



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต ๓ นครสวรรค์

เลขที่ ๑๐๕๕/๒ หมู่ ๑๐ อ.คางคก จ.นครสวรรค์-พินิจโลก ต.นครสวรรค์คต อ.เมือง จ.นครสวรรค์ ๖๐๐๐๐

โทรศัพท์ ๐๕๖-๓๗๑๘๓๑ โทรสาร ๐๕๖๓๗๑-๑๘๓๔

กลุ่มงานประกันสุขภาพ
รับเลขที่ ๑๐๕๕
วันที่ ๖ ธ.ค. ๒๕๖๑ อ.ค.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

รับเลขที่ ๗๑๓๘๐
วันที่ ๖ ธ.ค. ๒๕๖๑
เวลา ๑๔.๔๐

ที่ สปสช. ๕.๓๒/ว.๕๓๓๓

๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เรื่อง แจ้งแนวทางการบริหารงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์/กำแพงเพชร/พิจิตร/อุทัยธานี/ชัยนาท

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการบริหารงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๓ นครสวรรค์ (อปสช.) ได้มีมติเห็นชอบแนวทางการบริหารงบบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๓ นครสวรรค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๑ วันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ นั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๓ นครสวรรค์ ขอแจ้งแนวทางการบริหารงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มาเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาต่อไป จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

- สรวิธ แก้วพานิช นครสวรรค์
วิ.คอม.๑๐๐๖ จ.อุตรดิตถ์ นครสวรรค์ นครสวรรค์ ๖๒
- เสนอสรสา (น) กิ่งแก้ว / น.ค.ค.
แค. Upload 30 Web ลม.

(นายปฏิภาณ นนทะนุ)
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต ๓ นครสวรรค์

(นายมนตรี อโณวรรณพันธ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
๖ ๓ ๕

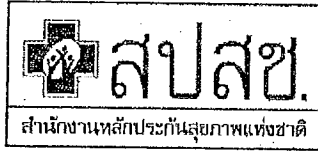
แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

(นายพัลลภ ยอดศิริจินดา)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน
และสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่เขต ๓ ทุกแห่ง

กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ
โทร ๐๕๖-๓๗๑๘๓๑-๗
โทรสาร ๐๕๖-๓๗๑๘๓๔
ผู้รับผิดชอบ : นายสรชัย สุขประสงค์ มือถือ ๐๘๕-๔๘๗๕๐๓๔

สรวิธ



แนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
ปีงบประมาณ 2562

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 3 นครสวรรค์

คำนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเล็งเห็นถึงความสำคัญในการกระตุ้นและพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการ โดยใช้กลไกด้านการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนและกระตุ้นให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยจัดสรรงบประมาณบางส่วนให้แก่หน่วยบริการตามผลงานที่บริการที่เกิดขึ้นจริง ผ่านตัวชี้วัดคุณภาพบริการที่ได้มีการกำหนดไว้ โดยในปีงบประมาณ 2562 นี้ สปสช. ได้จัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ให้แก่หน่วยบริการโดยมุ่งหวังให้หน่วยบริการตระหนักถึงการพัฒนาบริการให้บรรลุถึงคุณภาพตามตัวชี้วัดที่กำหนด เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการในพื้นที่อย่างต่อเนื่องเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินการร่วมกันภายใต้บริบทของพื้นที่ และเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาให้น้อยที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบดำเนินงานของหน่วยบริการในพื้นที่

โดยในพื้นที่เขต 3 นครสวรรค์ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับพื้นที่ เขต 3 นครสวรรค์ (อปสช.) ได้ให้ความเห็นชอบแนวทางการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ซึ่งประกอบด้วย รายละเอียดตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย น้ำหนักคะแนน เกณฑ์การให้คะแนน และสัดส่วนงบประมาณที่จะจัดสรรให้หน่วยบริการ ตามแนวทางที่คณะทำงานพิจารณาเกณฑ์ตัวชี้วัดฯ ได้พิจารณา และผ่านความเห็นชอบของคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ (คณะทำงาน 5x5) แล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 3 นครสวรรค์ จึงได้จัดทำแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2562 ฉบับนี้ขึ้นเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 3 นครสวรรค์
พฤษภาคม 2561

สารบัญ

คำนำ	2
สารบัญ	3
การบริหารจัดการงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการปีงบประมาณ 2562.....	4
1. แนวคิดการจัดสรร.....	4
2. วัตถุประสงค์.....	4
3. กลุ่มเป้าหมาย.....	4
4. ผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ	4
5. วงเงินที่ได้รับ และประเด็นที่เปลี่ยนแปลงจากปีงบประมาณ 2561	4
6. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย	5
7. หลักเกณฑ์การจ่าย.....	6
8. บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง.....	7
9. ระยะเวลาดำเนินการ	8
10. การกำกับ ติดตามประเมินผล	9
11. ตัวชี้วัดกลาง	9
12. ตัวชี้วัดระดับพื้นที่	10
ภาคผนวก ก. Template ตัวชี้วัดกลาง	12
ภาคผนวก ข. Template ตัวชี้วัดระดับพื้นที่.....	22

การบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการปีงบประมาณ 2562

1. แนวคิดการจัดสรร

การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข เป็นแนวคิดสำคัญหนึ่ง ในการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2562 เพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ เป็นการจ่ายเพื่อมุ่งหวังให้หน่วยบริการตระหนักถึงการพัฒนาการบริการให้บรรลุถึงคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนมั่นใจได้ว่าภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนจะเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ โดยมีหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราการจัดจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำ ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต
- 2.2 เพื่อให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- 2.3 เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของระบบข้อมูลสุขภาพในพื้นที่

3. กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. ผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ

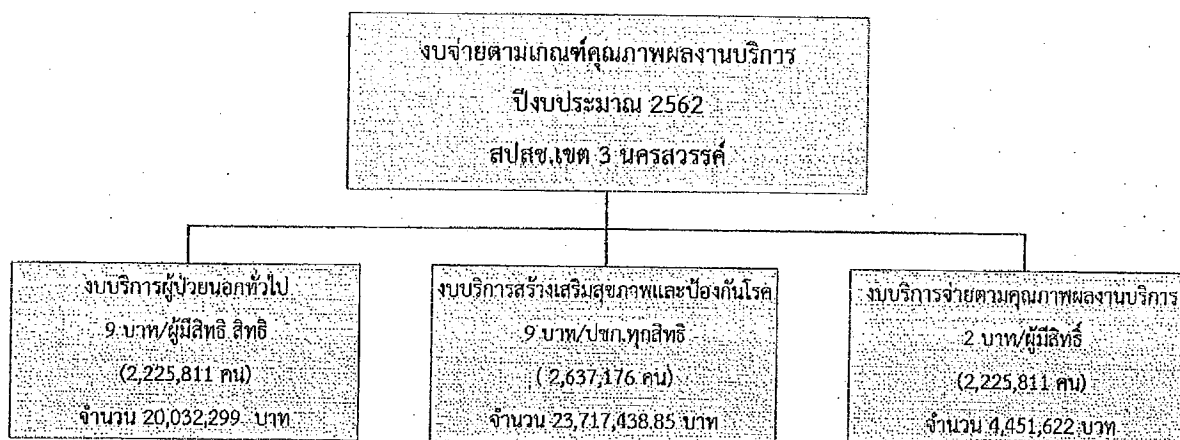
หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

5. วงเงินงบที่ได้รับ และประเด็นที่เปลี่ยนแปลงจากปีงบประมาณ 2561

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 3 นครสวรรค์ได้รับจัดสรรงบประมาณ ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 48,201,359.85 บาท จากงบ 3 ส่วนได้แก่

- 1) บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ (2,225,811 คน) จำนวน 20,032,299 บาท
- 2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อประชาชนไทยทุกคน (2,637,176 คน) จำนวน 23,717,438.85 บาท
- 3) บริการจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการ จำนวน 2 บาทต่อผู้มีสิทธิ (2,225,811 คน) จำนวน 4,451,622 บาท

ภาพที่ 1 กรอบการบริหารการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2562



6. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

การจัดสรรงบจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการนี้ เป็นการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการประจำที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนด โดยคณะทำงาน หรือ กลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับเขต

6.1 แนวทางพิจารณาและคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่นำมาใช้ประกอบด้วย

- 6.1.1 เป็นตัวชี้วัดที่บูรณาการร่วมระหว่าง สปลช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- 6.1.2 เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ได้แก่ กลุ่มโรคที่มีภาระโรคสูง (High burden) โรคที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) และโรคที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง (High cost) และสามารถคัดเลือกตัวชี้วัดที่สอดคล้องตามสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่
- 6.1.3 ไม่ซ้ำกับตัวชี้วัดผลลัพธ์บริการที่ใช้ในการจ่ายคุณภาพบริการในบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรังและบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
- 6.1.4 ไม่สร้างระบบการบันทึกข้อมูลใหม่ โดยให้ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล (OP-PP individual records) ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล (IP E-claim) ข้อมูลขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเป็นหลัก หรือ ข้อมูลจาก Health Data center ของกระทรวงสาธารณสุข
- 6.1.5 ให้มีคณะทำงาน หรือกลไกที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อบริหารจัดการในระดับเขต ในการกำหนดตัวชี้วัดระดับเขต เป้าหมาย หลักเกณฑ์ เงื่อนไข การให้คะแนนและการจัดสรรงบ

6.2 ตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ แบ่ง เป็น 2 ส่วน คือ

6.2.1 ตัวชี้วัดกลาง ไม่เกิน 10 ตัว เป็นตัวชี้วัดที่บูรณาการระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดย สปสช.เขต ทุกเขตต้องนำไปใช้ ในการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

ในปีงบประมาณ 2562 กำหนดใช้ตัวชี้วัดกลาง จำนวน 6 ตัว ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด

ตัวชี้วัดที่ 2: ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัดที่ 3: ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์

ตัวชี้วัดที่ 4: ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน 5ปี

ตัวชี้วัดที่ 5: ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก

5.1 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)

5.2 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)

ตัวชี้วัดที่ 6: การลดลงของอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (ACSC: Ambulatory Care Sensitive Condition) ในโรคลมชัก (Epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (Asthma) เบาหวาน (Diabetes Mellitus) และ ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

6.2.2 ตัวชี้วัดระดับเขต ไม่เกิน 5 ตัว ในปีงบประมาณ 2562 นั้น สปสช.เขต สามารถเลือกจากรายการตัวชี้วัดที่ใช้ในปีงบประมาณ 2561 หรือกำหนดเพิ่มเติมขึ้นมาใหม่ โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสช.)และสปสช.เขตประกาศใช้ในปีงบประมาณ 2562 (รายละเอียดในภาคผนวก)

7. หลักเกณฑ์การจ่าย

7.1 จัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการให้สปสช.แต่ละเขตตามจำนวนประชากร/ผู้มีสิทธิ

7.2 สปสช.เขต จัดให้มีคณะทำงานหรือกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อบริหารจัดการ กำหนดแนวทางการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ซึ่งประกอบด้วย ค่าเป้าหมาย นำหนักคะแนน เกณฑ์การให้คะแนน และสัดส่วนงบประมาณที่จะจัดสรรให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนด

7.3 การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ ให้สปสช. เขต กำหนดค่าเป้าหมายจากผลงานบริการในระดับพื้นที่ โดยให้พิจารณาความเหมาะสมสอดคล้องกับค่าเป้าหมายระดับประเทศร่วมด้วย และกลไกการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสช.

7.4 สปสช. เขตจัดสรรงบให้หน่วยบริการประจำภายใต้วงเงินระดับเขต(Global budget) ส่วนการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายหน่วยบริการประจำนั้น ให้กำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรโดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่หรือระดับ Contracting Unit of Primary care (CUP)

7.5 กรณีที่มีงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการเหลือจาก Global budget ระดับเขตของแต่ละสปสช.เขต ให้จ่ายคืนหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้มีสิทธิลงทะเบียน โดยผ่านความเห็นชอบจากอปสช.

7.6 กำหนดการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการเพียงครั้งเดียว ให้เสร็จสิ้นภายในเดือนสิงหาคม 2562 โดยใช้ข้อมูลบริการไตรมาส 3, 4 ปีงบประมาณ 2561 และไตรมาส 1, 2 ปีงบประมาณ 2562

7.7 หลักเกณฑ์การจัดสรร ให้จัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการตามผลงานของตัวชี้วัดกลางเป็นร้อยละ 40 และตามผลงานของตัวชี้วัดพื้นที่เป็นร้อยละ 60 โดยกำหนดน้ำหนักคะแนนของตัวชี้วัดแต่ละตัวตามรายละเอียดในหัวข้อที่ 11 ตัวชี้วัดกลางและหัวข้อที่ 12 ตัวชี้วัดพื้นที่

8. บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง

หน่วยงาน	บทบาทหน้าที่
สปสช.เขต	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้มีคณะกรรมการหรือคณะทำงาน กำหนดตัวชี้วัดระดับพื้นที่ หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการ เสนอ อปสช. เห็นชอบ โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ อาจใช้คณะกรรมการหรือคณะทำงานที่มีอยู่แล้ว หรือจัดตั้งขึ้นใหม่โดย อปสช. ก็ได้ 2. แจ้งรายการตัวชี้วัดระดับพื้นที่ หลักเกณฑ์ และแนวทางการจัดสรร ที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ให้แก่หน่วยบริการ สปสช. ส่วนกลางและผู้เกี่ยวข้องทราบ (ตามแบบรายงานในภาคผนวก) 3. ชี้แจงทำความเข้าใจการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ แก่หน่วยบริการและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับในพื้นที่ 4. ติดตาม รวบรวม ตรวจสอบผลงานของหน่วยบริการ ตามแนวทางและหลักเกณฑ์ที่กำหนด 5. ประมวลผลข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนด 6. คำนวณ จัดสรร และโอนงบประมาณแก่หน่วยบริการ 7. ประเมิน วิเคราะห์ สรุปผลการประเมินคุณภาพบริการตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด 8. กำกับ ติดตาม คุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการ โดยอาจบูรณาการกับการกำกับติดตามงานอื่นในพื้นที่ 9. แจ้งผลการประเมินคุณภาพบริการตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และคืนข้อมูลให้หน่วยบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อนำผลไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการ
หน่วยบริการประจำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. สนับสนุนและพัฒนากิจการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และจัดระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งบูรณาการเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (Community Health) ภายในหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหรือสถานบริการในเครือข่าย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน

หน่วยงาน	บทบาทหน้าที่
	2. พิจารณาจัดสรรงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการแก่หน่วยบริการ ปฐมภูมิในเครือข่าย โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมที่มีอยู่

9. ระยะเวลาดำเนินการ

กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. ประชุมหารือแนวทางบริหารงบประมาณตาม เกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	มี.ย. 61	สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐาน หน่วยบริการ. สำนักที่เกี่ยวข้อง และ สปสช.เขต
2. จัดทำคู่มือ/แนวทางบริหารงบประมาณตามเกณฑ์ คุณภาพผลงานบริการ	ส.ค. 61	สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐาน หน่วยบริการ
3. ชี้แจงการบริหารจัดการงบประมาณตามเกณฑ์ คุณภาพผลงานบริการ แก่ สปสช.เขต	1 ก.ย. 61	สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐาน หน่วยบริการ. และสำนักที่เกี่ยวข้อง
4. คำนวณงบราย สปสช.เขต ตามรายหัว ประชากร	ก.ย. 60	สำนักบริหารการ จัดสรรและชดเชย ค่าบริการ.
5. เสนอแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณตาม คุณภาพบริการ รายการตัวชี้วัดกลาง และ ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ แก่ อปสช. 6. ชี้แจงแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณตาม คุณภาพบริการแก่หน่วยบริการ 7. แจงแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณตาม คุณภาพบริการระดับเขตที่ผ่าน อปสช.แก่ สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วย บริการ	ต.ค. - พ.ย. 61	สปสช.เขต
8. สนับสนุนข้อมูล และ script ในการดึงข้อมูล ในระบบ	ม.ค. - มี.ย.62	สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพธ์.
9. ประมวลผลงานตามรายการตัวชี้วัดกลาง และส่งให้แก่ สปสช.เขต	31 พ.ค. 62	สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน
10. สปสช.เขต ตรวจสอบข้อมูลและแจ้ง IT เพื่อ แก้ไขข้อมูล	30 มี.ย. 62	สปสช.เขต
11. ประมวลผลข้อมูลตามตัวชี้วัด และคำนวณ งบประมาณรายหน่วยบริการตามผลงานและ เกณฑ์ที่กำหนด และโอนงบประมาณตามเกณฑ์ คุณภาพผลงานบริการให้แก่หน่วยบริการ	จ่ายครั้งเดียว ภายใน 31 ส.ค. 62	สปสช.เขต
12. ติดตาม ประเมิน วิเคราะห์ สรุปผลการ ประเมินคุณภาพบริการตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ กำหนด	ส.ค. -ก.ย.62	สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐาน หน่วยบริการ/ สปสช.เขต/สำนักที่ เกี่ยวข้อง

กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
13. กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน และ รายงานสรุปผลการดำเนินงานในภาพรวม	ก.ย. 62	สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐาน หน่วยบริการ.

10. การกำกับ ติดตามประเมินผล

- 1) ความครบถ้วน ถูกต้อง ของข้อมูลที่นำมาใช้ในการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดบ่งชี้ตามเกณฑ์ คุณภาพผลงานบริการ
- 2) - การดำเนินการเป็นไปตามแผน และเบิกจ่ายงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ถูกต้อง ตรงตาม เวลาที่กำหนด
- 3) การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพผลงานบริการ เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการสนับสนุน ส่งเสริม กำกับและ ติดตามคุณภาพบริการในระดับพื้นที่ ผ่านกลไกคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระดับเขตพื้นที่ (อคม.) และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

11. ตัวชี้วัดกลาง

ตัวชี้วัดกลางที่นำมาใช้ในการจัดสรรงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2562 และ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับพื้นที่ เขต 3 นครสวรรค์ (อปสข.) ได้ให้ความเห็นชอบใน ส่วนของนำหนักคะแนนแล้ว มีรายละเอียดตัวชี้วัดดังนี้

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนักคะแนน
ตัวชี้วัดที่ 1	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	ร้อยละ 15
ตัวชี้วัดที่ 2	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 15
ตัวชี้วัดที่ 3	ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	ร้อยละ 15
ตัวชี้วัดที่ 4	ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	ร้อยละ 15
ตัวชี้วัดที่ 5	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก 5.1 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) 5.2 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)	ร้อยละ 25
ตัวชี้วัดที่ 6	: การลดลงของอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (ACSC: Ambulatory Care Sensitive Condition) ในโรคลมชัก (Epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (Asthma) เบาหวาน (Diabetes Mellitus) และ ความดันโลหิต	ร้อยละ 15

	สูง (Hypertension)	
		รวม ร้อยละ 100

12. ตัวชี้วัดระดับพื้นที่

ตัวชี้วัดพื้นที่ไม่เกิน 5 ตัว เลือกจากรายการตัวชี้วัดที่มีหรือกำหนดเพิ่มเติมขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับการพัฒนาคุณภาพบริการ และตามปัญหาในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีกลไกการมีส่วนร่วมในการจัดทำตัวชี้วัด และผ่านความเห็นชอบจาก คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) โดยในพื้นที่เขต 3 นครสวรรค์มีรายละเอียดตัวชี้วัดดังนี้

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนักคะแนน
ตัวชี้วัดที่ 1	: คุณภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	
	1.1 อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (Succession Rate) 1.2 อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่โดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ใน 7 กลุ่มเสี่ยง	ร้อยละ 15 ร้อยละ 15
ตัวชี้วัดที่ 2	: อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอประสาทตาประจำปี	ร้อยละ 10
ตัวชี้วัดที่ 3	: ค่าการคัดกรอง Microalbumin ในผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ 10
ตัวชี้วัดที่ 4	: ร้อยละของ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมิน รพ.สต. ดีดดาว	ร้อยละ 10
ตัวชี้วัดที่ 5	: คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	
	5.1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดี 5.2 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันได้ดี	ร้อยละ 20 ร้อยละ 20
	รวม	ร้อยละ 100

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก. Template ตัวชี้วัดกลาง

ชื่อตัวชี้วัด	1. ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุมของการคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มเป้าหมายสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
คำนิยาม	การคัดกรองโรคเบาหวาน หมายถึง การคัดกรองเบาหวานโดยวิธีตรวจน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (ตามแนวทางการรักษาโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557)
เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์เป้าหมายระดับประเทศ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90
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 ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 5) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 6) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม NCDSCREEN ฟิลด์ BSLEVEL และ ฟิลด์ BSTEST 7) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม CHRONIC ฟิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด ช่วง 1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562 (โดยตัดผู้ป่วยที่เคยเป็นเบาหวานก่อนหน้านั้นออก)
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	A= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตรับผิดชอบที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2487 ถึง 31 มีนาคม 2526 ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดย DATE_SERV อยู่ในช่วง 1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562 โดยนับจาก PID ที่ปรากฏใน NCDSCREEN ฟิลด์ BSTEST มีค่าเป็น 1,2,3,4 และ BSLEVEL มีค่ามากกว่า 0 ทั้งนี้ต้องตัดผู้เสียชีวิตก่อนวันคัดกรอง (DATE_SERV) รวมถึงรายที่มี PID error หรือ PID ที่เคยเป็นโรคเบาหวานจากฐานข้อมูล IP/OP e-claim แฟ้ม DIAGNOSIS ฟิลด์ DIAGCODE หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC ฟิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 ก่อนวันมีผลคัดกรองดังกล่าวออกจากการคำนวณ
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2487 ถึง 31 มีนาคม 2526 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนวันที่ 1 เมษายน 2561 โดยตรวจสอบจาก IP/OP e-claim หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC ฟิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นางสาวสาทรหทัย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th
Baseline	ผลงาน QOF ปี 2560= 59.34% ผลงาน QOF ปี 2561 ทุกสิทธิ์ = 50.58%, UC =56.29%
เกณฑ์การให้คะแนน	ตั้งแต่ ร้อยละ 82.00 ขึ้นไป = 5 คะแนน
	ร้อยละ 75.00 ถึง 81.99 = 4 คะแนน
	ร้อยละ 68.00 ถึง 74.99 = 3 คะแนน
	ร้อยละ 61.00 ถึง 67.99 = 2 คะแนน
	ร้อยละ 54.00 ถึง 60.99 = 1 คะแนน
	น้อยกว่าร้อยละ 54.00 = 0 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	2, ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุมของการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มเป้าหมายสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
คำนิยาม	การคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึงการคัดกรองโดยการวัดความดันโลหิตในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงมาก่อน (ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558)
เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์เป้าหมายระดับประเทศ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74ปี ที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
แหล่งข้อมูล	1) ฐานข้อมูลประชากร จากฐานทะเบียนราษฎร์ 2) ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต จากฐานทะเบียนราษฎร์ 3) ฐานข้อมูลประชากรและสิทธิ จากฐาน สปสช. 4) ฐานข้อมูล IP/OP e-claim แฟ้ม DIAGNOSIS รหัส DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 5) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัส DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 6) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม NCDScreen รหัส SBP_1 และ รหัส DBP_1ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม CHRONIC รหัส CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในช่วง 1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562 โดยตัดผู้ที่เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนวันที่คัดกรองออก
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	A= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตรับผิดชอบที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2487 ถึง 31 มีนาคม 2526 ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต โดยนับจาก CID ที่ปรากฏในแฟ้ม NCDScreen โดยมีค่า SBP_1 >30 และ DBP_1 > 20 จาก และมี DATE_SERV อยู่ในช่วง 1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562 โดยตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนวันที่คัดกรอง รวมถึงรายที่มี PID error หรือ PID ที่เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล IP/OP e-claim แฟ้ม DIAGNOSIS หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัส DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC รหัส CHRONIC รหัส I10-I15ก่อนวันมีผลคัดกรองดังกล่าวออกจากการคำนวณ
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ณ วันประมวลผล ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนวันที่ 1 เมษายน 2561
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2487 ถึง 31 มีนาคม 2526 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อนวันที่ 1 เมษายน 2561 โดยตรวจสอบจากแฟ้ม CHRONIC รหัส CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 ร่วมกับ ฐานข้อมูล IP/OP e-claim แฟ้ม DIAGNOSIS รหัส DIAGCODE และฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัส DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาทร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th
Baseline	ผลงาน QOF ปี 2560= 60.86% ผลงาน QOF ปี 2561 ทุกสิทธิ์ = 51.26%, UC =56.87%
เกณฑ์การให้คะแนน	ตั้งแต่ ร้อยละ 82.00 ขึ้นไป = 5 คะแนน
	ร้อยละ 75.00 ถึง 81.99 = 4 คะแนน
	ร้อยละ 68.00 ถึง 74.99 = 3 คะแนน
	ร้อยละ 61.00 ถึง 67.99 = 2 คะแนน
	ร้อยละ 54.00 ถึง 60.99 = 1 คะแนน
	น้อยกว่าร้อยละ 54.00 = 0 คะแนน

ชื่อตัววัด	3. ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์.
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินการได้รับการดูแลก่อนคลอดภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงมีครรภ์คนไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
คำนิยาม	หญิงมีครรภ์คนไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ฝากครรภ์ครั้งแรกโดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน 12 สัปดาห์ ทั้งนี้ การฝากครรภ์ครั้งแรกประกอบด้วย 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. ให้วัคซีน Tetanus Toxoid ครั้งที่ 1 8. ให้ธาตุเหล็ก และ/หรือ โฟลิก และ Iodine 9. ให้คำแนะนำการเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อฉุกเฉิน
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงมีครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายในปีที่หน่วยบริการสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากแฟ้ม ANC (การฝากครรภ์ครั้งที่ 1 ใน ฟิลด์: ANCNO =1, อายุครรภ์ที่ ฟิลด์: GA)
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนหญิงมีครรภ์สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกรายในหน่วยบริการที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ที่ได้รับบริการ ภายในวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	นับ PID จากแฟ้ม ANC (นับเฉพาะการฝากครรภ์ครั้งแรกของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น) โดยหญิงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกของครรภ์นั้นในช่วงที่ได้รับบริการภายในวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562 (โดยตรวจสอบการฝากครรภ์ย้อนหลังไป 9 เดือนทุกรายของผู้รับบริการในช่วงที่กำหนด เพื่อตัดรายที่เคยมาในช่วง 9 เดือนย้อนหลังออกก่อน หากมี PID ข้ำ 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 = จำนวนหญิงมีครรภ์สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกรายที่มาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ภายในวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562 ในหน่วยบริการทั้งหมด
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	หญิงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกของครรภ์นี้ ในช่วงเวลาที่ได้รับการบริการ ภายในวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562 (โดยตรวจสอบการฝากครรภ์ย้อนหลัง 9 เดือนทุกรายของผู้รับบริการในช่วงที่กำหนด เพื่อตัดรายที่เคยมาในช่วง 9 เดือนย้อนหลังออกก่อน) ให้นับเฉพาะวันที่บริการครั้งแรกใน min(DATE_SERV) และ min(GA) กรณีพบซ้ำให้เลือกหน่วยบริการแรกหน่วยบริการเดียว นับจำนวนคน จากเลขประจำตัว 13 หลัก ตัด CID error
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงาน	นางสาวสาทร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th
Baseline	ผลงาน QOF ปี 2560 = 53.80 % , ผลงาน QOF ปี 2561 = ทุกสิทธิ์ 52.83%, UC = 52.23%
เกณฑ์การให้คะแนน	น้อยกว่า 36.00 % = 0 คะแนน 36.00- 41.99% = 1 คะแนน 42.00 - 47.99% = 2 คะแนน 48.00 - 53.99 % = 3 คะแนน 54.00 - 59.99 % = 4 คะแนน >=60.00 % = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	4. ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีอายุ 30-60 ปี
คำนิยาม	กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สตรีสัญชาติไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีอายุ 30-60 ปี (เกิดในช่วง 1 เมษายน 2501 ถึง 31 มีนาคม 2531) และได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในช่วง 1 เมษายน 2557 - 31 มีนาคม 2562 ในเขตรับผิดชอบ การตรวจปากมดลูก หมายถึง การตรวจทั้งโดยวิธี Pap Smear และ VIA Pap Smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา VIA (Visual Inspection with Acetic acid) หมายถึง วิธีคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูก ทิ้งไว้ 1 นาที น้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาวขอบเขตชัดเจน และตำแหน่งแน่นอน สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็ง แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษาอาจกลายเป็นมะเร็งได้ ซึ่งเหมาะสำหรับการคัดกรองสำหรับสตรีอายุ 30-45ปี
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 30-60 ปี
แหล่งข้อมูล	1) ข้อมูล 21/43 แฟ้ม (แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัส Z014 หรือ Z124) 2) SPECIAL PP รหัส 1B30 หรือ 1B40 หรือ รหัสที่ขึ้นต้นด้วย 1B004 3) ฐานข้อมูลประชากรไทยทุกสิทธิ
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนสตรีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสม ตั้งแต่ 1 เมษายน 2557 - 31 มีนาคม 2562 จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	จำนวนหญิงไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2502 ถึง 31 มีนาคม 2531) ในแต่ละหน่วยลงทะเบียนที่มี PID อยู่ในแฟ้ม SPECIAL PP รหัส 1B30 หรือ 1B40 หรือที่ขึ้นต้นด้วย 1B004 และ PID ที่อยู่ใน DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัส DIAGCODE = Z014, Z124 ตั้งแต่ปี 1 เมษายน 2557- 31 มีนาคม 2562 แล้วนำมาแจกนับรวมกันโดยตัด PID ที่ซ้ำของ 3 ฐาน ออก แล้วตัดผู้เสียชีวิตก่อนการคัดกรอง รวมทั้ง PID error ทั้งหมด ก่อนจำแนกตามหน่วยลงทะเบียน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2502 ถึง 31 มีนาคม 2531 จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	จำนวนหญิงไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2501 ถึง 31 มีนาคม 2531 ในแต่ละหน่วยลงทะเบียน
สูตรการคำนวณ	(A/B) X 100
ระยะเวลา	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสาน	นางสาวสาราย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th
Baseline	1) ผลการสำรวจ BRFSS 2558 =69% 2) ผล QOF 2560= 39.85% 3) ผล QOF 2561 ทุกสิทธิ =36.30% , UC=41.79%
เกณฑ์การให้คะแนน	ต่ำกว่า 38.00% = 0 คะแนน 38.00 - 45.99% = 1 คะแนน 46.00 - 53.99% = 2 คะแนน 54.00 - 61.99 % = 3 คะแนน 62.00 - 69.99 % = 4 คะแนน >=70.00 % = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	<p>5 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก</p> <p>5.1 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)</p> <p>5.2 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)</p>										
ตัวชี้วัดย่อยที่ 5.1	<p>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</p> <p>"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 J01</p> <p>3) ประเด็นการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างไม่รับผิดชอบใน Acute Diarrhea :ผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่รับบริการที่ รักษายา คลินิก และโรงพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 90 (อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะโดยเฉลี่ยในโรงพยาบาลร้อยละ 50) ทั้งหมด ที่หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่าโรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ต้องการยาปฏิชีวนะน้อยกว่าร้อยละ 5 และการเข้ายาปฏิชีวนะกลุ่ม fluoroquinolones รักษาโรคกลุ่มนี้โดยไม่จำเป็น ชักนำไปเกิดการดื้อยากลุ่ม fluoroquinolones และยากลุ่มอื่นด้วย (เช่น ยากลุ่ม cephalosporins)</p>										
	<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้การประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการนำส่งในระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual Data) โดยมีเกณฑ์การประเมิน และเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ</p> <table border="1" data-bbox="464 1104 1326 1447"> <thead> <tr> <th>ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 20</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>20.01-25.00</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>25.01 -30.00</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>≥ 30.01</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ เกณฑ์เป้าหมายเปลี่ยนแปลงจากปี 2561</p>	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน	≤ 20	5	20.01-25.00	3	25.01 -30.00	1	≥ 30.01	0
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน										
≤ 20	5										
20.01-25.00	3										
25.01 -30.00	1										
≥ 30.01	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>นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกตามรหัส ICD10 ที่กำหนด และ มีการให้ยาปฏิชีวนะ</p> <p>"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>										

รายการข้อมูล 2 B: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยออกจากร่างเขียนหลักทั้งหมด						
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2 นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกด้วยโรคตามรหัส ICD10 ที่กำหนด *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 *						
สูตรการคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 5.1 $(A/B) \times 100$						
ระยะเวลาประเมินผล รอบ 12 เดือน (1 เมษายน 61 – 31 มีนาคม 62)						
Baseline Data						
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับ ยาปฏิชีวนะ	จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ					
	จำนวนตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (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

<p>ตัวชี้วัดย่อยที่ 5.2</p>	<p>ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection :RI) วัตถุประสงค์ เพื่อลดการใช้จ่ายปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ Respiratory Infection (RI)</p>										
	<p>คำนิยาม</p> <p>1) Respiratory Infection (RI) หมายถึง โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน(upper respiratory tract infections, URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน(acute bronchitis) ในผู้ป่วยนอก ซึ่งโรคเหล่านี้ส่วนมากไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โรคเหล่านี้ ได้แก่ โรคหวัด ไข้หวัดใหญ่ คอหอยอักเสบ/คอตีบ/คอตีบเทียม/คอตีบเฉียบพลัน 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 ยาคุม ATC J01</p> <p>3) ประเด็นการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างไม่รับผิดชอบใน Respiratory Infection : ผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่รับบริการที่ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 90 (อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะเฉลี่ยของโรงพยาบาลร้อยละ 60) ทั้งนี้ ที่หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่าโรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียน้อยกว่าร้อยละ 10 และการใช้จ่ายปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคดังกล่าวที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียไม่มีประโยชน์ ทำให้เกิดโทษจากผลข้างเคียงของยา ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา และเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น</p>										
	<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้การประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการนำส่งในระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual Data) โดยมีเกณฑ์การประเมิน และเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ</p> <table border="1" data-bbox="469 1010 1326 1350"> <thead> <tr> <th>ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 20</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>20.01-25.00</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>25.01 -30.00</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>≥ 30.01</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ เกณฑ์เป้าหมายเปลี่ยนแปลงจากปี 2561</p>	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน	≤ 20	5	20.01-25.00	3	25.01 -30.00	1	≥ 30.01	0
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน										
≤ 20	5										
20.01-25.00	3										
25.01 -30.00	1										
≥ 30.01	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: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</p>										
	<p>เงื่อนไขรายการข้อมูล 1</p> <p>นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกตามรหัส ICD10 ที่กำหนดและ มีการให้ยาปฏิชีวนะ</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>รายการข้อมูล 2</p> <p>B: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน</p>																																																																																																
	<p>เงื่อนไขรายการข้อมูล 2</p> <p>นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกตามรหัส ICD10 ที่กำหนด</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</p>																																																																																																
	<p>สูตรการคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 5.2</p> <p>(A/B)×100</p>																																																																																																
	<p>ระยะเวลาประเมินผล</p> <p>รอบ 12 เดือน (1 เมษายน 61 – 31 มีนาคม 62)</p>																																																																																																
	<p>Baseline Data</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th> <th colspan="6">จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ</th> </tr> <tr> <th colspan="6">จำนวนตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP-R)</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						จำนวนตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP-R)						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																																																																																																
	จำนวนตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP-R)																																																																																																
	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																																																																																											
ผู้ประสานการงาน ตัวชี้วัด	นายไตรเทพ พงทอง สำนักสนับสนุนบริการยาและเวชภัณฑ์ โทร 085-487-5037 mail :traltep.f@nhso.go.th																																																																																																
เกณฑ์การให้ คะแนน	<p>ตัวอย่างเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดที่ 5 โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ในตัวชี้วัดย่อย 5.1 และ 5.2</p> <p>= ค่าคะแนนที่ได้ในตัวชี้วัดย่อย 5.1 + ค่าคะแนนที่ได้ในตัวชี้วัดย่อย 5.1</p>																																																																																																
	2																																																																																																

ชื่อตัวชี้วัด	6. การลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และ ความดันโลหิตสูง (HT)
วัตถุประสงค์	การติดตามและประเมินสมรรถนะการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้าอนรึกษาในโรงพยาบาลโดย ไม่จำเป็น
คำนิยาม	ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) การคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลด้วย ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุพล ลิ้ม วัฒนานนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน โดย พิจารณาจากการวินิจฉัยหลักโดยใช้รหัส 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 ที่มีการวินิจฉัยรองเป็น 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 โดยไม่มีการให้หัตถการดังต่อไปนี้ 33.6, 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94 และ 37.98
เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมายภาพรวมประเทศ ลดลง ไม่น้อยกว่า 6.58 ต่อแสนประชากร
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย ACSC ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในความรับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน ผ่านโปรแกรม e-Claim
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP e Claim
รายการข้อมูล 1	A: จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยสิทธิ UC อายุ 15-74 ปี ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) เข้ารักษาในโรงพยาบาลในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) ตามคำนิยาม A1 = ข้อมูล A ระหว่าง 1.มย.60 - 31.มค.61 A2 = ข้อมูล A ระหว่าง 1.มย.61 - 31.มค.62
เงื่อนไขรายการ ข้อมูล 1	A: นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยสิทธิ UC อายุ 15-74 ปี ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน (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 ที่มีการวินิจฉัยรองเป็น 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 โดยไม่มีการให้หัตถการดังต่อไปนี้ 33.6, 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94 และ 37.98 จากฐาน IP e-claim (โดยแสดงผลจำนวนครั้งเป็นรายกลุ่มโรค แต่การคิดอัตราใช้ยอดรวมทั้ง 5 กลุ่มโรค) A1 = ข้อมูล A ระหว่าง 1.มย.60 - 31.มค.61 A2 = ข้อมูล A ระหว่าง 1.มย.61 - 31.มค.62
รายการข้อมูล 2	B1: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำ ณ 1 ม.ค. 61 B2: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำ ณ 1 ม.ค. 62
เงื่อนไขรายการ ข้อมูล 2	B1: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำที่รับลงทะเบียน (Hmain_op) โดยใช้ประชากร ณ 1 ม.ค.61 B2: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำที่รับลงทะเบียน (Hmain_op) โดยใช้ประชากร ณ 1 ม.ค.62
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	X1 = อัตราการนอนรพ.ด้วย ACSC ต่อแสนประชากร 1.มย.60 - 31.มค.61 = (A1/B1)×100,000 X2 = อัตราการนอนรพ.ด้วย ACSC ต่อแสนประชากร 1.มย.61 - 31.มค.62 = (A2/B2)×100,000

	$Y = \text{อัตราการลดลง} = X2-X1$
ระยะเวลา ประเมินผล	2 ครั้ง (แบบสะสม)
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวสาทราย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th
Baseline	ผลงาน QOF ปี 2560 ACSC ภาพรวมประเทศ ลดลง 1.87 ต่อแสนประชากร ผลงาน QOF ปี 2561 ACSC ภาพรวมประเทศ ลดลง 31.76 ต่อแสนประชากร
เกณฑ์การให้ คะแนน	มากกว่า 14.53 % = 0 คะแนน
	14.53 % ถึง 10.42 % = 1 คะแนน
	10.43 % ถึง 6.32 % = 2 คะแนน
	6.33 % ถึง 2.22 % = 3 คะแนน
	2.23 % ถึง -1.86 % = 4 คะแนน
	$\leq -1.87 \%$ = 5 คะแนน
	หมายเหตุ คะแนนเป็นบวก หมายถึง อัตราการนอนรพ.ด้วย ACSC เพิ่มขึ้น คะแนนเป็นลบ หมายถึง อัตราการนอนรพ.ด้วย ACSC ลดลง

ภาคผนวก ข. Template ตัวชี้วัดระดับพื้นที่

ชื่อตัวชี้วัด	1.1 อัตราสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success Rate)
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหาย รักษาครบ
คำนิยาม	<p>1 ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมทั้งรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>3 กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในหน่วยบริการประจำ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่า ร้อยละ 85
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561 - 31 ธันวาคม 2561) ที่เป็นผู้ป่วยไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในหน่วยบริการประจำ
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลแบบอิเล็กทรอนิกส์ (TBCM Online)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ

	2561 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 31 กรกฎาคม 2562																		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2561)																		
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A / B) * 100$																		
เงื่อนไขการคำนวณ	<p>1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค ไม่นับรวม</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2561) • ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2561) <p>2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมาคำนวณอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค</p>																		
ระยะเวลาประเมินผล	ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2562																		
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	ภก.สรราชัย สุขประสงค์ สปสข.เขต 3 นครสวรรค์ 0854875034 นายพงศ์ปนต์ ทองอ่อน สคร. 3 จังหวัดนครสวรรค์ 0982515565																		
Baseline	-																		
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>น้อยกว่า 75.00</td> <td>75.00-77.49</td> <td>77.5-79.99</td> <td>80.00 -82.74</td> <td>82.50-84.99</td> <td>ตั้งแต่ 85.00 ขึ้นไป</td> </tr> </tbody> </table>		เกณฑ์การให้คะแนน					0	1	2	3	4	5	น้อยกว่า 75.00	75.00-77.49	77.5-79.99	80.00 -82.74	82.50-84.99	ตั้งแต่ 85.00 ขึ้นไป
	เกณฑ์การให้คะแนน																		
0	1	2	3	4	5														
น้อยกว่า 75.00	75.00-77.49	77.5-79.99	80.00 -82.74	82.50-84.99	ตั้งแต่ 85.00 ขึ้นไป														

หมายเหตุ เกณฑ์เป้าหมายเปลี่ยนแปลงจากปี 2561

ชื่อตัวชี้วัด	1.2 อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดโรครายใหม่โดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-Ray) ใน 7 กลุ่มเสี่ยง					
วัตถุประสงค์	เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดโรครายใหม่ด้วยวิธีการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-Ray) ในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย 7 กลุ่ม					
คำนิยาม	การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดโรครายใหม่โดยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-Ray) ใน 7 กลุ่มเสี่ยงเป้าหมายนั้น ประกอบด้วย 1.ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน 2.ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 3. ผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไปที่มี Lung Disease ร่วมด้วย (COPD) 4.ผู้ป่วยเบาหวาน(รายใหม่และเบาหวานรายเก่าที่มีค่า HbA1c มากกว่า 7 5.ผู้ต้องขัง 6.แรงงานต่างด้าว 7.บุคลากรสาธารณสุข					
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดโรครายใหม่โดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-Ray) ใน 7 กลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 90					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย 7 กลุ่ม ประกอบด้วย 1.ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน 2.ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 3.ผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไปที่มี Lung Disease ร่วมด้วย (COPD) 4.ผู้ป่วยเบาหวาน(รายใหม่และเบาหวานรายเก่าที่มีค่า HbA1c มากกว่า 7 5.ผู้ต้องขัง 6.แรงงานต่างด้าว 7. บุคลากรสาธารณสุข					
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลแบบอิเล็กทรอนิกส์ (TBCM Online)					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายใน 7 กลุ่ม ที่มีผลตรวจคัดกรองวัณโรคโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก(X-Ray)					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายทั้งหมด 7 กลุ่ม					
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) * 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ข้อมูลการคัดกรองตั้งแต่ 1 ต.ค.2561 - 31 กรกฎาคม 2562					
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ภก.สรราชัย สุขประสงค์-สปสช.เขต 3 นครสวรรค์ 0854875034 นายพงศ์ปณิต ทองอ่อน สคร.ที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 0982515565					
Baseline	-					
เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน					
	0	1	2	3	4	5
	น้อยกว่า 40.00	40.00 - 49.99	50.00 - 59.99	60.00 - 69.99	70.00 - 79.99	ตั้งแต่ 80.00 ขึ้น ไป

หมายเหตุ เกณฑ์เป้าหมายเปลี่ยนแปลงจากปี 2561

ตัวชี้วัด	2.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาประจำปี
คำนิยาม	การคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตาประจำปี หมายถึง ผู้เป็นเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล/เครือข่ายหน่วยบริการ ได้รับการตรวจจอประสาทตา 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 data
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP, IP, OP e-claim ของ สปสช. และ HDC
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เป็นเบาหวาน สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนสิทธิหน่วยบริการประจำ และได้รับการตรวจจอประสาทตา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตามช่วงเวลาที่กำหนด 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) x100
ระยะเวลาประเมินผล	ช่วงเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2561 –31 มีนาคม2562
Baseline	ข้อมูลจาก QOF ปี 2560 เขต 3 Mean=55.62 SD=11.20 ข้อมูลจาก QOF ปี 2561 เขต 3 Mean=47.75 SD=27.62
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	ต่ำกว่า 44.00 % = 0 คะแนน 44.00 - 49.99 % = 1 คะแนน 50.00 - 55.99 % = 2 คะแนน 56.00 - 61.99 % = 3 คะแนน 62.00 - 67.99% = 4 คะแนน ตั้งแต่ 68.00 % ขึ้นไป= 5 คะแนน

ตัวชี้วัด	3. อัตราการคัดกรอง Microalbumin ในปัสสาวะผู้ป่วยเบาหวาน
คำนิยาม	การคัดกรอง Micro albumin ในปัสสาวะผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้เป็นเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการคัดกรอง Micro albumin ในปัสสาวะ อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ผู้เป็นเบาหวานที่มีการคัดกรอง Micro albumin ในปัสสาวะผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้เป็นเบาหวานที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 -E14 และมีรหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LABFU): ข้อมูลการตรวจโปรตีน Micro albumin ในปัสสาวะ (ICD10TM = 0440204, field 0=Negative, 1=trace, 2=positive)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้เป็นเบาหวานสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ และได้รับการคัดกรอง Microalbumin ในปัสสาวะผู้ป่วยเบาหวาน ตามช่วงเวลาที่กำหนด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ OP/PP Individual
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP, IP, OP e-claim ของ สปสช.
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เป็นเบาหวาน สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนสิทธิหน่วยบริการประจำ จากแฟ้ม CHRONIC และได้รับการคัดกรอง Micro albumin ในปัสสาวะผู้ป่วยเบาหวาน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จากแฟ้ม LABFU : ICD10TM = 0440204 (field 0=Negative, 1=trace, 2=positive) ตามช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้เป็นเบาหวาน สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (HmainOP) ณ สิ้นเดือนกันยายนของปีที่ผ่านมาจากแฟ้ม CHRONIC
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ช่วงเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2561 –31 มีนาคม 2562
Baseline	ข้อมูลจาก QOF ปี 2560 เขต 3 Mean=14.21 SD=11.25 ข้อมูลจาก QOF ปี 2561 เขต 3 Mean=66.53 SD=23.07
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	ต่ำกว่า 10.00 % = 0 คะแนน
	10.00 % - 19.99 % = 1 คะแนน
	20.00 % - 29.99 % = 2 คะแนน
	30.00 % - 39.99 % = 3 คะแนน
	40.00 % - 49.99 % = 4 คะแนน
	50.00 % ขึ้นไป = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	4.ร้อยละของ รพ. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็น ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ให้ครอบคลุมทุกมิติ สามารถขับเคลื่อนไปได้ (ด้านสาธารณสุข) อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง
คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 5 ดี โดย บริหารดี ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้ เกณฑ์หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี เกณฑ์หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกณฑ์หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล เกณฑ์หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย เกณฑ์หมวด 5 ผลลัพธ์ 1.โดยมีการประเมินเกณฑ์พัฒนา ระดับ 5 ดาว 5คะแนนรวม ร้อยละ 80 ขึ้นไปและคะแนนรายหมวด มากกว่าร้อยละ 80 2.การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปีก่อนเข้ารับการประเมินใหม่
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาคุณภาพผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่3 จำนวน 579 แห่ง รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 189 แห่ง รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 120 แห่ง รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัดพิจิตร จำนวน 109 แห่ง รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัดอุทัยธานี จำนวน 89 แห่ง รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัดชัยนาท จำนวน 72 แห่ง
แหล่งข้อมูล	รพ.สต.ประเมินตนเอง ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว และทีมประเมินระดับอำเภอ/จังหวัด และ รพ.สต.บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวระดับ 5 ดาว
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวโดยทีมประเมินระดับอำเภอ จังหวัด และ รพ.สต. บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	

สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง รายงานผลภายใน 31 กรกฎาคม 2562
ผู้ประสานการ งานตัวชี้วัด	นายแพทย์ธีรสุทธิ ปิตวิบลเสถียร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จ.อุทัยธานี นางมลวิภา กาศสมบูรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร
Baseline.	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ดาว ปี 2561 ค่าเฉลี่ยเขต 3 = 40.07 , SD = 22.48
เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับคะแนน 0 รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ดาว < ร้อยละ 20.00 ระดับคะแนน 1 รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 20.00-29.99 ระดับคะแนน 2 รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 30.00-39.99 ระดับคะแนน 3 รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 40.00-49.99 ระดับคะแนน 4 รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 50.00-59.99 ระดับคะแนน 5 รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ดาว \geq ร้อยละ 60

หมายเหตุ เกณฑ์เป้าหมายเปลี่ยนแปลงจากปี 2561

ชื่อตัวชี้วัด	5.1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี					
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี					
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7					
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ 40					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด					
แหล่งข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล แฟ้ม 43 ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด					
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ช่วงเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2561 -31 มีนาคม 2562					
วิธีการประเมินผล	คิดจาก 43 แฟ้ม(ช่วงปีงบประมาณ) A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD,DIAGNOSIS_IPD,CHRONIC รหัส ICD-10 ที่ 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN("1","3") 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง) , 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099"(สัญชาติไทย) และได้รับการตรวจ HbA1C (LABFU.LABTEST=("0531601") ระดับ HBA1C ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ใช้ข้อมูลจาก LABFU,LABRESULT B=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD,DIAGNOSIS_IPD,CHRONIC รหัส ICD-10 ที่ 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN ("1","3") 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)					
ผู้ประสานงาน	ภก.สรราชัย สุขประสงค์ สปสช.เขต 3 นครสวรรค์					
Baseline	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560	2561

	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	25.24	28.82	30.10	37.41
เกณฑ์การให้คะแนน	ต่ำกว่า 20.00%	= 0 คะแนน				
	20.00 – 24.99 %	= 1 คะแนน				
	25.00 – 29.99 %	= 2 คะแนน				
	30.00 – 34.99 %	= 3 คะแนน				
	35.00 – 39.99%	= 4 คะแนน				
	40.00 % ขึ้นไป	= 5 คะแนน				

ชื่อตัวชี้วัด	5.2 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันได้ดี					
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี					
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการขึ้นทะเบียน ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้ง สุกท้ายติดต่อกัน < 140/90 mmHg ในช่วงบึงบประมาณ					
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ 50					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด					
แหล่งข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล แฟ้ม 43 ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด					
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ช่วงเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2561 -31 มีนาคม 2562					
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	ภก.สราชัย สุขประสงค์ สปสช.เขต 3 นครสวรรค์					
Baseline	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2558	2559	2560	2561
	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	22.82	27.00	39.75	33.71
เกณฑ์การให้คะแนน	ต่ำกว่า	30.00%	= 0 คะแนน			
		30.00 % - 34.99 %	= 1 คะแนน			
		35.00 % - 39.99 %	= 2 คะแนน			
		40.00 % - 44.99 %	= 3 คะแนน			
		45.00 % - 49.99%	= 4 คะแนน			
		50.00 % ขึ้นไป	= 5 คะแนน			