

4



แนวทางการประเมินตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพ
และผลงานบริการ ควบคุม ป้องกันและรักษา
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
ปีงบประมาณ 2561



คำนำ

การบริหารจัดการงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ (Quality and Outcomes Framework : QOF) เป็นการใช้กลไกทางการเงิน เพื่อสร้างแรงจูงใจเสริม (On top pay for performance) ด้วยการวัดคุณภาพออกมาเป็นคะแนน เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการ พัฒนาคุณภาพการให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

ในปีงบประมาณ 2561 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้กำหนดตัวชี้วัด QOF ระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งหมด 10 ตัวชี้วัด โดยเป็นตัวชี้วัดกลางระดับประเทศที่กำหนดให้ดำเนินงานทุกเขตทั่วประเทศ จำนวน 6 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดระดับพื้นที่ จำนวน 4 ตัวชี้วัด ซึ่งเน้นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญต่อคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชน และช่วยแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวมไปถึงเป็นตัวชี้วัดที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ซึ่งผ่านการพิจารณา จากที่ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ ยังมีตัวชี้วัดที่ได้รับการสนับสนุนจากงบบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิในผู้ป่วย DM/HT จำนวน 7 ตัวชี้วัด ซึ่งผ่านการพิจารณา จากที่ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้การพิจารณาชี้วัดดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

โอกาสนี้ สำนักงานฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า การจัดสรรเงินตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ (QOF) และงบบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง จะเป็นกลไก ช่วยผลักดันหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นพันธมิตรที่สำคัญ ในการให้บริการแก่ประชาชน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับ และเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม

นายแพทย์วิระพันธ์ ลิธนะกุล

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ตุลาคม 2560

สารบัญ

	หน้า
แนวคิดการบริหารงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ	4
การบริหารจัดการงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2561	5
ตัวชี้วัด ค่าคะแนน และน้ำหนักในการบริหารงบฯ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร	6

แนวทางการประเมินตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการฯ ปีงบประมาณ 2561

➤ ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ภายใน 12 สัปดาห์	7
➤ 0 ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรี อายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	8
➤ ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละประชากรไทย อายุ 35 -74 ปีที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานฯ	9
➤ ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละประชากรไทย อายุ 35 -74 ปีที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	10
➤ ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก	11
➤ ตัวชี้วัดที่ 6 การลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาล ด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการ ผู้ป่วยนอกในโรคลมชัก ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทีด เบาหวาน และความดันโลหิตสูง	15
➤ ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	17
➤ ตัวชี้วัดที่ 8 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30 - 60 ปี รายใหม่	18
➤ ตัวชี้วัดที่ 9 มีการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (PPCA หรือ PHCA)	19
➤ ตัวชี้วัดที่ 10 มีระบบการพัฒนาบริการปฐมภูมิ โดยรูปแบบ Primary Care Trust	20

แนวทางการประเมินตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2561

แนวคิดการบริหารงบบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิในผู้ป่วย DM/HT ฯ	23
ตัวชี้วัด ค่าคะแนน และน้ำหนักการบริหารงบตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ	24
➤ ตัวชี้วัดที่ 1 อัตรา Admission rate ด้วยโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น	25
➤ ตัวชี้วัดที่ 2 อัตรา Admission rate ด้วยโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	26
➤ ตัวชี้วัดที่ 3 อัตรา Admission rate ของผู้ป่วยตัดขา จากโรคเบาหวาน	27
➤ ตัวชี้วัดที่ 4 อัตรา Admission Rate ด้วยโรคความดันโลหิตสูง หรือ ที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง	28
➤ ตัวชี้วัดที่ 5 อัตราผู้ป่วย Diabetic Retinopathy ตามเกณฑ์ได้รับการรักษาโดย Laser	29
➤ ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี	30
➤ ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันได้ดี	31

แนวคิด

การบริหารจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ

Quality and Outcomes Frame work: QOF

๒๐๑๘

Quality and Outcomes Frame work (QOF) คือ กรอบแนวคิด ที่นำคุณภาพและผลลัพธ์ของการให้บริการมาเชื่อมโยงกับกลไกการเงิน เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการจ่าย ที่สะท้อนถึงสมรรถนะการให้บริการ เช่น สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ สามารถลดภาวะแทรกซ้อน ทำให้เกิดความปลอดภัยของการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จนกระทั่งบรรลุผลตาม “เป้าหมายที่กำหนด (Pre-established targets)”

QOF เป็นกรณีตัวอย่างหนึ่งของกลไกทางการเงิน ที่มีวิธีการจ่ายตามคุณลักษณะของการจ่ายแบบ “Pay for Performance” หรือ “Value Based Purchasing” หรือที่เรียกย่อๆ ว่า “P4P”

ที่มาแนวคิด/หลักการ P4P/QOF

Pay for Performance หรือ P4P หรือ Value Based Purchasing (VBP) เป็นพัฒนาการของกลไกทางการเงิน ที่ถูกนำมาใช้ในระบบประกันสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาการจ่ายแบบ Fee For Services (FFS) ซึ่งเป็นกลไกการจ่ายดั้งเดิมที่มีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มอย่างไม่สอดคล้องกับผลลัพธ์หรือผลผลิตทางสุขภาพที่ผู้รับบริการหรือประชาชนได้รับ การจ่ายในลักษณะ P4P ได้รับการคาดหวังว่าจะเป็นองค์ประกอบสำคัญของแรงจูงใจจากภายนอก (External motivation) ที่จะเสริมกับแรงจูงใจหรือแรงบันดาลใจจากภายใน (Internal motivation) ทำให้เกิดวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการ บนพื้นฐานของการทำให้กลไกทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (Pre-established targets) ทั้งในแง่ของคุณภาพและผลลัพธ์ ทั้งระดับรายบุคคล และ/หรือ ทีม และ/หรือ ภาพรวมของระบบบริการ

แนวคิด Pay for Performance หรือ Value Based Purchasing ถูกนำมาใช้ในหลายประเทศ โดยมีชื่อเรียกแตกต่างกันไป ส่วนใหญ่เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศออสเตรเลีย นำมาใช้ในชื่อว่า PIP: Practice Incentive Program เน้นที่การดูแลโรคเรื้อรัง ประเทศนิวซีแลนด์ เรียกว่า ACP: Advance Care Plan เน้น Palliative care ประเทศเยอรมัน เรียกว่า VBP for Disease Management Programs เป็นต้น สำหรับ QOF (Quality and Outcomes Frame work) เป็นการจ่ายค่าตอบแทนตามสมรรถนะวิธีหนึ่ง ที่ใช้ในประเทศอังกฤษมาประมาณ 10 ปี คือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพ(Quality) และความรับผิดชอบ(Accountability) ของการให้บริการปฐมภูมิ โดยใช้ตัวชี้วัดคุณภาพ(Quality indicators) ในการประเมินสมรรถนะและจ่ายค่าตอบแทนในการให้บริการ

เนื่องจากประเทศอังกฤษ มีโครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพคล้ายประเทศไทย คือ มีผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ที่เป็นองค์กรระดับชาติ และใช้ QOF มาเชื่อมโยงกับกลไกทางการเงิน เพื่อการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ให้บริการปฐมภูมิทั่วประเทศ ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงนำบทเรียนและประสบการณ์การดำเนินงาน QOF ของประเทศอังกฤษ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 มีจุดมุ่งหมาย ที่จะใช้กลไกทางการเงินกระตุ้น/สร้างแรงจูงใจให้เกิดการให้บริการที่มีคุณภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ รวมทั้ง กำหนดกระบวนการพัฒนา ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เชื่อมโยงกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความต้องการของประชาชน

การบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2561

การจ่ายงบตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ เป็นการจ่ายเพื่อมุ่งหวังให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตระหนักถึงการพัฒนาการบริการให้บรรลุถึงคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนมั่นใจได้ว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายงบตามที่กำหนดในเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน
2. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข
3. เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของระบบข้อมูลสุขภาพในพื้นที่

กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ

หน่วยบริการ มีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และประชาชนได้รับบริการตามมาตรฐานและมีคุณภาพ

กรอบการบริหารกองทุน

การบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ สำหรับหน่วยบริการปีงบประมาณ 2561 จากบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9.00 บาท/ผู้มีสิทธิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9.00 บาท/ประชาชนไทยทุกคนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กลวิธีการดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ ภาคประชาสังคม และหน่วยงานภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการกระจาย และพัฒนากำลังคนในหน่วยบริการ การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดการด้านยา วัคซีน การชันสูตรโรค และเทคโนโลยีการแพทย์
- 2) กระจายอำนาจการตัดสินใจในเป้าหมายของยุทธศาสตร์ ที่จำเป็นต่อปัญหา Health Need Assessment และ Service Plan ของแต่ละเขต โดยบูรณาการการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับเขต เพื่อให้เกิดความครบถ้วนสมบูรณ์ของการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับแผนความต้องการด้านสุขภาพ (Health Needs Assessment) ในแต่ละพื้นที่
- 3) ใช้กลไกการเงินการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดย สปสช. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกตัวชี้วัดจำนวนหนึ่ง เป็นตัวสะท้อนคุณภาพผลงานบริการ กระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
- 4) ใช้กลไกการกำกับ ติดตาม ประเมินผลคุณภาพการบริการของหน่วยบริการ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการบริการ และจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ต่อไป

หลักเกณฑ์การจัดสรร

ในปีงบประมาณ 2561 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดชุดตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานในหน่วยบริการ เป็น 2 ส่วน คือ

1. ตัวชี้วัดกลาง ไม่เกิน 10 ตัว ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่บูรณาการระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
2. ตัวชี้วัดพื้นที่ ไม่เกิน 5 ตัว ซึ่งสามารถเลือกจากรายการตัวชี้วัดที่มี หรือกำหนดเพิ่มเติมขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับการพัฒนาคุณภาพบริการ และตามปัญหาในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีกลไกการมีส่วนร่วมในการจัดทำตัวชี้วัด และผ่านความเห็นชอบจาก คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสช.)

แนวทางการพิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัด ประกอบด้วย

1. เป็นตัวชี้วัดที่บูรณาการร่วมระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หนุนเสริมการพัฒนาบริการสาธารณสุขที่พึงได้รับและจำเป็น มีการดำเนินงานที่ชัดเจนและครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเน้นตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome indicator) มากกว่าตัวชี้วัดกระบวนการ (Process indicator)
2. วัดผลได้จากระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิม ได้แก่ OP/PP/IP Individual record ไม่เป็นภาระแก่หน่วยบริการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดเก็บข้อมูล ไม่ให้มีการจัดทำระบบจัดเก็บข้อมูลใหม่
3. สามารถสะท้อนมิติด้านคุณภาพบริการ/เชื่อมโยงทุกระดับบริการ(Primary care, Hospital care)
4. เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ได้แก่ กลุ่มโรคที่มีภาระโรคสูง (High burden) โรคที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) โรคที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง (High cost) และคัดเลือกตัวชี้วัดที่สอดคล้องตามสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่
5. ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ ไม่ซ้ำกับตัวชี้วัดผลลัพธ์บริการที่มีการใช้ในกองทุนโรคเรื้อรัง ไต และเอดส์
6. พิจารณาจากตัวชี้วัด Quality and Outcome Frame work: QOF ที่มีอยู่เดิมในปีงบประมาณ 2560 เป็นหลัก เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องกับปีงบประมาณที่ผ่านมา
7. พิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัด โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องและนักวิชาการ

แนวทางการบริหารจัดการเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

1. วัดผลงานตาม Template ตัวชี้วัดกลาง และตัวชี้วัดพื้นที่ตามที่ สปสช. กำหนด
 2. ใช้ข้อมูลที่มีในระบบฐานข้อมูล ของ สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก เช่น ข้อมูลผู้ป่วยนอก ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล ข้อมูลขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ Data center ของกระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ ทั้งนี้ ข้อมูลผลงานบริการดังกล่าวต้องไม่ซ้ำซ้อนกัน และไม่มีการจัดทำระบบข้อมูลใหม่
 3. หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ เป็นการจ่ายตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเป็นไปตามผลสัมฤทธิ์จากการประเมินผลงานคุณภาพบริการในแต่ละตัวชี้วัดที่กำหนด
 4. สปสช.เขต กำหนดแนวทางการจัดสรรเงิน กำหนดน้ำหนักคะแนน เกณฑ์การให้คะแนน และสัดส่วนงบประมาณที่จัดสรร โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง และผ่านความเห็นชอบของ อปสช
- ทั้งนี้ ตัวชี้วัดที่เป็นตัวชี้วัดต่อเนื่องจากปี 2560 จัดสรรโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการ ไตรมาส 3 - 4 ของปีงบประมาณ 2560 และผลงานบริการ ไตรมาส 1- 2 ของปีงบประมาณ 2561 สำหรับตัวชี้วัดใหม่ จัดสรรโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการ ไตรมาส 1 - 2 ของปีงบประมาณ 2561

ตัวชี้วัด ค่าคะแนน และน้ำหนักในการบริหารงบประมาณเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ (QOF)
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2561

ลำดับ	ระดับ ตัวชี้วัด	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก คะแนน	ค่า คะแนน	หน่วยบริการ ที่เกี่ยวข้อง
1.	กลาง	ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	8	0 - 5	ประจำ/ปฐมภูมิ
2.	กลาง	ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	8	0 - 5	ประจำ
3.	กลาง	ร้อยละของประชากรไทย อายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	7	0 - 5	ประจำ
4.	กลาง	ร้อยละของประชากรไทย อายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	7	0 - 5	ประจำ
5.	กลาง	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก			
		5.1 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)	5	0 - 5	ประจำ
		5.2 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบน(Upper Respiratory Tract Infection , URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน(Acute Bronchitis)	5	0 - 5	ประจำ
6.	กลาง	การลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาล ด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก(ACSC : Ambulatory Care Sensitive Condition)ในโรคลมชัก(Epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD) หืด(Asthma) เบาหวาน(DM) และความดันโลหิตสูง(HT)	10	0 - 5	ประจำ
7.	พื้นที่	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	8	0 - 5	ประจำ/ปฐมภูมิ
8.	พื้นที่	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี รายใหม่	8	-	ประจำ
9.	พื้นที่	มีการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (PPCA หรือ PHCA)	5	-	ประจำ
10.	พื้นที่	มีระบบการพัฒนาบริการปฐมภูมิ โดยรูปแบบ Primary Care Trust	15	-	ประจำ
รวม			86		

หมายเหตุ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้ความเห็นชอบ ในการประชุมครั้งที่ 6/2560 เมื่อวันที่ 26 ก.ย. 60

แนวทางการประเมินตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ 2561

ตัวชี้วัดที่ 1 : ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์													
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินการได้รับการดูแลก่อนคลอดภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ												
คำนิยาม	หญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพที่ฝากครรภ์ครั้งแรกโดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน 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. ให้อาหาร Tetanus Toxoid ครั้งที่ 1 8. ให้อาหารเหล็ก และ/หรือ โฟลิก และ Iodine 9. ให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อฉุกเฉิน นับเฉพาะการฝากครรภ์ครั้งแรกของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น โดยหญิงที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกของครรภ์นั้นนับในช่วงที่ได้รับบริการภายในวันที่ 1 เมษายน 2559 ถึง 31 มีนาคม 2560 (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												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากระบบ/โปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนด												
วิธีจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนด												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงมีครรภ์ทุกรายในหน่วยบริการที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ที่ได้รับบริการ ภายในวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงมีครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ภายในวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 ในหน่วยบริการทั้งหมด												
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง												
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ												
ผู้ประสานงาน	นางสาวรุ่งระวี สุขแสงศรี / นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 02-142-1035 092-246-5742												
Baseline data	จาก QOF กทม. ปี 2559 = 55.94 % , ปี 2560 = 58.90 %												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">ไม่มีหญิงตั้งครรภ์ในความดูแล</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">< 40 %</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40 - < 50 %</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">50 - < 60 %</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">60 - < 70 %</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">≥70 %</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	ไม่มีหญิงตั้งครรภ์ในความดูแล	0	< 40 %	1	40 - < 50 %	2	50 - < 60 %	3	60 - < 70 %	4	≥70 %	5
ไม่มีหญิงตั้งครรภ์ในความดูแล	0												
< 40 %	1												
40 - < 50 %	2												
50 - < 60 %	3												
60 - < 70 %	4												
≥70 %	5												

ตัวชี้วัดที่ 2 : ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี อายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี		
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยทุกสิทธิ อายุ 30-60 ปี ให้ได้รับการคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 5 ปี	
คำนิยาม	Pap Smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูก ป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา กลุ่มเป้าหมาย คือ สตรีสัญชาติไทย ทุกสิทธิ ที่มีอายุ 30 – 60 ปี ที่หน่วยบริการรับผิดชอบ (สตรีที่เกิดในปี พ.ศ. 2500 – 2530)	
แหล่งข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากระบบ/โปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนด	
วิธีจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม BPPDS	
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปีทุกสิทธิ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากหน่วยบริการในพื้นที่ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2556 - 31 มีนาคม 2561 ในโปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนด	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสตรีไทยทุกสิทธิของหน่วยบริการ ที่เกิด 1 เมษายน 2500 ถึง 30 มีนาคม 2530	
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ตัดข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2561	
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง	
ผู้ประสานงาน	นางสาวรุ่งระวี สุขแสงศรี / นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 02-142-1035 092-246-5742	
Baseline data	1) NSO survey 2552=62% 2) ผลการสำรวจของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล ปี 2556 = 67.3% 3) ผลการนิเทศ กสธ. ปี 2556= 68.04% 4) ผลการสำรวจ BRFSS 2558 = 69% 5) OP PP individual QOF 2557 = 31.46% ,2558 = 27.71 % , 2559 = 15.50% 6) ประเทศ 2559 = > 30% 7) กทม. ปี 2559 = 15.18 % , ปี 2560 = 34.1 %	
เกณฑ์การให้คะแนน	ไม่มีผลงาน	0
	< 15 %	1
	15 - < 25 %	2
	25 - < 35%	3
	35 - < 45 %	4
	≥ 45 %	5

ตัวชี้วัดที่ 3 : ร้อยละของประชากรไทย อายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพการคัดกรองโรคเบาหวานและการจัดการให้ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย
คำนิยาม	การคัดกรองโรคเบาหวาน หมายถึง การคัดกรองเบาหวานโดยวิธีตรวจน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน
แหล่งข้อมูล	1) ฐานข้อมูลประชากร จากฐานทะเบียนราษฎร์ 2) ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต จากฐานทะเบียนราษฎร์ 3) ฐานข้อมูลประชากรและสถิติ จากฐาน สปสช. 4) ฐานข้อมูล IP/OP e-claim จากแฟ้ม DIAGNOSIS พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 5) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 6) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม NCDSCREEN พิลด์ BSLEVEL และ พิลด์ BSTEST ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากระบบ/โปรแกรม ที่สำนักงานฯ กำหนด
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด ช่วง 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 (โดยตัดผู้ป่วยที่เคยเป็นเบาหวานก่อนหน้านั้นออก) โดย DATE_SERV อยู่ในช่วง 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 โดยนับจาก PID ที่ปรากฏใน NCDSCREEN พิลด์ BSTEST มีค่าเป็น 1,2,3,4 และBSLEVEL มีค่ามากกว่า 0 ทั้งนี้ต้องตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนวันคัดกรอง (DATE_SERV) รวมถึงรายที่มี PID error หรือ PID ที่เคยเป็นโรคเบาหวานจากฐานข้อมูล IP/OP e-claim แฟ้ม DIAGNOSIS พิลด์ DIAGCODE หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 ก่อนวันมีผลคัดกรองดังกล่าวออกจากการคำนวณ
รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนประชาชนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ก่อนวันที่ 1 เมษายน 2560 โดยตรวจสอบจาก IP/OP e-claim หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14
สูตรการคำนวณ	$(A1/B1) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ตัดข้อมูล ณ 30 เมษายน 2561
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง
ผู้ประสานงาน	นางสาวรุ่งระวี สุขแสงศรี / นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 02-142-1035 092-246-5742
Baseline data	ปี 2559 ประเทศ = 56.30 % กทม. ปี 2559 = 7.07 % , ปี 2560 = 6.95 %
เกณฑ์การให้คะแนน	< 1.00 % 0
	1.00 - < 4.00 % 1
	4.00 - < 7.00 % 2
	7.00 - < 10.00 % 3
	10.00 - < 14.00% 4
	≥ 14.00 % 5

ตัวชี้วัดที่ 4 : ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง		
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงและการจัดการผู้มีภาวะเสี่ยงเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย	
คำนิยาม	ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีค่า SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg. และ/หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg	
แหล่งข้อมูล	1) ฐานข้อมูลประชากร จากฐานทะเบียนราษฎร์ 2) ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต จากฐานทะเบียนราษฎร์ 3) ฐานข้อมูลประชากรและสถิติ จากฐาน สปสช. 4) ฐานข้อมูล IP/OP e-claim แพ้ DIAGNOSIS พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 5) ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม DIAGNOSIS_OPD พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม NCDScreen พิลด์ SBP_1 และ พิลด์ DBP_1 ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15	
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจาก OP BKK Claim และระบบ/โปรแกรม ที่สำนักงานฯ กำหนด	
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตรับผิดชอบที่เกิดในช่วง 1 ตุลาคม 2484 ถึง 31 มีนาคม 2524 ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต โดยนับจาก CID ที่ปรากฏในแพ้ม NCDScreen โดยมีค่า SBP_1 >30 และ DBP_1 > 20 จาก และมี DATE_SERV อยู่ในช่วง 1 เมษายน 2559 ถึง 31 มีนาคม 2560 โดยตัดผู้เสียชีวิตก่อนวันคัดกรอง รวมถึงรายที่มี PID error หรือ PID ที่เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล IP/OP e-claim แพ้ DIAGNOSIS หรือ ฐานข้อมูล OP/PP แพ้ DIAGNOSIS_OPD พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแพ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัส I10-I15 ก่อนวันมีผลคัดกรองดังกล่าวออกจาก การคำนวณ	
รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดในช่วง 1 ตุลาคม 2485 ถึง 31 มีนาคม 2525 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อนวันที่ 1 เมษายน 2560 โดยตรวจสอบจากแพ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 ร่วมกับ ฐานข้อมูล IP/OP e-claim แพ้ DIAGNOSIS พิลด์ DIAGCODE และฐานข้อมูล OP/PP แพ้ DIAGNOSIS_OPD พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15	
สูตรการคำนวณ	$(A1/B1) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ตัดข้อมูล ณ 30 เมษายน 2561	
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง	
ผู้ประสานงาน	นางสาวรุ่งระวี สุขแสงศรี / นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 02-142-1035 092-246-5742	
Baseline data	ปี 2559 ประเทศ = 58.51 % กทม. ปี 2559 = 13.44 % , ปี 2560 = 13.66 %	
เกณฑ์การให้คะแนน		
	< 7 %	0
	7 - < 9 %	1
	9 - < 11 %	2
	11 - < 13 %	3
	13 - < 15 %	4
	≥ 15 %	5

ตัวชี้วัดที่ 5 : ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก	
5.1 ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)	
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
คำนิยาม	<p>1) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน Acute Diarrhea (AD) หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวกว่าปกติมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน โดยมีอาการไม่ยาวนานกว่า 2 สัปดาห์ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอาจเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค เชื้อโรค และสาเหตุอื่นๆ ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันส่วนมาก ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา 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 O1</p> <p>3) ประเด็นการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างไม่รับผิดชอบใน Acute Diarrhea : ผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่รับบริการที่ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 90 (อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะโดยเฉลี่ยในโรงพยาบาลร้อยละ 50) ทั้งๆ ที่หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่าโรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ต้องการยาปฏิชีวนะน้อยกว่าร้อยละ 5 และการใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่ม fluoroquinolones รักษาโรคกลุ่มนี้โดยไม่จำเป็น ชักนำให้เกิดการื้อยากลุ่ม fluoroquinolones และยากลุ่มอื่นด้วย (เช่น ยากลุ่ม cephalosporins)</p>
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP Individual Data ของ สปสช.
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรม OP BKK Claim
รายการข้อมูล 1	A: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) หรือ รหัสโรครอง (sdx) ตามรหัส ICD10 และ มีการให้ยาปฏิชีวนะ "A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 "
รายการข้อมูล 2	B: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งหมด นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) หรือ รหัสโรครอง (sdx) ตามรหัส ICD10 "A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 "
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 12 เดือน (1 เมษายน 2560 – 31 มีนาคม 2561)
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง
ผู้ประสานงาน	นายรณัย สายรักษ์ โทรศัพท์ 02-142-0956 E-mail : ranai.s@nhso.go.th
Baseline data	<p>ปี 2559 ประเทศ รพ. = 20 - 40 % PCU = 80 - 90 %</p> <p>ปี 2560 กทม. รพ. = 49.52 % PCU = 51.64 %</p> <p>ปี 2561 กทม. รพ. = 49.63 % PCU = 51.36 %</p>

ตัวชี้วัดที่ 5 : ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก

5.1 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับโรงพยาบาล	
		$\geq 50.01 \%$
	40.01 - 50.00 %	1
	30.01 - 40.00 %	3
	$\leq 30.00 \%$	5
	ระดับหน่วยบริการประจำนอกโรงพยาบาล	
	$\geq 40.01\%$	0
	30.01 - 40.00 %	1
	20.01 - 30.00 %	3
	$\leq 20.00\%$	5

ตัวชี้วัดที่ 5 : ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก	
5.2 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)	
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการใช้จ่ายปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ Respiratory Infection (RI)
คำนิยาม	<p>1) Respiratory Infection (RI) หมายถึง โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน(upper respiratory tract infections, URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน(acute bronchitis) ในผู้ป่วยนอก ซึ่งโรคเหล่านี้ส่วนมากไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคหวัด ไข้หวัดใหญ่ คอหอยอักเสบ/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ระบุโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด ดังนี้</p> <p>" B053,J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"</p> <p>2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC 01</p> <p>3) ประเด็นการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างไม่รับผิดชอบใน Respiratory Infection : ผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่รับบริการที่ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 90 (อัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะเฉลี่ยของโรงพยาบาลร้อยละ 60) ทั้งๆ ที่หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่าโรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียน้อยกว่าร้อยละ 10 และการใช้จ่ายปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคดังกล่าวที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียไม่มีประโยชน์ ทำให้เกิดโทษจากผลข้างเคียงของยา ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา และเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น</p>
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP Individual Data ของ สปสช.
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรม OP BKK Claim
รายการข้อมูล 1	A: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx)หรือ รหัสโรครอง (sdx) ตามรหัส ICD10 และ มีการให้ยาปฏิชีวนะ " B053,J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"
รายการข้อมูล 2	B: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx)หรือ รหัสโรครอง (sdx) ตามรหัส ICD10 " B053,J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 12 เดือน (เช่น 1 เมษายน 60 – 31 มีนาคม 61)
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง
ผู้ประสานงาน	นายรณัย สายรักษ์ โทรศัพท์ 02-142-0956 E-mail : ranai.s@nhso.go.th

ตัวชี้วัดที่ 5 : ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก

5.2 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)

Baseline data	ประเทศ รพ. 30-50 % PCU 20-40 % กทม. ปี 2559 รพ. 49.72 % PCU 47.52 % กทม. ปี 2560 รพ. 53.75 % PCU 47.08 %	
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับโรงพยาบาล	
	≥ 50.01 %	0
	40.01 - 50.00 %	1
	30.01 - 40.00 %	3
	≤ 30.00 %	5
	ระดับหน่วยบริการประจำนอกโรงพยาบาล	
	≥ 40.01 %	0
	30.01 - 40.00 %	1
	20.01 - 30.00 %	3
	≤ 20.00 %	5

ตัวชี้วัดที่ 6 : การลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)	
วัตถุประสงค์	การติดตามและประเมินสมรรถนะการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
คำนิยาม	<p>ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) การคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลด้วย ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุพล ลิมวัฒนานนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยหลักโดยใช้รหัส ICD-10 ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP e Claim
วิธีจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน ผ่านโปรแกรม e-Claim
รายการข้อมูล 1	<p>A : จำนวนครั้งของผู้ป่วยสิทธิ UC อายุ 15-74 ปี ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (H main OP) ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน (IP) ด้วยโรค (pdx) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>จากฐาน IP e-claim (โดยแสดงผลจำนวนครั้งเป็นรายกลุ่มโรค แต่การคิดอัตราใช้ยอดรวมทั้ง 5 กลุ่มโรค)</p> <p>A1 = ข้อมูล A ระหว่าง 1 ต.ค.2559 – 31 มี.ค.2560</p> <p>A2 = ข้อมูล A ระหว่าง 1 ต.ค.2560 – 31 มี.ค.2561</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B1: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำที่รับลงทะเบียน (H main op) โดยใช้ประชากร ณ 1 ม.ค.2560</p> <p>B2: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำที่รับลงทะเบียน (H main op) โดยใช้ประชากร ณ 1 ม.ค.2561</p>

ตัวชี้วัดที่ 6 : การลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)		
สูตรการคำนวณ	$X1 = \text{อัตราการนอนรพ.ด้วย ACSC ต่อแสนประชากร 1 ต.ค.2559 - 31 มี.ค.2560}$ $= (A1/B1) \times 100,000$ $X2 = \text{อัตราการนอนรพ.ด้วย ACSC ต่อแสนประชากร 1 ต.ค.2560 - 31 มี.ค.2561}$ $= (A2/B2) \times 100,000$ $Y = \text{อัตราการลดลง} = X2 - X1$	
ระยะเวลาประเมินผล	2 ครั้ง (แบบสะสม)	
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง	
ผู้ประสานงาน	นางสาวสมจินตนา มัจฉาชีพ โทรศัพท์ 061-418-6734	
Baseline data	ปี 2559 ประเทศลดลง 6.58 : แสนประชากร ปี 2559 กทม.ลดลง 2.11 : แสนประชากร ปี 2560 กทม.ลดลง 8.97 : แสนประชากร	
เกณฑ์การให้คะแนน	ลดลงจากปี 2560 < 1 : แสน ปชก.	0
	ลดลงจากปี 2560 ≥ 1 - < 2 : แสน ปชก.	1
	ลดลงจากปี 2560 ≥ 2 - < 3 : แสน ปชก.	2
	ลดลงจากปี 2560 ≥ 3 - < 4 : แสน ปชก.	3
	ลดลงจากปี 2560 ≥ 4 - < 5 : แสน ปชก.	4
	ลดลงจากปี 2560 ≥ 5 : แสน ปชก.	5

ตัวชี้วัดที่ 7 : ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์		
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลหญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิ	
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิ ที่มีประวัติมาฝากครรภ์ตามนัด จำนวนอย่างน้อย 5 ครั้ง ตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้ ช่วงที่ 1 อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (ไม่เกิน 12 สัปดาห์) ช่วงที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ > 12 - 20 สัปดาห์ (ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ 1 วัน ถึง 20 สัปดาห์) ช่วงที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ > 20 - 26 สัปดาห์ (ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ 1 วัน ถึง 26 สัปดาห์) ช่วงที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ > 26 - 32 สัปดาห์ (ตั้งแต่ 26 สัปดาห์ 1 วัน ถึง 32 สัปดาห์) ช่วงที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ > 32 - 40 สัปดาห์ขึ้นไป (ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ 1 วัน ขึ้นไป)	
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากระบบ/โปรแกรม ที่สำนักงานฯ กำหนด	
วิธีจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ/โปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนด	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงไทยทุกสิทธิที่คลอดบุตร ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2560 – 31 มีนาคม 2561 ที่มีประวัติการฝากครรภ์ในหน่วยบริการและได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (ช่วงอายุครรภ์ตามคำนิยาม)	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงไทยทุกสิทธิที่คลอดบุตร ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2560 – 31 มีนาคม 2561 ที่มีประวัติการฝากครรภ์ในหน่วยบริการ	
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$ หมายเหตุ ให้คะแนนแก่หน่วยบริการทุกแห่ง ที่เป็นผู้ให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ใช้ข้อมูลการคลอด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 – 31 มีนาคม 2561 ตัดข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2561	
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่ง	
ผู้ประสานงาน	นางสาวรุ่งระวี สุขแสงศรี / นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 02-142-1035 092-246-5742	
Baseline data	ผลงานกทม.ปี2559 = 64.11 % ปี 2560 = 67.53 %	
เกณฑ์การให้คะแนน	ไม่มีหญิงตั้งครรภ์ในความดูแล	0 คะแนน
	< 40 %	1 คะแนน
	40 - < 50 %	2 คะแนน
	50 - < 60 %	3 คะแนน
	60 - < 70 %	4 คะแนน
	≥ 70 %	5 คะแนน

ตัวชี้วัดที่ 8 : การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี รายใหม่	
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึง และค้นหาสตรีสิทธิ UC อายุ 30 - 60 ปี ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ได้รับการตรวจคัดกรอง อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 5 ปี
คำนิยาม	การตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา
แหล่งข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากระบบ/โปรแกรม ที่สำนักงานฯ กำหนด
วิธีจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ/โปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีอายุ 30 - 60 ปี (คน) สิทธิ UC รายใหม่ ซึ่งไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 5 ปี ย้อนหลัง (1 ตุลาคม 2555 - 30 กันยายน 2560) โดยเป็นการให้บริการตรวจและบันทึกในโปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนด ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 - 31 มีนาคม 2561
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเงินต่อการให้บริการกลุ่มเป้าหมาย (ตาม A) 1 คน โดยคำนวณจาก จำนวนเงินทั้งหมดของตัวชี้วัดนี้ หารด้วย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย (คน) ที่ได้รับการบริการ ทั้งนี้ ต้องไม่เกิน 500 บาท/คน
สูตรการคำนวณ	$A \times B$ หมายเหตุ ให้คะแนนแก่หน่วยบริการประจำที่เป็นผู้ให้บริการ (H code)
ระยะเวลา	วันที่ 1 ตุลาคม 2560 - 31 มีนาคม 2561
ประเมินผล	ตัดข้อมูลการบันทึก ณ วันที่ 30 เมษายน 2561
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง
Baseline data	ปี 2559 = 11,006 ราย , ปี 2560 = 10,219 ราย
ผู้ประสานงาน	นางสาวรุ่งระวี สุขแสงศรี / นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 02-142-1035 092-246-5742

ตัวชี้วัดที่ 9 : มีการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (PPCA หรือ PHCA)	
วัตถุประสงค์	เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิจัดบริการอย่างมีคุณภาพ
นิยาม	<p>1. เกณฑ์การรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานคร(Private Primary Care Accreditation : PPCA) หมายถึง การพัฒนาคุณภาพของคลินิกชุมชนอบอุ่น ตามเกณฑ์คุณภาพ ประกอบด้วย 7 หมวดด้วยกันได้แก่ หมวดการนำองค์กร หมวดการวางแผนเชิงกลยุทธ์ หมวดการให้ความสำคัญกับประชากร กลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดการวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวดการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวดระบบบริการและกระบวนการทางคลินิก หมวดผลลัพธ์การดำเนินการของคลินิกชุมชนอบอุ่น</p> <p>2.การรับรองมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข(Primary Health Care Accreditation : PHCA) หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข อ้างอิงตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน</p>
หน่วยบริการเป้าหมาย	<p>กลุ่มที่ 1 คลินิกชุมชนอบอุ่นที่ได้รับการรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานคร(Private Primary Care Accreditation : PPCA)โดยการเยี่ยมสำรวจ ในระดับที่ 3 จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>กลุ่มที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองมาตรฐานศูนย์บริการ สาธารณสุข(Primary Health Care Accreditation : PHCA)จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. จากรายงานผลการประเมินเยี่ยมสำรวจจากคลินิกชุมชนอบอุ่น ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>2. จากผลการรับรองคุณภาพตามเกณฑ์PHCA ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน</p>
ระยะเวลาการประเมินผล	ภายในเดือนมิถุนายน 2561
ผู้ประสานงาน	นางสาวอรนิษา กล้าจ้อย /นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 02-142-0968 099-324-1096
เป้าหมาย	อย่างน้อย 30 แห่ง
เงื่อนไขการสนับสนุน	<p>1. เป็นกลุ่มคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ได้รับการเยี่ยมสำรวจ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการรับรองคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานคร(Private Primary Care Accreditation : PPCA)ในระดับที่ 3 ในปีงบประมาณ 2561</p> <p>2. เป็นกลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองมาตรฐานศูนย์บริการ สาธารณสุข(Primary Health Care Accreditation : PHCA)จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน ทั้งที่ได้รับการรับรองใหม่ในปีงบประมาณ 2561 (ข้อมูลถึง ณ มิถุนายน 2561) หรือได้รับการรับรองคุณภาพตามเกณฑ์ PHCA เดิม ที่ยังไม่หมดอายุในปีงบประมาณ 2561 (ข้อมูลถึง ณ มิถุนายน 2561)</p> <p>หมายเหตุ จัดสรรให้หน่วยบริการตามเกณฑ์ฯภายใต้วงเงินที่ได้รับการจัดสรร</p>
Baseline data	<p>ปีงบประมาณ 2560</p> <p>1.คลินิกชุมชนอบอุ่น ที่ได้รับการรับรองตามเกณฑ์ PPCA ระดับ 3 = 11 แห่ง</p> <p>2.ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุข PHCA = 10 แห่ง</p>

ตัวชี้วัดที่ 10 : มีระบบการพัฒนาบริการปฐมภูมิ โดยรูปแบบ Primary Care Trust	
วัตถุประสงค์	เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ วิชาการ และระบบการรับ – ส่งต่อ ของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
ขอบเขต การดำเนินงาน	<p>การดำเนินงาน Primary Care Trust (PCT)</p> <p>กลุ่ม 1 โรงพยาบาลแม่ข่ายที่เข้าร่วมดำเนินงาน PCT ก่อนปีงบประมาณ 2561 มีข้อกำหนด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคณะทำงานพัฒนาวิชาการของเครือข่าย และมีการประชุมร่วมกัน อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี 2. จัดให้มี CPG หรือ คู่มือ/แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ DM HT 3. จัดให้มี CPG หรือ คู่มือ/แนวทางในการดูแลครรภ์คุณภาพ 4. จัดประชุม/อบรม เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค/พัฒนาการดำเนินงานของเครือข่าย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 5. มีข้อมูลของหน่วยบริการในเครือข่าย เพื่อใช้ในการวิเคราะห์/วางแผนพัฒนาหน่วยบริการ 6. มีการพัฒนาระบบการส่งต่อ - รับกลับ และการให้คำปรึกษาภายในเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการส่งต่อ และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง 7. มีการนิเทศ ติดตามประเมินผล การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ DM HT ตามแนวทาง NCD Clinic Plus 8. มีการนิเทศ ติดตามและประเมินผล การให้บริการดูแลครรภ์คุณภาพ ตามแนวทางที่กำหนด 9. ส่งสรุปผลการดำเนินงาน ข้อ 1,4,6,7 และ 8 ให้ สปสช. เขต 13 กทม. ภายใน 30 มิ.ย. 2561 <p>กลุ่ม 2 โรงพยาบาลแม่ข่าย ที่สมัครเข้าร่วมดำเนินงาน PCT ในปีงบประมาณ 2561 ดำเนินงานและส่งสรุปผลการดำเนินงานเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดำเนินงาน PCT ก่อนปีงบประมาณ 2561 ยกเว้น การประเมินผลการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้แบบประเมินที่เครือข่าย PCT เป็นผู้จัดทำขึ้น</p>
หน่วยบริการเป้าหมาย	<p>กลุ่ม 1 โรงพยาบาลแม่ข่ายภาครัฐในเขตกทม.ที่เข้าร่วมดำเนินงาน PCT ก่อนปีงบประมาณ 2561</p> <p>กลุ่ม 2 โรงพยาบาลแม่ข่ายภาครัฐและเอกชน ที่มีความพร้อมและได้รับการคัดเลือก และตอบรับเข้าร่วมดำเนินงานในปีงบประมาณ 2561 โดยกำหนดให้มีลูกข่าย ไม่เกิน 8 แห่ง</p>
วิธีจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานผลการดำเนินงาน ตามที่กำหนดตามขอบเขตการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	เอกสารสรุปผลการดำเนินงาน และผลการนิเทศ Primary Care Trust ตามที่กำหนดในขอบเขตการดำเนินงาน
ระยะเวลาประเมินผล	30 มิถุนายน 2561
ผู้ประสานงาน	นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ / นางประกายดาว หมั่นดี /นางสาวอรนิษา กล้าจงยิ่ง โทรศัพท์ 02-142-0967
เงื่อนไข การสนับสนุน	<p>กลุ่ม 1 โรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 100,000 บาท × จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย</p> <p>ครั้งที่ 1 จำนวน 80,000 บาท × จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เมื่อส่งใบสมัครเข้าร่วมดำเนินงาน</p> <p>ครั้งที่ 2 จำนวน 20,000 บาท × จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เมื่อส่งผลงานตามข้อกำหนด</p> <p>หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย กลุ่ม 1 (เฉพาะเครือข่าย PCT นำร่องเรื่อง NCD Clinic Plus ปี2560) PCU ที่ได้คะแนนจากการประเมินการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ DM HT เฉพาะในส่วนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ รวม 6 องค์ประกอบ ตามแนวทาง NCD Clinic Plus ที่ประเมินโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) จำนวน 50,000 บาท สำหรับ PCU ที่ได้คะแนน ร้อยละ 80 - 100 2) จำนวน 40,000 บาท สำหรับ PCU ที่ได้คะแนน ร้อยละ 60 - 79.9 3) จำนวน 30,000 บาท สำหรับ PCU ที่ได้คะแนน ร้อยละ 50 - 59.9 <p>หมายเหตุ จ่ายให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีคะแนนตามที่กำหนด ภายในเดือนสิงหาคม 2561</p> <p>กลุ่ม 2 โรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 80,000 บาท × จำนวนหน่วยบริการในเครือข่ายที่กำหนด</p> <p>ครั้งที่ 1 จำนวน 60,000 บาท × จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เมื่อส่งใบสมัครเข้าร่วมดำเนินงาน</p> <p>ครั้งที่ 2 จำนวน 20,000 บาท × จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เมื่อส่งผลงานตามข้อกำหนด</p>

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

.....๑๕๑๑.....

- | | | |
|-----|---|------------------------------------|
| 1. | รศ.คลินิกแพทย์หญิงวารุณี จินารัตน์
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๐ | ประธานคณะกรรมการ |
| 2. | ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร | รองประธานฯ |
| 3. | ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
หรือ ผู้แทน | คณะกรรมการ |
| 4. | ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช | คณะกรรมการ |
| 5. | ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๙ ช่วงนุชเนตร หรือผู้แทน | คณะกรรมการ |
| 6. | ผู้แทนโรงพยาบาลราชวิถี | คณะกรรมการ |
| 7. | ผู้แทนโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช | คณะกรรมการ |
| 8. | ผู้แทนโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี | คณะกรรมการ |
| 9. | ผู้แทนโรงพยาบาลตากสิน | คณะกรรมการ |
| 10. | ผู้แทนโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า | คณะกรรมการ |
| 11. | ผู้แทนโรงพยาบาลนวมินทร์ | คณะกรรมการ |
| 12. | นายแพทย์วุฒิพัฒน์ โชติวิทยาพงษ์
ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสหคลินิกตลาดบัว | คณะกรรมการ |
| 13. | นายแพทย์กมลรัฐ ัจจนากร
ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลสุขเจริญสหคลินิก | คณะกรรมการ |
| 14. | ผู้แทนคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | คณะกรรมการ |
| 15. | ผู้แทนคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | คณะกรรมการ |
| 16. | ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร หรือผู้แทน | คณะกรรมการ |
| 17. | ประธานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน หรือผู้แทน | คณะกรรมการ |
| 18. | หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และประเมินผล
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร | คณะกรรมการ |
| 19. | หัวหน้างาน/เจ้าหน้าที่อาวุโส ที่รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร | คณะกรรมการ |
| 20. | รองผู้อำนวยการ หรือผู้ช่วยผู้อำนวยการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร | คณะกรรมการ และ
เลขานุการ |
| 21. | หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร | คณะกรรมการ และ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

แนวทางการประเมินตัวชี้วัด
ตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ
(Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT
พื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ 2561

แนวคิดการบริหารงบบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2561

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมป้องกันตั้งแต่แรกเริ่มจะนำไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมองโรคหลอดเลือดหัวใจ ตาบอดจากโรคเบาหวาน และภาวะไตวายเรื้อรัง

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556-2557 ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกของโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.8 และพบว่าร้อยละ 43.2 ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีก็มีเพียงร้อยละ 23.7 สำหรับโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 และมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 44.7 ที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้เพียงร้อยละ 29.7 เป็นผลให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตระหนักและเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีการลงทุน ด้านสุขภาพเพื่อเร่งรัดดำเนินการอย่างจริงจัง ในการลดหรือชะลอการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมิให้เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งผู้ที่เจ็บป่วยแล้วก็สามารถเข้าถึงบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงที่มีคุณภาพเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 เป็นต้นมา

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้จัดให้มีงบบริการควบคุมป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ขึ้น เป็นงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มเติมจากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าบริการในการค้นหาผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนและป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (หรือที่เรียกว่า “การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ” (Secondary prevention) จะทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการและยกระดับบริการให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด และ กำกับทิศทางการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้วิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในระยะต่อไป โดยให้มีมาตรการยกระดับคุณภาพและเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยใช้สร้างการมีส่วนร่วมจากกลไกในการควบคุมป้องกันโรคจากทุกภาคส่วนในพื้นที่

ตัวชี้วัด ค่าคะแนน และ น้ำหนักการบริหารงบประมาณเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ
(Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT พื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ2561

อันดับ	ตัวชี้วัด	น้ำหนักคะแนน		
		หน่วยบริการ ประจำ (Hmain)	หน่วยบริการที่ ให้การรักษา (Hcode)	รวมน้ำหนัก คะแนน
1.	อัตรา Admission rate ด้วยโรคเบาหวานที่มี ภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น	5	5	10
2.	อัตรา Admission rate ด้วยโรคเบาหวานที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางไต	5	5	10
3.	อัตรา Admission rate ของผู้ป่วยตัดขาจาก โรคเบาหวาน	5	5	10
4.	อัตรา Admission Rate ด้วยโรคความดันโลหิตสูง หรือ ที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง	5	5	10
5.	อัตราผู้ป่วย Diabetic Retinopathy ตามเกณฑ์ได้รับ การรักษาโดย Laser	0	20	20
6.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี	15	5	20
7.	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี	15	5	20
รวม				100

หมายเหตุ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้ความเห็นชอบ ในการประชุมครั้งที่ 7/2560 เมื่อวันที่ 24 ต.ค. 60

ตัวชี้วัดที่ 1	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น
ความหมายของตัวชี้วัด	การรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะดึกเกินที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง(Hyperglycemia) เช่น ภาวะคีโตซีส ภาวะโคม่าจากน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะเป็นกรดในเลือด) และภาวะดึกเกินที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ(Hypoglycemia)ยกเว้นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับส่งต่อมาจากกรฟ.อื่น
น้ำหนักคะแนน	รวม 10 คะแนน โดยแบ่งเป็น หน่วยบริการประจำ(H main) 5 คะแนน , หน่วยบริการที่รักษา(H code) 5 คะแนน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือที่มีภาวะแทรกซ้อนจากหวาน สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล :	ข้อมูลผู้ป่วยใน (IP e-claim) และประชากรสิทธิ UC
ช่วงเวลาของข้อมูล :	คำนวณจาก 1 เมษายน 2560 - 31 มีนาคม 2561
ตัวตั้ง : (A) หน่วยบริการประจำ(H main)	จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
ตัวหาร : (B) หน่วยบริการประจำ(H main)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC
คำอธิบายตัวตั้ง : หน่วยบริการประจำ(H main)	จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น และอายุ 15 ปีขึ้นไป ณ วันที่เข้ารับบริการ (Date admission) สิทธิ UC ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ (Hmain) , age =15-124 and [pdx=(E100-E101 or E110-E111 or E120-E121 or E130-E131 or E140-E141)] OR [(pdx = E160 or E162) and (sdx = E10-E14)] OR [(pdx = E160) and (sdx=Y423)] OR [(pdx = E10-E14) and (sdx = E160 or E162)]
คำอธิบายตัวหาร : หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานสิทธิUC อายุ 15 ปี ขึ้นไป สิทธิ UC ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ (Hmain) (popUC and age=15-124)
ตัวตั้ง : (A) หน่วยบริการที่รักษา(H code)	จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
ตัวหาร : (B) หน่วยบริการที่รักษา(H code)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิUC กทม. ที่โรงพยาบาลรักษา
คำอธิบายตัวตั้ง : หน่วยบริการที่รักษา(H code)	จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น และอายุ 15 ปีขึ้นไป ณ วันที่เข้ารับบริการ (Date admission) สิทธิ UCที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ (Hmain) , age =15-124 and [pdx=(E100-E101 or E110-E111 or E120-E121 or E130-E131 or E140-E141)] OR [(pdx = E160 or E162) and (sdx = E10-E14)] OR [(pdx = E160) and (sdx=Y423)] OR [(pdx = E10-E14) and (sdx = E160 or E162)]
คำอธิบายตัวหาร : หน่วยบริการที่รักษา(H code)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิUCกทม. ที่โรงพยาบาลรักษาทั้งหมด (popUC and age=15-124)
ระยะเวลาประเมินผล	ตัดข้อมูลวันที่ 30 เมษายน 2561
เกณฑ์การให้คะแนน หน่วยบริการประจำ (Hmain)	Percentile 20 = 5 คะแนน Percentile 40 = 4 คะแนน Percentile 60 = 3 คะแนน Percentile 80 = 2 คะแนน Percentile 100 = 1 คะแนน
เกณฑ์การให้คะแนน หน่วยบริการที่รักษา (Hcode)	Percentile 20 = 1 คะแนน Percentile 40 = 2 คะแนน Percentile 60 = 3 คะแนน Percentile 80 = 4 คะแนน Percentile 100 = 5 คะแนน
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสมจินตนา มัจฉาชีพ โทรศัพท์ 061-418-6734
Baseline ผลงานกทม.ปี60	14.96 %
Baseline ผลงานประเทศปี60	16.10 %

ตัวชี้วัดที่ 2	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
น้ำหนักคะแนน	รวม 10 คะแนน โดยแบ่งเป็น หน่วยบริการประจำ (H main) 5 คะแนน , หน่วยบริการที่รักษา (H code) 5 คะแนน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
แหล่งข้อมูล :	ข้อมูลผู้ป่วยใน (IP e-claim) และประชากรสิทธิ UC
ช่วงเวลาของข้อมูล :	คำนวณจาก 1 เมษายน 2560 - 31 มีนาคม 2561
ตัวตั้ง : (A) หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานทุกชนิดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อายุ 15 ปีขึ้นไป
ตัวหาร : (B) หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป
คำอธิบายตัวตั้ง : หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานทุกชนิดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อายุ 15 ปีขึ้นไป ณ วันที่เข้ารับบริการ (Date admission) ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ(H main)ที่อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง, age =15-124 and (pdx=E102 or E112 or E122 or E132 or E142) or (pdx= N18 and sdx= (E102 or E112 or E122 or E132 or E142)) or (pdx= E877 and (sdx= E102 or E112 or E122 or E132 or E142)) หมายเหตุ : ใช้ N18 ทั้งกลุ่มเนื่องจาก ICD-10 มีหลาย version
คำอธิบายตัวหาร : หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานสิทธิUCที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ(Hmain)ที่อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป (popUC and age=15-124)
ตัวตั้ง : (A) หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานทุกชนิดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อายุ 15 ปีขึ้นไป
ตัวหาร : (B) หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิUC กทม. ที่โรงพยาบาลรักษา
คำอธิบายตัวตั้ง : หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานทุกชนิดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อายุ 15 ปีขึ้นไป ณ วันที่เข้ารับบริการ (Date admission)ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ(H main)ที่อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง age =15-124 and (pdx=E102 or E112 or E122 or E132 or E142) or (pdx= N18 and sdx= (E102 or E112 or E122 or E132 or E142)) or (pdx= E877 and (sdx= E102 or E112 or E122 or E132 or E142)) หมายเหตุ : ใช้ N18 ทั้งกลุ่มเนื่องจาก ICD-10 มีหลาย version
คำอธิบายตัวหาร : หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิUCกทม. ที่โรงพยาบาลรักษาทั้งหมด (popUC and age=15-124)
ระยะเวลาประเมินผล	ตัดข้อมูลวันที่ 30 เมษายน 2561
เกณฑ์การให้คะแนน หน่วยบริการประจำ(Hmain)	Percentile 20 = 5 คะแนน Percentile 40 = 4 คะแนน Percentile 60 = 3 คะแนน Percentile 80 = 2 คะแนน Percentile 100 = 1 คะแนน
เกณฑ์การให้คะแนน หน่วยบริการที่รักษา(H code)	Percentile 20 = 1 คะแนน Percentile 40 = 2 คะแนน Percentile 60 = 3 คะแนน Percentile 80 = 4 คะแนน Percentile 100 = 5 คะแนน
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสมจินตนา มั่งฉาชีพ โทรศัพท์ 061-418-6734
Baseline ผลงานกทม. ปี60	1.32 %
Baseline ผลงานประเทศ ปี60	2.50 %

ตัวชี้วัดที่ 3	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของ ผู้ป่วยตัดขาจากโรคเบาหวาน
ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นเบาหวานทุกชนิดที่มี site code 5 (with peripheral circulatory complications) มีหัตถการตัดขา อายุ 15 ปี ขึ้นไป
น้ำหนักคะแนน	รวม 10 คะแนน โดยแบ่งเป็น หน่วยบริการประจำ (H main) 5 คะแนน , หน่วยบริการที่รักษา (H code) 5 คะแนน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นเบาหวานทุกชนิดที่มี site code 5 (with peripheral circulatory complications) มีหัตถการตัดขา อายุ 15 ปี ขึ้นไป
แหล่งข้อมูล :	IP e-claim / ทะเบียนโรคเรื้อรังเบาหวานความดันโลหิตสูง
ช่วงเวลาของข้อมูล :	คำนวณจาก 1 เมษายน 2560 - 31 มีนาคม 2561
ตัวตั้ง : (A) หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นเบาหวานทุกชนิดที่มี site code 5 (with peripheral circulatory complications) มีหัตถการตัดขา อายุ 15 ปี ขึ้นไป
ตัวหาร : (B) หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป
คำอธิบายตัวตั้ง : หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นเบาหวานทุกชนิดที่มี site code 5 (with peripheral circulatory complications) มีหัตถการตัดขา อายุ 15 ปี ขึ้นไปที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ(H main)ที่อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง age =15-124 and [pdx = (E105 or E115 or E125 or E135 or E145) and (procedure = 8410-8419)]
คำอธิบายตัวหาร : หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานสิทธิUC ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ(H main) ที่อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป (popUC and age=15-124)
ตัวตั้ง : (A) หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นเบาหวานทุกชนิดที่มี site code 5 (with peripheral circulatory complications) มีหัตถการตัดขา อายุ 15 ปี ขึ้นไป
ตัวหาร : (B) หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิUCกทม. ที่โรงพยาบาลรักษา
คำอธิบายตัวตั้ง : หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นเบาหวานทุกชนิดที่มี site code 5 (with peripheral circulatory complications) มีหัตถการตัดขา อายุ 15 ปี ขึ้นไป ณ วันทันตกรรมโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ(H main) ที่อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง, age =15-124 and [pdx = (E105 or E115 or E125 or E135 or E145) and (procedure = 8410-8419)]
คำอธิบายตัวหาร : หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิUC กทม. ที่โรงพยาบาลรักษา (popUC and age=15-124)
ระยะเวลาประเมินผล	ตัดข้อมูลวันที่ 30 เมษายน 2561
เกณฑ์การให้คะแนน หน่วยบริการประจำ (Hmain)	Percentile 20 = 5 คะแนน Percentile 40 = 4 คะแนน Percentile 60 = 3 คะแนน Percentile 80 = 2 คะแนน Percentile 100 = 1 คะแนน
เกณฑ์การให้คะแนน หน่วยบริการที่รักษา (H code)	Percentile 20 = 1 คะแนน Percentile 40 = 2 คะแนน Percentile 60 = 3 คะแนน Percentile 80 = 4 คะแนน Percentile 100 = 5 คะแนน
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสมจินดา มัจฉาชีพ โทรศัพท์ 061-418-6734
Baselineผลงานกทม. ปี60	1.69 %
Baselineผลงานประเทศ ปี60	0.70 %

ตัวชี้วัดที่ 4	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง หรือ ที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิต
น้ำหนักคะแนน	รวม 10 คะแนน โดยแบ่งเป็น หน่วยบริการประจำ (H main) 5 คะแนน , หน่วยบริการที่รักษา (H code) 5 คะแนน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือ ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป
แหล่งข้อมูล :	IP e-claim / ทะเบียนโรคเรื้อรังเบาหวานความดันโลหิตสูง
ช่วงเวลาของข้อมูล :	คำนวณจาก 1 เมษายน 2560 - 31 มีนาคม 2561
ตัวตั้ง : (A) หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือ ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป
ตัวหาร : (B) หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป
คำอธิบายตัวตั้ง : หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนครั้ง ที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ณ วันที่นอนโรงพยาบาล ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (H main OP) เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1. ความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง 2. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ชนิด Hemorrhage และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และโรคร่วมไม่ใช่อุบัติเหตุ 3. Hypertensive retinopathy (H350) และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง โรคหลัก (Pdx) = I10 – I15, I674 OR Pdx= I60-I62 and Sdx= I10-I15, I674 and Sdx ≠ S00-T99 OR Pdx =H350 and Sdx = (I10-I15, I674) AGE ≥ 15 ปี ณ วันที่เข้ารับบริการ (Date admission)
คำอธิบายตัวหาร : หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรังทุก dx ที่มีรหัสโรค HT =I10-I15 นับ PID อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ(H main)ที่อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง
ตัวตั้ง : (A) หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนครั้งของผู้ป่วย สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป
ตัวหาร : (B) หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิUCกทม. ที่โรงพยาบาลรักษา (popUC and age=15-124)
คำอธิบายตัวตั้ง : หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนครั้ง ที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไป ณ วันที่นอนโรงพยาบาล ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (H main OP) เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1. ความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง 2. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ชนิด Hemorrhage และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และโรคร่วมไม่ใช่อุบัติเหตุ 3. Hypertensive retinopathy (H350) และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง โรคหลัก (Pdx) = I10 – I15, I674 OR Pdx= I60-I62 and Sdx= I10-I15, I674 and Sdx ≠ S00-T99 OR Pdx =H350 and Sdx = (I10-I15, I674) AGE ≥ 15 ปี ณ วันที่เข้ารับบริการ (Date admission)28
คำอธิบายตัวหาร : หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิUC กทม. ที่โรงพยาบาลรักษา (popUC and age=15-124)
ระยะเวลาประเมินผล	ตัดข้อมูล วันที่ 30 เมษายน 2561
เกณฑ์การให้คะแนน หน่วยบริการประจำ (H main)	Percentile 20 = 5 คะแนน Percentile 40 = 4 คะแนน Percentile 60 = 3 คะแนน Percentile 80 = 2 คะแนน Percentile 100 = 1 คะแนน
เกณฑ์การให้คะแนน หน่วยบริการที่รักษา(H code)	Percentile 20 = 1 คะแนน Percentile 40 = 2 คะแนน Percentile 60 = 3 คะแนน Percentile 80 = 4 คะแนน Percentile 100 = 5 คะแนน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสมจินตนา มัจฉาชีพ โทรศัพท์ 061-418-6734
Baseline ผลงานกทม.ปี60	11.32 %
Baseline ผลงานประเทศปี60	11.70 %

ตัวชี้วัดที่ 5	ผู้ป่วย Diabetic Retinopathy ตามเกณฑ์ที่ได้รับการรักษา โดย Laser
ความหมายของตัวชี้วัด	Diabetic Retinopathy หมายถึงภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากโรคเบาหวานมีรอยโรคแบ่งได้เป็น - Non-proliferative Diabetic Retinopathy(NPDR)ซึ่งแบ่งเป็นMild NPDR,Moderate NPDR,Severe NPDR)หรือPreproliferative Diabetic Retinopathy(PPDR) - Proliferative Diabetic Retinopathy(PDR)
น้ำหนักคะแนน	หน่วยบริการที่รักษา (H code) 20 คะแนน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
แหล่งข้อมูล :	OP bkk-claim และ IP e-claim ข้อมูล e-claim (Seamless)
ช่วงเวลาของข้อมูล :	คำนวณจาก 1 เมษายน 2560 - 31 มีนาคม 2561
ตัวตั้ง : (A)	ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา (Diag : E103,E113,E123,E133,E143) ที่ได้รับการ Laser (Proc = 1424) อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC
ตัวหาร : (B)	ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา (Diag : E103,E113,E123,E133,E143) อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC
คำอธิบายตัวตั้ง :	นับจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฉายเลเซอร์จอตาในผู้ป่วยเบาหวาน (Laser project for diabetic retinopathy) อายุ 15 ปีขึ้นไป ณ วันที่รับบริการ สิทธิ UC ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่มารับบริการที่หน่วยบริการที่ทำการรักษา
คำอธิบายตัวหาร :	ผู้ป่วยDiabetic Retinopathy ตามเกณฑ์ทั้งหมด อายุ 15 ปีขึ้นไป ณ วันที่ 31 มีนาคม 2561 สิทธิ UC ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ของหน่วยบริการที่ทำการรักษา
ระยะเวลาประเมินผล	ตัดข้อมูลวันที่ 30 เมษายน 2561
เกณฑ์การให้คะแนน	Percentile 20 = 1 คะแนน Percentile 40 = 2 คะแนน Percentile 60 = 3 คะแนน Percentile 80 = 4 คะแนน Percentile 100 = 5 คะแนน
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสมจินตนา มัจฉาชีพ โทรศัพท์ 061-418-6734
Baselineผลงานกทม.ปี60	8.66 %
Baselineผลงานประเทศปี60	11.12 %

ตัวชี้วัดที่ 6	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี
ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจHbA1C และ มีระดับHbA1C น้อยกว่า7%
น้ำหนักคะแนน	รวม 20 คะแนน โดยแบ่งเป็น หน่วยบริการประจำ (H main) 15 คะแนน , หน่วยบริการที่รักษา (H code) 5 คะแนน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิUC ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จากฐานข้อมูลโรครีจิส- ตร 1 ตุลาคม 2560
แหล่งข้อมูล :	OPbkk-claim
ช่วงเวลาของข้อมูล :	คำนวณจาก 1 เมษายน 2560 - 31 มีนาคม 2561
ตัวตั้ง : (A) หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจาก OPbkk – claim ที่หน่วยบริการดูแลรักษาและได้รับการตรวจ HbA1c (LABFU.LABTEST="05") ระดับ HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 4- 7 ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 65 ปี และน้อยกว่าร้อยละ 4- 8 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป
ตัวหาร : (B)หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป
คำอธิบายตัวตั้ง : หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจาก Opbkk-claim สิทธิ UC ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่หน่วยบริการดูแล รหัส ICD-10 3หลักที่ขึ้นต้นด้วย E10-E14 และได้รับการตรวจ HbA1c (LABFU.LABTEST="05") ระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย 4-< 7 ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 65 ปี และ4- < 8 ในกลุ่ม อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาที่กำหนดในการใช้ข้อมูล (Hmain)
คำอธิบายตัวหาร : หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจาก OPbkk-claim ที่หน่วยบริการดูแลรักษาและมีอยู่จริง สิทธิ UC ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครอายุ 15 ปีขึ้นไป รหัส ICD-10 3หลักที่ขึ้นต้นด้วย E10-E14
ตัวตั้ง : (A)หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจาก OPbkk-claim ที่หน่วยบริการดูแลรักษาและได้รับการตรวจ HbA1c (LABFU.LABTEST=" 05 ") ระดับ HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 4- 7 ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 65 ปี และ น้อยกว่าร้อยละ4- 8 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป
ตัวหาร : (B)หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิUCกทม. ที่หน่วยบริการรักษา (popUC and age=15-124)
คำอธิบายตัวตั้ง : หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจาก OPbkk - claim สิทธิ UC ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร อายุ 15 ปีขึ้นไปที่หน่วยบริการดูแล รหัส ICD-10 3หลักที่ขึ้นต้นด้วย E10-E14 และได้รับการตรวจ HbA1c (LABFU.LABTEST="05") ระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย 4-< 7 ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 65 ปี และ4- < 8 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาที่กำหนดในการใช้ข้อมูล (Hmain)
คำอธิบายตัวหาร : หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ อายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิUCกทม. ที่หน่วยบริการรักษา (popUC and age=15-124)
ระยะเวลาประเมินผล	ตัดข้อมูล 30 เมษายน 2561
เกณฑ์การให้คะแนน หน่วยบริการประจำ (Hmain)	Percentile 20 = 1 คะแนน,Percentile 40 = 2 คะแนน Percentile 60 = 3 คะแนน,Percentile 80 = 4 คะแนน Percentile 100 = 5 คะแนน
เกณฑ์การให้คะแนน หน่วยบริการที่รักษา (H code)	Percentile 20 = 1 คะแนน,Percentile 40 = 2 คะแนน Percentile 60 = 3 คะแนน,Percentile 80 = 4 คะแนน Percentile 100 = 5 คะแนน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสมจินตนา มัจฉาชีพ โทรศัพท์ 061-418-6734
Baselineผลงานกทม.ปี60	15.20 %
Baselineผลงานประเทศปี60	17.60 %

ตัวชี้วัดที่ 7	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
น้ำหนักคะแนน	รวม 20 คะแนน โดยแบ่งเป็น หน่วยบริการประจำ (H main) 15 คะแนน , หน่วยบริการที่รักษา (H code) 5 คะแนน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากฐานข้อมูลโรคเรื้อรัง ณ 1 ตุลาคม 2560
แหล่งข้อมูล :	OP bkk-claim
ช่วงเวลาของข้อมูล :	คำนวณจาก 1 เมษายน 2560 - 31 มีนาคม 2561
ตัวตั้ง : (A) หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัย ที่หน่วยบริการดูแลและได้รับการวัดระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน มีระดับความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 mmHg (Hmain)
ตัวหาร : (B) หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยและหน่วยบริการดูแลในรอบการประเมิน (Hmain)
คำอธิบายตัวตั้ง : หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจาก OPbkk-claim รหัส ICD-10 3 หลักที่ขึ้นต้นด้วย I10-I15 ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการ (Hmain) (มีอยู่จริง) และได้รับการวัดระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน ใช้ข้อมูลจาก SBP BETWEEN 80 mmHg and 139 mmHg, DBP BETWEEN 50 mmHg and 89 mmHg
คำอธิบายตัวหาร : หน่วยบริการประจำ (H main)	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจาก OPbkk-claim รหัส ICD-10 3 หลักที่ขึ้นต้นด้วย I10-I15 ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการ(Hmain) (มีอยู่จริง)
ตัวตั้ง : (A) หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัย ที่หน่วยบริการดูแลและได้รับการวัดระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกันมีระดับความดันโลหิตไม่เกิน140/90 mmHg (Hmain)
ตัวหาร : (B) หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยและหน่วยบริการดูแลในรอบการประเมิน (Hmain)
คำอธิบายตัวตั้ง : หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจาก OPbkk-claim รหัส ICD-10 3 หลักที่ขึ้นต้นด้วย I10-I15 ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการ (Hcode) (มีอยู่จริง) และได้รับการวัดระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน ใช้ข้อมูลจาก SBP BETWEEN 80 mmHg and 139 mmHg, DBP BETWEEN 50 mmHg and 89 mmHg
คำอธิบายตัวหาร : หน่วยบริการที่รักษา (H code)	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจาก OPbkk-claim รหัส ICD-10 3 หลักที่ขึ้นต้นด้วย I10-I15 ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการ(Hcode) (มีอยู่จริง)
ระยะเวลาประเมินผล	ตัดข้อมูลวันที่ 30 เมษายน 2561
เกณฑ์การให้คะแนน หน่วยบริการประจำ (H main)	Percentile 20 = 1 คะแนน, Percentile 40 = 2 คะแนน Percentile 60 = 3 คะแนน, Percentile 80 = 4 คะแนน Percentile 100 = 5 คะแนน
เกณฑ์การให้คะแนน หน่วยบริการที่รักษา (H code)	Percentile 20 = 1 คะแนน, Percentile 40 = 2 คะแนน Percentile 60 = 3 คะแนน, Percentile 80 = 4 คะแนน Percentile 100 = 5 คะแนน
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสมจินตนา มัจฉาชีพ โทรศัพท์ 061-418-6734
Baselineผลงานกทม.ปี60	0.20 %
Baselineผลงานประเทศปี60	14.14 %

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

.....๑๕๖๑.....

1.	นายสุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์	ผู้ทรงคุณวุฒิ	ประธานคณะกรรมการ
2.	ผศ.สนั่น วิสุทธีศักดิ์ชัย	โรงพยาบาลศิริราช	รองประธานฯ
3.	นายภาณุวัฒน์ ชุตินวงศ์	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	คณะกรรมการ
4.	พ.ต.อ.ดนุภุต กลัมพากร	โรงพยาบาลตำรวจ	คณะกรรมการ
5.	พ.อ.หญิงอุษา ตันติแพทยางกูร	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	คณะกรรมการ
6.	น.อ.จตุรงค์ ตันติมงคลสุข	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	คณะกรรมการ
7.	น.อ.ทวีพงษ์ ปาจริย	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.บโน.	คณะกรรมการ
8.	นายอภิสิทธิ์ วัตตะยัง	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	คณะกรรมการ
9.	นายสมพร บวรศรีสุข	โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะกรรมการ
10.	นางปิยะธิดา หาญสมบูรณ์	โรงพยาบาลราชวิถี	คณะกรรมการ
11.	พล.ต.เหรียญทอง แน่นหนา	โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ	คณะกรรมการ
12.	นายธีระยุทธ ฉินปรากฏ	โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท	คณะกรรมการ
13.	นายธราธิป วนาวณิชย์กุล	โรงพยาบาลเพชรเกษม 2	คณะกรรมการ
14.	รองผู้อำนวยการ หรือ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร		คณะกรรมการและ เลขานุการ
15.	หัวหน้ากลุ่มงาน หรือ หัวหน้างานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร		คณะกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ