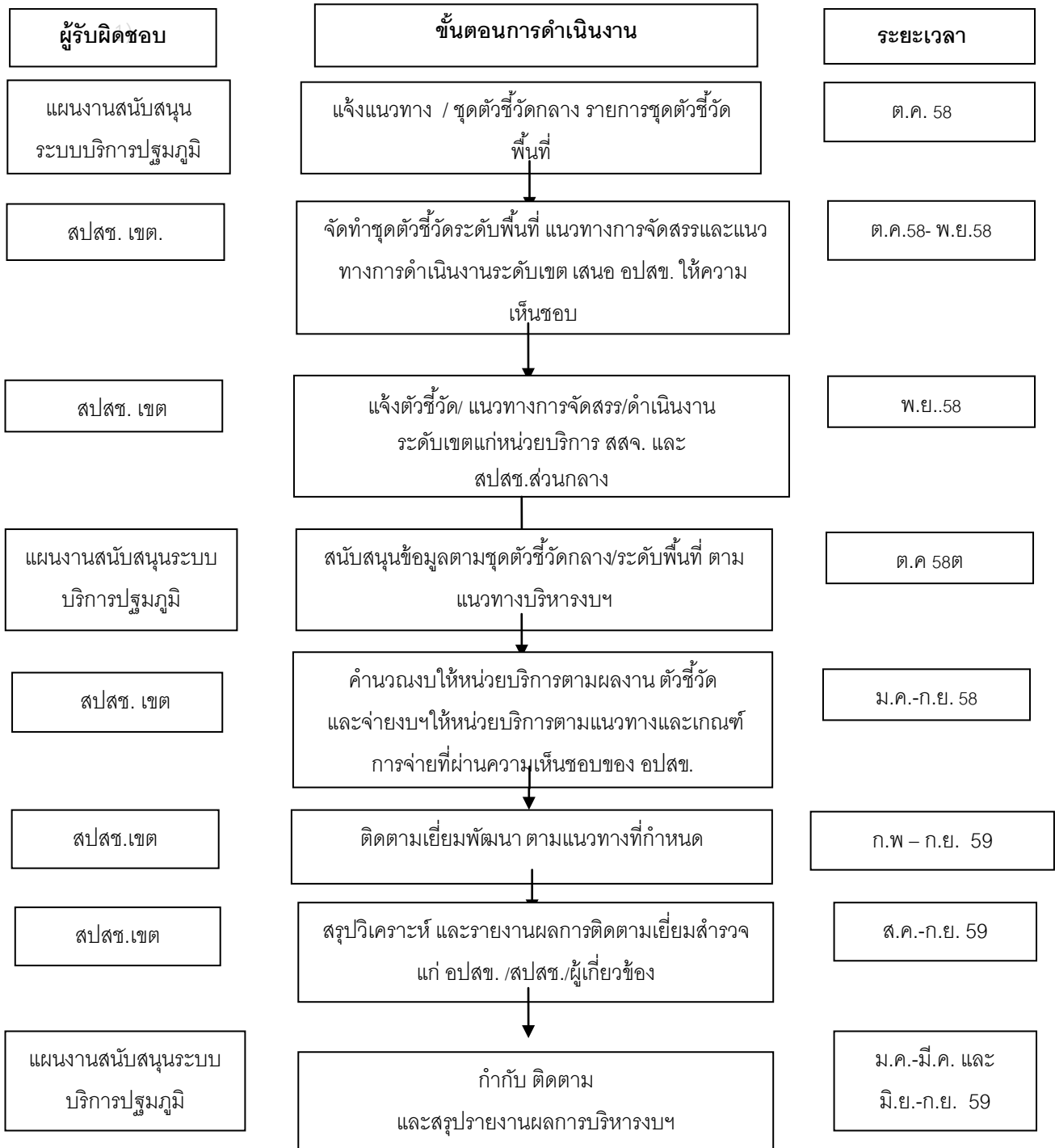
2.5) รายงานผลการติดตามเยี่ยมพัฒนาต่อ อปสช. สปสช. และผู้เกี่ยวข้องทราบ

3) หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการ และสถานบริการที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ มีหน้าที่

3.1) สนับสนุนและพัฒนาระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการแพทย์แผนไทย บริการเภสัชกรรม บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และบริการปฐมภูมิ ภายในหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหรือสถานบริการในเครือข่าย ให้สอดคล้อง และเป็นไปตามนโยบายที่มหอครอบครัวของรัฐบาล รวมทั้งบูรณาการเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (Community Health)

3.2) คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board) หรือ คปสอ. พิจารณาจัดสรรงบให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย

ตารางที่ 2 ผังการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework) ปี2559



ภาคผนวก

Template ตัวชี้วัด ปี 2559

Template ตัวชี้วัด QOF ปี 2559 (สรุปรูป 11 มกราคม 2559)

| | |
|-------------------------|---|
| ตัวชี้วัด | 1.1 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ |
| วัตถุประสงค์ | เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลหญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ |
| คำนิยาม | หญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพที่ฝากครรภ์ครั้งแรกโดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน 12 สัปดาห์ |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หญิงมีครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายในปีที่หน่วยบริการทุกสิทธิประกันสุขภาพ |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | 1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ(โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่น โดยสำรวจจากสมุดสีชมพูหรือการสอบถาม) หรือสำรวจจากสมุดสีชมพูของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ |
| แหล่งข้อมูล | 1. ฐานข้อมูล OP/PP เพิ่ม ANC (อายุครรภ์ดูที่ field GA) หรือ 2. สำรวจจากสมุดสีชมพูของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ (ใช้ข้อมูลจาก Cockpit เขต) |
| รายการข้อมูล 1 | A=จำนวนหญิงมีครรภ์ทุกรายในหน่วยบริการที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (ใน B)โดยอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ (นับเฉพาะการฝากครรภ์ครั้งแรกของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น) จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน |
| รายการข้อมูล 2 | B=จำนวนหญิงมีครรภ์ทุกรายที่มาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรก ในหน่วยบริการทั้งหมดของแต่ละหน่วยลงทะเบียน |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ | กรมอนามัย |
| Baseline | 1. ผลการตรวจניתเขต กสธ. รอบ 2/2556 =57.8% 2. ผลการสำรวจของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล ปี 2556= 51% 3. OPPP individual QOF 2557=42.91% |
| การกำหนดช่วงค่าคะแนน | ต่ำกว่า 45.00% = 1 คะแนน |
| | 45.00 - 49.99% = 2 คะแนน |
| | 50.00 - 59.99 % = 3 คะแนน |
| | 60.00 - 69.99 % = 4 คะแนน |
| | มากกว่าหรือเท่ากับ 70.00 % = 5 คะแนน |

| | |
|-------------------------|---|
| ตัวชี้วัด | 1.2 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ |
| วัตถุประสงค์ | เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลหญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ |
| คำนิยาม | หญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง หญิงมีครรภ์ที่มีประวัติมาฝากครรภ์ตามนัด จำนวน 5 ครั้ง |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หญิงในเขตรับผิดชอบที่คลอดบุตรแล้วในหน่วยบริการ ทุกสิทธิประกันสุขภาพ |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ(โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่น(โดยสำรวจ และใช้ข้อมูลจากสมุดสีชมพู) |
| แหล่งข้อมูล | 1.ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม labor และ ANC 2. สํารวจจากสมุดสีชมพูของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ (ใช้ข้อมูลจาก Cockpit เขต) |
| รายการข้อมูล 1 | A=จำนวนหญิงคลอดแล้วทุกสิทธิประกันสุขภาพ (ใน B) ที่มีประวัติได้รับการดูแลก่อนคลอดครบทั้ง 5 ครั้ง (นำหญิงคลอดในแฟ้ม labor มาหาประวัติการดูแลก่อนคลอด ในแฟ้ม ANC ย้อนล่งหน้าก่อน 1 เมษายน 2557 อีก 9 เดือน) จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน |
| รายการข้อมูล 2 | B=จำนวนหญิงคลอดบุตรแล้วทุกสิทธิ ในเขตรับผิดชอบของหน่วยลงทะเบียน ระหว่าง 1 เมษายน 2557 – 31 มีนาคม 2558 (จากแฟ้ม labor) จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ | กรมอนามัย |
| Baseline | 1. ผลการตรวจนิเทศ กสธ. รอบ 2/2556 =67.8 % 2. ผลการสำรวจของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล ปี 2556= 84% 3. OP/PP individual QOF 2557=10.16% |
| การกำหนดช่วงค่าคะแนน | ต่ำกว่า 40.00% = 1 คะแนน 40.00 - 49.99% = 2 คะแนน 50.00 - 59.99 % = 3 คะแนน 60.00 - 69.99 % = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 70.00 % = 5 คะแนน |

| | |
|-------------------------|---|
| ตัวชี้วัด | 1.3 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี (เริ่มcycleใหม่ปี 2558) |
| วัตถุประสงค์ | เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทย ทุกสิทธิที่มีอายุ 30 - 60 ปี |
| คำนิยาม | กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สตรีสัญชาติไทยทุกสิทธิที่มีอายุ 30 - 60 ปี การตรวจปากมดลูก หมายถึง การตรวจทั้งโดยวิธี Pap Smear และ VIA |
| | - Pap Smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบน แผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา |
| | - VIA (Visual Inspection with Acetic acid) หมายถึง วิธีคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้ น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูก ทิ้งไว้ 1 นาที น้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาวขอบเขตชัดเจน และตำแหน่งแน่นอน สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็ง แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษาอาจกลายเป็นมะเร็งได้ซึ่งเหมาะสำหรับการคัดกรองสำหรับสตรีอายุ 30-45ปี |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | สตรีอายุ 30-60 ปี |
| แหล่งข้อมูล | ข้อมูล 21/43 แฟ้ม (แฟ้ม service รหัส Z014 หรือ Z124) (ใช้ข้อมูลจาก Cockpit เขต) |
| รายการข้อมูล 1 | A= จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปีทุกสิทธิ (ใน B)ที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสม มาจัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปีทุกสิทธิในเขตรับผิดชอบ จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ | ข้อมูล 43 แฟ้ม |
| การกำหนดช่วงค่าคะแนน | มากกว่าหรือเท่ากับ 40.00 % = 5 คะแนน |
| | 35.00 - 39.99 % = 4 คะแนน |
| | 30.00 - 34.99 % = 3 คะแนน |
| | 25.00 - 29.99 % = 2 คะแนน |
| | 20.00 - 24.99 % = 1 คะแนน |

| | |
|-------------------------|---|
| ตัวชี้วัด | 1.4 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก |
| วัตถุประสงค์ | เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลช่องปากของหญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ |
| คำนิยาม | หญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากในช่วงที่ตั้งครรภ์ |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หญิงมีครรภ์ในเขตรับผิดชอบทุกสิทธิประกันสุขภาพ |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | 1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่น(โดยสำรวจ และใช้ข้อมูลจากสมุดสีชมพู) 2. สํารวจจากสมุดสีชมพู 3. การสำรวจอื่น ๆ |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล OP/PP 43 แพ้ม Labor , DENTAL (ใช้ข้อมูลจาก Cockpit เขต) |
| รายการข้อมูล 1 | A=จำนวนหญิงคลอด (ใน B) ที่มีประวัติช่วงฝากครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ในแต่ละหน่วยลงทะเบียน |
| รายการข้อมูล 2 | B=จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรแล้ว ช่วง 1 เมษายน 2558 – 31 มีนาคม 2559 ในเขตรับผิดชอบในแต่ละหน่วยลงทะเบียน |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ | กรมอนามัย |
| ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | นางสาวสาหร่าย เรืองเดช |
| Baseline | 1. ผลการสำรวจของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล ปี 2556=74.02% 2. OP/PP individual ปี 2557 (มีนาคม)=80.18.3% |
| การกำหนดช่วงค่าคะแนน | ต่ำกว่า 60.00% = 1 คะแนน 60.00 - 69.99% = 2 คะแนน 70.00 - 79.99 % = 3 คะแนน 80.00 - 89.99 % = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 90.00 % = 5 คะแนน |

| | |
|---------------------------|---|
| ตัวชี้วัด | QOFR1.2 ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ |
| วัตถุประสงค์ | เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลหญิงหลังคลอดทุกสิทธิประกันสุขภาพ |
| คำนิยาม | หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาหลังคลอดและลูกได้รับการเยี่ยม/ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหรือ อสม. ตามเกณฑ์ จำนวน 3 ครั้งดังนี้ - ครั้งที่ 1 คือ เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก)ในสัปดาห์แรกอายุบุตร ไม่เกิน 7 วันนับถัดจากวันคลอด - ครั้งที่ 2 คือ เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก)ในสัปดาห์ที่ 2 ตั้งแต่บุตรอายุ 8 วันแต่ไม่เกิน 15 วันนับถัดจากวันคลอด - ครั้งที่ 3 คือ เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก) ตั้งแต่บุตรอายุ 16 วันแต่ไม่เกิน 42 วัน นับถัดจากวันคลอด |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | มารดาหลังคลอดทุกสิทธิประกันสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการที่ลงทะเบียน |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | 1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่น(โดยสำรวจ และใช้ข้อมูลจากสมุดสีชมพู) 2. สํารวจจากสมุดสีชมพู 3. สํารวจอื่น ๆ |
| แหล่งข้อมูล | 1. ฐานข้อมูล OP/PP แพ้แม่ labor, post natal ในแต่ละหน่วยลงทะเบียน 2. สํารวจ |
| รายการข้อมูล 1 | A=จำนวนมารดาหลังคลอด (ใน B) ที่ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ในแต่ละหน่วยลงทะเบียน |
| เงื่อนไขรายการข้อมูล 1 | หญิงคลอดที่มีประวัติการตรวจหลังคลอดครบสามครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง หญิงหลังคลอดที่ระบุวันคลอดแล้วจากข้อ 4 แล้วดูประวัติไปข้างหน้า 42 วัน (ได้รับบริการหลังคลอด 1 เมษายน 2558- 31 มีนาคม 2559) ของกลุ่มนี้เพื่อหาจำนวน PNC ที่ครบ 3 ช่วงตามเกณฑ์ดังนี้ (ดูจาก field PPCARE1, PPCARE2, PPCARE3) ครั้งที่ 1 คือ เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก)ในสัปดาห์แรกอายุบุตรไม่เกิน 7 วันนับถัดจากวันคลอด กรณีที่คลอดในหน่วยบริการถือว่าได้รับ PPCARE1 แล้วทุกราย ครั้งที่ 2 คือ เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก) ในสัปดาห์ที่ 2 ตั้งแต่บุตรอายุ 8 วันแต่ไม่เกิน 15 วันนับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 3 คือ เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก) ตั้งแต่บุตรอายุ 16 วันแต่ไม่เกิน 42 วัน นับถัดจากวันคลอด |
| รายการข้อมูล 2 | B=จำนวนหญิงคลอดบุตรแล้วทุกสิทธิ ในเขตรับผิดชอบของหน่วยลงทะเบียน ระหว่าง 1 เมษายน 2558 – 31 มีนาคม 2559 (จากแฟ้ม Labor) จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน |
| เงื่อนไขรายการข้อมูล 2 | หญิงคลอดทั้งหมด หมายถึง จำนวนหญิงที่ได้รับรายงานหลังคลอดที่ระบุวันคลอดแล้ว(bdate) ที่ LBORN >=1 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 - 31 มีนาคม 2559 จากแฟ้ม Labor โดยนับจำนวนคน จากเลขประจำตัว 13 หลัก ตัด CID error (รวมทั้งอนาคตหากทำได้ให้ตัด CID ต่างตัว รหัส 0 6 7 8 ออก) |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) x 100 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ | กรมอนามัย |
| ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด | |
| Baseline | 1.ผลการตรวจนิเทศ กสธ. รอบ 2/2556 =74 % 2. OP/PP individual QOF 2557=15.28% , QOF 2558= 23.29 % |
| การกำหนดค่าช่วง คะแนน | ระดับคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 65 = 5 คะแนน 60-64.99 = 4 55-59.99 = 3 50-54.99 =2 45-49.99 = 1 น้อยกว่า 45 = 0 |

| | |
|---|---|
| ตัวชี้วัด | 1.5 ร้อยละประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน |
| | 1.6 ร้อยละประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิต |
| วัตถุประสงค์ | 1. เพื่อประเมินความครอบคลุมการได้รับคัดกรองเบาหวานในประชาชนไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปทุกสิทธิประกันสุขภาพ |
| | 2. เพื่อประเมินความครอบคลุมการได้รับคัดกรองความดันโลหิตในประชาชนไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปทุกสิทธิประกันสุขภาพ |
| คำนิยาม | หลักเกณฑ์การคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง |
| | การคัดกรองเบาหวานด้วยวาจา และตรวจน้ำตาลในเลือด(Fasting plasma glucose หรือ Fasting capillary glucose) เมื่อมีความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไปต้องได้รับการตรวจเลือด เกณฑ์การคัดกรองมี 6 ข้อ ดังนี้ |
| | 1 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (รอบเอว ≥ 90 ซม. ในผู้ชาย หรือ ≥ 80 ซม.ในผู้หญิงและ/หรือดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.2) |
| | 2 มีประวัติ พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคเบาหวาน |
| | 3 มีความดันโลหิตสูง (BP $> 140/90$ มม.ปรอท) หรือมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง |
| | 4 มีประวัติไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์ ≥ 250 มก./ดลและ/หรือ เอส ดี แอล คอลเลสเตอรอล < 35 มก./ดล. |
| | 5 ประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูง (ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FPG/FCG) = 100-125 มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 2 ชั่วโมง(OGTT) =140-199 มก./ดล.) |
| 6 ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม การคัดกรองความดันโลหิตสูง หมายถึง การตรวจคัดกรองความดันโลหิตตามมาตรฐานหลังการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิต แจ้งผลโอกาสเสี่ยง และแนวทางการปฏิบัติตนตามสถานะความเสี่ยง | |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 |
| กลุ่มเป้าหมาย | ประชาชนไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบ |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | 1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่นด้วย) 2. สํารวจ |
| แหล่งข้อมูล | กรณีที่ยังมีการส่งแฟ้ม NCDSCREEN และชุดข้อมูลมีครบ : การคัดกรอง ความดันโลหิต ใช้ field BPH_2&BPL_2 ส่วนการคัดกรอง DM ใช้ field DMFAMILY & HTFAMILY&WEIGHT+HIGHT or WAIST_CM) (ใช้ข้อมูลจาก Cockpit เขต) |
| รายการข้อมูล 1 | A= จำนวนประชาชนไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (ใน B) ที่ได้รับการคัดกรอง DM/HT ตามมาตรฐาน ในแต่ละหน่วยลงทะเบียน |
| รายการข้อมูล 2 | B= จำนวนประชาชนไทยอายุ ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยลงทะเบียน |

| | |
|------------------------------|--|
| สูตรการคำนวณ | $(A/B) \times 100$ |
| ระยะเวลา ประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ | กรมควบคุมโรค |
| ผู้ประสานการ งานตัวชี้วัด | นางสาวสาหร่าย เรืองเดช |
| Baseline | ผลการสำรวจของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล ปี 2556: DM สูงอายุ= 84.4% |
| | ผลการสำรวจของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล ปี 2556: HT ผู้สูงอายุ =80.2% |
| | ผลการสำรวจของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล ปี 2556: DM 30-59 ปี=64.6% |
| | ผลการสำรวจของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล ปี 2556: HT 30-59 ปี =63.4 |
| | OPPP individual QoF ปี 2557 DM \geq 35 ปี= 52% |
| | OPPP individual QoF ปี 2557 HT \geq 35 ปี = 46.23% |
| การกำหนดค่า ช่วงคะแนน | ต่ำกว่า 60.00% = 1 คะแนน |
| | 60.00 - 69.99% = 2 คะแนน |
| | 70.00 - 79.99 % = 3 คะแนน |
| | 80.00 - 89.99 % = 4 คะแนน |
| | มากกว่าหรือเท่ากับ 90.00 % = 5 คะแนน |

| | |
|-------------------------|--|
| ตัวชี้วัด | 2.1 สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล |
| วัตถุประสงค์ | - เพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนใช้บริการปฐมภูมิเป็นที่แรก - เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนภาพรวมความเชื่อมั่นต่อหน่วยบริการปฐมภูมิของประชาชนในเขตรับผิดชอบ |
| คำนิยาม | จำนวนผู้มีสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เทียบกับจำนวนผู้มีสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาล |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่น้อยกว่า 1.51 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ผู้มีสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | จากการรายงานของหน่วยบริการผ่านระบบ OP/PP Individual data |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล OP/PP Individual data (ใช้ข้อมูลจาก Cockpit เขต) |
| รายการข้อมูล 1 | A=จำนวนครั้งผู้มีสิทธิUC ในเขตรับผิดชอบ ที่ใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ระหว่าง 1 เมษายน 2558 – 31 มีนาคม 2559 |
| รายการข้อมูล 2 | B=จำนวนครั้งผู้มีสิทธิUC ในเขตรับผิดชอบ ที่ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล ระหว่าง 1 เมษายน 2558 – 31 มีนาคม 2559 |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | A/B |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ | แผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ/สำนักบริหารการจัดสรรฯ/สำนักIT |
| Baseline | ผลงานระดับประเทศปี 2557 ค่าเฉลี่ย = 1.15 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.36 |
| การกำหนดช่วงค่าคะแนน | ไม่มีผลงาน = 0 คะแนน น้อยกว่า 0.97 = 1 คะแนน ตั้งแต่ 0.97 ถึง น้อยกว่า 1.15 = 2 คะแนน ตั้งแต่ 1.15 ถึง น้อยกว่า 1.33 = 3 คะแนน ตั้งแต่ 1.33 ถึง น้อยกว่า 1.51 = 4 คะแนน ตั้งแต่ 1.51 ขึ้นไป = 5 คะแนน |

| | |
|--------------------------|--|
| ตัวชี้วัด | 2.2 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน โรคหืด สิทธิ UC |
| วัตถุประสงค์ | เพื่อประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC |
| คำนิยาม | จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ (Hmain) |
| เกณฑ์เป้าหมาย | น้อยกว่า 6.63 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | จำนวนผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OPAE) ผ่านโปรแกรม eClaim และข้อมูลผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล IP eClaim, OP/PP, OPAE ของ สปสช. (ใช้ข้อมูลจากสปสช.) |
| รายการข้อมูล 1 | A : จำนวนครั้ง que ผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหืด A : จำนวนครั้ง que ผู้ป่วยโรคหืดสิทธิ UC ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหืด สิทธิ UCS โรคหลัก Pdx= J45-J46 RIGHT = UCS, WEL |
| รายการข้อมูล 2 | B : จำนวนผู้ป่วยโรคหืดสิทธิ UC ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ (Hmain) B : จำนวนผู้ป่วยโรคหืดสิทธิ UC ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) ณ สิ้นเดือนกันยายนของปีที่ผ่านมา สิทธิ UCS All DX : J45-J46 RIGHT = UCS, WEL |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ | แผนงานโรคเรื้อรังฯ |
| ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด | สิริกร ขุนศรี/สุจิตา สละ |
| Baseline | ภาพประเทศ ค่าเฉลี่ย=8.89 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน =4.52 |
| การกำหนดช่วงค่าคะแนน | ไม่มีผลงาน = 0 คะแนน ตั้งแต่ 13.41 = 1 คะแนน ตั้งแต่ 11.15 ถึง น้อยกว่า 13.41 = 2 คะแนน ตั้งแต่ 8.89 ถึง น้อยกว่า 11.15 = 3 คะแนน ตั้งแต่ 6.63 ถึง น้อยกว่า 8.89 = 4 คะแนน น้อยกว่า 6.63 = 5 คะแนน |

| | |
|-------------------------|--|
| ตัวชี้วัด | 2.3 อัตราการการใช้บริการของผู้ป่วยใน ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น สิทธิ UC |
| วัตถุประสงค์ | เพื่อประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC |
| คำนิยาม | จำนวนครั้งของผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น ซึ่งประกอบด้วยภาวะ Ketoacidosis, Hyperosmolarity, Hypoglycemia, Coma อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ต่อผู้ป่วยเบาหวาน อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ที่ลงทะเบียนสิทธิหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) |
| เกณฑ์เป้าหมาย | น้อยกว่า 3.64 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยใน (IP eClaim) /ผู้ป่วยนอก (OP eClaim) และข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP/PP Individual Record) |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล IP eClaim, OP eClaim, OP/PP Individual Record (ใช้ข้อมูลจากสปสข.) |
| รายการข้อมูล 1 | A : จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น โรคหลัก Pdx= E100 - E101 or E110 - E111 or E120 - E121 or E130 - E131 or E140 - E141 AGE >= 15 ปี ณ วันที่เข้ารับบริการ (Dateadm) AND RIGHT = UCS, WEL |
| รายการข้อมูล 2 | B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UCS ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) ณ สิ้นเดือนกันยายนของปีที่ผ่านมา อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC All DX : E10 - E14 AGE >= 15 AND RIGHT = UCS, WEL |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) x 100 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ | แผนงานโรคเรื้อรังฯ/สิริกร ขุนศรี |
| Baseline | ภาพประเทศ ค่าเฉลี่ย=4.82 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน =2.36 |
| การกำหนดช่วงค่าคะแนน | ไม่มีผู้ป่วยเบาหวานในความดูแล = 0 คะแนน ตั้งแต่ 7.18 ขึ้นไป = 1 คะแนน ตั้งแต่ 6.00 ถึง น้อยกว่า 7.18 = 2 คะแนน ตั้งแต่ 4.82 ถึง น้อยกว่า 6.00 = 3 คะแนน ตั้งแต่ 3.64 ถึง น้อยกว่า 4.82 = 4 คะแนน น้อยกว่า 3.64 = 5 คะแนน |

| | |
|---|--|
| ตัวชี้วัด | 2.4 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC |
| วัตถุประสงค์ | เพื่อประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสิทธิ UC |
| คำนิยาม | จำนวนครั้งของผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงสิทธิ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจากโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ที่ลงทะเบียนสิทธิหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) |
| เกณฑ์เป้าหมาย | น้อยกว่า 1.00 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน (IP eClaim) /ผู้ป่วยนอก (OP eClaim) และข้อมูลผู้ป่วยนอก (OP/PP Individual Record) |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล IP eClaim, OP eClaim, OP/PP Individual Record (ใช้ข้อมูลจากสปช.) |
| รายการข้อมูล 1 | A : จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสิทธิC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงประกอบด้วย 1. ความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง 2. โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ชนิด Haemorrhage และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงและโรคร่วมไม่ใช่อุบัติเหตุ 3. Hypertensive retinopathy (H35.0) และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง โรคหลัก(Pdx) = I10 - I15, I674) OR Pdx= I60-I62 and Sdx= I10-I15, I674 and Sdx ≠ S00-T99 OR Pdx =H350 and Sdx = (I10-I15, I674) AGE >= 15 ปี ณ วันที่เข้ารับบริการ (Dateadm) AND RIGHT = UCS, WEL |
| รายการข้อมูล 2 | B: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสิทธิC ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ (HmainOP) ณ สิ้นเดือนกันยายนของปีที่ผ่านมา อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC All DX = I10 - I15, I674, H35.0 AGE >= 15 AND RIGHT = UCS, WEL, |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) X 100 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด | แผนงานโรคเรื้อรังฯ/สิริกิร ขุนศรี |
| Baseline | ภาพประเทศ ค่าเฉลี่ย=1.35 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน =0.70 |
| การกำหนดช่วงค่าคะแนน | ไม่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในความดูแล = 0 คะแนน ตั้งแต่ 2.05 ขึ้นไป = 1 คะแนน ตั้งแต่ 1.70 ถึง น้อยกว่า 2.05 = 2 คะแนน ตั้งแต่ 1.35 ถึง น้อยกว่า 1.70 = 3 คะแนน ตั้งแต่ 1.00ถึง น้อยกว่า 1.35 = 4 คะแนน น้อยกว่า 1.00 = 5 คะแนน |

| | |
|--------------------------|--|
| ตัวชี้วัด | 2.6 อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาประจำปี |
| คำนิยาม | การคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตาประจำปี หมายถึง ผู้เป็นเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจจอประสาทตา โดยจักษุแพทย์ หรือคัดกรองด้วย Fundus Camera อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ผู้เป็นเบาหวานที่มีการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา หมายถึง ผู้เป็นเบาหวานที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 -E14 และมีรหัสหัตถการ Fundus Photography : 9511 (ICD9CM), 9390141 (ICD9TM), Ophthalmoscope : 1621 (ICD9CM), 9390140 (ICD9TM) |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | จำนวนผู้เป็นเบาหวานสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ และได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา ตามช่วงเวลาที่กำหนด |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ OP/PP Individual (21 แฟ้ม) |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล OP/PP, IP, OP e-claim ของ สปสช. (ใช้ข้อมูลจาก Cockpit) |
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนผู้เป็นเบาหวาน สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนสิทธิหน่วยบริการประจำ และได้รับการตรวจจอประสาทตา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามช่วงเวลาที่กำหนด AGE >= 15 AND RIGHT = UCS, WEL |
| รายการข้อมูล 2 | B : จำนวนผู้เป็นเบาหวาน สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (HmainOP) ณ สิ้นเดือนกันยายนของปีที่ผ่านมา, AGE >= 15 AND RIGHT = UCS, WEL |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) X 100 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ | แผนงานโรคเรื้อรังฯ |
| ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด | สิริกร ขุนศรี |
| Baseline | สสจ.ศรีสะเกษ 60.00 |
| การกำหนดค่าช่วงคะแนน | ต่ำกว่า 30.00% = 1 คะแนน |
| | 30.00 - 39.99% = 2 คะแนน |
| | 40.00 - 49.99 % = 3 คะแนน |
| | 50.00 - 59.99 % = 4 คะแนน |
| | มากกว่าหรือเท่ากับ 60.00 % = 5 คะแนน |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|----------------|-----------|----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|----------------------------|-----------|
| ตัวชี้วัด | 2.7 อัตราผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี | | | | | | | | | | |
| คำนิยาม | <p>ผู้เป็นเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน ตามรหัสโรค ICD-10-TM (International Classification of Diseases and Related Health Problems - 10 - Thai modification) รหัส = E10-E14</p> <p>ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ดี หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ 7 หรือ 2) ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) 2 ครั้งสุดท้ายที่มีข้อมูล มีค่าระหว่าง 70 - 130 มก./ดล. ทั้งสองครั้ง ตามเวลาที่วิเคราะห์ <p>หมายเหตุ ในการตรวจติดตาม อาจใช้ Fasting Capillary Glucose แทน FPG ได้</p> | | | | | | | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | จำนวนผู้เป็นเบาหวานสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนสิทธิหน่วยบริการประจำและได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วย HbA1c และหรือ FPG ตามช่วงเวลาที่กำหนด | | | | | | | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ OP/PP Individual (21 แฟ้ม) | | | | | | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล OP/PP,IP, OP e-claim ของ สปสช. (ใช้ข้อมูลจาก Cockpit) | | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 1 | <p>A = จำนวนผู้เป็นโรคเบาหวาน สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนสิทธิหน่วยบริการประจำ และมีผลดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ 7 ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ หรือ 2. ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) 2 ครั้งสุดท้ายที่มีข้อมูล มีค่าระหว่าง 70 - 130 มก./ดล. ทั้งสองครั้ง ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ <p>หมายเหตุ ในการตรวจติดตาม อาจใช้ Fasting Capillary Glucose แทน FPG ได้</p> <p>ผลงานตามช่วงเวลาที่กำหนด, AGE >= 15 AND RIGHT = UCS, WEL</p> | | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 2 | B : จำนวนผู้เป็นโรคเบาหวาน สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (HmainOP) ณ สิ้นเดือนกันยายนของปีที่ผ่านมา, AGE >= 15 AND RIGHT = UCS, WEL | | | | | | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ | | | | | | | | | | |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 | | | | | | | | | | |
| หมายเหตุ | กรณีที่มีผลการตรวจหลายค่าให้เลือกใช้ผลการตรวจเพียงอย่างเดียวตามลำดับดังนี้ | | | | | | | | | | |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. HbA1c 2. FPG 3. FCG | | | | | | | | | | |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ | แผนงานโรคเรื้อรังฯ | | | | | | | | | | |
| การกำหนดค่าช่วงคะแนน | <table border="1"> <tr> <td>ต่ำกว่า 25.00%</td> <td>= 1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>25.00 - 29.99%</td> <td>= 2 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>30.00 - 34.99 %</td> <td>= 3 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>35.00 - 39.99 %</td> <td>= 4 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ 40.00 %</td> <td>= 5 คะแนน</td> </tr> </table> | ต่ำกว่า 25.00% | = 1 คะแนน | 25.00 - 29.99% | = 2 คะแนน | 30.00 - 34.99 % | = 3 คะแนน | 35.00 - 39.99 % | = 4 คะแนน | มากกว่าหรือเท่ากับ 40.00 % | = 5 คะแนน |
| ต่ำกว่า 25.00% | = 1 คะแนน | | | | | | | | | | |
| 25.00 - 29.99% | = 2 คะแนน | | | | | | | | | | |
| 30.00 - 34.99 % | = 3 คะแนน | | | | | | | | | | |
| 35.00 - 39.99 % | = 4 คะแนน | | | | | | | | | | |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 40.00 % | = 5 คะแนน | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------|--|
| ตัวชี้วัด | 2.8 อัตราผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี |
| คำนิยาม | การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย หมายถึง 1. ผู้เป็นความดันโลหิตสูง ที่ไม่มีเบาหวานร่วม ตามรหัสโรค ICD-10-TM (International Classification of Diseases and Related Health Problems - 10 - Thai modification) รหัส = I10 – I15, I67.4, H35.0 และมีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย ในรอบปีงบประมาณ มีค่า <140/90 มม.ปรอท. 2. ผู้เป็นความดันโลหิตสูง ที่มีเบาหวานร่วม ตามรหัสโรค ICD-10-TM (International Classification of Diseases and Related Health Problems - 10 - Thai modification) รหัส = I10 – I15, I67.4, H35.0 ร่วมรหัส E10-E14 และมีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย ในรอบปีงบประมาณ มีค่า <140/80 มม.ปรอท หมายเหตุ : ปี 2557 ค่าระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ในผู้เป็นเบาหวาน ปรับจาก <130/80 มม.ปรอท เป็น<140/80 มม.ปรอท |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | จำนวนผู้เป็นความดันโลหิตสูงสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนสิทธิหน่วยบริการประจำและได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิต ตามช่วงเวลาที่กำหนด |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ OP/PP Individual (21 แฟ้ม) |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล OP/PP, IP, OP e-claim ของ สปสช. (ใช้ข้อมูลจาก Cockpit) |
| รายการข้อมูล1 | A1 = จำนวนผู้เป็นความดันโลหิตสูง ที่ไม่มีเบาหวานร่วม สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ และมีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย ใน ช่วงเวลาที่กำหนด มีค่า <140/90 มม.ปรอท. ทั้งสองครั้งติดต่อกัน A2 = จำนวนผู้เป็นความดันโลหิตสูง ที่มีเบาหวานร่วม สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ และมีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย ใน ช่วงเวลาที่กำหนด (ไม่ใช่วันเดียวกัน) มีค่า <140/80 มม.ปรอท. ทั้งสองครั้งติดต่อกัน AGE >= 15 AND RIGHT = UCS, WEL |
| รายการข้อมูล2 | B : จำนวนผู้เป็นความดันโลหิตสูง สิทธิUC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (HmainOP) ณ สิ้นเดือนกันยายนของปีที่ผ่านมา, AGE >= 15 AND RIGHT = UCS, WEL |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $[(A1+A2) / B] \times 100$ |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| หมายเหตุ | <ul style="list-style-type: none"> รวมถึงการได้รับยาในกลุ่ม Nonhydroxydipiridine ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายที่ไม่ได้ตรวจ Microalbuminuria แต่ตรวจ Macroalbuminuria แล้ว Positive และได้รับการรักษาด้วยยา ACE inhibitor หรือ ARB ไม่ต้องนับ |
| การกำหนดค่าช่วงคะแนน | ต่ำกว่า 35.00% = 1 คะแนน 35.00 - 39.99% = 2 คะแนน 40.00 - 44.99 % = 3 คะแนน 45.00 - 49.99 % = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 50.00 % = 5 คะแนน |

| ตัวชี้วัด | QOFR2.12 อัตราการเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายสำคัญ Palliative care/ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|------------------------------------|-------------------------|------------------------------|--|-------------------------|--|---------------|--|
| ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด | การเยี่ยมบ้าน (Home visit) หมายถึง วิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งควรจะมีรูปแบบและวิธีการเพื่อให้เกิดผลคุ้มค่ามากที่สุด แพทย์เวชปฏิบัติ ครอบครัวเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมเยี่ยมบ้าน ควรที่จะต้องมีความรู้, ทักษะและ เจตคติที่ดีต่อการเยี่ยมบ้านด้วย ข้อบ่งชี้ในการเยี่ยมบ้าน การที่จะเกิดการเยี่ยมบ้านได้ควรประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1.ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเต็มใจให้เยี่ยมบ้าน 2.ทีมบุคลากรสุขภาพ มีความเต็มใจในการเยี่ยม และควรอยู่บนพื้นฐานของระบบบริการปฐมภูมิอันได้แก่ ดูแลแต่แรกทุกเรื่อง, ต่อเนื่อง, เบ็ดเสร็จ, ผสมผสาน, บริการที่เข้าถึงสะดวก และมีระบบปรึกษาและ ส่งต่อ | | | | | | | | | |
| คำนิยาม | อัตราการเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายสำคัญ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยโรควัณโรค กลุ่มผู้ป่วยโรคจิต กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด (เขตอาจพิจารณาเลือกกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ตามรายการ หรืออาจพิจารณาจากกลุ่มเป้าหมายอื่นตามบริบทและความจำเป็นของพื้นที่) | | | | | | | | | |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | | | | | | | | | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | จำนวนกลุ่มเป้าหมายสำคัญ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง,กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน, กลุ่มผู้ป่วยโรควัณโรค, กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ | | | | | | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OPAE) ผ่านโปรแกรม eClaim และข้อมูลผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP | | | | | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | OP/PP individual data จากแฟ้ม community_service (นับจำนวน pid ที่ ได้รับการเยี่ยมบ้าน) | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 1 | A=จำนวนกลุ่มเป้าหมาย(คน)ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน <table border="1" data-bbox="448 1039 1225 1227"> <thead> <tr> <th>กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน</th> <th>รหัสการให้บริการในชุมชน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>กลุ่ม Palliative care ทุกโรค</td> <td>ใช้ ICD-10 เยี่ยมบ้าน Z515, Z518, Z315</td> </tr> <tr> <td>กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>กลุ่มผู้พิการ</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน | รหัสการให้บริการในชุมชน | กลุ่ม Palliative care ทุกโรค | ใช้ ICD-10 เยี่ยมบ้าน Z515, Z518, Z315 | กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง | | กลุ่มผู้พิการ | |
| กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน | รหัสการให้บริการในชุมชน | | | | | | | | | |
| กลุ่ม Palliative care ทุกโรค | ใช้ ICD-10 เยี่ยมบ้าน Z515, Z518, Z315 | | | | | | | | | |
| กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง | | | | | | | | | | |
| กลุ่มผู้พิการ | | | | | | | | | | |
| เงื่อนไขรายการข้อมูล 1 | นับจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับที่ให้บริการที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน | | | | | | | | | |
| รายการข้อมูล 2 | B=จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด (ตามลงทะเบียนจนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559) | | | | | | | | | |
| เงื่อนไขรายการข้อมูล 2 | จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด | | | | | | | | | |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ | | | | | | | | | |
| ระยะเวลาประเมินผล | หน่วยบริการบันทึกข้อมูลเข้ามาน้อย(ไตรมาสที่ 3-4 ปี 2558) ดังนั้น ปี 2559 จึงให้คะแนน 0 เท่ากัน แต่ปี 2560 จะให้คะแนนตามข้อมูลจริง | | | | | | | | | |
| ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด | | | | | | | | | | |
| การกำหนดช่วงค่าคะแนน | <p>> ร้อยละ 80 = 5 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 60 - 79 = 4 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 50 - 59 = 3 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 40 - 49 = 2 คะแนน</p> <p>< ร้อยละ 39 = 1 คะแนน</p> | | | | | | | | | |

| | |
|-----------------------------|---|
| ตัวชี้วัด | 3.1 ร้อยละประชาชนมีทีมหมอครอบครัวดูแลตามเกณฑ์ |
| ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด | - เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ จัดหาบุคลากร/จัดระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายมีบุคลากรที่จำเป็นครบตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการทำหน้าที่เป็นหมอประจำครอบครัวใกล้บ้านใกล้ใจประชาชน - ตัวชี้วัดนี้ เป็นตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับนโยบาย Family Care team ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข |
| คำนิยาม | ประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล พิจารณาจาก จำนวนประชากรของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนบุคลากรตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ โดย 1) ผ่านเกณฑ์ หรือ ผ่านเกณฑ์แบบมีเงื่อนไข ตามหมวด 3.1(แพทย์) และ 2) ผ่านเกณฑ์ หมวด 3.2 (พยาบาล), 3.3 (บุคลากรอื่น วุฒิ ปริญญาตรี) , 3.4 (บุคลากรอื่น วุฒิไม่ต่ำกว่าอนุปริญญา) |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ประชาชนสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | จากรายงานการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในระบบ Data Center |
| แหล่งข้อมูล | ตัวตั้ง จากผลการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ Data Center ตัวหาร จากฐานข้อมูลทะเบียนประชากร สปสช. (ใช้ข้อมูลจากสปสช.) |
| รายการข้อมูล 1 | A=จำนวนประชาชนสิทธิ UC ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีบุคลากรตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนฯ |
| รายการข้อมูล 2 | B=จำนวนประชาชนสิทธิ UC ทั้งหมดของหน่วยบริการประจำ |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ | แผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ/สำนักบริหารงานทะเบียน |
| ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด | นส.วิชา คำแฝง |
| Baseline | ร้อยละ 64.72 |
| การกำหนดค่าช่วงคะแนน | น้อยกว่า 60.00% = 1 คะแนน |
| | 60.00%-69.99% = 2 คะแนน |
| | 70.00%-79.99% = 3 คะแนน |
| | 80.00%-89.99% = 4 คะแนน |
| | มากกว่าหรือเท่ากับ 90.00% = 5 คะแนน |

| | |
|-----------------------------|---|
| ตัวชี้วัด | 3.2 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียน |
| ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด | - เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ จัดระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ขีดความสามารถในการจัดบริการ บุคลากร ระบบคุณภาพ ระบบส่งต่อและเชื่อมต่อการบริการตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ |
| คำนิยาม | จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการแบบไม่มีเงื่อนไข เทียบกับจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการตรวจประเมินทั้งหมดของหน่วยบริการประจำ |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนแบบไม่มีเงื่อนไข |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | จากรายงานการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในระบบ Data Center |
| แหล่งข้อมูล | จากผลการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ Data Center (ใช้ข้อมูลจาก สปสช.) |
| รายการข้อมูล 1 | A=จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการแบบไม่มีเงื่อนไข |
| รายการข้อมูล 2 | B=จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการตรวจประเมินทั้งหมดของหน่วยบริการประจำ |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ | แผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ/สำนักบริหารงานทะเบียน |
| ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด | นส.วิชยา คำแฝง |
| Baseline | ร้อยละ 21.78 |
| การกำหนดค่าช่วงคะแนน | น้อยกว่า 9.99 % = 1 คะแนน |
| | 10.00% – 29.99% = 2 คะแนน |
| | 30.00% – 49.99% = 3 คะแนน |
| | 50.00% – 69.99% = 4 คะแนน |
| | มากกว่าหรือเท่ากับ 70.00% = 5 คะแนน |

| | |
|-----------------------|--|
| ตัวชี้วัด | QOFR3.1 หน่วยบริการประจำมีการจัดระบบสนับสนุนการจัดการบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ |
| วัตถุประสงค์ | เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำมีการจัดระบบสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายให้สามารถจัดการบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ |
| คำนิยาม | <p>การจัดระบบสนับสนุนการจัดการบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพหมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิมีบริการเชื่อมโยงกับหน่วยบริการประจำ (CUP) ครบ 14 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดระบบการส่งต่อและรับกลับ และมีแนวทาง/คู่มือในการดำเนินงาน ทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายหน่วยบริการ (ข้อ 1.1) 2. มียานพาหนะเพื่อใช้ในการรับส่งผู้ป่วยโดยเฉพาะในกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ข้อ 1.3) 3. มีระบบการส่งตรวจ และการส่งต่อเพื่อบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจเทคนิคการแพทย์ต่าง ๆ (ข้อ 1.5) 4. จัดระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย มีสถานที่ ยา วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือต่างๆ ที่เพียงพอ (ข้อ 2.2) 5. จัดระบบการติดต่อสื่อสาร/ระบบปรึกษาภายในเครือข่ายหน่วยบริการ (ข้อ 2.3) 6. จัดระบบข้อมูลและสารสนเทศ ที่ใช้ในการบริหารจัดการ ที่เชื่อมโยงภายในเครือข่ายหน่วยบริการ และเครือข่าย (ข้อ 2.4) 7. จัดระบบสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข้อ 3.1) 8. จัดหา รวบรวม หรือพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข ที่เป็นมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่อ้างอิงได้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้ในการจัดการบริการ ที่สอดคล้องปัญหาและบริบทของพื้นที่ (ข้อ 3.2) 9. มีระบบการจัดการด้านความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม ที่ได้มาตรฐาน (ข้อ 3.3) 10. มีการจัดระบบการป้องกันการติดเชื้อ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่าย ตามมาตรฐานที่กำหนด (ข้อ 3.4) 11. มีคณะกรรมการด้านการเงิน ที่มีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้อง (ข้อ 4.1) 12. มีระบบบัญชีการเงินที่แสดงรายรับ-รายจ่าย ของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายทุกแห่ง ที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน (ข้อ 4.2) 13. มีระบบบัญชีการเงินที่แสดงรายรับ-รายจ่าย ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่แยกจากบัญชีของโรงพยาบาล (ข้อ 4.3) 14. สามารถจัดทำรายงานการเงินเสนอ ต่อคณะกรรมการฯ ได้อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (ข้อ 4.4) |
| เกณฑ์เป้าหมาย | จัด/มีบริการเชื่อมโยงครบ 14 ข้อ |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หน่วยบริการประจำ และเครือข่าย |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ บันทึกข้อมูลการจัด/มีบริการเชื่อมโยงกับ CUP ครบ 14 ข้อ ในโปรแกรมระบบพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Provider Profile: CPP) การบันทึกข้อมูล PCU Profile สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ หมวด 6. หมวดบริการที่เชื่อมโยงกับ CUP |
| แหล่งข้อมูล | โปรแกรมระบบพื้นฐานหน่วยบริการและคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Provider Profile: CPP) |
| รายการข้อมูล 1 | - |
| รายการข้อมูล 2 | - |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | - |
| ระยะเวลาประเมินผล | ให้กรอกข้อมูลถึง 31 มีนาคม 2559 ใช้ข้อมูลจัดสรรในงวดที่ 2 |
| ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | |

| | |
|--------------------------|--|
| การกำหนดช่วงค่า คะแนน | มีครบทั้ง 13 ข้อ = 5 มี 11 ข้อ = 4 มี 9 ข้อ = 3 มี 7 ข้อ = 2 มี 5 ข้อ = 1 มีต่ำกว่า 5 ข้อ = 0 (ใช้ค่าเฉลี่ยเครือข่ายหน่วยบริการ) |
|--------------------------|--|

| | |
|------------------------------|---|
| ตัวชี้วัด | 4.1 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี |
| คำนิยาม | การคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นการคัดกรองด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์กลุ่มเสี่ยงกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป (person 1,3) ที่มีประวัติดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ คือ 1. มีประวัติการตรวจจักษุภาวะพบไข่วัยไปไม้ตับ (OV+) 2. มีบุคคลในครอบครัวที่มีประวัติป่วยหรือเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี 3. มีประวัติป่วยเป็น ไวรัสตับอักเสบบี 4. เป็นผู้ป่วยกลุ่มพิษสุราเรื้อรัง หรือ ตับแข็ง ระยะเวลาเก็บข้อมูลปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปที่ - มีประวัติการตรวจจักษุภาวะพบไข่วัยไปไม้ตับ (OV+) - มีบุคคลในครอบครัวที่มีประวัติป่วยหรือเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี - มีประวัติป่วยเป็น ไวรัสตับอักเสบบี - เป็นผู้ป่วยกลุ่มพิษสุราเรื้อรัง หรือ ตับแข็ง |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | จัดเก็บข้อมูลตามแบบ CCA01,CCA02 รวบรวมข้อมูลด้วยไฟล์ excel จำแนกรายอำเภอ |
| แหล่งข้อมูล | จากแบบรายงาน CCA01 CCA02 โดยคีย์ข้อมูลตามแบบรายงาน excel QOF4.1CHCA_screen (summery) และตาม Template ของสปสช.เขต |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | $\frac{\text{จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์} \times 100}{\text{จำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด}}$ |
| หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูล | ให้สสจ.ส่งสปสช.เป็นรายหน่วยบริการระดับ Cup เป็น Summery |
| วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ | ส่งข้อมูลตามแบบรายงาน excel QOF4.1CHCA_screen (summery) |
| หน่วยงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สสจ.อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร |
| การกำหนดช่วงค่าคะแนน | ต่ำกว่า 30.00% = 1 คะแนน 30.00% - 39.99% = 2 คะแนน 40.00% - 49.99 % = 3 คะแนน 50.00% - 59.99 % = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 60.00 % = 5 คะแนน |

| | |
|----------------------------------|---|
| ตัวชี้วัด | 4.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีผิดปกติได้รับการรักษาต่อ |
| คำนิยาม | เป้าหมาย คือ กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์โดยแพทย์ แล้วพบ dilate duct และหรือ liver mass ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง ระยะเวลาเก็บข้อมูล ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| ประชากร กลุ่มเป้าหมาย | ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป - มีประวัติการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (OV+) - มีบุคคลในครอบครัวที่มีประวัติป่วยหรือเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี - มีประวัติป่วยเป็น ไวรัสตับอักเสบบี - เป็นผู้ป่วยกลุ่มพิษสุราเรื้อรัง หรือ ตับแข็ง |
| วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล | บันทึกผลงานตามแบบ CCA01 CCA02 CCA03 เป็นราย record summeryและตามแบบ รายงาน excel QOF4.2CHCA_refer ส่งสปสช. |
| แหล่งข้อมูล | แบบรายงานข้อมูลตามแบบ CCA01,CCA02,CCA03 และตาม Template ของสปสช.เขต |
| สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด | จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ผลอัลตราซาวด์พบ dilate duct และหรือ liver mass ที่ได้รับการรักษา x 100 จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ผลตรวจอัลตราซาวด์พบ dilate duct และหรือ liver mass ทั้งหมด |
| หน่วยงานที่ จัดเก็บข้อมูล | สสจ.ทุกแห่ง |
| วิธีรายงาน/ ความถี่ที่จัดเก็บ | ส่งข้อมูลตามแบบรายงาน excel QOF4.2CHCA_refer เป็น individual record |
| หน่วยงานที่ รับผิดชอบ | กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สสจ.อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร |
| การกำหนดช่วง ค่าคะแนน | น้อยกว่า 85.00 % = 1 คะแนน 85.00 – 89.99 % = 2 คะแนน 90.00 - 94.99 % = 3 คะแนน 95.00 - 99.99 % = 4 คะแนน 100.00 % = 5 คะแนน |

| | |
|-----------------------|---|
| ตัวชี้วัด | 4.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และมีความเสี่ยงสูงมาก ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและ/หรือ ได้รับยาในการรักษาเพื่อลดความเสี่ยง |
| คำนิยาม | ผู้ที่ได้รับการประเมิน หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ร้อยละ 60 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area 1,3) |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | จากการรายงานของหน่วยบริการ |
| แหล่งข้อมูล | โปรแกรม 43 เพิ่ม Diagnosis_OPD , Chronic ใช้ข้อมูลจาก Chronic link ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ข้อมูลไตรมาส 3-4 ปี 2558 ครั้งที่ 2 ข้อมูลไตรมาส 1-2 ปี 2559 |
| รายการข้อมูล 1 | A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ICD รหัส Z136 |
| รายการข้อมูล 2 | B=จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ลงทะเบียน |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) X 100 |
| การกำหนดช่วงค่าคะแนน | ต่ำกว่า 35.00 % = 1 คะแนน |
| | 35.00 %– 39.99 % = 2 คะแนน |
| | 40.00 %– 44.99 % = 3 คะแนน |
| | 45.00% – 49.99 % = 4 คะแนน |
| | มากกว่าหรือเท่ากับ 50.00 % = 5 คะแนน |

ผู้รับผิดชอบงาน

นางสาวประยูรศรี สายพิมพ์ (อ้อย)

หัวหน้ากลุ่มงานภารกิจสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ

Tel. : 084-4390125

Email: prayoonsi.s@nhso.go.th

ID line: aoynhso

