



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๕ ราชบุรี

เลขที่ ๒ อาคารประชณีย์ ชั้น ๓ ถ.สมุทรศักรักษ์ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
โทรศัพท์ ๐๓๒-๓๓๒๕๙๐ โทรสาร ๐๓๒-๓๓๒๕๙๓

ที่ สปสช. ๕.๓๗ / ว. ๕๖๗

๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง แจ้งแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสช.) เขต ๕ ราชบุรี มีมติจากการประชุมครั้งที่ ๕ / ๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๑ เห็นชอบแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปี ๒๕๖๒ ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมผ่านคณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระดับเขต ๕ เพื่อการบริหารจัดการข้อมูลตามเกณฑ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework : QOF) โดยการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง เพื่อสนับสนุน และกระตุ้นให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพบริการตามผลงานที่เกิดขึ้นจริง ผ่านตัวชี้วัดคุณภาพบริการที่ได้มีการกำหนดไว้ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ นั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๕ ราชบุรี ขอแจ้งแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นาย อหทัย หมั่นเทียนติพันธ์)

รองผู้อำนวยการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 5 ราชบุรี

กลุ่มภารกิจสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ

ส่วนตัว ๐๘๒-๔๙๙๑๑๕๖ ผู้รับผิดชอบ : นางรุ่งนภา ปัญญาเดชากุล

E-mail address : rungnapa.p@nhso.go.th

สำเนาเรียน : โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

๕ -



แนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
ปีงบประมาณ 2562

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี

ตุลาคม 2561

คำนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเล็งเห็นถึงความสำคัญในการกระตุ้นและพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการ โดยใช้กลไกด้านการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนและกระตุ้นให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยจัดสรรงบประมาณบางส่วนให้แก่หน่วยบริการตามผลงานที่บริการที่เกิดขึ้นจริง ผ่านตัวชี้วัดคุณภาพบริการที่ได้มีการกำหนดไว้ ในปีงบประมาณ 2562 นี้ สปสช.จึงได้จัดสรร งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ให้แก่หน่วยบริการ โดยมุ่งหวังให้หน่วยบริการตระหนักถึงการพัฒนาบริการให้บรรลุถึงคุณภาพตามตัวชี้วัดที่กำหนด เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินการร่วมกันภายใต้บริบทของพื้นที่ และเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาให้น้อยที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบดำเนินงานของหน่วยบริการในพื้นที่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต5 ราชบุรี จึงได้จัดทำแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2562 ฉบับนี้ขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต5 ราชบุรี

สารบัญ

คำนำ	2
สารบัญ	3
การบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2562.....	4
1. แนวคิดการจัดสรร	4
2. วัตถุประสงค์.....	4
3. กลุ่มเป้าหมาย.....	4
4. ผลิตหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ	4
5. วงเงินงบที่ได้รับ และประเด็นที่เปลี่ยนแปลงจากปีงบประมาณ 2562	4
6. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย	5
7. หลักเกณฑ์การจ่าย.....	7
8. บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง.....	7
9. ระยะเวลาดำเนินการ	9
10. การกำกับ ติดตามประเมินผล	10
11. ตัวชี้วัดกลาง.....	11
12. ตัวชี้วัดระดับพื้นที่.....	12
ภาคผนวก ก. - คำนำหนักและค่ากลาง ตัวชี้วัดกลาง ที่นำมาใช้จัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพฯ	13
- คำนำหนักและค่ากลาง ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ ที่นำมาใช้จัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพฯ	14
ภาคผนวก ข. Template ตัวชี้วัดกลาง	115
ภาคผนวก ค. Template ตัวชี้วัดระดับพื้นที่.....	27

การบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2562

1. แนวคิดการจัดสรร

การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข เป็นแนวคิดสำคัญหนึ่ง ในการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2562 เพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ เป็นการจ่ายเพื่อมุ่งหวังให้หน่วยบริการตระหนักถึงการพัฒนาการบริการให้บรรลุถึงคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนมั่นใจได้ว่าภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนจะเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ โดยมีหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราการจัดงบตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำ ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต
- 2.2 เพื่อให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- 2.3 เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของระบบข้อมูลสุขภาพในพื้นที่

3. กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. ผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ

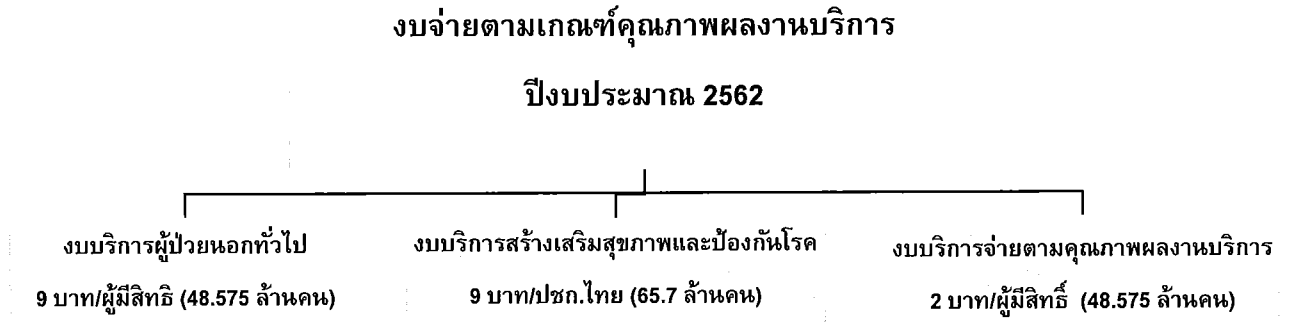
หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน

5. วงเงินงบที่ได้รับ และประเด็นที่เปลี่ยนแปลงจากปีงบประมาณ 2562

งบสำหรับการบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ มาจาก 3 ส่วนได้แก่

- 1) บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.5750 ล้านคน จำนวน 437,175,000 บาท
- 2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อประชาชนไทยทุกคน 65.7000 ล้านคน จำนวน 591,300,000 บาท
- 3) บริการจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการ จำนวน 2 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับผู้มีสิทธิ 48.5750 ล้านคน จำนวน 97,150,000 บาท

ภาพที่ 1 กรอบการบริหารการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2562



6. แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

การจัดสรรงบจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการนี้ เป็นการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการประจำที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนด โดยคณะทำงาน หรือ กลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับเขต

6.1 แนวทางพิจารณาและคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่นำมาใช้ประกอบด้วย

- 6.1.1 เป็นตัวชี้วัดที่บูรณาการร่วมระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- 6.1.2 เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ได้แก่ กลุ่มโรคที่มีภาระโรคสูง (High burden) โรคที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) และโรคที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง (High cost) และสามารถคัดเลือกตัวชี้วัดที่สอดคล้องตามสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่
- 6.1.3 ไม่ซ้ำกับตัวชี้วัดผลลัพธ์บริการที่ใช้ในการจ่ายคุณภาพบริการในบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง และบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์
- 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 ทุกเขตต้องนำไปใช้ในการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

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 5 ปี

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 2561 (รายละเอียดในภาคผนวก)

7. หลักเกณฑ์การจ่าย

7.1 จัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการให้สปสช.แต่ละเขต ตามจำนวนประชากร/ผู้มีสิทธิ

7.2 สปสช.เขต จัดให้มีคณะทำงานหรือ กลไกการมีส่วนร่วมเพื่อบริหารจัดการ กำหนดแนวทางการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ซึ่งประกอบด้วย ค่าเป้าหมาย ให้นำนักคะแนน เกณฑ์การให้คะแนน และสัดส่วนงบประมาณที่จะจัดสรรให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนด

7.3 การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ ให้สปสช.เขต กำหนดค่าเป้าหมายจากผลงานบริการในระดับพื้นที่ โดยให้พิจารณาความเหมาะสมสอดคล้องกับค่าเป้าหมายระดับประเทศร่วมด้วย และอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ 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 การจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ สำหรับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับกรมแพทยทหารเรือ และกรมแพทยทหารอากาศนั้น สปสช.กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะได้ โดยให้หารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8. บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง

หน่วยงาน	บทบาทหน้าที่
สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำกรอบแนวทางการบริหารเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ 2. ประสานการพิจารณาคัดเลือก และการจัดทำตัวชี้วัดที่นำมาใช้ในการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนัก/แผนงานที่เกี่ยวข้อง และ สปสช.เขต 3. กำหนดแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ 4. ชี้แจงการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ แก่ สปสช.เขต 5. กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน และรายงานสรุปผล การดำเนินงานงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการในภาพรวม 6. ประเมินวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดในระดับประเทศ
สำนัก/แผนงานในกลุ่มภารกิจสนับสนุนเครือข่ายบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ 2. สำนักสนับสนุนระบบบริการยาและเวชภัณฑ์ <ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดประเด็น/กรอบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการ โดยเชื่อมโยงบริการระดับ Primary care และ hospital care 2. จัดทำตัวชี้วัดที่นำมาใช้ในการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

หน่วยงาน	บทบาทหน้าที่
	<ol style="list-style-type: none"> 3. ดำเนินงานตามกรอบการดำเนินงานที่กำหนดไว้ 4. ติดตาม วิเคราะห์ ประเมินผลการให้บริการของหน่วยบริการ ตามตัวชี้วัดที่กำหนด
<p>สำนัก/แผนงานที่เกี่ยวข้อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักบริหารงานทะเบียน 2. สำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ 3. สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน 4. สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ 5. สำนักสนับสนุนและประสานงานเขต 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สนับสนุนข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ 2. จัดทำ script ในการดึงข้อมูลและสนับสนุนข้อมูลตามตัวชี้วัด และเกณฑ์ที่กำหนด ให้แก่สำนักที่เกี่ยวข้อง และ สปสช. เขต 3. คำนวณวงเงินจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการให้ สปสช. เขต ตามรายหัวประชากร 4. สนับสนุนการดำเนินงาน ประสานและติดตามการดำเนินงานของ สปสช. เขต
<p>สปสช.เขต</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้มีคณะกรรมการหรือคณะทำงาน กำหนดตัวชี้วัดระดับพื้นที่หลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการ เสนอ อปสช. เห็นชอบ โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ อาจใช้คณะกรรมการหรือคณะทำงานที่มีอยู่แล้ว หรือจัดตั้งขึ้นใหม่โดย อปสช. ก็ได้ 2. แจ้งรายการตัวชี้วัดระดับพื้นที่ หลักเกณฑ์ และแนวทางการจัดสรร ที่ผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. ให้แก่หน่วยบริการ สปสช. ส่วนกลางและผู้เกี่ยวข้องทราบ (ตามแบบรายงานในภาคผนวก) 3. ชี้แจงทำความเข้าใจการบริหารจัดการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ แก่หน่วยบริการและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับในพื้นที่ 4. ติดตาม รวบรวม ตรวจสอบผลงานของหน่วยบริการ ตามแนวทางและหลักเกณฑ์ที่กำหนด 5. ประมวลผลข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนด 6. คำนวณ จัดสรร และโอนงบประมาณแก่หน่วยบริการ 7. ประเมิน วิเคราะห์ สรุปผลการประเมินคุณภาพบริการตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด 8. กำกับ ติดตาม คุณภาพการจัดบริการของหน่วยบริการ โดยอาจบูรณาการกับการกำกับติดตามงานอื่นในพื้นที่

หน่วยงาน	บทบาทหน้าที่
	9. แจ้างผลการประเมินคุณภาพบริการตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และคืนข้อมูลให้หน่วยบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อนำผลไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการ
หน่วยบริการประจำ	<p>1. สนับสนุนและพัฒนากิจการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และจัดระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งบูรณาการเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (Community Health) ภายในหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหรือสถานบริการในเครือข่าย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน</p> <p>2. พิจารณาจัดสรรงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการแก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมที่มีอยู่</p>

9. ระยะเวลาดำเนินการ

กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. ประชุมหารือแนวทางบริหารงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	มิ.ย. 61	สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ สำนักที่เกี่ยวข้อง และ สปสช.เขต
2. จัดทำคู่มือ/แนวทางบริหารงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ	ส.ค. 61	สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ
3. ชี้แจงการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ แก่ สปสช.เขต	1 ก.ย. 61	สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ.และสำนักที่เกี่ยวข้อง
4. คำนวณงบราย สปสช.เขต ตามรายหัวประชากร	ก.ย. 60	สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ.
<p>5. เสนอแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามคุณภาพบริการ รายการตัวชี้วัดกลาง และตัวชี้วัดระดับพื้นที่ แก่ อปสช.</p> <p>6. ชี้แจงแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามคุณภาพบริการแก่หน่วยบริการ</p> <p>7. แจ้างแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามคุณภาพบริการระดับเขตที่ผ่าน อปสช.แก่สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ</p>	ต.ค. – พ.ย. 61	สปสช.เขต

กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
8. สนับสนุนข้อมูล และ script ในการดึงข้อมูลในระบบ	ม.ค - มิ.ย.62	สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพท์.
9. ประมวลผลงานตามรายการตัวชี้วัดกลาง และส่งให้แก่ สปสช.เขต	31 พ.ค. 62	สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน
10.สปสช.เขต ตรวจสอบข้อมูลและแจ้ง IT เพื่อแก้ไขข้อมูล	30 มิ.ย. 62	สปสช.เขต
11.ประมวลผลข้อมูลตามตัวชี้วัด และคำนวณงบประมาณรายหน่วยบริการตามผลงานและเกณฑ์ที่กำหนด และโอนงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการให้แก่หน่วยบริการ	จ่ายครั้งเดียว ภายใน 31 ส.ค. 62	สปสช.เขต
12.ติดตาม ประเมิน วิเคราะห์ สรุปผลการประเมินคุณภาพบริการตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด	ส.ค. -ก.ย.62	สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐาน หน่วยบริการ/ สปสช.เขต/สำนักที่ เกี่ยวข้อง
13.กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน และรายงานสรุปผลการดำเนินงานในภาพรวม	ก.ย. 62	สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐาน หน่วยบริการ.

10. การกำกับ ติดตามประเมินผล

- 1) ความครบถ้วน ถูกต้อง ของข้อมูลที่นำมาใช้ในการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
- 2) การดำเนินการเป็นไปตามแผน และเบิกจ่ายงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ถูกต้อง ตรงตามเวลาที่กำหนด
- 3) การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพผลงานบริการ เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการสนับสนุน ส่งเสริม กำกับและติดตามคุณภาพบริการในระดับพื้นที่ ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

11. ตัวชี้วัดกลาง

ตัวชี้วัดกลางที่นำมาใช้ในการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2562 นั้น เป็นตัวชี้วัดที่บูรณาการระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดย สปสช.เขต ทุกเขตนำไปใช้ในการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการ จำนวน 6 รายการ มีรายละเอียดตัวชี้วัด 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 5 ปี

ตัวชี้วัดที่ 5: ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก

5.1 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)

5.2 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)

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

12. ตัวชี้วัดระดับพื้นที่

ตัวชี้วัดพื้นที่ไม่เกิน 5 ตัว ซึ่งสามารถเลือกจากรายการตัวชี้วัดที่มี หรือกำหนดเพิ่มเติมขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับการพัฒนาคุณภาพบริการ และตามปัญหาในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีกลไกการมีส่วนร่วมในการจัดทำตัวชี้วัด และผ่านความเห็นชอบจาก คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสช.) (กำหนดแนวทางการพิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัดที่จะนำมาใช้ ดังรายละเอียดหน้า 5-6) โดยมีรายละเอียดตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ได้รับวัคซีนโรคหัด

ตัวชี้วัดที่ 2: อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

ตัวชี้วัดที่ 3: ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี (9,18,30 และ 42เดือน) ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ

ตัวชี้วัดที่ 4: ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี (9,18,30 และ 42เดือน) ที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าจากการประเมินครั้งที่ 1 แล้วได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการครั้งที่ 2

ตัวชี้วัดที่ 5: การตั้งครุฑที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก :

1. คำนวณน้ำหนักและค่ากลางตัวชี้วัดกลาง ที่นำมาใช้จัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ สปสช.เขต5 ราชบุรี

ตัวชี้วัดกลาง		
ชื่อตัวชี้วัดกลาง	ค่าน้ำหนัก	ค่ากลาง
1. ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	10	62.61
2. ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	10	63.38
3. ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	10	46.82
4. ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	10	35.35
5. ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก	10	
5.1 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)	5	40.01
5.2 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)	5	40.01
6. การลดลงของอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (ACSC: Ambulatory Care Sensitive Condition) ในโรคลมชัก (Epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (Asthma) เบาหวาน (Diabetes Mellitus) และ ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	10	-6.57

2. คำนวณน้ำหนักและค่ากลางตัวชี้วัดระดับพื้นที่ ที่นำมาใช้จัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ สปสช.เขต5 ราชบุรี

ตัวชี้วัดระดับพื้นที่		
ชื่อตัวชี้วัดระดับพื้นที่	ค่าน้ำหนัก	ค่ากลาง
1. ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ได้รับวัคซีนโรคหัด	10	64.56
2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	10	22.08
3. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี (9,18,30 และ 42เดือน) ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ	10	68.47
4. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี (9,18,30 และ 42เดือน) ที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าจากการประเมิน ครั้งที่ 1 แล้วได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการครั้งที่ 2	10	41.05
5. การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์	ไม่กำหนด ค่าน้ำหนัก	ดูแลรายบุคคล ตามเกณฑ์ ครรภ์ เสี่ยง>=50%

ภาคผนวก ข. Template ตัวชี้วัดกลาง Template ตัวชี้วัดทุกรายการ (ที่ผ่านมติ อปสข.)

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 สปสข. 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 ทั้งนี้ต้องตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนวันคัดกรอง (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

ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางรุ่งนภา ปัญญาเดชากุล 082-4991156 email: rungnapa.p@nhso.go.th												
Baseline	ผลงาน QOF ปี 2560= 59.34% ผลงาน QOF ปี 2561 ทุกสิทธิ์ = 50.58%, UC =56.29%												
เกณฑ์การให้ คะแนน	<table border="0"> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.46</td> <td>= 5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 77.50 - 82.45</td> <td>= 4 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 72.54 - 77.49</td> <td>= 3 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 67.58 - 72.53</td> <td>= 2 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 62.62 - 67.57</td> <td>= 1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 62.62</td> <td>= 0 คะแนน</td> </tr> </table>	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.46	= 5 คะแนน	ร้อยละ 77.50 - 82.45	= 4 คะแนน	ร้อยละ 72.54 - 77.49	= 3 คะแนน	ร้อยละ 67.58 - 72.53	= 2 คะแนน	ร้อยละ 62.62 - 67.57	= 1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 62.62	= 0 คะแนน
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.46	= 5 คะแนน												
ร้อยละ 77.50 - 82.45	= 4 คะแนน												
ร้อยละ 72.54 - 77.49	= 3 คะแนน												
ร้อยละ 67.58 - 72.53	= 2 คะแนน												
ร้อยละ 62.62 - 67.57	= 1 คะแนน												
น้อยกว่าร้อยละ 62.62	= 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 ฟิวด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 5) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิวด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 6) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม NCDSCREEN ฟิวด์ SBP_1 และ ฟิวด์ DBP_1ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม CHRONIC ฟิวด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในช่วง 1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562 โดยตัดผู้ที่เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนหน้าวันที่คัดกรองออก
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 โดยตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนวันคัดกรอง รวมถึงรายที่มี PID error หรือ PID ที่เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล IP/OP e-claim แฟ้ม DIAGNOSIS หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิวด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC ฟิวด์ CHRONIC รหัส I10-I15ก่อนวันที่ผลคัดกรองดังกล่าวออกจากการคำนวณ
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 ฟิวด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 ร่วมกับฐานข้อมูล IP/OP e-claim แฟ้ม DIAGNOSIS ฟิวด์ DIAGCODE และฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิวด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นางรุ่งนภา ปัญญาเดชากุล 082-4991156 email: rungnapa.p@nhso.go.th
Baseline	ผลงาน QOF ปี 2560= 60.86% ผลงาน QOF ปี 2561 ทุกสิทธิ์ = 51.26%, UC =56.87%
เกณฑ์การให้คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.03 = 5 คะแนน ร้อยละ 79.62 - 85.02 = 4 คะแนน ร้อยละ 74.21 - 79.61 = 3 คะแนน ร้อยละ 68.80 - 74.20 = 2 คะแนน ร้อยละ 63.39 - 68.79 = 1 คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 63.39 = 0 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	3. ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 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. ให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อฉุกเฉิน
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) โดยหญิงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกของครรภ์นี้นับในช่วงที่ได้รับบริการภายในวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562 (โดยตรวจสอบการฝากครรภ์ย้อนหลังไป 9 เดือนทุกรายของผู้รับบริการในช่วงที่กำหนด เพื่อตัดรายที่เคยมาในช่วง 9 เดือนย้อนหลังออกก่อน หากมี PID ซ้ำ ให้เลือก GRAVIDA ที่ไม่ซ้ำ) ให้นับเฉพาะวันที่บริการครั้งแรกใน min(DATE_SERV) และ min (GA) กรณีพบซ้ำให้เลือกหน่วยบริการแรกหน่วยบริการเดียว นับจำนวนคน จากเลขประจำตัว 13 หลัก ที่มี GA <=12 wks และตัด PID error
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงมีครรภ์สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกรายที่มาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมดที่ได้รับบริการภายในวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562 ในหน่วยบริการทั้งหมด
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	หญิงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกของครรภ์นี้ ในช่วงเวลาที่ให้บริการ 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
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง

ผู้ประสานการ งานตัวชี้วัด	นางรุ่งนภา ปัญญาเดชากุล 082-4991156 email: rungnapa.p@nhso.go.th												
Baseline	ผล QOF ปี 2560 = 53.80 % ผล QOF ปี 2561 = ทุกสิทธิ์ 52.83%, UC = 52.23%												
เกณฑ์การให้ คะแนน	<table data-bbox="403 432 1522 672"> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.75</td> <td>= 5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 58.77 - 62.74</td> <td>= 4 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 54.79 - 58.76</td> <td>= 3 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 50.81 - 54.78</td> <td>= 2 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 46.83 - 50.80</td> <td>= 1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 46.83</td> <td>= 0 คะแนน</td> </tr> </table>	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.75	= 5 คะแนน	ร้อยละ 58.77 - 62.74	= 4 คะแนน	ร้อยละ 54.79 - 58.76	= 3 คะแนน	ร้อยละ 50.81 - 54.78	= 2 คะแนน	ร้อยละ 46.83 - 50.80	= 1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 46.83	= 0 คะแนน
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 62.75	= 5 คะแนน												
ร้อยละ 58.77 - 62.74	= 4 คะแนน												
ร้อยละ 54.79 - 58.76	= 3 คะแนน												
ร้อยละ 50.81 - 54.78	= 2 คะแนน												
ร้อยละ 46.83 - 50.80	= 1 คะแนน												
น้อยกว่าร้อยละ 46.83	= 0 คะแนน												

ชื่อตัวชี้วัด	4. ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีอายุ 30-60 ปี
1	<p>กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สตรีสัญชาติไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีอายุ 30-60 ปี (เกิดในช่วง 1 เมษายน 2501 ถึง 31 มีนาคม 2531) และได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในช่วง 1 เมษายน 2557 - 31 มีนาคม 2562 ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>การตรวจปากมดลูก หมายถึง การตรวจทั้งโดยวิธี Pap Smear และ VIA</p> <p>Pap Smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา</p> <p>VIA (Visual Inspection with Acetic acid) หมายถึง วิธีคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูก ทิ้งไว้ 1 นาที น้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาวขอบเขตชัดเจน และตำแหน่งแน่นอน สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็ง แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษาอาจกลายเป็นมะเร็งได้ซึ่งเหมาะสำหรับในการคัดกรองสำหรับสตรีอายุ 30-45ปี</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 30-60 ปี
แหล่งข้อมูล	<p>1) ข้อมูล 21/43 แพ้ม (แพ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัส Z014 หรือ Z124)</p> <p>2) SPECIAL PP รหัส 1B30 หรือ 1B40 หรือ รหัสที่ขึ้นต้นด้วย 1B004</p> <p>3)ฐานข้อมูลประชากรไทยทุกสิทธิ</p>
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 อยู่ในแพ้ม SPECIAL PP รหัส 1B30 หรือ 1B40 หรือที่ขึ้นต้นด้วย 1B004 และ PID ที่อยู่ใน DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัส DIAGCODE = Z014, Z124 ตั้งแต่ปี 1 เมษายน 2557- 31 มีนาคม 2562 แล้วนำมาเจนนับรวมกันโดยตัด PID ที่ซ้ำของ 3 ฐานออก แล้วตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนการคัดกรอง 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
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางรุ่งนภา ปัญญาเดชากุล 082-4991156 email: rungnapa.p@nhso.go.th
Baseline	<p>1) ผลการสำรวจ BRFSS 2558 =69%</p> <p>2) ผล QOF 2560= 39.85%</p> <p>3) ผล QOF 2561 ทุกสิทธิ =36.30% , UC=41.79%</p>
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 56.04 = 5 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 50.87 - 56.03 = 4 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 45.70 - 50.86 = 3 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 40.53 - 45.69 = 2 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 35.36 - 40.52 = 1 คะแนน</p> <p>น้อยกว่าร้อยละ 35.36 = 0 คะแนน</p>

ชื่อตัวชี้วัด	<p>5 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก</p> <p>5.1 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)</p> <p>5.2 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)</p>												
ตัวชี้วัดย่อยที่ 5.1	<p>ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อลดการใช้จ่ายปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน</p> <p>คำนิยาม</p> <p>1) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน Acute Diarrhea (AD) หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวกว่าปกติ >3 ครั้งต่อวัน โดยมีอาการไม่นานกว่า 2 สัปดาห์ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอาจเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค เชื้อโรค และสาเหตุอื่นๆ ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันส่วนมากไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา ระบุโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด ดังนี้ "A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 "</p> <p>2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC 01</p> <p>3) ประเด็นการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างไม่รับผิดชอบใน Acute Diarrhea :ผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่รับบริการที่ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 90 (อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะโดยเฉลี่ยในโรงพยาบาลร้อยละ 50) ทั้งๆ ที่หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่าโรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ต้องการยาปฏิชีวนะน้อยกว่าร้อยละ 5 และการใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่ม fluoroquinolones รักษาโรคกลุ่มนี้โดยไม่จำเป็น ชักนำไปเกิดการดื้อยาในกลุ่ม fluoroquinolones และยาอื่นด้วย (เช่น ยา กลุ่ม cephalosporins)</p>												
	<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้การประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการนำส่งในระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual Data) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้</p> <table border="0" data-bbox="414 1433 1037 1680"> <tr> <td>น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20</td> <td>= 5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 20.01 - 25.00</td> <td>= 4 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 25.01 - 30.00</td> <td>= 3 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 30.01 - 35.00</td> <td>= 2 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 35.01 - 40.00</td> <td>= 1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>มากกว่าร้อยละ 40.00</td> <td>= 0 คะแนน</td> </tr> </table>	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20	= 5 คะแนน	ร้อยละ 20.01 - 25.00	= 4 คะแนน	ร้อยละ 25.01 - 30.00	= 3 คะแนน	ร้อยละ 30.01 - 35.00	= 2 คะแนน	ร้อยละ 35.01 - 40.00	= 1 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 40.00	= 0 คะแนน
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20	= 5 คะแนน												
ร้อยละ 20.01 - 25.00	= 4 คะแนน												
ร้อยละ 25.01 - 30.00	= 3 คะแนน												
ร้อยละ 30.01 - 35.00	= 2 คะแนน												
ร้อยละ 35.01 - 40.00	= 1 คะแนน												
มากกว่าร้อยละ 40.00	= 0 คะแนน												
	<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 นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ตามรหัส ICD10 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>																																																																																																
	<p>รายการข้อมูล 2 B: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งหมด</p>																																																																																																
	<p>เงื่อนไขรายการข้อมูล 2 นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ตามรหัส ICD10</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>สูตรการคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 5.1 $(A/B) \times 100$</p> <p>ระยะเวลาประเมินผล รอบ 12 เดือน (เช่น 1 เมษายน 60 – 31 มีนาคม 61)</p> <table border="1" data-bbox="405 943 1520 1644"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Baseline Data ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับยาปฏิชีวนะ</th> <th colspan="6">จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ</th> </tr> <tr> <th colspan="6">จำแนกตามกลุ่มร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP_AD)</th> </tr> <tr> <th>2555</th> <th>2556</th> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td> <td>12</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 10-20</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>13</td> <td>24</td> <td>33</td> <td>66</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 20-30</td> <td>41</td> <td>38</td> <td>73</td> <td>114</td> <td>139</td> <td>196</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 30-40</td> <td>98</td> <td>109</td> <td>163</td> <td>213</td> <td>258</td> <td>307</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 40-50</td> <td>183</td> <td>181</td> <td>211</td> <td>240</td> <td>253</td> <td>241</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 50-60</td> <td>229</td> <td>257</td> <td>252</td> <td>232</td> <td>201</td> <td>128</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 60-70</td> <td>253</td> <td>237</td> <td>165</td> <td>112</td> <td>90</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 70-80</td> <td>116</td> <td>122</td> <td>95</td> <td>61</td> <td>44</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80-90</td> <td>38</td> <td>35</td> <td>35</td> <td>24</td> <td>14</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90-100</td> <td>19</td> <td>16</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>6</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Grand Total</td> <td>1004</td> <td>1019</td> <td>1025</td> <td>1036</td> <td>1043</td> <td>1042</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ						จำแนกตามกลุ่มร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (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
Baseline Data ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ																																																																																																
	จำแนกตามกลุ่มร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (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)</p> <p>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 โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคหวัด ไข้หวัดใหญ่ คอหอยอักเสบ/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ระบุโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด ดังนี้ " B053,J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"</p> <p>2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC O1</p> <p>3) ประเด็นการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างไม่รับผิดชอบใน Respiratory Infection : ผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่รับบริการที่ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 90 (อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะเฉลี่ยของโรงพยาบาลร้อยละ 60) ทั้งๆ ที่หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่าโรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียน้อยกว่าร้อยละ 10. และการใช้จ่ายปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคดังกล่าวที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียไม่มีประโยชน์ ทำให้เกิดโทษจากผลข้างเคียงของยา ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา และเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น</p>												
	<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้การประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการนำส่งในระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual Data) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้</p> <table border="0" data-bbox="406 1556 1037 1787"> <tr> <td>น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20</td> <td>= 5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 20.01 - 25.00</td> <td>= 4 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 25.01 - 30.00</td> <td>= 3 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 30.01 - 35.00</td> <td>= 2 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 35.01 - 40.00</td> <td>= 1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>มากกว่าร้อยละ 40.00</td> <td>= 0 คะแนน</td> </tr> </table>	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20	= 5 คะแนน	ร้อยละ 20.01 - 25.00	= 4 คะแนน	ร้อยละ 25.01 - 30.00	= 3 คะแนน	ร้อยละ 30.01 - 35.00	= 2 คะแนน	ร้อยละ 35.01 - 40.00	= 1 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 40.00	= 0 คะแนน
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20	= 5 คะแนน												
ร้อยละ 20.01 - 25.00	= 4 คะแนน												
ร้อยละ 25.01 - 30.00	= 3 คะแนน												
ร้อยละ 30.01 - 35.00	= 2 คะแนน												
ร้อยละ 35.01 - 40.00	= 1 คะแนน												
มากกว่าร้อยละ 40.00	= 0 คะแนน												
	<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>นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ตามรหัส ICD10 และ มีการให้ยาปฏิชีวนะ" B053,J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"</p>																																																																																																
	<p>รายการข้อมูล 2</p> <p>B: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน</p>																																																																																																
	<p>เงื่อนไขรายการข้อมูล 2</p> <p>นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ตามรหัส ICD10</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 (A/B)x100</p>																																																																																																
	<p>ระยะเวลาประเมินผล รอบ 12 เดือน (เช่น 1 เมษายน 60 – 31 มีนาคม 61)</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">จำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP_RI)</th> </tr> <tr> <th>2555</th> <th>2556</th> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>6</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 10-20</td> <td>26</td> <td>21</td> <td>31</td> <td>61</td> <td>86</td> <td>138</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 20-30</td> <td>77</td> <td>88</td> <td>157</td> <td>202</td> <td>226</td> <td>308</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 30-40</td> <td>218</td> <td>226</td> <td>283</td> <td>292</td> <td>315</td> <td>310</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 40-50</td> <td>292</td> <td>302</td> <td>293</td> <td>270</td> <td>245</td> <td>191</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 50-60</td> <td>250</td> <td>241</td> <td>157</td> <td>133</td> <td>103</td> <td>57</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 60-70</td> <td>85</td> <td>88</td> <td>59</td> <td>34</td> <td>34</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 70-80</td> <td>35</td> <td>31</td> <td>26</td> <td>31</td> <td>24</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80-90</td> <td>13</td> <td>12</td> <td>9</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90-100</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Grand Total</td> <td>1004</td> <td>1019</td> <td>1025</td> <td>1036</td> <td>1043</td> <td>1042</td> </tr> </tbody> </table>	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ						จำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP_RI)						2555	2556	2557	2558	2559	2560	น้อยกว่าร้อยละ 10	7	8	6	4	2	5	ร้อยละ 10-20	26	21	31	61	86	138	ร้อยละ 20-30	77	88	157	202	226	308	ร้อยละ 30-40	218	226	283	292	315	310	ร้อยละ 40-50	292	302	293	270	245	191	ร้อยละ 50-60	250	241	157	133	103	57	ร้อยละ 60-70	85	88	59	34	34	18	ร้อยละ 70-80	35	31	26	31	24	11	ร้อยละ 80-90	13	12	9	7	6	3	ร้อยละ 90-100	1	2	4	2	2	1	Grand Total	1004	1019	1025	1036	1043	1042
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ																																																																																																
	จำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP_RI)																																																																																																
	2555	2556	2557	2558	2559	2560																																																																																											
น้อยกว่าร้อยละ 10	7	8	6	4	2	5																																																																																											
ร้อยละ 10-20	26	21	31	61	86	138																																																																																											
ร้อยละ 20-30	77	88	157	202	226	308																																																																																											
ร้อยละ 30-40	218	226	283	292	315	310																																																																																											
ร้อยละ 40-50	292	302	293	270	245	191																																																																																											
ร้อยละ 50-60	250	241	157	133	103	57																																																																																											
ร้อยละ 60-70	85	88	59	34	34	18																																																																																											
ร้อยละ 70-80	35	31	26	31	24	11																																																																																											
ร้อยละ 80-90	13	12	9	7	6	3																																																																																											
ร้อยละ 90-100	1	2	4	2	2	1																																																																																											
Grand Total	1004	1019	1025	1036	1043	1042																																																																																											
ผู้ประสานการงาน ตัวชี้วัด	นางรุ่งนภา ปัญญาเดชากุล 082-4991156 email: rungnapa.p@nhso.go.th																																																																																																
เกณฑ์การให้ คะแนน	<p>ตัวอย่างเกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดที่ 5 โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ในตัวชี้วัดย่อย 5.1 และ 5.2</p> <p>= ค่าคะแนนที่ได้ในตัวชี้วัดย่อย 5.1 + ค่าคะแนนที่ได้ในตัวชี้วัดย่อย 5.1</p>																																																																																																

ชื่อตัวชี้วัด	6. การลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)
วัตถุประสงค์	การติดตามและประเมินสมรรถนะการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
คำนิยาม	ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) การคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลด้วย ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุพล ลิ้มวัฒนานนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยหลักโดยใช้รหัส ICD-10 ดังต่อไปนี้ 1. ลมชัก (epilepsy) : G40 และ G41 2. ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD): J41-J44 และ J47 รวมทั้ง J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22 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
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย ACSC ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในความรับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	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 เมย..60 – 31 มีค..61 A2 = ข้อมูล A ระหว่าง 1 เมย..61 – 31 มีค..62

<p>เงื่อนไข รายการข้อมูล 1</p>	<p>A: นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยสิทธิ UC อายุ 15-74 ปี ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน (IP) ด้วยโรค (pdx) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ลมชัก (epilepsy): G40 และ G41 ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD): J41-J44 และ J47 รวมทั้ง J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22 ที่มีการวินิจฉัยรับรองเป็น J44 หืด (asthma): J45 และ J46 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 ความดันโลหิตสูง (HT): I10 และ I11 โดยไม่มีการให้หัตถการดังต่อไปนี้ 33.6, 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94 และ 37.98 <p>จากฐาน IP e-claim (โดยแสดงผลจำนวนครั้งเป็นรายกลุ่มโรค แต่การคิดอัตราใช้ยอดรวมทั้ง 5 กลุ่มโรค)</p> <p>A1 = ข้อมูล A ระหว่าง 1 เมย..60 – 31 มีค.61 A2 = ข้อมูล A ระหว่าง 1 เมย..61 – 31 มีค.62</p>
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>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</p>
<p>เงื่อนไข รายการข้อมูล 2</p>	<p>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</p>
<p>สูตรการ คำนวณ ตัวชี้วัด</p>	<p>X1 = อัตราการนอนรพ.ด้วย ACSC ต่อแสนประชากร 1 เมย.60 - 31มีค.61 = $(A1/B1) \times 100,000$ X2 = อัตราการนอนรพ.ด้วย ACSC ต่อแสนประชากร 1 เมย.61 - 31มีค.62 = $(A2/B2) \times 100,000$ Y = อัตราลดลง = X2-X1</p>
<p>ระยะเวลา ประเมินผล</p>	<p>2 ครั้ง (แบบสะสม)</p>
<p>ผู้ประสานการ งานตัวชี้วัด</p>	<p>นางรุ่งนภา ปัญญาเดชากุล 082-4991156 email: rungnapa.p@nhso.go.th</p>
<p>Baseline</p>	<p>ผลงาน QOF ปี 2560 ACSC ภาพรวมประเทศ ลดลง 1.87 ต่อแสนประชากร ผลงาน QOF ปี 2561 ACSC ภาพรวมประเทศ =31.76 ต่อแสนประชากร</p>
<p>เกณฑ์การให้ คะแนน</p>	<p>≥ -297.34 = 5 คะแนน -224.65 ถึง - 297.33 = 4 คะแนน -151.96 ถึง - 224.64 = 3 คะแนน -79.27 ถึง - 151.95 = 2 คะแนน -6.58 ถึง - 79.26 = 1 คะแนน <-6.58 = 0 คะแนน</p>

ภาคผนวก ข. Template ตัวชี้วัดระดับพื้นที่

ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีนโรคหัด
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโรคหัดในเด็กอายุ 1 ปี ทุกสิทธิประกันสุขภาพ
คำนิยาม	เด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด หมายถึง เด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนที่มีองค์ประกอบของไวรัสหัด (M, MR, MMR)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 95
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุทุกสิทธิประกันสุขภาพที่อายุครบ 1 ปี (เกิด 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561) (person typearea=1,3)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่น(โดยสำรวจ และใช้ข้อมูลจากสมุดสีชมพู) 2. สํารวจจากสมุดสีชมพู 3. สํารวจอื่น ๆ 1. HDC
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อยู่ในพื้นที่ในแต่ละหน่วยลงทะเบียน (ใน B) ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	นับ pid จากแฟ้ม EPI ที่มีรหัสวัคซีน VACCINETYPE = 061
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ ในแต่ละหน่วยลงทะเบียน
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	จำนวนเด็กอายุ 1 ปี ทุกสิทธิ นับจำนวนคน จากเลขประจำตัว 13 หลัก
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางรุ่งนภา ปัญญาเดชากุล 082-4991156 email: rungnapa.p@nhso.go.th 2. นางภาวนา พันแสน 092-2465732 email: pawana.p@nhso.go.th 3. คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกส่งเสริมสุขภาพฯ สปสช.เขต ๕ ราชบุรี
Baseline	1.การสำรวจความครอบคลุมการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในร.พ.ศ.2556 กรมควบคุมโรค =98.7% 2. baseline เขต ปี 2561 =72.42
การกำหนดค่าคะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ79.77 = 5 คะแนน ร้อยละ 75.97 - 79.76 = 4 คะแนน ร้อยละ 72.17 - 75.96 = 3 คะแนน ร้อยละ 68.37 - 72.16 = 2 คะแนน ร้อยละ 64.57 - 68.36 = 1 คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 64.57 = 0 คะแนน

ตัวชี้วัด	2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี
คำนิยาม	ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้มCHRONICFU) ใน ปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1 หรือ 3
ค่าเป้าหมาย	เป้าหมายปี 2560 = 28.42 (เพิ่มขึ้น 5% จากปี 2559 : base line ปี 2559 = 27.06%)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1,3)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสิทธิ UC ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด AGE >= 15 AND RIGHT = UCS, WEL
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสิทธิUC ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ AGE >= 15 AND RIGHT = UCS, WEL
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562
ข้อมูลทางวิชาการ/	อ้างอิงนิยามค่าความดันโลหิตที่ควบคุมได้ จาก รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี 2560
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางรุ่งนภา ปัญญาเดชากุล 082-4991156 email: rungnapa.p@nhso.go.th 2. นางภาวนา พันแสน 092-2465732 email: pawana.p@nhso.go.th 3. คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล สปสช.เขต ๕ ราชบุรี
Baseline	baseline เขต ปี 2561 = 24.05
การกำหนดค่าคะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 42.25 = 5 คะแนน ร้อยละ 37.21 - 42.24 = 4 คะแนน ร้อยละ 32.17 - 37.20 = 3 คะแนน ร้อยละ 27.13 - 32.16 = 2 คะแนน ร้อยละ 22.09 - 27.12 = 1 คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 22.09 = 0 คะแนน

ตัวชี้วัด	3. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี (9,18,30 และ 42 เดือน) ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ
คำนิยาม	การตรวจคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง เด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM โดยบุคลากรสาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	\geq ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กแรกเกิด - 5 ปี (5 ปี 11 เดือน 29 วัน) เฉพาะเด็กที่มีอายุ 9 เดือน - 9 เดือน 29 วัน, 18 เดือน - 18 เดือน 29 วัน, 30 เดือน - 30 เดือน 29 วัน และ 42 เดือน - 42 เดือน 29 วัน ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (ทุกสถานบริการฯ คีย์ข้อมูลทุกครั้ง ที่ให้บริการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (Special PP) / ศูนย์อนามัยที่ 5
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กแรกเกิด - 5 ปี (9,18,30 และ 42 เดือน) ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ตามเกณฑ์ ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กแรกเกิด - 5 ปี (9,18,30 และ 42 เดือน) ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข ทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	แพทย์หญิง มณฑา ไชยะวัฒน์
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางรุ่งนภา ปัญญาเดชากุล 082-4991156 email: rungnapa.p@nhso.go.th 2. นางภาวนา พันแสน 092-2465732 email: pawana.p@nhso.go.th 3. คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล สปสช.เขต ๕ ราชบุรี
Baseline	baseline เขต ปี 2561 = 82.28
การกำหนดค่าคะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 89.92 = 5 คะแนน ร้อยละ 84.56 - 89.91 = 4 คะแนน ร้อยละ 79.20 - 84.55 = 3 คะแนน ร้อยละ 73.84 - 79.19 = 2 คะแนน ร้อยละ 68.48 - 73.83 = 1 คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 68.48 = 0 คะแนน

ตัวชี้วัด	4. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี (9,18,30 และ 42 เดือน) ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ครั้งที่ 1 แล้วได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ครั้งที่ 2
คำนิยาม	เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ครั้งที่ 1 พบว่า ผลการประเมินมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้าน
	เด็กที่ได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการครั้งที่ 2 หมายถึง เด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข ที่ผลการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ครั้งที่ 1 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) ภายใน 30 วัน แล้วติดตามมาประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ครั้งที่ 2 ได้
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กแรกเกิด – 5 ปี (5 ปี 11 เดือน 29 วัน) เฉพาะเด็กที่มีอายุ 9 เดือน – 9 เดือน 29 วัน, 18 เดือน – 18 เดือน 29 วัน, 30 เดือน – 30 เดือน 29 วัน และ 42 เดือน – 42 เดือน 29 วัน ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข ที่ผลการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ครั้งที่ 1 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้าน และได้รับการส่งเสริมพัฒนาการภายใน 30 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (ทุกสถานบริการฯ คีย์ข้อมูลทุกครั้ง ที่ให้บริการประเมินพัฒนาการเด็ก)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (Special PP) / ศูนย์อนามัยที่ 5
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กแรกเกิด – 5 ปี (9,18,30 และ 42 เดือน) ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข ที่ผลการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ครั้งที่ 1 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) ภายใน 30 วัน แล้วติดตามมาประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ครั้งที่ 2 ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กแรกเกิด – 5 ปี (9,18,30 และ 42 เดือน) ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM ครั้งที่ 1 แล้วพบว่า เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน ทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ	แพทย์หญิง มณฑา ไชยะวัฒน์
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางรุ่งนภา ปัญญาเดชากุล 082-4991156 email: rungnapa.p@nhso.go.th 2. นางภาวนา พันแสน 092-2465732 email: pawana.p@nhso.go.th 3. คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล สปสช.เขต ๕ ราชบุรี

Baseline	baseline เขต ปี 2561 =59.90	
การ กำหนดค่า คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 69.82	= 5 คะแนน
	ร้อยละ 62.63 - 69.81	= 4 คะแนน
	ร้อยละ 55.44 - 62.62	= 3 คะแนน
	ร้อยละ 48.25 - 55.43	= 2 คะแนน
	ร้อยละ 41.06 - 48.24	= 1 คะแนน
	น้อยกว่าร้อยละ 41.06	= 0 คะแนน

ตัวชี้วัดที่ 5

การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์ มีเงื่อนไขการประเมินตามตัวชี้วัด ในหญิงไทย คลอด โดยใช้ผลงานในไตรมาส 3,4 ปี 61 และ ไตรมาส 1,2 ปี 62 (1 เมษายน 2561 ถึง 31 มีนาคม 2562) เพื่อคุณภาพการดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยดึงข้อมูลจากระบบแฟ้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องในฐานข้อมูล HDC ตามเงื่อนไขความเสี่ยงของการตั้งครรภ์และบริการที่ได้รับ ดังนี้

เงื่อนไขการดูแลและการบันทึกข้อมูล

1. ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด Post Partum Hemorrhage (PPH) โดยการค้นหาภาวะซีด (ANEMIA) ในระหว่างตั้งครรภ์ มีเงื่อนไขการดูแล ดังนี้
 - ได้รับการตรวจ HCT มากกว่า 1 ครั้ง
 - ได้รับการตรวจ HCT ครั้งที่ 2 ขึ้นไป เจาะที่อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 wks และ HCT ≥ 33
 - เคยถูกวินิจฉัยด้วยรหัส ICD10: O990 (เคยเจาะ HCT แล้วเคยได้ค่าน้อยกว่า 33)
 - เป็นการตั้งครรภ์ในครั้งเดียวกัน

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1. ต้องมีบริการครบทุกเงื่อนไขการดูแลของหญิงมีครรภ์ที่พบภาวะซีด (ANEMIA)
2. มีการบันทึกข้อมูลครบตามเงื่อนไขที่กำหนด
2. การดูแลและมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ มีเงื่อนไขการดูแล ดังนี้
 - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง โดยมีการบันทึกข้อมูลด้วยรหัส ICD10: O10, O11, O13-O16
 - ให้บริการ NST ≥ 1 ครั้ง มีการบันทึกข้อมูลด้วยรหัส ICD9CM : 7534 ที่อายุครรภ์ ≥ 32 week
 - ให้บริการ Ultra sound (US) ≥ 2 ครั้ง มีการบันทึกข้อมูลด้วยรหัส ICD9CM : 8878

เงื่อนไขการจ่ายแบบขั้นบันได

1. มีการบันทึกโรคหลัก (Pdx) ร่วมกับการให้บริการ Ultra sound จ่าย 25%
2. มีการบันทึกโรคหลัก (Pdx) ร่วมกับการให้บริการ NST จ่าย 75%
3. มีการบันทึกโรคหลัก (Pdx) ร่วมกับการให้บริการ NST และ US จ่าย 100%
3. การดูแลและมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน DM ในหญิงตั้งครรภ์ มีเงื่อนไขการดูแล ดังนี้
 - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน โดยมีการบันทึกข้อมูลด้วยรหัส ICD10: O24
 - ให้บริการ NST ≥ 1 ครั้ง มีการบันทึกข้อมูลด้วยรหัส ICD9CM : 7534 ที่อายุครรภ์ ≥ 32 week
 - ให้บริการ Ultra sound (US) ≥ 2 ครั้ง มีการบันทึกข้อมูลด้วยรหัส ICD9CM : 8878
 - น้ำหนักเด็กคลอด อยู่ระหว่าง 2,500 ถึง 4,000 กรัม (ผลลัพธ์วัดที่ นน.ลูก)

เงื่อนไขการจ่าย

1. มีการบันทึกโรคหลัก(Pdx) ร่วมกับการให้บริการ NST+US และน้ำหนักเด็กคลอด > 4000 จ่าย 75%
 2. มีการบันทึกโรคหลัก(Pdx)ร่วมกับการให้บริการ NST+US และน้ำหนักเด็กคลอด <= 4000 จ่าย 100%
4. การดูแลมารดามีภาวะโรคหัวใจ ในขณะตั้งครรภ์ มีเงื่อนไขการดูแล ดังนี้
- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ โดยมีการบันทึกข้อมูลด้วยรหัส ICD10: Pdx = O994 และ Sdx = 100 - I09, I20 - I52 อย่างใดอย่างหนึ่ง
 - ให้บริการ NST >= 1 ครั้ง มีการบันทึกข้อมูลด้วยรหัส ICD9CM :7534
 - ให้บริการตรวจ EKG >= 1 ครั้ง มีการบันทึกข้อมูลด้วยรหัส ICD9 = 8952

เงื่อนไขการจ่าย แบบขั้นบันได Heart Disease

1. มีการบันทึกโรคหลัก(Pdx) ร่วมกับ (มีการบันทึกโรคร่วม(SDx) หรือการให้บริการ EKG) จ่าย 50%
 2. มีการบันทึกโรคหลัก(Pdx)และโรคร่วม(SDx) ร่วมกับการให้บริการ NST จ่าย 75%
 3. มีการบันทึกโรคหลัก(Pdx)และโรคร่วม(SDx) ร่วมกับการให้บริการ NST และ EKG จ่าย 100%
 4. กรณี มีการให้บริการ Echo และบันทึกข้อมูลถูกต้อง ให้จ่ายเพิ่มต่างหากทุกกรณี
- 5 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อไม่ให้เกิดการท้องซ้ำ มีเงื่อนไขการดูแล ดังนี้
- การตั้งครรภ์ในหญิงอายุ < 17 ปี ณ วันคลอด
 - ภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด ได้รับการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ด้วยยาฝัง หรือใส่ห่วง มีการให้รหัส ICD9CM :

9923 หรือ 697

- มีการจ่ายยาด้วยรหัสยา 24 หลัก (กรณียาฝัง)

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

1. ต้องมีบริการครบทุกเงื่อนไขการดูแลของหญิงมีครรภ์ในวัยรุ่น
2. ต้องบันทึกข้อมูลลงตามแฟ้มที่ สนย.กำหนด (แฟ้ม FP : FPTYPE = 3, 4)