



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เกณฑ์คุณภาพบริการ และ แนวทางการประเมิน

เอกสารประกอบการดำเนินการ
งบกองทุนฯ ที่จัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพบริการ
ปี งบประมาณ 2553

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สารบัญ

หน้า

1. รายละเอียดเกณฑ์ /เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการ และวิธีการประเมินคุณภาพ.....	
เกณฑ์ /เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการ ของ หน่วยบริการประจำ และวิธีการประเมินคุณภาพ	3
เกณฑ์ 1 อัตราการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติ	4
เกณฑ์ 2 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน	10
เกณฑ์ 3 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง	12
เกณฑ์ 4 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคหืด.....	15
เกณฑ์ 5 อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	17
เกณฑ์ 6 อัตราการติดตามเพื่อรับการรักษา/ส่งต่อกรณีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีความผิดปกติของเซลล์.....	20
เกณฑ์ 7 การประเมินคุณภาพกระบวนการฝากครรภ์ของหน่วยบริการ (self assessment).....	23
เกณฑ์ 8 การให้บริการสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการ	28
เกณฑ์ /เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการ ของ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อและวิธีการประเมินคุณภาพ.....	31
เกณฑ์ 1 เกณฑ์ผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	31
เกณฑ์ 2 อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน	32
เกณฑ์ 3 คุณภาพการใช้จ่ายในโรงพยาบาล	35
เกณฑ์ 4 การรายงาน Quality Surveillance Indicator.....	45
เกณฑ์ 5 อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ภายใน 28 วัน	47
เกณฑ์ 6 อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ภายใน 28 วัน.....	50
เกณฑ์ 7 ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล.....	53
เกณฑ์ 8 ร้อยละหน่วยบริการ ที่สามารถให้ยาลดไขมันเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST elevated (STEMI).....	55
เกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพระดับหน่วยบริการประจำ	57
กลุ่ม 1 ระบบคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA)	58
กลุ่ม 2 การจัดให้มีบริการโดยวิชาชีพ	61
2.1 มีบริการเภสัชกรรมในชุมชน โดยเภสัชกร.....	61
2.2 มีบริการทันตสาธารณสุขในชุมชน โดยทันตบุคลากร	63
2.3 มีบริการให้การปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการโดย counselor.....	65
กลุ่ม 3 การพัฒนารูปแบบบริการ.....	68
3.1 การจัดตั้งคลินิกโรคหืด (Easy Asthma Clinic).....	68
3.2 การจัดตั้งคลินิกกอดบุตร.....	70
3.3 บริการส่งเสริมพัฒนาการ และให้บริการการปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความ เสี่ยงพัฒนาการล่าช้า (delayed development).....	72
3.4 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care).....	73
เกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ(ระดับโรงพยาบาล)	766
กลุ่ม 1 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ซึ่งได้รับการรับรองคุณภาพ HA แล้ว.....	77
กลุ่ม 2 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพ พร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพในขั้นที่สูงขึ้น ภายในเดือนธันวาคม 2553.....	78
2.1 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยระบบพีเลียง (Node Manager).....	78
2.2 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยตนเอง.....	81
2.3 โรงพยาบาลที่พร้อมรับรองคุณภาพ HA ภายในกรกฎาคม 2553	83
2.4 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพขั้น 2 ภายในธันวาคม 2553	84
กลุ่ม 3 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพบริการ.....	85
3.1 การประเมินระดับคะแนนคุณภาพ.....	86
3.2 เสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วยเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด.....	86
3.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วยเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัดโดยสปสช.เขต.....	87
11. การสรุปคะแนนการประเมิน และ การคำนวณงบประมาณ	88

**เกณฑ์ /เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการ ของหน่วยบริการประจำ และวิธีการประเมินคุณภาพ
พื้นที่กรุงเทพมหานคร**

เกณฑ์การประเมินหน่วยบริการประจำ ได้แก่

เกณฑ์ ที่ 1	อัตราการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติ	20 คะแนน
เกณฑ์ ที่ 2	อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน	20 คะแนน
เกณฑ์ ที่ 3	อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง	20 คะแนน
เกณฑ์ ที่ 4	อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคหืด	20 คะแนน
เกณฑ์ ที่ 5	อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	5 คะแนน
เกณฑ์ ที่ 6	อัตราการติดตามเพื่อรับการรักษา / ส่งต่อกรณีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีความผิดปกติของเซลล์	5 คะแนน
เกณฑ์ที่ 7	การประเมินคุณภาพกระบวนการฝากครรภ์ของหน่วยบริการ (Self Assessment)	5 คะแนน
เกณฑ์ ที่ 8	การให้บริการสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการ	5 คะแนน
	รวมคะแนนเต็ม	100 คะแนน

เกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ได้แก่

เกณฑ์ ที่ 1	เกณฑ์ผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	20 คะแนน
เกณฑ์ ที่ 2	อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน MRA (medical record audit)	15 คะแนน
เกณฑ์ ที่ 3	คุณภาพการใช้ยาในโรงพยาบาล	15 คะแนน
เกณฑ์ ที่ 4	การรายงานผล Quality Surveillance Indicator	10 คะแนน
เกณฑ์ ที่ 5	อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ภายใน 28 วัน	10 คะแนน
เกณฑ์ ที่ 6	อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ภายใน 28 วัน	10 คะแนน
เกณฑ์ ที่ 7	ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับบริการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล	10 คะแนน
เกณฑ์ ที่ 8	ร้อยละหน่วยบริการ ที่สามารถให้ยาละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST elevated (STEMI)	10 คะแนน
	รวมคะแนนเต็ม	100 คะแนน

หมายเหตุ

ก)หน่วยบริการประจำ

ประกอบด้วย รพ.รัฐบาล,รพ.เอกชน,ศูนย์บริการสาธารณสุข 16, คลินิกเอกชน

ข)หน่วยบริการที่รับส่งต่อ ประกอบด้วย รพ.รัฐบาล , รพ.เอกชน

ค)หน่วยบริการต้องมิฐานประชากร

เกณฑ์หน่วยบริการประจำ

เกณฑ์ 1 อัตราการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติ

เหตุผล ความจำเป็น

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีความชุกของโรคเพิ่มสูงขึ้น การรักษามีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับคนปกติ โดยการป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ต่ออวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ไต ตา เท้า ระบบหลอดเลือดหัวใจและสมอง ทั้งนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมตามแนวทางเวชปฏิบัติ โดยความร่วมมือจากผู้ป่วย ครอบครัวและทีมบุคลากรการแพทย์ ในทุกระดับบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้นให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการ ในระดับปฐมภูมิ และเครือข่าย

มิติด้านคุณภาพ

เครื่องชี้วัดสะท้อนการเข้าถึง/ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

วิธีการประเมิน

หน่วยบริการประจำ ทำหน้าที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบผู้ป่วยนอก ภายในหน่วยบริการ

1. คะแนนการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ประเมินตามแบบทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเอง Self Clinical audit ซึ่งได้จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานภายในหน่วยบริการ ที่ให้บริการในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนธันวาคม 2552 โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) จากฐานผู้ป่วยนอกซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษามากกว่า 1 ปีและเป็นผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการนั้นในระบบ UC (ไม่รวมผู้ป่วยที่รับส่งต่อ หรือลงทะเบียนกับหน่วยอื่น) ตามจำนวนเวชระเบียนดังนี้

- จำนวนอย่างน้อย 50 แฟ้ม สำหรับโรงพยาบาล
- จำนวนอย่างน้อย 30 แฟ้ม สำหรับ คลินิกชุมชนอบอุ่น / ศูนย์บริการสาธารณสุข 16

(กรณีสิทธิ UC มีจำนวนแฟ้มไม่พอ ให้ใช้ข้อมูลจากสิทธิอื่นเพิ่มเติมได้)

ผลการทบทวนเวชระเบียนฯ Clinical Audit DM หน่วยบริการนำไปใช้วิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนา และเอกสารแบบทบทวนเวชระเบียนฯ ให้ สปสช.เขต 13 เพื่อคำนวณคะแนนให้หน่วยบริการประจำ โดยใช้คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากผลการตรวจเวชระเบียนที่ตรวจทั้งหมด

คะแนนการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน

$$= \frac{\text{ผลรวมของคะแนนที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนแต่ละแฟ้ม}}{\text{จำนวนเวชระเบียนที่ทบทวนทั้งหมดตามหลัก}}$$

นำคะแนนเฉลี่ยของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแต่ละหน่วยบริการทุกแห่งมาให้คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน

หมายเหตุ : การประเมินตนเองขอให้หน่วยบริการประเมินตนเองตามความเป็นจริงและใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยหากมีข้อสงสัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต 13 อาจพิจารณาเรียกเอกสารเพื่อให้ผู้ประเมินภายนอกทำการประเมินซ้ำ



แบบทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Clinical Audit DM)

ชื่อหน่วยบริการ วันที่ทบทวน

เลขที่เวชระเบียน PID _/___/___/___/___ อายุปี เพศ หญิง ชาย

สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม อื่นๆ / ไม่ระบุสิทธิ

การวินิจฉัย DM type1 DM type 2 uncertain Type ระยะเวลา ปี

โรคร่วม HT No Essential HT Secondary HT uncertain Type ระยะเวลา..... ปี

จำนวน OP visit ที่มารับการตรวจติดตามด้วยโรคเบาหวาน รวมจำนวน visit / ปี

ตรวจร่างกาย

BW จำนวน visit

BMI จำนวน visit ผลครั้งสุดท้าย kg/m²

Blood Pressure จำนวน visit

Retinal Exam ไม่ตรวจ ตรวจ

Foot Exam ไม่ตรวจ ตรวจ

การเกิดแผล ปกติ/ไม่มีแผล ไม่ปกติ/มีแผลที่เท้า ตัดขา / เท้า / เท้าบางส่วน

Lab investigation

BS จำนวน visit ผลครั้งสุดท้าย FBS PPD mg/dl

HbA1c ไม่ตรวจ ตรวจ ผลครั้งสุดท้าย %

LDL ไม่ตรวจ ตรวจ ผลครั้งสุดท้าย mg/dl

Creatinine ไม่ตรวจ ตรวจ ผลครั้งสุดท้าย ปกติ ไม่ปกติ

Urine protein ไม่ตรวจ ตรวจ ผลครั้งสุดท้าย ปกติ ไม่ปกติ

Microalbuminuria ไม่ตรวจ ตรวจ ผลครั้งสุดท้าย ปกติ ไม่ปกติ

Medication ACEI ARB ASA

การให้ความรู้/คำแนะนำ

foot care ไม่ให้ ให้

nutrition ไม่ให้ ให้

exercise ไม่ให้ ให้

smoking ไม่ให้ ให้ ประวัติ ไม่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ NA

หมายเหตุ

Auditor.....

คำอธิบายแบบทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แหล่งข้อมูลประกอบการทบทวน

ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานภายในหน่วยบริการ ที่ให้บริการในช่วงเวลา 1 ปี ตั้งแต่เดือน มกราคม 2552- ธันวาคม 2552 (เหมือนกันทั้งประเทศ) โดยสุ่มจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการรักษา มากกว่า 1 ปี และเป็นผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการนั้นในระบบ UC ทั้งนี้หน่วยบริการควรรวบรวมเอกสาร บันทึกต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง (ตามเนื้อหาในแบบประเมิน) เพื่อจะได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ตามที่บันทึกจริงประกอบการทบทวน

แนวทางการทบทวนเวชระเบียน

การทบทวน ให้พิจารณาจากบันทึก / ข้อมูลที่ปรากฏในหลักฐานที่มีการให้บริการ กรณีไม่พบบันทึกให้ถือว่าไม่มีการดำเนินการในหัวข้อนั้น ๆ โดยพิจารณาเฉพาะครั้งที่มารับการตรวจติดตามด้วยโรคเบาหวานเท่านั้น

ชื่อหน่วยบริการ ระบุชื่อหน่วยบริการที่รับการทบทวน

วันที่ทบทวน ระบุวันที่ เดือน ปีที่ทำการทบทวน

เลขที่เวชระเบียน ระบุเลขที่เวชระเบียน (HN) ของเวชระเบียนที่ทบทวน

PID ระบุเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ของเวชระเบียนที่ทบทวน

อายุ ระบุอายุเป็นจำนวนปี (ปีที่รับบริการ ลบ ด้วยปีเกิด)

เพศ ใส่เครื่องหมาย ✓ ตามเพศของผู้ป่วย

สิทธิการรักษา ใส่เครื่องหมาย ✓ ตามสิทธิที่ใช้ในการรับบริการ

การวินิจฉัย ระบุประเภทการวินิจฉัยโรคเบาหวานที่ปรากฏในเวชระเบียน กรณีไม่ปรากฏประเภทของโรคในการวินิจฉัยให้เลือก uncertain type โดย ใส่เครื่องหมาย ✓ ตามประเภทที่ระบุ

ระยะเวลา ระบุจำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค DM (ปีที่ให้บริการ ลบด้วย ปีที่วินิจฉัย)

โรคร่วม HT ระบุประเภทการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงที่ปรากฏในเวชระเบียน “No” หมายถึง ไม่มีโรคร่วม HT กรณีไม่ปรากฏประเภทของโรคในการวินิจฉัย ให้เลือก uncertain type โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ตามประเภทที่ระบุ

ระยะเวลา ระบุจำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค HT (ปีที่ให้บริการ ลบด้วย ปีที่วินิจฉัย)

จำนวน OP visit ระบุจำนวนครั้ง ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามด้วยโรคเบาหวาน ที่แผนกผู้ป่วยนอกตลอดปี (ไม่นับที่มาภาวะฉุกเฉิน หรือมาตรวจด้วยโรค/อาการอื่น) โดยใส่จำนวนตัวเลข

ตรวจร่างกาย ดูว่ามีบันทึกการตรวจร่างกายในหัวข้อที่กำหนดหรือไม่ จำนวนที่ visit และค่าของผลการตรวจครั้งสุดท้าย (ในช่วงเวลาที่กำหนด) โดยใส่ตัวเลข ตั้งแต่ 0

BW : น้ำหนัก (body weight) ระบุจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับการตรวจและได้รับการชั่งน้ำหนัก

BMI : ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index) ระบุจำนวนครั้งที่มีการวัด BMI และค่าที่บันทึกไว้ครั้งสุดท้าย (kg/m^2)

Blood Pressure : ระบุจำนวนครั้งที่มีการวัดความดันโลหิต

Retinal Exam : การตรวจจอประสาทตา หมายถึง การขยายม่านตาและวัด visual acuity โดยจักษุแพทย์ ในกรณีที่ไม่มีจักษุแพทย์อาจถ่ายภาพจอประสาทตาด้วย digital camera และอ่านภาพถ่ายจอประสาทตาโดยผู้ชำนาญการ ให้ระบุว่ามีอาการตรวจจอประสาทตาหรือไม่

Foot Exam : การตรวจเท้า หมายถึง การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ได้แก่ การสำรวจว่าเท้ามีแผล มีความผิดปกติของผิวหนัง เล็บ รูปเท้า การรับความรู้สึก อากาชา หลอดเลือดและการไหลเวียนโลหิตที่ขา การคลำชีพจรที่เท้า ให้ระบุว่ามีอาการตรวจหรือไม่

การเกิดแผล: พิจารณาจากบันทึกว่ามีประวัติ หรือ เกิดแผลที่เท้าหรือไม่ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ข้อใดข้อหนึ่ง
ปกติ /ไม่มีแผล หมายถึง ผิวหนัง เล็บ ชีพจร การรับความรู้สึกที่เท้าปกติ หรือไม่เคยมีแผลที่เท้า

ไม่ปกติ /มีแผลที่เท้า หมายถึง ผิวหนัง เล็บ ชีพจร การรับความรู้สึกที่เท้าผิดปกติ หรือมีแผลที่เท้า

ตัดขา/ เท้า /เท้าบางส่วน หมายถึง เคยตัดหรือมีแผลจนทำให้ ขา/ เท้า /เท้าบางส่วน ขาดหรือถูกตัด

Lab Investigation ดูว่ามีบันทึกการตรวจทางห้องปฏิบัติการในหัวข้อที่กำหนดหรือไม่ จำนวนที่ visit และค่าของผลการตรวจครั้งสุดท้าย (ในช่วงเวลาที่กำหนด) โดยใส่ตัวเลข ตั้งแต่ 0

BS : Blood sugar การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด นับทั้ง Fasting blood sugar(FBS), Post prandial (PPD) รวมcapillary) ให้ระบุจำนวนครั้งที่มีการตรวจ และค่าที่วัดได้ครั้งสุดท้าย โดยระบุว่าเป็นค่าของ FBS หรือ PPD

HbA1c : การตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ให้ระบุว่ามีอาการตรวจหรือไม่ และค่า HbA1c ที่ตรวจได้ครั้งสุดท้าย

LDL : การตรวจระดับ LDL-cholesterol ให้ระบุว่ามีอาการตรวจหรือไม่ และค่า LDL ที่ตรวจได้ครั้งสุดท้าย

Creatinine : การตรวจ serum creatinine ให้ระบุว่ามีอาการตรวจหรือไม่ และค่าที่ตรวจได้ครั้งสุดท้ายปกติ /ไม่ปกติ

Urine protein : การตรวจโปรตีนในปัสสาวะ ให้ระบุว่ามีอาการตรวจหรือไม่ และค่าที่ตรวจได้ครั้งสุดท้ายปกติ /ไม่ปกติ

Microalbuminuria : การตรวจ microalbuminuria และระบุค่าที่ตรวจได้ครั้งสุดท้ายปกติ /ไม่ปกติ

Medication มีบันทึกการรักษา(ในช่วงเวลาที่กำหนด visit ได้ก็ได้)ด้วยยาดังต่อไปนี้ หรือไม่ โดยใส่เครื่องหมาย ✓

ACEI : Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor

ARB : Angiotensin II Receptor Blocker

ASA : Aspirin หมายถึง antiplatelet อื่น (ในกรณีที่ไม่สามารถให้ ASA) เช่น Clopidogrel

การให้ความรู้/คำแนะนำ มีบันทึก/หลักฐานการให้คำแนะนำหรือให้ความรู้ **ทั้งรายบุคคล /รายกลุ่ม** หรือไม่

Foot care : การให้ความรู้/คำแนะนำเรื่องการดูแลเท้า ประกอบด้วย 1. การตรวจและดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน 2. การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม 3. การดูแลบาดแผลเบื้องต้นและแผลที่ไม่รุนแรงด้วยตนเอง หากมีการให้ความรู้/คำแนะนำอย่างน้อย 2 ข้อ ให้ถือว่ามีการให้คำแนะนำ

Nutrition : การให้ความรู้/คำแนะนำเรื่องโภชนาบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกอาหารและจัดโภชนาการตามความเหมาะสม ประกอบด้วย 1. ความสำคัญของการควบคุมอาหารในโรคเบาหวาน 2. หลักการเลือกอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล / น้ำหนักตัว และ 3. อาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูง โรคไต ตับ หากมีการให้ความรู้/คำแนะนำอย่างน้อย 2 ข้อ ให้ถือว่ามีการให้คำแนะนำ

Exercise : การให้ความรู้/คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ถูกต้องเหมาะสม ประกอบด้วย 1. ผลของการออกกำลังกายต่อสุขภาพ 2. ประโยชน์และผลเสียของการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและ3.การออกกำลังกายที่เหมาะสม/ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน หากมีการให้ความรู้/คำแนะนำอย่างน้อย 2 ข้อ ให้ถือว่ามีการให้คำแนะนำ

Smoking : การให้ความรู้/คำแนะนำเรื่องบุหรี่ ประกอบด้วย 1. โทษของบุหรี่ต่อโรคเบาหวาน 2. วิธีการหยุดสูบบุหรี่ และ 3. ส่งปรึกษาที่คลินิกอดบุหรี่ หากมีการให้บริการอย่างน้อย 2 ข้อ ให้ถือว่ามีการให้คำแนะนำ

ประวัติการสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่ หมายถึง มีประวัติสูบบุหรี่ติดต่อกันมากกว่า 1 เดือน กรณีไม่พบบันทึกการซักประวัติ ให้ระบุ NA

หมายเหตุ (ถ้ามี) ความเห็น ข้อเสนอ ข้อสังเกต ที่เกี่ยวข้องกับการทบทวนเวชระเบียนรายนั้น ๆ

Auditor : ระบุชื่อ/รหัสของผู้ทบทวน

เกณฑ์หน่วยบริการประจำ

เกณฑ์ 2 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน

เหตุผลความจำเป็น

ภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน ตลอดจนอาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน เช่น ketoacidosis, hyperosmolarity, shock เป็นภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย ที่จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วย มีระดับน้ำตาลสูงหรือต่ำมากเกินไป การมีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ในหน่วยบริการและบริการเชิงรุกในชุมชน การเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง จะช่วยป้องกัน/ลด การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเฉียบพลันจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ และเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชน

มิติด้านคุณภาพ

เครื่องชี้วัดสะท้อนการเข้าถึง/ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

แนวทางการประเมิน

สูตรคำนวณ

$$\text{อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน} = \frac{\text{จำนวนครั้งผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน}}{\text{ประชากร UC ในความดูแลของหน่วยบริการ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป}} \times 100,000$$

ตัวตั้ง = จำนวนครั้งผู้ป่วยใน อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่กำหนดโดยการใช้รหัส ICD-10 ระบุดังนี้

1. โรคหลัก principal diagnosis (pdx) = E100-E101 หรือ E110-E111 หรือ E120-E121 หรือ E130-E131 หรือ E140-E141 หรือ E160
2. โรคหลัก principal diagnosis (pdx) = E162 และโรคร่วม Secondary diagnosis 1-12 = E109 หรือ E119 หรือ E129 หรือ E139 หรือ E149

แหล่งข้อมูลตัวตั้ง รฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ นับจำนวนตามหน่วยบริการต้นสังกัด ผลงาน 12 เดือน (1 เม.ย. 2552 - 31 มี.ค. 2553)

ตัวหาร = จำนวนประชากร UC อายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่ลงทะเบียนอยู่ในความดูแลของหน่วยบริการ

แหล่งข้อมูลตัวหาร รฐานข้อมูลประชากรลงทะเบียนสิทธิ UC สปสช.

วิธีการ

1. คำนวณตัวชี้วัดของหน่วยบริการประจำและรายหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้
 - 1.1 ดึงข้อมูลผู้ป่วยในที่กำหนดตามรหัสโรค (ICD-10) ที่กำหนดในสูตรคำนวณ จากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย
 - 1.2 นำรหัสประจำตัวผู้ป่วย (PID) ตามเงื่อนไข ข้อ 1.1 ไปเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลการลงทะเบียนประชาชน เพื่อหาว่ามาจากรหัสหน่วยบริการประจำใด และมาจากหน่วยปฐมภูมิใด แล้วนับจำนวนครั้งผู้ป่วย รายหน่วยบริการประจำ และ รายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อนำไปเป็นตัวตั้ง
 - 1.3 ดึงข้อมูลจำนวนประชากรลงทะเบียนสิทธิ UC รายหน่วยบริการประจำ และรายหน่วยปฐมภูมิ เพื่อนำไปใช้เป็นตัวหารในการคำนวณตามตัวชี้วัด
2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัดตามข้อ 1 มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) กลุ่มละ 20 % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด **ภายในแต่ละเขตพื้นที่** และคิดคะแนนภาพรวมของหน่วยประจำ และคะแนนรายหน่วยปฐมภูมิ

ตาราง 1 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของอัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวานของหน่วยบริการประจำ ในภาพรวมของประเทศจากข้อมูลของปี 2551

อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน ต่อ 100,000 ปชก.	คะแนนที่ได้
≥ 127.71	1
85.38 - 124.60	2
61.74 - 85.30	3
35.76 - 61.62	4
< 35.76	5

เกณฑ์หน่วยบริการประจำ

**เกณฑ์ 3 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อน
ของความดันโลหิตสูง**

เหตุผลความจำเป็น

โรคความดันโลหิตสูง(Hypertension)เป็นภาวะทางการแพทย์อย่างหนึ่ง โดยตรวจพบความดันโลหิตอยู่ภาวะสูงกว่าปกติเรื้อรังเป็นเวลานาน การที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหัวใจ โรคไตวาย เส้นเลือดแดงโป่งพอง อัมพาต โดยทั่วไปคนส่วนใหญ่มักไม่รู้ตัวว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งจะไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเนื่องจากไม่มีอาการแสดง และจะเริ่มรู้เมื่อมีภาวะแทรกซ้อน สาเหตุของภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงคือ

1. หัวใจทำงานหนักขึ้นทำให้ผนังหัวใจหนาถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องผนังหัวใจจะยืดออกและเสียหายทำให้หัวใจโตและหัวใจวายในที่สุด
2. อาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก ทำให้เป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้ ถ้าเป็นเรื้อรังอาจกลายเป็นโรคความจำเสื่อม สมาธิลดลง
3. เลือดอาจไปเลี้ยงหัวใจไม่พอเนื่องจากหลอดเลือดเสื่อมทำให้ไตวายเรื้อรังและภาวะไตวายจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
4. หลอดเลือดแดงในตาจะเสื่อมลงช้าๆอาจทำให้มีเลือดที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อยๆจนตาบอด

การมีระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมและต่อเนื่องในหน่วยบริการและบริการเชิงรุกในชุมชน การเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง จะช่วยป้องกัน /ลด การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ และเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชน

มิติด้านคุณภาพ

เครื่องชี้วัดสะท้อนการเข้าถึง/ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

แนวทางการประเมิน

สูตรคำนวณ

อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

$$= \frac{\text{จำนวนครั้งผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูง หรือ ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง}}{\text{ประชากรUCในความดูแลของหน่วยบริการ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป}} \times 100,000$$

ตัวตั้ง = จำนวนครั้งผู้ป่วยใน อายุตั้งแต่ 15 ขึ้นไปที่จำหน่ายโดยการให้รหัส ICD-10 ระบุดังนี้

1. โรคหลัก principal diagnosis (pdx) = I10-I15
2. โรคหลัก principal diagnosis (pdx) = I600-I699 และโรคร่วม secondary diagnosis (sdx)1-12 = I10-I15 ยกเว้น sdx1-12 ที่เป็นรหัส trauma

แหล่งข้อมูลตัวตั้ง ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ นับจำนวนตามหน่วยบริการต้นสังกัด ผลงาน 12 เดือน (1 เม.ย. 2552 - 31 มี.ค. 2553)

ตัวหาร = จำนวนประชากรUC อายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่ลงทะเบียนอยู่ในความดูแลของหน่วยบริการ

แหล่งข้อมูลตัวหาร ฐานข้อมูลประชากรลงทะเบียนสิทธิ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน

วิธีการ

1. คำนวณตัวชี้วัดของหน่วยบริการประจำและรายหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้
 - 1.1 ดึงข้อมูลผู้ป่วยในที่กำหนดตามรหัสโรค (ICD-10) ที่กำหนดในสูตรคำนวณ จากข้อมูลฐานข้อมูลการเบิกจ่าย
 - 1.2 นำรหัสประจำตัวผู้ป่วย (PID) ที่ถูกดึงมาตามเงื่อนไข ข้อ 1.1 ไปเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลการลงทะเบียนประชาชน เพื่อหาว่ามาจากรหัสหน่วยบริการประจำใด และมาจากหน่วยปฐมภูมิใด แล้วนับสรุปจำนวนครั้งผู้ป่วย รายหน่วยบริการประจำ และ รายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อนำไปเป็นตัวตั้ง
 - 1.3 ดึงข้อมูลจำนวนประชากรลงทะเบียนสิทธิ UC รายหน่วยบริการประจำ และรายหน่วยปฐมภูมิ เพื่อนำไปใช้เป็นตัวหารในการคำนวณตามตัวชี้วัด
2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัดตามข้อ 1 มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) กลุ่มละ 20 % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด **ภายในแต่ละเขตพื้นที่** และคิดคะแนนภาพรวมของหน่วยประจำ และคะแนนรายหน่วยปฐมภูมิ

ตาราง 2 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของอัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง รายหน่วยบริการประจำ ภาพรวมของประเทศจากข้อมูลของปี 2551

อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ต่อ 100,000 ปชก	คะแนนที่ได้
≥ 310.63	1
230.65 - 308.81	2
177.49 - 230.55	3
126.08 - 177.24	4
<126.08	5

เกณฑ์ 4 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคหืด

เหตุผล ความจำเป็น

โรคหืด เป็นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดลมอย่างรุนแรง ทำให้หลอดลมตีบ มีเสมหะออกมามาก หายใจลำบากโดยเฉพาะหายใจออก นานกว่าหายใจเข้า หากเป็นมากจะเหนื่อยจนไม่สามารถหายใจเข้า ออก ได้จนทำให้ถึงขั้นเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการควรรีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีเพราะโรคนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน อาจทำให้หัวใจล้มเหลวได้ ซึ่งโรคหืดเป็นสาเหตุประการหนึ่งในการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลและห้องฉุกเฉิน โดยส่วนใหญ่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลระดับปฐมภูมิที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการ และการบริการเชิงรุกในชุมชน การเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง จะช่วยป้องกัน /ลด การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการโรคหืด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิมิมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. เพื่อลดอัตราการป่วยตายด้วยโรคหืด
3. เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดสะท้อนการเข้าถึง/ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

แนวทางการประเมิน

สูตรคำนวณ

อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคหืด

$$= \frac{\text{จำนวนครั้งผู้ป่วยในที่รับเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหืดทุกกลุ่มอายุ} \times 100,000}{\text{จำนวนประชากร UC ทุกกลุ่มอายุในพื้นที่รับผิดชอบ}}$$

ตัวตั้ง = จำนวนครั้งผู้ป่วยใน ที่จำหน่าย โดยการให้รหัส ICD-10 ระบุโรคหลักกว่าเป็นโรคหืด principal diagnosis (pdx) = J450-J459 หรือ J46 ทุกกลุ่มอายุ

ยกเว้น : ผู้ป่วย pregnancy

แหล่งข้อมูลตัวตั้ง ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ นับจำนวนตามหน่วยบริการต้นสังกัด ผลงาน 12 เดือน (1 เม.ย. 2552 - 31 มี.ค. 2553)

ตัวหาร = จำนวนประชากร UC ทุกกลุ่มอายุทั้งหมดที่ลงทะเบียนอยู่ในความดูแลของหน่วยบริการ

แหล่งข้อมูลตัวหาร จากฐานข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วิธีการ

1. คำนวณตัวชี้วัดของหน่วยบริการประจำและรายหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้
 - 1.1 ดึงข้อมูลผู้ป่วยในที่จำหน่ายตามรหัสโรค (ICD-10) ที่กำหนดในสูตรคำนวณ จากข้อมูลฐานข้อมูลการเบิกจ่าย
 - 1.2 นำรหัสประจำตัวผู้ป่วย (PID) ที่ถูกดึงมาตามเงื่อนไข ข้อ 1.1 ไปเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลการลงทะเบียนประชาชน เพื่อหาว่ามาจากรหัสหน่วยบริการประจำใด และจากหน่วยปฐมภูมิ ใด แล้วนับสรุปจำนวนครั้งผู้ป่วย รายหน่วยบริการประจำ และ รายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อนำไปเป็นตัวตั้ง
 - 1.3 ดึงข้อมูลจำนวนประชากรลงทะเบียนสิทธิ UC รายหน่วยบริการประจำ และรายหน่วยปฐมภูมิ เพื่อนำไปใช้เป็นตัวหารในการคำนวณตามตัวชี้วัด
2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัดตามข้อ 1 มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) กลุ่มละ 20 % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด **ภายในแต่ละเขตพื้นที่** และคิดคะแนนภาพรวมของหน่วยประจำ และคะแนนรายหน่วยปฐมภูมิ

ตาราง 3 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของอัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคฮิตรายหน่วยบริการประจำ ภาพรวมของประเทศจาก ข้อมูลของปี 2551

อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคฮิต ต่อ 100,000 ปชก.	คะแนนที่ได้
≥ 224.11	1
160.14-222.85	2
117.86-159.83	3
81.47-117.67	4
< 81.45	5

เกณฑ์ 5 ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)

เหตุผล ความจำเป็น

มะเร็งปากมดลูก เป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงไทยและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของผู้หญิงทำให้เกิดการสูญเสียทั้งชีวิต และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก โดยทั่วไป การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะแรกของโรคมะเร็งปากมดลูก และได้รับการรักษาโดยเร็วจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก ควรตรวจหามะเร็งให้ได้ในระยะเริ่มแรก สิ่งสำคัญคือหญิงไทยควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) ที่มีคุณภาพ รวมทั้ง กระบวนการติดตามผู้รับบริการตรวจคัดกรองฯ ที่มีผลการตรวจ พบความผิดปกติ ให้มาพบแพทย์ เพื่อรับการรักษาโดยเร็ว ซึ่งการตรวจพบมะเร็งระยะเริ่มต้น สามารถรักษาให้หายได้ และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่ามะเร็งระยะลุกลาม ทำให้ลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้เกิดการกระตุ้นหน่วยบริการให้บริการ Pap Smear กลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุม และทบทวนระบบการดูแลคุณภาพสิ่งส่งตรวจ ให้มีคุณภาพ ซึ่ง การตรวจ Pap Smear ที่มีคุณภาพ จะทำให้ค้นหาความผิดปกติของกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มมะเร็งปากมดลูกในสตรี ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ รวมทั้งกระบวนการติดตามผู้รับบริการที่มีผลการตรวจ พบความผิดปกติ ให้มาพบแพทย์ เพื่อรับการรักษาโดยเร็ว และสามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน จะทำให้สามารถลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดสะท้อนการเข้าถึง/ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

วิธีการประเมิน

ประเมินตามแบบสำรวจเรื่องการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap Smear) (แบบฟอร์มที่ 5-1) ในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง โดยนำผลการสำรวจมาพิจารณาหาความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผู้มีสิทธิUCในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผลงาน 12 เดือน (1 เม.ย. 2552 - 31 มี.ค. 2553) คะแนนเต็ม 5 คะแนน คำนำถนัดนี้

1.ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผู้มีสิทธิ UC (ผลงาน 12 เดือน)

สูตรคำนวณ

จำนวนการบริการตรวจคัดกรองPap Smearผู้มีสิทธิ UC x 100

จำนวนประชากรสิทธิUCเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบ

ตัวตั้ง = จำนวนการบริการตรวจคัดกรองPap Smearที่หน่วยบริการให้บริการแก่ประชากรUC เพศหญิงอายุ 15 ปีเป็นต้นไปในพื้นที่รับผิดชอบ (แหล่งข้อมูลตัวตั้งจากแบบสำรวจการให้บริการคัดกรอง)

ตัวหาร = จำนวนประชากรสิทธิUCเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบ ตามฐานประชากร 31 มีนาคม 2553

เกณฑ์การให้คะแนน

นำคะแนนความครอบคลุมของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผู้มีสิทธิ UC ของทุกหน่วยมาให้คะแนนโดยอิงกลุ่ม คะแนนเต็ม 5 คะแนน

แบบสำรวจเรื่องการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap Smear)

การสำรวจเรื่องการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในครั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จัดทำขึ้นเพื่อนำข้อมูลการให้บริการมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการวัดผลการดำเนินงาน ดังนั้นสำนักงานฯจึงขอให้หน่วยบริการตอบข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อประโยชน์สูงสุดของหน่วยงานท่าน ทั้งนี้สำนักงานฯอาจจะนำข้อมูลเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่หน่วยงานส่งให้กับสำนักงานฯในภายหลัง จึงเรียนมาเพื่อให้งานของท่านดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณ

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อหน่วยบริการที่ให้ข้อมูล.....รหัสสถานพยาบาล.....

ตำแหน่งของผู้ให้ข้อมูล.....

วันที่ให้ข้อมูล.....

การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap Smear)

1.จำนวนผู้รับบริการที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก(Pap smear)ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2552 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2553 มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- จำนวนผู้รับบริการสิทธิUCหน่วยบริการของท่านรับผิดชอบ จำนวน.....คน

หมายเหตุ:กรณีโรงพยาบาลModel 4 ให้รวมผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหน่วยปฐมภูมิของท่านด้วย)

2.จำนวนผู้รับบริการสิทธิUCที่หน่วยบริการของท่าน ที่พบว่ามีความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกตั้งแต่ Epithelial cells abnormalitiesเป็นต้นไป จนถึงOther malignant neoplasm มีจำนวน.....คน

3.จำนวนผู้รับบริการสิทธิUCของท่าน ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้วพบว่ามีความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกตั้งแต่Epithelial cells abnormalitiesจนถึงOther malignant neoplasm **และได้รับการติดตามกลับมารับการรักษา หรือส่งต่อเพื่อรับการรักษา** จำนวน.....คน

4.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

.....

.....

.....

.....

เกณฑ์หน่วยบริการประจำ

เกณฑ์ 6 อัตราการติดตามเพื่อรับการรักษา / ส่งต่อกรณีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีความผิดปกติของเซลล์

เหตุผล ความจำเป็น

โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นสาเหตุการตายของผู้หญิงไทย ที่พบบ่อย เป็นอันดับต้น ๆ ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งชีวิต และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ดังนั้น กระบวนการติดตามผู้รับบริการตรวจคัดกรองฯ ที่มีผลการตรวจ พบความผิดปกติ ให้มาพบแพทย์ เพื่อรับการรักษาโดยเร็ว จึงเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากการตรวจพบมะเร็งระยะเริ่มต้น สามารถรักษาให้หายได้ และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่ามะเร็งระยะลุกลาม ทำให้ลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมกระตุ้นให้หน่วยบริการ มีกระบวนการติดตามผู้รับบริการที่มีผลการตรวจ พบความผิดปกติ ให้มาพบแพทย์ เพื่อรับการรักษาโดยเร็ว และสามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน จะทำให้สามารถลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดสะท้อนการเข้าถึง/ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

อัตราการติดตามผู้รับบริการที่มีความผิดปกติของเซลล์มารับการรักษา

หมายถึง การติดตามผู้รับบริการทุกสิทธิ ที่มีผลการตรวจตั้งแต่ ASC – US , ASC – H , SIL , HSIL, Squamous cell carcinoma , ACG – Favor neoplasia , AIS , Adenocarcinoma และกลุ่ม Other Malignant neoplasms ตาม The Bethesda 2001 Cytologic Report ได้รับการติดตามการมาตรวจซ้ำ และ / หรือรับการรักษา ผลงาน 12 เดือน (1 เม.ย. 2552 - 31 มี.ค. 2553)

วิธีการประเมิน

ประเมินตามแบบสำรวจเรื่องการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) (แบบฟอร์มที่ 5-1) ในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง โดยนำผลการสำรวจมาพิจารณาหาอัตราการติดตามผู้รับบริการที่มีความผิดปกติของเซลล์มารับการรักษา

สูตรคำนวณ

$$= \frac{\text{จำนวนรายผู้ที่สามารถติดตามมารับการรักษาหรือส่งต่อ} \times 100}{\text{จำนวนผู้มารับการคัดกรองที่มีผลเซลล์ผิดปกติทั้งหมด}}$$

ตัวตั้ง = จำนวนประชากรUC เพศหญิงอายุ 15 ปี เป็นต้นไปในพื้นที่รับผิดชอบที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ที่ได้รับการติดตามจากหน่วยบริการมารับการรักษา และ/หรือส่งต่อ

ตัวหาร = จำนวนประชากรUC เพศหญิงอายุ 15 ปี เป็นต้นไปในพื้นที่รับผิดชอบที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน

นำอัตราการติดตามผู้รับบริการทุกสิทธิที่มีความผิดปกติของเซลล์มารับการรักษา ของทุกหน่วย มาให้คะแนนโดยอิงกลุ่ม

ตัวอย่างรายงาน The Bethesda 2001 Cytologic Report

The Bethesda 2001 Cytologic Report

Specimen Adequacy :

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 010 Satisfactory | <input type="checkbox"/> 021 Smear too thickly spread |
| <input type="checkbox"/> 011 Presence of endocervical/transformation zone component | <input type="checkbox"/> 022 Partial or complete obscuring inflame/blood |
| <input type="checkbox"/> 012 Absence of endocervical/transformation zone component | <input type="checkbox"/> 023 Scant cellularity |
| <input type="checkbox"/> 030 Unsatisfactory for evaluation | <input type="checkbox"/> 029 Other |
| <input type="checkbox"/> 031 Specimen reject/ not processed (See comment) | |
| <input type="checkbox"/> 032 Specimen processed and examined (See comment) | |

General Categorization : (optional)

- 100 Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy
- | | | | |
|------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Organism : | <input type="checkbox"/> 101 Trichomonas spp. | <input type="checkbox"/> 102 Candida spp. | <input type="checkbox"/> 103 Bacterial vaginosis |
| | <input type="checkbox"/> 104 Actinomyces spp. | <input type="checkbox"/> 105 HSV | <input type="checkbox"/> 109 Other organism |
-
- Other non neoplastic finding :
- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 121 Inflammation | <input type="checkbox"/> 122 Radiation |
| <input type="checkbox"/> 123 IUD | <input type="checkbox"/> 125 Atrophy |
| <input type="checkbox"/> 124 Glandular cells status post hysterectomy | |

200 Epithelial cells abnormalities

- Squamous cell : Atypical squamous cells
- | | |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 211 of undermined significance (ASC-US) | <input type="checkbox"/> 212 cannot exclude HSIL (ASC-H) |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
- Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) encompassing
- | | |
|-----------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 221 HPV change | <input type="checkbox"/> 222 CIN I |
|-----------------------------------------|------------------------------------|
- High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) encompassing
- | | |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 231 CIN II | <input type="checkbox"/> 232 CIN III |
| <input type="checkbox"/> 233 with features suspicious for invasion | |
- 241 SIL ;
- 251 Squamous cell carcinoma

Glandular cell : Atypical glandular cells

- | | | |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 261 Endocervical | <input type="checkbox"/> 262 Endometrial | <input type="checkbox"/> 263 Not otherwise specified (NOS) |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
- Atypical glandular cells favor neoplasia
- | | | |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 271 Endocervical | <input type="checkbox"/> 272 Endometrial | <input type="checkbox"/> 273 Not otherwise specified (NOS) |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
- 281 Endocervical adenocarcinoma in situ
- Adenocarcinoma
- | | | |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 291 Endocervical | <input type="checkbox"/> 292 Endometrial | <input type="checkbox"/> 293 Not otherwise specified (NOS) |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

300 Other malignant neoplasms

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 301 Adenosquamous carcinoma | <input type="checkbox"/> 302 Poorly differentiated squamous carcinoma with small cell |
| <input type="checkbox"/> 303 Small cell undifferentiated carcinoma | <input type="checkbox"/> 304 Carcinosarcoma |
| <input type="checkbox"/> 306 Malignant melanoma | <input type="checkbox"/> 305 Carcinoid tumors |
| | <input type="checkbox"/> 307 Malignant lymphoma |
| | <input type="checkbox"/> 308 Extrauterine carcinomas |

เกณฑ์หน่วยบริการประจำ

เกณฑ์ 7 การประเมินคุณภาพกระบวนการฝากครรภ์ของหน่วยบริการ (Self Assessment)

เหตุผล ความจำเป็น

สุขภาพอนามัยแม่ทั้งร่างกายและจิตใจ มีผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็ก ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ตลอดจนถึงระยะภายหลัง ภาวะหรือโรคหลายอย่างที่ เป็นในแม่ หรือเกิดในหญิงตั้งครรภ์ จะมีผลกระทบเป็นอันตรายต่อเด็กที่อยู่ในครรภ์ด้วย การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิดรอดของแม่และการเจริญเติบโต และพัฒนาการสมวัยของลูกต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้หน่วยบริการจัดกิจกรรมทบทวนการให้บริการด้านฝากครรภ์ให้มีคุณภาพ ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด จนถึงระยะคลอด รวมไปถึงการเตรียมพร้อมก่อนการตั้งครรภ์และการลดอัตราการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น ของหน่วยบริการประจำและเครือข่ายปฐมภูมิ

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง/การได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น(Accessibility and Effective delivery of needed care)

วิธีการประเมิน

ประเมินจากแบบประเมินตนเอง (Self Assessment)การฝากครรภ์คุณภาพของหน่วยบริการใน กรุงเทพมหานคร(แบบฟอร์มที่ 7-1) และนำมาพิจารณาหาค่าคะแนนผลการคุณภาพกระบวนการฝากครรภ์ของหน่วยบริการ 2 ประเด็น (คะแนนรวม 5 คะแนน) ดังนี้

1.กิจกรรมบริการฝากครรภ์คุณภาพ จำนวน 2 คะแนน

เป็นการประเมินกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่หน่วยบริการต้องจัดบริการให้แก่ผู้ที่มาฝากครรภ์สิทธิUC

เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์	คะแนน
มีกิจกรรมบริการฝากครรภ์คุณภาพครบร้อยละ 100	2
มีกิจกรรมบริการฝากครรภ์คุณภาพแต่ไม่ครบถ้วน	1
ไม่มีกิจกรรมบริการฝากครรภ์คุณภาพ	0

2.กระบวนการบริการฝากครรภ์คุณภาพ จำนวน 3 คะแนน

เป็นการประเมินกระบวนการคุณภาพการให้บริการฝากครรภ์ที่หน่วยบริการต้องจัดบริการให้แก่ผู้
ที่มาฝากครรภ์สิทธิUC

เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์	คะแนน
มีกระบวนการบริการฝากครรภ์คุณภาพ ครบร้อยละ 100	3
มีกระบวนการบริการฝากครรภ์คุณภาพ แต่ไม่ครบถ้วน	2
ไม่มีกระบวนการบริการฝากครรภ์คุณภาพ	1

**แบบประเมินตนเอง (Self Assessment) การฝากครรภ์คุณภาพของหน่วยบริการใน
กรุงเทพมหานคร**

ชื่อหน่วยบริการ..... ผลงาน 12 เดือน (1 เม.ย. 2552 - 31 มี.ค. 2553)

- วัตถุประสงค์ เพื่อให้หน่วยบริการประเมินตนเอง (Self Assessment) โดยการนำเวชระเบียนมาตรวจสอบข้อมูลการให้บริการ เพื่อทบทวนกระบวนการ (Process) ของการให้บริการฝากครรภ์ โดยข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ ในภาพรวมของหน่วยงาน ดังนั้นขอให้ทุกท่านตอบข้อมูลตามจริงแก่สำนักงานฯ

ทบทวนกิจกรรม				
ลำดับ ที่	รายละเอียดการฝากครรภ์	มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี
1	ซักประวัติ วัดส่วนสูง (ครั้งแรก)			
2	ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจหาไข่ขาว และน้ำตาลในปัสสาวะ ทุกครั้งที่ฝากครรภ์			
3	ตรวจ Urin Preg test ในรายที่ไม่มั่นใจว่าตั้งครรภ์ก่อนทุกครั้ง			
4	มอบสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและมีการบันทึกข้อมูลพร้อมอธิบายการใช้สมุดแก่ผู้รับบริการ			
5	การให้สุขศึกษา แก่ผู้รับบริการหญิงตั้งครรภ์ และ /หรือ สามี การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์			
6	ซักประวัติ ตรวจร่างกาย เต้านม ประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้เกณฑ์ 20 ข้อ ในสมุดบันทึกสุขภาพ และพบภาวะเสี่ยง ต้องมีการให้บริการตามมาตรฐาน และส่งพบแพทย์ ให้ได้รับคำแนะนำจากแพทย์			
7	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้สุขศึกษา เรื่องการตรวจเลือด แก่หญิงตั้งครรภ์ และ / หรือสามีโรคเอดส์ ภาวะซีด ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบ ธาลัสซีเมีย และการตรวจปัสสาวะ หา albumin / sugar			
8	จ่ายวิตามินเสริมธาตุเหล็กแก่หญิงตั้งครรภ์ และคำแนะนำ			
9	ฉีดวัคซีนบาดทะยักตามมาตรฐาน			

ทบทวนกิจกรรม				
ลำดับ ที่	รายละเอียดการฝากครรภ์	มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี
10	แก้ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และเกินเกณฑ์ โดยการทำให้รับประทานอาหารเสริมแก่หญิงตั้งครรภ์			
11	หญิงตั้งครรภ์พบแพทย์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรายปกติ (18 -24 สัปดาห์) และในรายผิดปกติ พบแพทย์อีก 1 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์			
12	การดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ทำผิดปกติ ทำขวาง ทำกัน แผล จะ U/S อีกครั้ง ถ้ายังผิดปกติอยู่จะส่งพบสูตินารีแพทย์ เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป			
13	การตรวจเต้านม - หัวนม และการให้คำแนะนำ การดูแลหัวนมในหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ที่หน่วยงานทุกราย			
ทบทวนกระบวนการ (Review Process) การกำกับดูแลคุณภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ใหม่ เจ้าหน้าที่ต่ำกว่าวิชาชีพ และมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับสมรรถนะที่จำเป็น				
14	บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ มีการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ และจัดการอบรม / ฟื้นฟูวิชาการแก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ			
15	มีการส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ภายในหน่วยงาน ได้แก่ มีการจัดหาเอกสาร ตำรา ที่จำเป็นไว้ในหน่วยงาน และง่ายต่อการสืบค้น			
16	มีคู่มือปฏิบัติงานหรือมาตรฐานวิธีปฏิบัติที่จำเป็น เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในหน่วยงาน			
17	มีการส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ และช่วยเหลือการเตรียมตัวคลอดอย่างปลอดภัย เช่น จัดกิจกรรมการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างการตั้งครรภ์ อย่างสม่ำเสมอและทั้งถึง			

ทบทวนกระบวนการ (Review Process) การกำกับดูแลคุณภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ใหม่ เจ้าหน้าที่ต่ำกว่าวิชาชีพ และมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับสมรรถนะที่ จำเป็น				
ลำดับ ที่	รายละเอียดการฝากครรภ์	มี	มีแต่ไม่ ครบถ้วน	ไม่มี
18	มีการวิเคราะห์ และปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ได้มาตรฐาน ตามที่กำหนด			
19	มีกิจกรรมอื่นที่เกี่ยวข้องด้านการพัฒนาคุณภาพการฝากครรภ์ โปรดระบุ			

เกณฑ์หน่วยบริการประจำ

เกณฑ์ 8 การให้บริการสุขภาพช่องปากของหน่วยบริการ

เหตุผล ความจำเป็น

จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติทุก 5 ปี พบว่าโรคฟันผุมีแนวโน้มปัญหาในระดับสูง ถือเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ปี 2550 กลุ่มเด็กอายุ 3 ปีมีปัญหาฟันผุร้อยละ 61.4 และกลุ่มอายุ 12 ปีมีปัญหาฟันผุร้อยละ 56.8 โดยแนวโน้มปัญหาฟันผุของเด็กในเขตชนบทสูงขึ้น ขณะที่ปัญหาของเด็กในเมืองกลับลดลงอย่างชัดเจน สาเหตุหลักที่ทำให้เด็กมีฟันน้ำนมผุเร็ว และผุมาก เนื่องจากการกินนมที่ไม่เหมาะสม การกินอาหารแป้งและน้ำตาลบ่อยๆ การไม่ทำความสะอาดช่องปาก และการไม่ได้รับบริการด้านการป้องกันอย่างทันกาล จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ ได้ประเมินผลการจัดกิจกรรมสำหรับแม่และเด็ก ของสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2546 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีได้รับการตรวจฟันร้อยละ 26.9 เด็กที่ตรวจฟันได้รับการทันตกรรมป้องกันเพียงร้อยละ 3.8 ผู้ปกครองเด็กได้รับการฝึกแปรงฟันร้อยละ 20.2 แสดงให้เห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก แม้มีการระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุมและชัดเจน ไม่ได้สร้างหลักประกันว่าเด็กจะได้รับบริการการส่งเสริมป้องกันตามสิทธิที่ระบุ สภาพข้อเท็จจริงที่พบคือกลุ่มวัยนี้ได้รับบริการส่งเสริมป้องกันค่อนข้างต่ำ การจัดบริการไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกราย และขาดการให้บริการกิจกรรมหลักที่สำคัญ คือการบริการด้านการป้องกัน รวมทั้งไม่มีมาตรการเชิงรุกในชุมชนที่เป็นรูปธรรม แม้จะมีการจัดบริการบูรณาการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในงานคลินิกเด็กดี ซึ่งมีการดำเนินได้บางส่วนแต่เป็นการดำเนินการที่ยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึง แนวทางการแก้ไขปัญหาคือต้องเน้นการจัดบริการส่งเสริมป้องกันอย่างเป็นระบบ ทั้งในสถานบริการทุกระดับและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน¹

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นให้เกิดบริการงานทันตกรรมของหน่วยบริการ
2. เพื่อพัฒนาหน่วยบริการให้มีระบบข้อมูลการบริการทันตกรรมและงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ที่สมบูรณ์เพื่อการวางแผน

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง / การได้รับบริการทันตกรรมและงานทันตสาธารณสุขที่จำเป็น

(Accessibility and effective delivery of needed care)

1 คัดลอกจาก สถานการณ์การจัดการบริการสุขภาพช่องปากและข้อเสนอการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของประชาชนไทย : ทพญ.สุณี วงศ์คาเทพ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

วิธีการการประเมิน

ประเมินตามแบบสำรวจการให้บริการด้านทันตกรรม (แบบฟอร์มที่ 8-1) ในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง โดยนำข้อมูลการสำรวจมาคำนวณหาอัตราการให้บริการทันตกรรมต่อ 100 คน ดังนี้

1. อัตราการให้บริการทันตกรรม

เป็นการประเมินปริมาณการให้บริการของหน่วยบริการ

สูตรคำนวณ

$$= \frac{\text{จำนวนครั้งการให้บริการทันตกรรมสิทธิ UC} \times 100}{\text{จำนวนประชากร UC ในพื้นที่รับผิดชอบ}}$$

จำนวนประชากร UC ในพื้นที่รับผิดชอบ

ตัวตั้ง = จำนวนครั้งของการบริการทันตกรรมรวมทั้งหมดของประชากรสิทธิ UC โดยทันตแพทย์ของหน่วยบริการประจำ และเครือข่าย (กรณี Model 1,4 ขอให้รวมผลงานจากศูนย์บริการสาธารณสุขด้วย) ผลงาน 12 เดือน (1 เม.ย. 2552 - 31 มี.ค. 2553)

หมายเหตุ:กรณีคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ไม่มีหน่วยทันตกรรมของตนเองให้นับจำนวนการส่งต่อทันตกรรมเป็นจำนวนครั้งการให้บริการทันตกรรมสิทธิ UC แทน

ตัวหาร = จำนวนประชากรสิทธิ UC ของหน่วยบริการตามฐานประชากร 31 มีนาคม 2553

2. จำนวนครั้งเฉลี่ยของการให้บริการสุขภาพช่องปากของประชากรสิทธิ UC เขตกรุงเทพมหานคร

เป็นการพิจารณาความต่อเนื่องในการรับบริการของประชาชนสิทธิ UC

สูตรการคำนวณ

$$= \frac{\text{จำนวนครั้งที่ประชากรสิทธิ UC ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับบริการสุขภาพช่องปาก} \times 100}{\text{จำนวนครั้งรวมทั้งหมดที่ประชากรสิทธิ UC เขตกรุงเทพมหานครได้รับบริการสุขภาพช่องปาก}}$$

จำนวนครั้งรวมทั้งหมดที่ประชากรสิทธิ UC เขตกรุงเทพมหานครได้รับบริการสุขภาพช่องปาก

ตัวตั้ง = ผลรวมของจำนวนครั้งการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ และทันตกรรมป้องกันของประชากรสิทธิ UC ในพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยทันตแพทย์ของหน่วยบริการประจำ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งให้บริการ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 ถึง 31 มีนาคม 2553

ตัวหาร = ผลรวมจำนวนครั้งรวมทั้งหมดที่ประชากรสิทธิ UC เขตกรุงเทพมหานครได้รับบริการสุขภาพช่องปากในช่วงเวลาเดียวกัน

วิธีการ นำผลการคำนวณจากข้อ 1 และข้อ 2 มาพิจารณาหาคะแนนโดยการอิงกลุ่ม

แบบสำรวจการให้บริการด้านทันตกรรม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้ข้อมูลในการประเมินการใช้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการและเป็นข้อมูลวางแผนระบบบริการ ด้านทันตกรรม ป้องกันและทันตกรรมรักษา ในอนาคต ขอให้หน่วยบริการกรอกข้อมูลตามจริง

ชื่อหน่วยบริการ..... รหัสหน่วยบริการ.....

ตำแหน่งผู้ให้ข้อมูล.....

ผลงาน 12 เดือน (1 เม.ย. 2552 - 31 มี.ค. 2553)

- มีบริการทันตกรรมในหน่วยบริการเอง
- ไม่มีบริการทันตกรรมในหน่วยบริการเอง แต่มีคลินิกทันตกรรมส่งต่อ โดยมีการส่งต่อ จำนวน.....ราย
1. จำนวนผู้รับบริการทันตกรรมทั้งหมดราย
 2. จำนวนครั้งที่รับบริการทั้งหมดครั้ง

2.1 จำนวนครั้งบริการและค่าใช้จ่ายรวม

โรคฟัน , เหงือก	.....ครั้ง	ค่าใช้จ่าย.....บาท
ขูดหินปูน	.....ครั้ง	ค่าใช้จ่าย.....บาท
อุดฟัน	.....ครั้ง	ค่าใช้จ่าย.....บาท
ตรวจสุขภาพช่องปาก	.....ครั้ง	ค่าใช้จ่าย.....บาท
เคลือบหลุมร่องฟัน	.....ครั้ง	ค่าใช้จ่าย.....บาท
ฟลูออไรด์	.....ครั้ง	ค่าใช้จ่าย.....บาท
ทันตกรรมประดิษฐ์	.....ครั้ง	ค่าใช้จ่าย.....บาท
อื่น ๆ	.....	.....

เกณฑ์หน่วยที่รับการส่งต่อ

เกณฑ์ /เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการ ของ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อและวิธีการประเมินคุณภาพ
เกณฑ์ 1 เกณฑ์ผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

เหตุผล ความจำเป็น

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 50(3) กำหนดมาตรการส่งเสริมมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการสาธารณสุขตาม พรบ.นี้ ได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานโดยความเสมอภาค การประเมินผลสำเร็จของการพัฒนาและยืนยันศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการในการให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานเป็นที่ยอมรับตามเกณฑ์มาตรฐาน อันได้แก่ Hospital Accreditation (HA), Health Promoting Hospital (HPH), HNQA, Thailand Quality Class (TQC) ดังนั้นจึงควรมีการเสริมแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่ความมั่นใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพตามระบบมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ อย่างต่อเนื่อง

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนมาตรฐานและธรรมาภิบาลของหน่วยบริการ (Standards and Good governance)

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน

พิจารณาจากข้อมูลผลคะแนนคุณภาพ(final score) หรือขั้นการรับรองคุณภาพ จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2553

ตาราง 11 การให้คะแนนของเกณฑ์ผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	คะแนน
ได้รับการรับรอง HA, TQC, TQA	5
ได้รับการรับรองชั้น 2 HA	4
ได้รับการรับรองชั้น 1 HA	3
ได้รับการรับรอง ISO หรือ HNQA 10 หน่วย	2
ได้รับการรับรอง HNQA 4 หน่วย	1
หมดอายุการรับรอง หรือ ไม่ได้รับการรับรอง ตามมาตรฐานที่กำหนด	0

เกณฑ์หน่วยที่รับส่งต่อ

เกณฑ์ 2 อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

เหตุผล ความจำเป็น

เวชระเบียนผู้ป่วย เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการ เพื่อใช้ในการติดตาม ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ การบันทึกเวชระเบียนจึงจำเป็นต้องมีความสมบูรณ์และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนี้เวชระเบียนยังเป็นเอกสารสำคัญเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และเป็นหลักฐานทางการเบิกจ่าย หลักฐานทางกฎหมาย ในกรณีเกิดการฟ้องร้อง หน่วยบริการจึงควรมีความสำคัญในการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นให้เกิดระบบการบันทึกเวชระเบียนอย่างสมบูรณ์ ตามมาตรฐาน
2. เพื่อให้หน่วยบริการมีข้อมูลใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนมาตรฐานและธรรมาภิบาลของหน่วยบริการ (Standards and Good governance)

แนวทางการประเมิน

สูตรการคำนวณ

$$\text{อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนที่ตรวจได้ของหน่วยบริการ} \times 100}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการ}}$$

ตัวตั้ง = ผลรวมของคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนทุกฉบับที่ได้รับการสุ่มตรวจ

ตัวหาร = ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนตามหัวข้อที่ตรวจของแต่ละแฟ้มรวม ทุกแฟ้ม

วิธีการ

หน่วยบริการดำเนินการตามกิจกรรมคุณภาพในการทบทวนเวชระเบียน ตามแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สปสช. จากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่รับไว้ในอนโรพยาบาลตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2552 ถึงเดือนมีนาคม 2553 จำนวนร้อยละ 1 ของจำนวนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2552 โดยให้ครอบคลุมอย่างน้อย 4 สาขา คือ สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม (ยกเว้นกรณีที่ไม่มีผู้ป่วย) ผลการทบทวนดังกล่าว หน่วยบริการ

นำไปใช้วิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนา และส่งผลให้สปสช.สาขาเขตพื้นที่ ในรูปอิเล็กทรอนิกส์ตามโปรแกรมที่จัดเตรียมไว้เพื่อนำมาคำนวณคะแนน ตามเกณฑ์คุณภาพการให้คะแนน

ตาราง 12 การให้คะแนนของเกณฑ์อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน

อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน (ร้อยละ)	คะแนนที่ได้
>85	5
>75-85	4
>65-75	3
>55-65	2
>45-55	1
<=45	0



แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Medical Record Audit Form IPD)

Medical record audit of(Hospital name) HN..... AN..... Date admitted..... Date discharged

การบันทึก: กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ “1”

กรณีที่ไม่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ “0”

กรณีที่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ใดๆ เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้กากบาท ในช่อง “NA” กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารฉบับนั้น ให้ กากบาทในช่อง “NO”

กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน ให้กากบาทในช่อง “Missing”

Content of medical record	NA	Missing	No	เกณฑ์ข้อ 1	เกณฑ์ข้อ 2	เกณฑ์ข้อ 3	เกณฑ์ข้อ 4	เกณฑ์ข้อ 5	เกณฑ์ข้อ 6	เกณฑ์ข้อ 7	เกณฑ์ข้อ 8	เกณฑ์ข้อ 9	หักคะแนน	รวมคะแนน	หมายเหตุ
Discharge summary : Dx., OP.															
Discharge summary : Other															
Informed consent															
History															
Physical exam															
Progress note															
Consultation record															
Anesthetic record															
Operative note															
Labour record															
Rehabilitation record															
Nurse's note helpful															

Full score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 63 คะแนน) Sum score ร้อยละ

Overall finding (...) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

(...) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการ, HN, AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารแผ่นนี้เป็นของใคร จึงไม่สามารถทบทวนเอกสารแผ่นนั้นได้

เลือกได้เพียง 1 ข้อ (...) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน) (...) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

(...) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ

.....)

เกณฑ์ 3 คุณภาพการใช้ยาในโรงพยาบาล

เหตุผล ความจำเป็น

จากการประชุมองค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนมีนาคม 2545 (WHO : 2002) องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด โดยได้มีการกำหนดกิจกรรมปฏิบัติด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจะได้รับความปลอดภัยในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล และเรื่องยาเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งที่จะต้องปฏิบัติให้ได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่าประมาณ 10% ของประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการในประเทศอุตสาหกรรมต้องทนทุกข์ทรมานกับอันตรายและอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ จากการเข้ารับบริการ (Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. BMJ 2001; 322:517-9) จากการศึกษาอย่างกว้างขวางในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในอัตราร้อยละ 4-17 (Brennan et al 1991 ; 324 : 370-376) (Wilson et al 1995 ; 163 : 458-471) นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทั้งระยะสั้นและถาวร รวมทั้งการสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการประมาณการว่าแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตกว่า 44,000 คน จากความผิดพลาดในการดูแลรักษาของโรงพยาบาลทำให้ประเทศต้องสูญเสียเงินกว่า 37,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ทั้งนี้ยังมีความสูญเสียทางจิตใจและสังคม ซึ่งไม่อาจประเมินค่าได้อีกมาก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดพลาดที่เกี่ยวกับการใช้ยา และกว่าร้อยละ 50 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากความผิดพลาดของระบบที่สามารถป้องกันได้ (QuIC : 2000)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประเทศไทย ได้กำหนด Medication Safety Goals 2006 โดยมีเป้าหมาย เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา โดยให้ความสำคัญในการ ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรง ซึ่งจะครอบคลุม กลุ่มยาที่ต้องระมัดระวังสูง การแพ้ยาซ้ำที่มีผลกระทบรุนแรง ผลข้างเคียงจากยาที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยระยะยาว

ในปี 2007 The Joint Commission's Board of Commissioners ได้มีการประกาศรับรอง 2007 National Patient Safety Goals ได้กำหนดเรื่องที่เกี่ยวข้องกับยาโดยเฉพาะไว้ที่ Goal 3 ดังนี้ “ Improve the safety of using medications ” นอกจากการกำหนดในเรื่องการระบุตัวผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างสหสาขา และอื่น ๆ เพื่อให้ประเทศต่าง ๆ มีการพัฒนาระบบในการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

การกำหนดให้ความปลอดภัยในระบบยาเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการของหน่วยบริการ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้หน่วยบริการมีความสนใจและหาแนวทางป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยารวมทั้งการประเมินการใช้ยาในรายการที่มีความจำเป็น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยบริการมีระบบการป้องกัน ติดตามเฝ้าระวัง ประเมินการใช้จ่าย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจากยา

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนความปลอดภัยในการรับบริการ (Safety)

แนวทางการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน แบ่งออกเป็น 4 ส่วนหลัก คือ

1. เกณฑ์การประเมินระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา (pharmacovigilance) ประกอบด้วย
 - 1.1 การประเมินเชิงระบบ คะแนนเต็ม 5
 - 1.2 การประเมินผลการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (AE) คะแนนเต็ม 5
2. เกณฑ์การดำเนินงานด้าน ยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drug) คะแนนเต็ม 5
3. เกณฑ์การดำเนินงานด้านการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation(DUE) / Drug Utilization Review (DUR)) คะแนนเต็ม 5
4. เกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล คะแนนเต็ม 5

วิธีการ

1. หน่วยบริการทบทวนตนเองตามแบบทบทวนคุณภาพการใช้จ่ายในโรงพยาบาล ใน 4 เรื่อง คือ ข้อ 1 ข้อย่อย 1.1 และข้อ 2 - 4
2. หน่วยบริการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบ ต่อศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Health Product Vigilance Center: HPVC) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ ศูนย์ เฝ้าระวังฯ จะทำหน้าที่ประเมินผลรายงานที่ได้รับตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. นำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมารวมกัน เป็นคะแนนเต็ม 25 คะแนน จากนั้นปรับให้เป็นคะแนนตามสัดส่วนคะแนนเต็มตามที่กำหนดไว้ในแต่ละเขต โดยมีข้อแม้ว่าหากมีเกณฑ์ในข้อใดข้อหนึ่งเป็นศูนย์ ให้ถือว่าเกณฑ์ด้านคุณภาพการใช้จ่าย ได้คะแนนเป็นศูนย์

1. เกณฑ์การประเมินระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา (Pharmacovigilance)

การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions /events) เป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งของความเสียหายจากการบำบัดรักษา(Medical Injury) ซึ่งมีผลตั้งแต่การบาดเจ็บไปจนถึงการเสียชีวิตของผู้ป่วย และการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Adverse Drug Reactions / events) เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการติดตามดูแล เพื่อรับทราบอุบัติการณ์และใช้เป็นข้อมูลสะท้อนกลับที่นำไปสู่การวิเคราะห์สาเหตุและวิธีแก้ไขป้องกันภายในโรงพยาบาล การสร้างวัฒนธรรมเรื่องความปลอดภัย และสร้างความตื่นตัวในการพัฒนาระบบการรายงาน จึงควรสนับสนุนให้เกิดขึ้น

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน ประกอบด้วย 2 ส่วนหลักคือ

1.1 เกณฑ์การประเมินเชิงระบบ ดำเนินการโดยให้แต่ละหน่วยบริการประเมินตนเอง ผลการประเมินจำแนกออกเป็น ระดับ 1 – 5 ตามแบบทบทวนคุณภาพการให้ยาในโรงพยาบาล ข้อ 1 ทั้งนี้หากทบทวนแล้วพบว่าเกณฑ์ข้อใดที่หน่วยบริการยังไม่ได้ดำเนินการให้เป็นตามข้อกำหนดของระดับ 1 ให้ถือว่าผลการประเมินของเกณฑ์ข้อนั้น เป็นระดับ 0

1.2 เกณฑ์การประเมินผลการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดำเนินการโดยศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยรายงานที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2553 จะเป็นรายงานที่ได้รับการบันทึกในฐานข้อมูลของศูนย์ฯ (ThaiVigibase) ระหว่าง วันที่ 1 เมษายน 2552- วันที่ 31 มีนาคม 2553 ที่มีคุณภาพตั้งแต่เกรด 1 ขึ้นไป และระยะเวลาตั้งแต่วันที่รายงานถึงวันศูนย์ฯ ได้รับและบันทึกในฐานข้อมูลไม่เกิน 1 ปี (365 วัน) โดยมีตัวชี้วัดและน้ำหนักที่ใช้ในการประเมินประกอบด้วย

1) จำนวนรายงาน	10%
2) คุณภาพรายงาน	50%
3) ระยะเวลาที่ส่งรายงาน	30%
4) รายงานที่ร้ายแรง	10%

โดยผลการประเมินแต่ละตัวชี้วัดจำแนกเป็น ระดับ 1 – 5 ตามเกณฑ์การประเมินผลการรายงาน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ข้อย่อย 1.2 ทั้งนี้ ผลการประเมินจะประกาศ ณ เว็บไซต์ของศูนย์เฝ้าระวังฯ (www.fda.moph.go.th/vigilance) ภายในต้นเดือนมิถุนายน 2553

ตาราง 13 เกณฑ์การประเมินผลการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ข้อย่อย 1.2

เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การจัดระดับ				
	ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
<p>1. จำนวนรายงาน (น้ำหนัก 10%) คือ ค่าเฉลี่ยของอัตราการรายงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</p> <p>(1) อัตราการรายงานผู้ป่วยนอก</p> $= \frac{\text{จำนวนรายงาน AE ผู้ป่วยนอก} \times 10,000}{\text{จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอก}}$ <p>(2) อัตราการรายงานผู้ป่วยใน</p> $= \frac{\text{จำนวนรายงาน AE ผู้ป่วยใน} \times 10,000}{\text{จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน}}$ <p>ค่าเฉลี่ยอัตราการรายงาน = $\frac{(1) + (2)}{2}$</p>	≥ 5	4 - <5	3 - <4	2 - <3	< 2
<p>2. คุณภาพรายงาน (น้ำหนัก 50%) คือ อัตราการรายงานที่มีคุณภาพ ≥ 2</p> $= \frac{\text{จำนวนรายงานที่มีคุณภาพ} \geq 2 \times 100}{\text{จำนวนรายงานทั้งหมดของโรงพยาบาล}}$	≥ 80	60-<80	40-<60	20-<40	<20
<p>3. ระยะเวลาที่ส่งรายงาน (น้ำหนัก 30%) คือ ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการส่งรายงานของจำนวนรายงานทั้งหมด</p> $= \frac{\text{ผลรวมของเวลาการในการส่งรายงานของรายงานทั้งหมด}}{\text{จำนวนรายงานทั้งหมดของโรงพยาบาล}}$	<120	120 - <180	180 - <240	240 - <300	≥ 300
<p>4. รายงานที่ร้ายแรง (น้ำหนัก 10%) คือ สัดส่วนของserious AE</p> $= \frac{\text{จำนวนรายงานที่เป็นserious AE} \times 100}{\text{จำนวนรายงานทั้งหมดของโรงพยาบาล}}$	≥ 20	15- <20	10- <15	5 - <10	<5

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

เลขที่รายงาน.....

แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับของทางราชการโดยเฉพาะ)

ชนิดของรายงาน Spontaneous Reporting System Intensive Clinical Trial

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย						
เลขที่ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> HN <input type="checkbox"/> AN	ประวัติ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใหม่ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	อายุ	เคยมีประวัติการแพ้หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี(ระบุ).....		
ชื่อ/นามสกุล	อาชีพ		ภาวะอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง (โปรดระบุ ICD code กรณีทราบ).....			
ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ						
ประเภทของผลิตภัณฑ์สุขภาพ <input type="checkbox"/> ยารักษาโรค <input type="checkbox"/> ยาใหม่ (SMP) <input type="checkbox"/> อาหาร <input type="checkbox"/> เครื่องสำอาง <input type="checkbox"/> เครื่องมือแพทย์ <input type="checkbox"/> วัตถุอันตรายด้านสาธารณสุข						
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ชื่อสามัญ/ชื่อการค้า) (ระบุผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย/Lot No./Serial No./exp.date กรณีทราบ)	S, O I <	ขนาด-วิธีใช้ (ความแรง, ปริมาณ, หน่วย, ความถี่, วิธีใช้)	ว / ค / ป ที่เริ่มใช้	ว / ค / ป ที่หยุดใช้	โรคหรือสาเหตุที่ใช้ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ(ระบุ ICD CODE กรณีทราบ)	แหล่งที่รับ ผลิตภัณฑ์ฯ (1 หรือ 2)
* S= Suspected product หมายถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัย, O= Other product หมายถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ร่วม, I= Product Interaction หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกิดปฏิกิริยาต่อกัน : แหล่งที่มา 1=โรงพยาบาล 2=แหล่งอื่น ๆ						
ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์						
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Events)			คำความผิดปกติน่าสงสัยหรือปฏิกิริยาและผลการสอบสวน ต้องเป็นผลของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัย			
ว/ค/ป ที่พบเหตุการณ์.....						
ระดับความรุนแรงของอาการ (Seriousness) <input type="radio"/> ไม่ร้ายแรง (Non-serious) <input type="radio"/> ร้ายแรง (Serious) คือ <input type="checkbox"/> 1. เสียชีวิต Death (ระบุ ว/ค/ป)..... <input type="checkbox"/> 2. อันตรายถึงชีวิต (Life-threatening) <input type="checkbox"/> 3. ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือทำ ให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น <input type="radio"/> ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization-initiated) <input type="radio"/> ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น (Hospitalization-prolonged) <input type="checkbox"/> 4. พิการ (Disability) <input type="checkbox"/> 5. เป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital anomaly)	ลักษณะของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ <input type="radio"/> หมดฤทธิ์ (Dechallenge) <input type="checkbox"/> 1. อาการดีขึ้นอย่างชัดเจน (Definite improvement) <input type="checkbox"/> 2. อาการไม่ดีขึ้น (No improvement) <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ (Unknown) <input type="radio"/> ไขผลิตภัณฑ์ฯ ที่สงสัยต่อไป <input type="checkbox"/> 1. ไขข้อในขนาดเดิม <input type="checkbox"/> 2. ไขข้อลดขนาดลง	<input type="radio"/> ทดลองใช้ซ้ำ (Rechallenge) <input type="checkbox"/> 1. เกิดอาการเดิมซ้ำขึ้นอีก (Recurrence of symptoms) <input type="checkbox"/> 2. ไม่เกิดอาการเดิมซ้ำอีก (No recurrence) <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ (Unknown) <input type="radio"/> ไม่มีการใช้ซ้ำ (No rechallenge performed)	ผลลัพธ์ (Outcome) ที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ <input type="checkbox"/> 1. หายเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม <input type="checkbox"/> 2. หายโดยมีร่องรอยเดิม <input type="checkbox"/> 3. ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> 4. เสียชีวิต <input type="radio"/> เนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ระบุ ICD code)..... <input type="radio"/> เนื่องจากสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ <input type="radio"/> เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ(ระบุสาเหตุ)..... <input type="checkbox"/> 5. ไม่สามารถติดตามผลได้			
ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงานและแหล่งที่รายงาน			ผลการประเมินผลิตภัณฑ์สุขภาพกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์			
ชื่อผู้แจ้งอาการ..... เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... ชื่อผู้ประเมินบันทึกรายงาน..... เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... ตำแหน่งที่รายงาน..... แหล่งที่รายงาน..... จังหวัด.....โทร.....			สาเหตุการเกิด <input type="checkbox"/> 1.ADR : ระดับความน่าจะเป็น <input type="radio"/> 1.1. ใ้แน่นอน (Certain) <input type="radio"/> 1.2. น่าจะใช่ (Probable) <input type="radio"/> 1.3. อาจจะใช่ (Possible) <input type="radio"/> 1.4. ไม่น่าใช่ (Unlikely) <input type="radio"/> 1.5. ไม่สามารถระบุระดับ (Unclassified) (ระบุเหตุผล)..... <input type="checkbox"/> 2. อุบัติเหตุ/ฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/> 3. ใจในทางที่ผิด <input type="checkbox"/> 4. ความบกพร่องของผลิตภัณฑ์สุขภาพ <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ (ระบุ).....			

อ้างอิงจาก ศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

2. เกณฑ์การดำเนินงานด้าน ยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drug)

ยาที่ต้องระมัดระวังสูง หมายความว่า ยาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงกับผู้ป่วยอย่างน้อย สำคัญหรือทำให้เสียชีวิตหากมีการใช้ผิดพลาด ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นกับผลิตภัณฑ์เหล่านี้ อาจเกิดขึ้นทั้งบ่อยหรือไม่บ่อยนัก หากแต่ผลที่เกิดขึ้นตามมาจะก่อให้เกิดความสูญเสียที่มากกว่าอย่างชัดเจน ในการดำเนินการจัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูง สามารถวางระบบที่เปรียบเสมือนเป็นปราการป้องกันมิให้ การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยหลุดลอดเป็นอุบัติการณ์ หรือหากหลุดลอดจนถึงผู้ป่วย ก็จะต้องมีการจัดการเชิง ระบบเพื่อบรรเทาอาการรุนแรงของอุบัติการณ์ดังกล่าว ปราการป้องกันดังกล่าวประกอบด้วย การวางระบบ เพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน การวางระบบเพื่อสร้างเงื่อนไขในการตรวจพบความคลาดเคลื่อน และ การจัดการเพื่อลดความรุนแรงที่เกิดขึ้นตามมาของอุบัติการณ์

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน ตามผลการทบทวนและประเมินตนเองของแต่ละหน่วยบริการ ตามแบบ ทบทวนคุณภาพการให้ยาในโรงพยาบาล ข้อ 2 แบ่งออกเป็น ระดับ 1 – 5

3. การกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation(DUE) / Drug Utilization Review (DUR))

การกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา เป็นแนวทางการดำเนินงานที่จะสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพในการ ใช้ยาของหน่วยบริการ บัญชียาหลักแห่งชาติได้กำหนดให้ยาในกลุ่มบัญชี ง. และบัญชี จ.(2) เป็นยาที่ต้องมี การกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา เนื่องจากเป็นยาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือก่อให้เกิด ปัญหาเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรง หรือมีแนวโน้มที่จะมีการสั่งใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง หน่วยบริการจึงต้องจัดให้มีระบบการ กำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยาในกลุ่มดังกล่าว

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน ตามผลการทบทวนและประเมินตนเองของแต่ละหน่วยบริการ ตามแบบ ทบทวนคุณภาพการให้ยาในโรงพยาบาล ข้อ 3 แบ่งออกเป็น ระดับ 1 – 5

ในกรณีที่หน่วยบริการไม่มียาในบัญชี ง. หรือ จ.2 ที่ถูกระบุให้มีการทำ DUE/DUR ให้หน่วยบริการพิจารณา รายการยาในบัญชีที่สมควรทำการประเมิน

4. เกณฑ์ประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะ (antibiotics) อย่างสมเหตุสมผล สำหรับหน่วยบริการ

สถานการณ์การดื้อยาปฏิชีวนะในปัจจุบันพบว่า ประเทศไทยมีอัตราการดื้อยาสูงมาก และถือว่าเข้าขั้นวิกฤตใน หมวดการใช้ยาทุกประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาปฏิชีวนะ ยังมีการใช้ยาปฏิชีวนะมาก หรือเกินความจำเป็นมาก เท่าใด เชื้อก็ยิ่งดื้อยามากขึ้นเท่านั้น ทำให้ปัญหาการดื้อยาเป็นปัญหาของชุมชน และลุกลามไปสู่ระดับชาติ การ กำหนดเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะในหน่วยบริการ จึงถือเป็นขั้นตอนการดูแลหรือมาตรการที่สำคัญอย่างหนึ่งในการ ควบคุมให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมและลดปัญหาการดื้อยาภายในประเทศ

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน ตามผลการทบทวนและประเมินตนเองของแต่ละหน่วยบริการ ตามแบบ ทบทวนคุณภาพการให้ยาในโรงพยาบาล ข้อ 4 แบ่งออกเป็น ระดับ 1 – 5



แบบทบทวนคุณภาพการใช้จ่ายในโรงพยาบาล

ชื่อหน่วยบริการ วันที่ทบทวน.....

1. เกณฑ์การประเมินระบบการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ระดับที่ได้

ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
พัฒนาอย่างยั่งยืน	ก้าวหน้า	พัฒนาการปฏิบัติ	เตรียมการ/เริ่มพัฒนา	เริ่มต้นสร้างความตระหนัก
<p>ดำเนินการในระดับที่ 1,2,3 และ 4 ร่วมกับ</p> <p>1. มีการดำเนินการเฝ้าระวังฯ ในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>และมีการดำเนินการอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อนี้</p> <p>2. มีการวิเคราะห์ปัญหาที่พบ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม</p> <p>3. ไม่เกิดการแพ้ยาซ้ำเนื่องจากความบกพร่องของระบบของโรงพยาบาลในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา</p> <p>4. มีการกำหนดรายการยาที่จะต้องเฝ้าระวังติดตาม AE แบบ Intensive Monitoring ที่ชัดเจน โดยเฉพาะในยาที่มีความเสี่ยงสูง และดำเนินการติดตามตามรายการยานั้น</p>	<p>ดำเนินการในระดับ 1, 2 และ 3 ร่วมกับ</p> <p>1. มีการดำเนินการเฝ้าระวังฯ ติดตามเชิงรุก (Active surveillance) อย่างต่อเนื่องในรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือใช้มาก</p>	<p>ดำเนินการในระดับ 1 และ 2 ร่วมกับกิจกรรม ทุกข้อ ดังนี้</p> <p>1. มีการประเมิน Naranjo's algorithm, WHO criteria หรือระบบวิธีการประเมินอื่นโดยเภสัชกร</p> <p>2. มีระบบการซักประวัติและติดตามผู้ป่วย กรณีมีการสั่งใช้ Antihistamine, Steroids หรือ Tracer agents ต่าง ๆ</p> <p>3. มีการออกบัตรแพ้ยาให้ผู้ป่วย กรณีพบที่มีการแพ้ยา และมีระบบการบันทึกประวัติการแพ้ยาในเวชระเบียนที่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน</p>	<p>ดำเนินการในระดับที่ 1 ร่วมกับกิจกรรมทุกข้อดังนี้</p> <p>1. PTC มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการดำเนินงาน ดำเนินงานเฝ้าระวังติดตามและรายงาน AE และมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>2. มีระบบการติดตาม APR แบบ Spontaneous Reporting System</p> <p>3. มีระบบการจัดการ AE ที่พบ ทุกราย</p>	<p>1. PTC มีนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนให้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาโดยการติดตามและรายงาน AE</p> <p>2. มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักในการติดตามและรวบรวมรายงาน AE</p>

2. เกณฑ์การดำเนินงานด้าน ยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drug)

ระดับที่ได้

ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
<p>ดำเนินการในระดับที่ 1,2,3 และ 4 ร่วมกับกิจกรรม ทุกข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีระบบให้ผู้ป่วยช่วยทวนสอบ เมื่อมีการใช้ยาในกลุ่มนี้ มีความพร้อมหรือยาต้านพิษที่สำคัญสำหรับยากลุ่มนี้ ไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาของยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) แก่ผู้ป่วยในรอบปีที่ผ่านมา ไม่เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากลุ่มนี้ที่ทำให้ ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ยาวนานขึ้นในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา 	<p>ดำเนินการในระดับ 1, 2 และ 3 ร่วมกับกิจกรรม ทุกข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีแหล่งข้อมูลพิษวิทยา ระบบการประสานเพื่อขอความช่วยเหลือหรือส่งต่อ มีระบบการจำกัดการเข้าถึงสำหรับยากลุ่มนี้ มีการเก็บข้อมูลและรายงานผลความคลาดเคลื่อนทางยาของยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง 	<p>ดำเนินการในระดับ 1 และ 2 ร่วมกับกิจกรรม ทุกข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีการลดความซ้ำซ้อนของขนาดและรูปแบบยากลุ่มนี้ มีระบบการตรวจสอบอิสระสำหรับยากลุ่มนี้ (Double Independent Check) มีระบบการถ่ายทอดคำสั่งที่ชัดเจนสำหรับยากลุ่มนี้ มีระบบการจัดเก็บยากลุ่มนี้แยกจากยาอื่น ๆ ที่ชัดเจน 	<p>ดำเนินการในระดับที่ 1 ร่วมกับกิจกรรมทุกข้อดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีการจัดทำข้อมูลทางวิชาการและข้อมูลผู้ป่วยสำหรับยากลุ่มนี้ มีแนวทางปฏิบัติงานและการสื่อสารสำหรับยากลุ่มนี้ 	<p>1 มีการกำหนดนโยบาย/การจัดทำ High Alert Drug List ของโรงพยาบาล</p>

3. เกณฑ์การประเมินและทบทวนการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation: DUE/ Drug Utilization Review: DUR)

เกณฑ์นี้ใช้สำหรับการประเมินและทบทวนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี ง และบัญชี จ(2) ที่มีใช้ในแต่ละโรงพยาบาล

ระดับที่ได้

ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
ความยั่งยืน (Maintenance Phase)	ประเมินผล (Evaluation Phase)	ลงมือปฏิบัติ (Action Phase)	การเตรียมการ (Preparation Phase)	ความตระหนัก (Comtemplation Phase)
<p>ดำเนินการในระดับที่ 1, 2,3 และ 4 ร่วมกัน</p> <p>1. มีการวิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการทำงาน และนำผลที่ได้มาปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม</p>	<p>ดำเนินการในระดับ 1, 2 และ 3 ร่วมกัน</p> <p>1. มีผลการประเมินนำเสนอต่อคณะกรรมการ/ คณะทำงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนคณะกรรมการ PTC ที่ดูแลนโยบายด้านยาอย่างสม่ำเสมอและเป็นรูปธรรม</p>	<p>ดำเนินการในระดับ 1 และ 2 ร่วมกันกิจกรรม ทุกข้อ ดังนี้</p> <p>1. มีการประเมินการใช้ยาแบบ concurrent หรือทบทวนการใช้ยาแบบ retrospective DUR</p> <p>2. มีรายชื่อยาที่จะทำการประเมิน/ทบทวนที่ชัดเจน</p> <p>3. มีเกณฑ์ในการประเมิน/ ทบทวนการใช้ยาที่ชัดเจน</p> <p>4. มีแบบเก็บข้อมูล</p> <p>5. มีแนวทางในการเก็บข้อมูล และประเมินผลข้อมูลที่ชัดเจน</p>	<p>ดำเนินการในระดับที่ 1 ร่วมกับกิจกรรม ทุกข้อดังนี้</p> <p>1. PTC มีการกำหนดแนวทางในการคัดเลือกยาเพื่อทำการประเมินและทบทวนการใช้ยาที่ชัดเจน เช่น เป็นยาที่มีการใช้งบประมาณในการจัดซื้อมากที่สุด (high cost) หรือเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) หรือเป็นยาที่มีปริมาณการใช้สูง (high volume) เป็นต้น</p> <p>2. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงานที่เป็นสหวิชาชีพ เพื่อรับผิดชอบในการคัดเลือกยาเพื่อทำการประเมิน/ทบทวน และ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนจัดทำเกณฑ์ในการประเมิน</p>	<p>1. PTC มีนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนให้มีการติดตามและประเมินการใช้ยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ง และบัญชี จ (2)</p> <p><i>(หากโรงพยาบาลไม่มียาบัญชีดังกล่าว ให้โรงพยาบาลพิจารณารายการยาตามที่โรงพยาบาลเห็นควร)</i></p>

4. เกณฑ์การใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

เกณฑ์นี้ใช้สำหรับการประเมินการใช้จ่ายปฏิชีวนะชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก

ระดับที่ได้

ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
ความยั่งยืน (Maintenance phase)	ประเมินผล (Evaluation phase)	ลงมือปฏิบัติ (Action phase)	การเตรียมการ (Preparation phase)	ความตระหนัก (Contemplation phase)
<p>ดำเนินการในระดับ 1 ถึง 4 ร่วมกับ</p> <p>1 มีการนำผลการประเมินในระดับ 4 ไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการการสั่งจ่ายปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน 3 โรคเป้าหมาย</p> <p>และมีการทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ใน 2 ข้อนี้</p> <p>1 มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรคเป้าหมาย</p> <p>2 มีการทำผลงานวิชาการเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุ ผลใน 3 โรคเป้าหมาย (Routine-to-Research)</p>	<p>ดำเนินการในระดับ 1 ถึง 3 ร่วมกับกิจกรรมอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ ดังนี้</p> <p>1 มีการประเมินผล⁴ ปริมาณและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก</p> <p>2 มีการประเมินผลสัดส่วนของผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะใน 3 โรคเป้าหมาย</p> <p>3 มีการติดตามผลการรักษาและความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่ป่วยด้วย 3 โรคเป้าหมายและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ</p>	<p>ดำเนินการในระดับ 1 และ 2 ร่วมกับกิจกรรมทุกข้อ ดังนี้</p> <p>1 มีการอบรมบุคลากรในสถานพยาบาลและเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิของตน</p> <p>2 มีกิจกรรมรณรงค์หรือกระตุ้นเตือนหลังการอบรมให้แก่บุคลากรของในสถานพยาบาลและเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิของตน และผู้รับบริการ</p>	<p>ดำเนินการในระดับที่ 1 ร่วมกับกิจกรรมทุกข้อดังนี้</p> <p>1 มีบุคคล คณะกรรมการ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานตามนโยบาย</p> <p>2 มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล² ใน 3 โรคเป้าหมาย อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ตามหลักฐานเชิงประจักษ์(Evidence-based treatment guideline) โดยสอดคล้องกับขั้นตอนตามบัญชียาหลักแห่งชาติ³</p>	<p>1 PTC มีนโยบาย¹ ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน 3 โรคเป้าหมาย ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรค URI - ท้องร่วงเฉียบพลัน - แผลเลือดออก

¹ “มีนโยบาย” หมายถึง นโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือ รายงานการประชุมของ PTC ที่มีการเห็นชอบให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลฯ ในสถานพยาบาล

² “แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะ” – จะใช้ของโครงการ Antibiotics Smart Use หรือนำของโครงการฯ มาปรับปรุง หรือจะใช้แนวทางฯ ที่พัฒนาโดยหน่วยงานอื่น หรือพัฒนาเองใหม่ก็ได้ แต่ให้เป็นแนวทางที่มีการพัฒนาตามข้อกำหนดข้างต้น

³ “ขั้นตอนตามบัญชียาหลักแห่งชาติ” – พิจารณาสั่งจ่ายในบัญชียก หากไม่สามารถใช้ได้จึงพิจารณาสั่งจ่ายใน บัญชี ข, ค และ ง ตามลำดับ

⁴ การประเมินผล - เป็นการบันทึกปริมาณและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นรายเดือน และสรุปข้อมูลดังกล่าวแยกตามเดือนเมื่อครบ 1 ปี หน่วยบริการสามารถกำหนดช่วงเวลาเดียวกันในแต่ละปีในการประเมินผลประจำปีได้ และควรสอดคล้องในการนำผลไปทำการประเมินตัวชี้วัดคุณภาพระบบบริการได้

เกณฑ์ 4 การรายงาน Quality Surveillance Indicator

เหตุผล ความจำเป็น

บทบาทภารกิจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะเป็นผู้จัดให้มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานแก่ประชาชน บริหารจัดการกองทุนเพื่อตอบสนองปัญหาสาธารณสุข และกำกับติดตามควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการจำเป็นต้องมีเครื่องชี้วัดหรือสถิติ ที่ใช้ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำชุดตัวชี้วัดเพื่อการเฝ้าระวังคุณภาพบริการ ขึ้นโดยมีแหล่งข้อมูลเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 สามารถคำนวณได้จากฐานข้อมูลกลางของระบบหลักประกันสุขภาพ กลุ่ม 2 ต้องให้หน่วยบริการรายงาน และกลุ่ม 3 ได้จากผลการตรวจสอบเวชระเบียน ดังนั้นเพื่อให้ชุดตัวชี้วัดมีความครบถ้วน สมบูรณ์สามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังคุณภาพของหน่วยบริการได้ จึงควรมีการส่งเสริมให้หน่วยบริการจัดเก็บและรายงานชุดตัวชี้วัดในกลุ่ม 2 ให้กับสำนักงานฯ ตามรายละเอียดในเอกสารคู่มือตัวชี้วัดเฝ้าระวังคุณภาพบริการ (Quality surveillance indicator)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีข้อมูลในการเฝ้าระวังด้านคุณภาพบริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. เพื่อประเมินคุณภาพบริการ กระตุ้นและติดตามแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพ

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนมาตรฐานและธรรมาภิบาลของหน่วยบริการ (Standards and Good governance)

แนวทางการประเมิน

1. ความครบถ้วน (16 คะแนน)

หมายถึง หน่วยบริการจัดเก็บและส่งรายงานข้อมูล Quality Surveillance Indicator กลุ่ม

2 จำนวน 8 ตัว ให้กับ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ เป็น electronic file ได้ครบถ้วนทุกตัวชี้วัด

2. ความทันเวลา (4 คะแนน)

หมายถึง หน่วยบริการส่งข้อมูล Quality Surveillance Indicator กลุ่ม 2 ให้กับ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ เป็น electronic file ดังนี้

ข้อมูลของเดือน เมย. 52 - กย.52 ระยะเวลารายงานภายใน 30 พฤศจิกายน 2552

ข้อมูลของเดือน ต.ค. 52 - มี.ค.53 ระยะเวลารายงานภายใน 31 พฤษภาคม 2553

แหล่งข้อมูล

จากการรายงานของหน่วยบริการ

วิธีการ

1. คิดคะแนน จากการได้รับรายงาน ในแต่ละครั้งโดยดูจากความครบถ้วนของการส่งข้อมูลของหน่วยบริการในแต่ละครั้ง ซึ่งตัวชี้วัดแต่ละตัวจะได้ 1 คะแนน (ข้อใดที่ไม่มีจำนวน n ในพื้นที่ ให้ระบุค่าเป็น 0) รวมกับคะแนนความทันเวลา ครั้งละ 2 คะแนน
2. นำผลคะแนนทั้ง 2 ครั้ง มารวมกัน แล้วคำนวณเป็นร้อยละ ดังนี้

$$\text{ร้อยละคะแนนที่ได้ของหน่วยบริการ} = \frac{(\text{คะแนนครั้งที่ 1} + \text{คะแนนครั้งที่ 2}) \times 100}{20}$$

3. นำร้อยละคะแนนของหน่วยบริการที่ได้ตามข้อ 2 มาจัดกลุ่มตามตารางดังนี้

ตาราง 14 ผลการรายงาน Quality Surveillance Indicator

ผลการรายงาน Quality Surveillance Indicator	คะแนนที่ได้
$\geq 81\%$	5
61% – 80%	4
51% – 60%	3
41% – 50%	2
< 41%	1
ไม่ส่งข้อมูล	0

เกณฑ์หน่วยที่รับส่งต่อ

**เกณฑ์ 5 อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อน
ของเบาหวาน ภายใน 28 วัน**

เหตุผลความจำเป็น

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นภาระค่าใช้จ่ายสูง นับว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาของประเทศ การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในอีกครั้งโดยมิได้วางแผนนัดหมาย ด้วยการวินิจฉัยโรคเดิมภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านภายในช่วงเวลา 28 วัน อาจสะท้อนถึงปัญหาของการรักษาพยาบาลในครั้งก่อน หรือ ปัญหาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย รวมถึงปัญหาการส่งกลับไปติดตามดูแลต่อเนื่องยังหน่วยปฐมภูมิ หากมีการวางแผนการรักษาพยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพ จะสามารถป้องกันและลดอัตราดังกล่าวลงได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยบริการได้นำผลลัพธ์ดังกล่าวมาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับปรุงระบบบริการให้มีคุณภาพ เพื่อลดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ของโรคและการดูแลที่ขาดประสิทธิภาพ

มิติด้านคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง/การได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

แนวทางการประเมิน

สูตรการคำนวณ

**อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน
ภายใน 28 วัน**

$$= \frac{\text{จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน
ที่กลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยในด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน}}{\text{จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานที่จำหน่าย}}$$

X

1,000

ตัวตั้ง = จำนวนครั้งผู้ป่วยในที่มีสถานะจำหน่ายเป็น improve แล้วกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน ภายใน 28 วัน โดยระบุการให้รหัสโรคต่อไปนี้

1. โรคหลัก (principal diagnosis : pdx) = E100 - E149 หรือ E160
2. โรคหลัก (principal diagnosis : pdx) = E162 และ โรคร่วม Secondary diagnosis (sdx1-sdx12) = E109 หรือ E119 หรือ E129 หรือ E139 หรือ E149

ตัวหาร = จำนวนครั้งผู้ป่วยในจำหน่ายด้วยรหัสโรค ตามข้อ 1 และ ข้อ 2 ภายในช่วงเวลาที่กำหนด

แหล่งข้อมูล

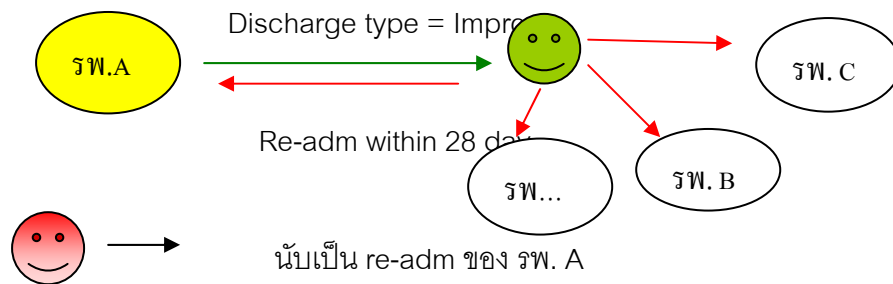
- 1.ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ
- 2.ฐานข้อมูลประชากรลงทะเบียนสิทธิ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน

วิธีการ

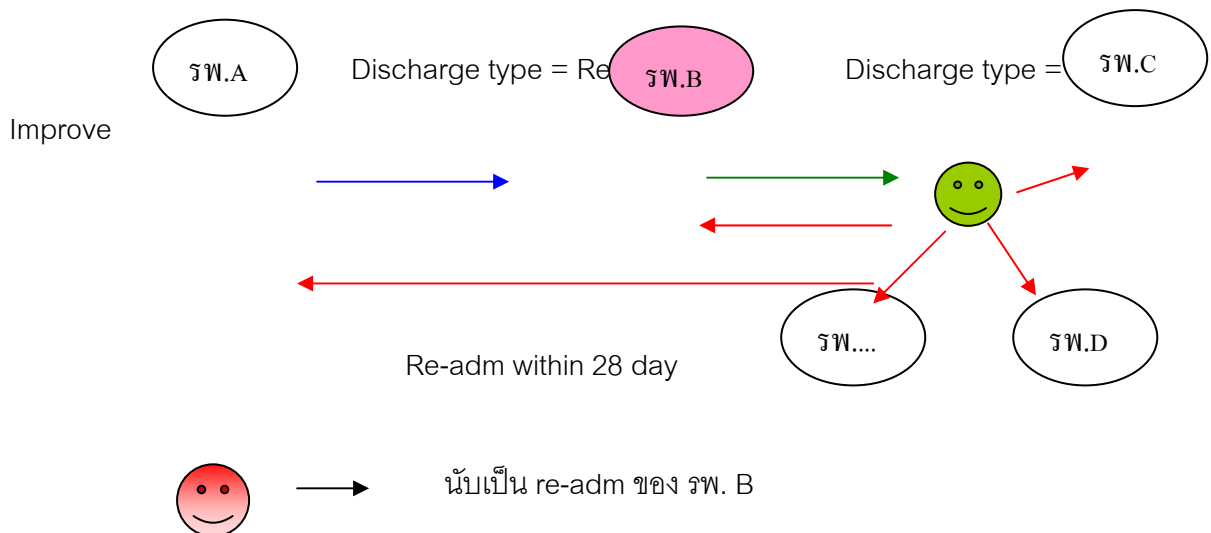
1. คำนวณตัวชี้วัดของหน่วยรับส่งต่อ รายหน่วยที่ให้บริการ (hcode) ดังนี้

- 1.1 ดึงข้อมูลตามรหัสโรค (ICD-10) ที่กำหนดในสูตรคำนวณ จากข้อมูลการให้บริการ โดยเลือกที่กลับมารักษาค่าที่แผนกผู้ป่วยในของหน่วยบริการเดิมหรือหน่วยบริการอื่น ภายใน 28 วัน ดังนี้

- นับเป็น re-adm. ของหน่วยบริการเดิม เมื่อผู้ป่วยมีสถานะจำหน่ายเป็นหาย/ดีขึ้น (Improve) แล้วกลับมารักษาค่าด้วยโรคเดิมที่แผนกผู้ป่วยใน ภายใน 28 วัน ของหน่วยบริการเดิมหรือหน่วยบริการใหม่ เช่น



- นับเป็น re-adm. ของหน่วยบริการใหม่ เมื่อผู้ป่วยมีสถานะจำหน่ายเป็นส่งต่อ (refer) จากหน่วยบริการเดิม แล้วกลับมารักษาค่าด้วยโรคเดิมที่แผนกผู้ป่วยใน ภายใน 28 วัน ของหน่วยบริการเดิม หน่วยบริการใหม่ หรือ หน่วยบริการอื่น เช่น



หมายเหตุ : hcode หมายถึง รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ

hmain หมายถึง รหัสหน่วยบริการประจำที่ดูแลประชากรในเขตรับผิดชอบ

- 1.2 ดึงข้อมูลตามรหัสโรค (ICD-10) ที่กำหนดในสูตรคำนวณมาเป็นตัวหาร

2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัดตามข้อ 1 มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) กลุ่มละ 20 % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขตพื้นที่
- ตาราง 15 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน ด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ภายใน 28 วัน

จากข้อมูลของปี 2551

อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยในของรพ.ด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ภายใน 28 วัน	คะแนนที่ได้
≥ 56.20	1
37.30 - 56.10	2
24.00 - 37.00	3
5.10 - 23.80	4
< 5.10	5

หมายเหตุ 1. กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีผู้ป่วยใน จำหน่ายด้วยโรคเบาหวานเป็น improve จะได้คะแนนเป็น 5

เกณฑ์หน่วยที่รับส่งต่อ

เกณฑ์ 6 อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ภายใน 28 วัน

เหตุผลความจำเป็น

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีอัตราการป่วย ภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายสูง และเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งนับว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ การที่ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในอีกครั้งโดยมิได้วางแผนนัดหมาย ด้วยการวินิจฉัยโรคเดิม ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านภายในช่วงเวลา 28 วัน อาจสะท้อนถึงปัญหาของการรักษาพยาบาลในครั้งก่อน หรือ ปัญหาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย รวมถึงปัญหาการส่งกลับไปติดตามดูแลต่อเนื่องยังหน่วยปฐมภูมิ หากมีการวางแผนการรักษาพยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพ จะสามารถป้องกันและลดอัตราดังกล่าวลงได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยบริการได้นำผลลัพธ์ดังกล่าวมาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับปรุงระบบบริการให้มีคุณภาพ เพื่อลดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ของโรคและการดูแลที่ขาดประสิทธิภาพ

มิติด้านคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง /การได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

แนวทางการประเมิน

สูตรการคำนวณ

$$\frac{\text{อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ภายใน 28 วัน}}{\text{จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงที่กลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน ด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน}} \times 1000$$

ตัวตั้ง = จำนวนครั้งผู้ป่วยในที่มีสถานะจำหน่ายเป็น improve แล้วกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน ภายใน 28 วัน โดยระบุการให้รหัสโรคต่อไปนี้

1. โรคหลัก (principal diagnosis : pdx) = I10-I15
2. โรคหลัก (pdx) = I600-I699 และโรคร่วม (secondary diagnosis : sdx1-12) = I10-I15 ยกเว้น sdx1-12 ที่เป็นรหัส trauma

ตัวหาร = จำนวนครั้งผู้ป่วยในจำหน่ายด้วย 1. และ 2. ภายในช่วงเวลาที่กำหนด

แหล่งข้อมูล

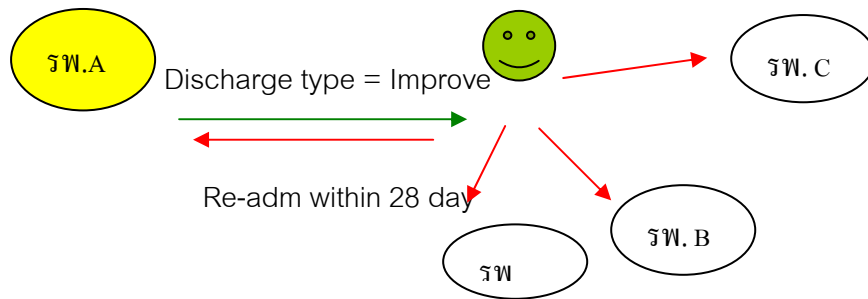
- 1)ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ
- 2)ฐานข้อมูลประชากรลงทะเบียนสิทธิ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน

วิธีการให้คะแนน

1. คำนวณตัวชี้วัดของหน่วยรับส่งต่อ รายหน่วยที่ให้บริการ (hcode) ดังนี้

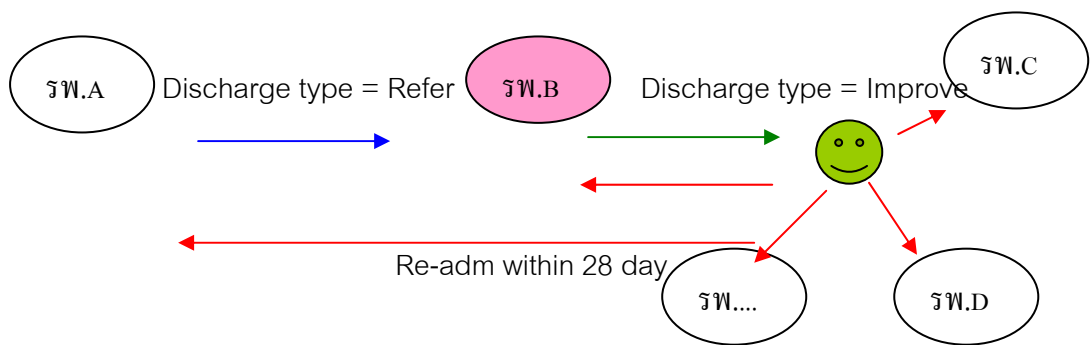
1.1 ดึงข้อมูลตามรหัสโรค (ICD-10) ที่กำหนดในสูตรคำนวณ จากข้อมูลการให้บริการ โดยเลือกที่กลับมารักษาค่าที่แผนกผู้ป่วยในของหน่วยบริการเดิมหรือหน่วยบริการอื่น ภายใน 28 วัน ดังนี้

- นับเป็น re-adm. ของหน่วยบริการเดิม เมื่อผู้ป่วยมีสถานะจำหน่ายเป็นหาย/ดีขึ้น (Improve) แล้วกลับมารักษาค่าด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน ที่แผนกผู้ป่วยในของหน่วยบริการเดิมหรือหน่วยบริการใหม่ เช่น



 → นับเป็น re-adm ของ รพ. A

- นับเป็น re-adm. ของหน่วยบริการใหม่ เมื่อผู้ป่วยมีสถานะจำหน่ายเป็นส่งต่อ (refer) จากหน่วยบริการเดิม แล้วกลับมารักษาค่าที่แผนกผู้ป่วยในด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน ของหน่วยบริการเดิม หน่วยบริการใหม่ หรือ หน่วยบริการอื่น เช่น



 → นับเป็น re-adm ของ รพ. B

หมายเหตุ : hcode หมายถึง รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ

hmain หมายถึง รหัสหน่วยบริการประจำที่ดูแลประชากรในเขตรับผิดชอบ

- 1.2 ดึงข้อมูลตามรหัสโรค (ICD-10) ที่กำหนดในสูตรคำนวณมาเป็นตัวหาร
2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัดตามข้อ 1 มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) กลุ่มละ 20 % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขตพื้นที่

ตาราง 16 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของ ความดันโลหิตสูง ภายใน 28 วัน จากข้อมูลของปี 2551

อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ภายใน 28 วัน	คะแนนที่ได้
≥ 26.00	1
6.20 - 25.60	2
1.90 - 6.10	3
0.10 - 1.80	4
< 0.10	5

หมายเหตุ 1. กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีผู้ป่วยใน จำหน่ายด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง เป็น improve จะได้คะแนนเป็น 5

เกณฑ์ 7 ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับการบริการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล เหตุผลความจำเป็น

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต และเป็นต้นเหตุทำให้เกิดทุพพลภาพ และความพิการ จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยใน ของ สปสช. พบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ตีบหรืออุดตัน ในปี 2550 และ 2551 เท่ากับร้อยละ 6.91, 7.13 ตามลำดับการรักษาอาการหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตัน เจียบพลัน โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดให้เร็วที่สุด อย่างน้อย 3 ชั่วโมงหลังเกิด อาการ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ อีกทั้งการรักษาพยาบาลต่อเนื่องโดยการทำกายภาพบำบัด และฟื้นฟูสภาพระยะเริ่มแรก หลังได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลัน ภายใน 6 เดือนหลังจากเกิด อาการ จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้อย่างชัดเจน ลดทุพพลภาพ ความพิการ และเพิ่มคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิต และประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้รับการทำกายภาพบำบัด และ ฟื้นฟูสภาพ ระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาล เพื่อลดทุพพลภาพ ความพิการ

มิติด้านคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง/ การได้รับการบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effectiveness delivery of need care) และเพิ่มคุณภาพชีวิต (Quality of Life)

แนวทางการประเมิน

สูตรการคำนวณ

$$\text{ร้อยละผู้ป่วย stroke ได้รับการบริการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(คน)ที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพ} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยใน (คน) โรคหลอดเลือดสมอง สัทธิ UC ทั้งหมด}}$$

ตัวหาร = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการระบุโรคตามรหัส ICD-10 ดังต่อไปนี้

- 1.1 ระบุโรคหลัก (Pdx) เป็น I60-I69
- 1.2 ระบุโรคหลัก (Pdx) เป็น G81.0,G81.1, G81.9 ,G83.0, G83.1, G83.2 , G83.3 , G83.9 และระบุโรคร่วม (Sdx) เป็น I60-I69
- 1.3 ระบุโรคหลัก (Pdx) เป็น Z54.0 และระบุโรคร่วม (Sdx) เป็น I60-I69
- 1.4 ระบุโรคหลัก (Pdx) เป็นกลุ่ม Z50 และระบุโรคร่วม (Sdx) เป็น I60-I69

ยกเว้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิเสธการรักษา (Against advice) เสียชีวิต (death) หรือส่งต่อ (refer) ภายใน 3 วัน

ตัวตั้ง = จำนวนผู้ป่วย (คน) ที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยระบุงการให้รหัสโรคต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งตั้งจากตัวหารที่มีการระบุรหัสเหตุการณ์การให้บริการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ ตามรหัส ICD9 CM คือ
 - 1.1 93.01-93.09 ยกเว้น 93.03, 93.06, 93.07 และ 93.08
 - 1.2 93.11-93.19 ยกเว้น 93.15
 - 1.3 93.22-93.29 ยกเว้น 93.26
 - 1.4 93.31-93.39 ยกเว้น 93.37
 - 1.5 93.81-93.84 ยกเว้น 93.82 และ 93.83
 - 1.6 93.94-93.99 ยกเว้น 93.95, 93.96, 93.97 และ 93.98
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งตั้งจากตัวหาร ที่ได้รับบริการกายภาพบำบัดโดยบันทึกในโปรแกรมบันทึกข้อมูลการเบิกอุปกรณ์คนพิการที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในกิจกรรมการบริการกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ และฐานข้อมูลจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

วิธีการ

1. คำนวณตัวชี้วัดของหน่วยบริการรับส่งต่อ รายหน่วยที่ให้บริการ (hcode) ดังนี้
 - a) ดึงข้อมูลผู้ป่วยใน ที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ตามรหัสโรคหลัก (Pdx) กำหนดในสูตรคำนวณ จากข้อมูลฐานข้อมูลการเบิกจ่าย ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิเสธการรักษา (Against advice) เสียชีวิต (death) หรือส่งต่อ (refer) ภายใน 3 วัน เพื่อนำไปใช้เป็นตัวหารในการคำนวณตามตัวชี้วัด
 - b) นำข้อมูลผู้ป่วยในที่ตั้งมาเป็นตัวหาร นั้นมานับว่ามีผู้ป่วยจำนวนกี่คนที่มีรหัสเหตุการณ์ (ICD9 CM) ที่กำหนด และนำเลขประชาชน 13 หลักไปค้นหาจากฐานข้อมูลของโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในกิจกรรมการบริการกายภาพบำบัด มาบวกเพิ่มให้แต่จะไม่นับซ้ำของหน่วยบริการเดียวกัน
2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัด มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) กลุ่มละ 20 % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขตพื้นที่

เกณฑ์ 8 ร้อยละหน่วยบริการ ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันชนิด ST elevated (STEMI)

เหตุผลความจำเป็น

เนื่องจากในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่เสียชีวิต จากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST- Elevated Myocardial infarction : STEMI) และพบว่าผู้ป่วยดังกล่าวยังไม่สามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้ ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติเห็นชอบให้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนบริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST- Elevated Myocardial infarction Fast Track) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และมาตรฐานอย่างทันเวลา

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) ของเครือข่ายระดับเขต

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง /การได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility of needed care)

แนวทางการประเมิน

สูตรการคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนหน่วยบริการ(รพ.)ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevated (STEMI) ทั้งหมดในระดับเขต}}{\text{จำนวนหน่วยบริการ (รพ.) ทั้งหมดระดับเขต}} \times 100$$

ตัวตั้ง : จำนวนหน่วยบริการ(รพ.)ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevated (STEMI) ทั้งหมดในระดับเขต

ตัวหาร : จำนวนหน่วยบริการ (รพ.) ทั้งหมดระดับเขต

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลจากโครงการพัฒนาเครือข่ายบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ณ วันที่ 30 มีนาคม 2553

วิธีการ

1. คำนวณตัวชี้วัดของหน่วยบริการรับส่งต่อ รายเขต ดังนี้
 - a) นับจำนวนรพ.ที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevated (STEMI) กับสปสช. และผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วย สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ นำมาเป็นตัวตั้ง
 - b) นับจำนวนรพ.ทั้งหมดระดับเขตมาเป็นตัวหาร
2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัด มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขตพื้นที่

ตาราง 17 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของเกณฑ์ ร้อยละหน่วยบริการ (รพ.) ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST elevated (STEMI) จากข้อมูลของปี 2551

ร้อยละหน่วยบริการ (รพ.) ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST elevated (STEMI)	คะแนนที่ได้
≤ 4.5	1
4.51 – 9.5	2
9.51 – 14.5	3
14.51 – 19.5	4
≥ 19.51	5

เกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพระดับหน่วยบริการประจำ

วัตถุประสงค์ เพื่อใช้กระตุ้น สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในประเด็นที่ต้องการผลักดัน

แบ่งกลุ่มเป้าหมายในการสนับสนุนกิจกรรมตามประเภทการพัฒนา ดังนี้

- กลุ่มที่ 1 ระบบคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA)
- กลุ่มที่ 2 การจัดให้มีบริการ โดยวิชาชีพ ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
- กลุ่มที่ 3 การพัฒนารูปแบบบริการ

โดยแต่ละกลุ่มจะได้รับการสนับสนุนกิจกรรมที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1. กิจกรรมเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพระดับหน่วยบริการประจำ
<p>กลุ่ม 1 ระบบคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA)</p> <p>1.1 CUP ที่เป็น node ซึ่งมีการพัฒนาแล้ว มีกิจกรรมพัฒนาต่อเนื่อง (CQI ,KM) และการสร้างเครือข่ายสู่ CUP อื่นๆ (Nodeละ 5 CUP)</p>
<p>กลุ่ม 2 การจัดให้มีบริการ โดยวิชาชีพ</p> <p>2.1 มีบริการเภสัชกรรมในชุมชน โดยเภสัชกร</p> <p>2.2 มีบริการทันตสาธารณสุขในชุมชน โดยทันตบุคลากร</p> <p>2.3 มีบริการให้การปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการโดย counselor</p>
<p>กลุ่ม 3 การพัฒนารูปแบบบริการ</p> <p>3.1 การจัดตั้งคลินิกโรคหืด (Easy Asthma Clinic)</p> <p>3.2 การจัดตั้งคลินิกกอดนุหรี</p> <p>3.3 การส่งเสริมพัฒนาการและให้บริการการปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการในกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า (delayed development)</p> <p>3.4 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)</p> <p>3.5 โรคอื่น ที่จำเป็นในพื้นที่และกระทบต่อคุณภาพบริการ</p>

แนวทางการดำเนินการ

เกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพ หน่วยบริการประจำ ปีงบประมาณ 2553

กลุ่มที่ 1 ระบบคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA)

ในปี 2549 - 2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนให้สถาบันวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิในจังหวัดนำร่อง 16 จังหวัด ดำเนินการโครงการพัฒนาระบบประกันคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนามาตรฐาน กลไก และกระบวนการประกันคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้กรอบแนวคิด มาตรฐาน และเครื่องมือ Primary Care Award (PCA)

ในปี 2553 เป็นการนำระบบคุณภาพ PCA มาขยายผลต่อ โดยหน่วยบริการประจำนำร่องเดิมที่มีการดำเนินการได้ดีและมีความพร้อมจะได้รับคัดเลือกให้เป็น Node ในการสร้างเครือข่ายเรียนรู้สู่หน่วยบริการประจำที่สนใจและมีความพร้อมมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาตามระบบคุณภาพ PCA โดยในขณะเดียวกันหน่วยบริการที่ทำหน้าที่เป็น Node จะมีต้องการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (CQI) ด้วย **วัตถุประสงค์**

เพื่อให้เกิดการขยายผลการพัฒนาระบบประกันคุณภาพปฐมภูมิ ตามระบบคุณภาพบริการ (Primary Care Award : PCA) อย่างต่อเนื่อง

เป้าหมาย

หน่วยบริการประจำที่เป็นผู้นำการจัดการเรียนรู้ (Node) 17 Node (เขตละอย่างน้อย 1 แห่ง)

หน่วยบริการประจำใหม่ที่จะเข้าร่วมเป็นเครือข่าย 85 CUP (Node ละ 5 CUP)

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. หน่วยบริการประจำที่เป็นผู้นำการจัดการเรียนรู้ (Node)
 - 1) เป็นหน่วยบริการประจำที่เคยเข้าร่วมในการดำเนินการนำร่องในโครงการพัฒนาระบบประกันคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ปี 2549 – 2552 หรือมีการดำเนินการพัฒนาตามระบบคุณภาพบริการปฐมภูมิ
 - 2) มีความสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการและพร้อมเป็นผู้นำการจัดการเรียนรู้ เพื่อขยายผลการพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบคุณภาพ PCA สู่หน่วยบริการประจำใหม่ ที่เป็นเครือข่าย Node ละอย่างน้อย 5 แห่ง
2. หน่วยบริการประจำใหม่ ที่จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายพัฒนาตามระบบคุณภาพ PCA
 - 1) หน่วยบริการประจำที่ผู้บริหารมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ และสมัครใจดำเนินการ
 - 2) มีทีมงานพัฒนาคุณภาพ(ที่ประกอบไปด้วยบุคลากรทั้งส่วน รพ./สสอ.) ทั้งในระดับหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 3) มีผลงานการพัฒนาคุณภาพบริการในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่สามารถแสดงให้เห็นปรากฏในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. หน่วยบริการประจำที่เป็นผู้นำการจัดการเรียนรู้ (Node)

- 1) เป็นผู้นำในการจัดการเรียนรู้ เพื่อขยายผลการพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบคุณภาพ PCA สู่หน่วยบริการประจำใหม่ที่เป็นเครือข่าย Node ละอย่างน้อย 5 แห่ง
 - จัดเวทีแลกเปลี่ยนให้กับเครือข่าย 5 CUP
 - เยี่ยมเยียนCUPในเครือข่าย
 - เข้าร่วมการพัฒนาร่วมกับส่วนกลาง
- 2) พัฒนาหน่วยบริการของตนเองอย่างต่อเนื่อง (CQI)และยกระดับการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ชั้น
- 3) ถอดบทเรียน/พัฒนากระบวนการคุณภาพ/good practices/Innovation ในโรค/บริการที่เป็นเป้าหมาย
- 4) Node ที่มีความพร้อมสามารถเสนอเพื่อรับการประเมินตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพบริการ ปฐมภูมิ PCA

2. หน่วยบริการประจำใหม่ ที่จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายพัฒนาของ Node

- 1) ผู้บริหารและแกนนำหน่วยบริการเข้าร่วมการพัฒนา/ฝึกอบรมจากทีมพัฒนาส่วนกลาง
- 2) เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาเข้าสู่ระบบคุณภาพ PCA ของ Node
- 3) ประเมินตนเองตามระบบคุณภาพ PCA
- 4) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ / แผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการประจำ

ผลงานตามข้อตกลง

1. หน่วยบริการประจำที่เป็นผู้นำการจัดการเรียนรู้ (Node)

- 1) สรุปผลการประเมินตนเอง ที่มีการยกระดับการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ชั้น
- 2) แผนยุทธศาสตร์/แผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการประจำ
- 3) ผลการถอดบทเรียนของกระบวนการคุณภาพ / good practice / Innovation ในโรค/บริการที่เป็นเป้าหมาย 1 เรื่อง
- 4) สรุปผลการพัฒนาเครือข่าย

2. หน่วยบริการประจำใหม่ ที่จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายพัฒนาของ Node

- 1) ผลการประเมินตนเอง ตามระบบคุณภาพ PCA
- 2) แผนยุทธศาสตร์/แผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการประจำ

การสนับสนุน

1. งบประมาณ เมื่อได้รับการได้รับการคัดเลือก Node และเครือข่าย รวม 700,000 บาท

- 1) หน่วยบริการประจำที่เป็นผู้นำการจัดการเรียนรู้ (Node) แห่งละ 200,000 บาท
 - ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการพัฒนากับส่วนกลาง

- ค่าใช้จ่ายในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่าย อย่างน้อย 2 ครั้ง
 - ค่าใช้จ่ายในการเป็นพี่เลี้ยงให้กับเครือข่าย
- 2) หน่วยบริการประจำใหม่ ที่จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายพัฒนาของ Node แห่งละ 100,000 บาท
- ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการพัฒนาในส่วนกลาง
 - ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับNode
2. **วิชาการ** ผ่านทางความร่วมมือจาก สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
- 1) สนับสนุนการพัฒนาและฝึกอบรมผู้บริหารและแกนนำการพัฒนาระบบคุณภาพ PCA (ทั้ง Node และเครือข่าย)
 - 2) ให้การสนับสนุนทางวิชาการ แนวทาง เครื่องมือ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาตามระบบคุณภาพ PCA แก่หน่วยบริการประจำระดับพื้นที่

การบริหารจัดการ

1. **ส่วนกลาง** โดยกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ ร่วมกับ สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
 - 1.1 ร่วมกับ สปสช.เขต วางกรอบแนวทางในการพัฒนาตามระบบคุณภาพPCA และพิจารณา คัดเลือกหน่วยบริการประจำนำร่องเดิมที่จะทำหน้าที่เป็น Node และกำหนดหลักเกณฑ์ ในการคัดเลือกหน่วยบริการประจำใหม่ที่จะเข้าร่วมพัฒนาตามระบบคุณภาพPCA
 - 1.2 พัฒนาแนวทาง เครื่องมือ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาตามระบบคุณภาพ PCA
 - 1.3 สนับสนุนการพัฒนาและฝึกอบรมผู้บริหารและแกนนำการพัฒนาระบบคุณภาพ PCA
 - 1.4 ให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่หน่วยบริการประจำระดับพื้นที่
 - 1.5 สนับสนุนให้มีประเมินตามเกณฑ์รางวัลตามระบบคุณภาพ PCA
2. **ระดับพื้นที่ โดย สปสช.เขต**

ดำเนินการคัดเลือกหน่วยบริการประจำใหม่ที่จะเข้าร่วมพัฒนาตามระบบคุณภาพPCA โดย เป็นหน่วยบริการประจำที่สนใจและมีความพร้อมในการพัฒนา โดยอาจพิจารณาคัดเลือก จากหน่วยบริการประจำที่เข้าร่วมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตชนบทและเขตเมือง ชี้แจง และทำความเข้าใจแก่หน่วยบริการที่เข้าร่วมดำเนินการพัฒนาทั้ง Node และเครือข่าย บริหารจัดการ จัดทำข้อตกลง/หนังสือแสดงความจำนง จัดสรรและเบิกจ่ายงบประมาณ แก่หน่วยบริการตามเงื่อนไขการดำเนินงาน

ประสาน สนับสนุน ติดตาม กำกับ และประเมินผล การดำเนินงาน

กลุ่ม 2 การจัดให้มีบริการโดยวิชาชีพ

เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายมีบุคลากรวิชาชีพให้บริการในชุมชน โดยการนัด / สนับสนุน จากหน่วยบริการประจำ ได้แก่ เกษัชกร ทันตแพทย์ / เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และ counselor เพิ่มเติม (สำหรับนักกายภาพบำบัด สามารถเข้าร่วมในงบโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ของ สปสช.ได้) ในบริการ ดังนี้

2.1 มีบริการเภสัชกรรมในชุมชน โดยเภสัชกร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีการจัดเภสัชกร ทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ เพิ่มมากขึ้น
2. เพื่อกระตุ้นให้เกิดบริการงานเภสัชกรรมในชุมชน

เป้าหมาย

หน่วยบริการประจำ 200 แห่ง (ประมาณร้อยละ 20 ของหน่วยบริการประจำ ในเขต)

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. หน่วยบริการประจำที่สามารถจัด/สนับสนุนให้มีเภสัชกรประจำรับผิดชอบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
2. มีผลการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่สามารถแสดงให้ปรากฏในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
3. ผู้บริหารให้การสนับสนุน และสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการตามข้อตกลง

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. จัด/สนับสนุนให้มีเภสัชกรประจำรับผิดชอบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิภายในเครือข่ายเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถดำเนินการตามกิจกรรมข้อ 2-5
2. พัฒนาระบบยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 1) งานบริหารเวชภัณฑ์
 - 2) งานบริการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา
3. งานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม (community base pharmaceutical care)
4. งานคุ้มครองผู้บริโภค
 - 1) การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค (empowerment)
 - 2) การเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง (risk management)
5. งานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพร และสุขภาพ

ผลงานตามข้อตกลง

1. รายชื่อเภสัชกรที่รับผิดชอบการดำเนินการ และแผนการทำงาน
2. รายงานผลการดำเนินการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยเภสัชกร(ใช้ข้อมูลตั้งแต่ มกราคม – มิถุนายน 2553) ส่งมอบผลงานให้สปสช.ผ่าน สนง.เขต ภายในเดือน กรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

1. เมื่อหน่วยบริการได้รับการคัดเลือก จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยละ 150,000 บาท
2. การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยหน่วยบริการ ส่งเภสัชกรที่รับผิดชอบ จำนวน 1 - 2 คน เข้าร่วมประชุมที่ สปสช.สนับสนุน (เบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง ค่าที่พัก จากต้นสังกัด)

การบริหารจัดการ

1. สำนักงานเขตประสานหน่วยบริการที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ
2. หน่วยบริการเป้าหมายส่งหนังสือแสดงความจำนงกับสนง.เขต
3. พิจารณาและคัดเลือกหน่วยบริการประจำ ที่เข้าร่วมโครงการ
4. สำนักงานเขตทำข้อตกลงกับหน่วยบริการ
5. หน่วยบริการบริหารจัดการให้เกิดกิจกรรม / ผลงานตามข้อตกลง สนับสนุนการให้บริการเภสัชกรรมในชุมชนหลังจากลงนาม
6. หน่วยบริการส่งเภสัชกรเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ ที่สปสช.สนับสนุน
7. หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการต้องสามารถจัดบริการได้ไม่เกินเดือน มกราคม 2553 และส่งรายงานการให้บริการ ตามรูปแบบที่กำหนด ให้สปสช.ผ่านสนง.เขต

2.2 มีบริการทันตสาธารณสุขในชุมชน โดยทันตบุคลากร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มี ทันตแพทย์ / เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ดำเนินงานทันตสาธารณสุขในชุมชน
2. เพื่อกระตุ้นให้เกิดบริการงานส่งเสริมทันตสุขภาพ และทันตกรรมป้องกันในพื้นที่

เป้าหมาย

หน่วยบริการประจำ 65 แห่ง (ประมาณ 5 CUP ต่อเขต)

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. หน่วยบริการประจำที่สามารถจัด/สนับสนุนให้มีทันตแพทย์ / เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ประจำ ที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในชุมชน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
2. มีผลงานการพัฒนางานบริการทันตสาธารณสุขในชุมชน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่สามารถแสดงให้เห็นปรากฏในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
3. มีความพร้อมในการให้บริการและบันทึกข้อมูลการให้บริการตามรูปแบบที่กำหนด
4. ผู้บริหารให้การสนับสนุน และสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการตามข้อตกลง

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. จัดให้มีทันตแพทย์ / เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ประจำ ไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิภายในเครือข่าย เพื่อให้สามารถดำเนินการตามกิจกรรมข้อ 2
2. มีการให้บริการทันตสาธารณสุขในชุมชนโดยทันตแพทย์ / เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ที่ครอบคลุมงานส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ/หรืองานรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน งานส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มและ 5 ประเภทงาน ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพทันตกรรมป้องกัน
- 2) เด็กอายุ 0-2 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 2 ปี 11 เดือน 29 วัน
- 3) เด็กอายุ 3-5 ปี หมายถึง เด็กอายุ 3 ปีบริบูรณ์ ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
- 4) เด็กอายุ 6-14 ปี หมายถึง เด็กอายุ 6 ปีบริบูรณ์ ถึงอายุ 14 ปี 11 เดือน 29 วัน

ประเภทงาน 6 ประเภท ได้แก่

- 1) ตรวจสุขภาพช่องปาก (ครั้ง) หมายถึง การตรวจวินิจฉัยสภาพในช่องปากทั้งปาก แนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้โภชนาการที่ถูกต้องตามวัย และลงบันทึกประวัติ
- 2) Sealant (ครั้ง / ซี่) หมายถึง การเคลือบปิดหลุมร่องฟัน
- 3) ฟลูออไรด์ (ครั้ง) หมายถึง การเคลือบฟันทั้งปากด้วยสารฟลูออไรด์ เฉพาะในเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี 6-14 ปี

- 4) PRR (ครั้ง / ซี่) หมายถึง การทำ Preventive Resin Restoration
- 5) การฝึกปฏิบัติแปรงฟัน หมายถึง การฝึกปฏิบัติแปรงฟันทำความสะอาดช่องปากด้วยตนเองในกลุ่มอายุต่าง ๆ ในเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี และ 6-14 ปี การฝึกปฏิบัติแปรงฟันให้รวมถึงการแปรงฟันในโรงเรียน / สถานศึกษา
- 6) ทำความสะอาดช่องปาก (ครั้ง) หมายถึง การขัดฟันทั้งปาก และ/หรือ การใช้เส้นไหมขัดฟัน(Flossing) ในผู้ใช้บริการ เป็นการทำความสะอาดฟันเพื่อขจัดแผ่นคราบฟัน (plaque)

งานรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน ประกอบด้วย 3 ประเภทงาน ได้แก่ ถอนฟัน อุดฟัน ชูดหินปูนทั้งปาก

ผลงานตามข้อตกลง

1. รายชื่อทันตบุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินการ และแผนการทำงาน
2. รายงานผลการให้บริการทันตสาธารณสุขในชุมชนโดยทันตบุคลากร ตามรูปแบบที่กำหนด(ใช้ข้อมูลตั้งแต่ มกราคม – มิถุนายน 2553) ส่งมอบผลงานให้สปสช.ผ่าน สนง.เขต ภายในเดือนกรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

เมื่อหน่วยบริการได้รับการคัดเลือก จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยละ 150,000 บาท

การบริหารจัดการ

1. สำนักงานเขตประสานหน่วยบริการที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ
2. หน่วยบริการเป้าหมายส่งหนังสือแสดงความจำนงกับสนง.เขต
3. พิจารณาและคัดเลือกหน่วยบริการประจำ ที่เข้าร่วมโครงการ
4. สำนักงานเขตทำข้อตกลงกับหน่วยบริการ
5. หน่วยบริการบริหารจัดการให้เกิดกิจกรรม / ผลงานตามข้อตกลง สนับสนุนการให้บริการทันตสาธารณสุขในชุมชนหลังจากลงนาม
6. หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการต้องสามารถจัดบริการได้ไม่เกินเดือน มกราคม 2553 เป็นอย่างช้า และส่งรายงานข้อมูลผลงานการให้บริการตั้งแต่ มกราคม – มิถุนายน 2553 ตามรูปแบบที่กำหนด ให้สปสช.ผ่าน สนง.เขต

2.3 มีบริการให้การปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการโดย counselor

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า (ในที่นี่หมายถึง เด็กอายุ 0-6 ปี ที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า/ออทิสติก/สมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD) / บกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disorders : LD) ฯลฯ) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการ (โดยพ่อแม่/ผู้ดูแล และ บุคลากรที่มีความสามารถ)
2. เพื่อให้มีบุคลากรที่มีความสามารถ ทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาการ และให้บริการการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม / ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ในหน่วยบริการประจำ

เป้าหมาย

หน่วยบริการประจำ 39 แห่ง (ประมาณ 3 CUP ต่อเขต)

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีบุคลากรที่มีความสามารถให้บริการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า และพร้อมรับการอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้บริการตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด ซึ่งบุคลากรดังกล่าว ได้แก่ นักจิตวิทยา / นักกิจกรรมบำบัด / นักแก้ไขการพูด / ครูการศึกษาพิเศษ / พยาบาล (ที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ)
2. มีการจัดบริการส่งเสริมพัฒนาการ (ตามมาตรฐานวิชาชีพ) สำหรับเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า โดยบุคลากรตามข้อ 2 และพร้อมให้บริการส่งเสริมพัฒนาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมตามแนวทาง DIR/Floortime
3. มีสถานที่จัดไว้เป็นสัดส่วน เหมาะสำหรับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า
4. มีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรในข้อ 2
5. มีความสนใจเข้าร่วมดำเนินการตามข้อตกลง

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. จัดบริการการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ในหน่วยบริการ ตามระดับและประเภทของความพร่องทางพัฒนาการ ของเด็กแต่ละคน เช่น การส่งเสริมพัฒนาการตามแนวทาง DIR/Floortime, การปรับพฤติกรรม, การส่งเสริมพัฒนาการด้านการผสมผสานการรับรู้สัมผัส (Sensory Integration), การฝึกทักษะพื้นฐานผ่านกิจกรรมการเล่น, การส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็ก, การส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เป็นต้น

2. การจัดบริการการปรึกษาแก่พ่อแม่/ผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการ เช่น การให้ความรู้เรื่องพัฒนาการเด็ก การทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะของเด็กแต่ละคน การให้บริการการปรึกษาและให้คำแนะนำเพื่อให้พ่อแม่/ผู้ดูแลสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ตามบริบทของครอบครัว การใช้เทคนิค Role Model การ Supervise พ่อแม่/ผู้ดูแลเกี่ยวกับเทคนิควิธีการในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุน สร้างแรงจูงใจ และเสริมพลัง (Empower) ให้แก่พ่อแม่/ผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
3. การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำการดูแล / ส่งเสริมพัฒนาการเด็กในบริบทของครอบครัว และติดตามระดับพัฒนาการของเด็กแต่ละคนอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง
4. การจัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือตัวเอง (Self-help Group) เพื่อให้พ่อแม่/ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การส่งเสริมพัฒนาการร่วมกันโดยจัดในระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น เดือนละครั้ง
5. กรณีที่ดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการไประยะหนึ่ง (3 - 6 เดือนแล้วแต่กรณี) แล้วพบว่าพัฒนาการของเด็กไม่ดีขึ้น / มีอาการรุนแรง / สลับซับซ้อน / เกินศักยภาพของหน่วยบริการ ให้พิจารณาส่งต่อไปรับบริการในหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า

ผลงานตามข้อตกลง

1. ส่งรายชื่อและคุณสมบัติของบุคลากรผู้ทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาการ และให้บริการการปรึกษา (ตามรูปแบบที่กำหนด)
2. ส่งทะเบียนเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ทั้งนี้ข้อมูลพัฒนาการของเด็ก อาจได้มาจากการประเมินโดยหน่วยบริการนั้นๆ การรับข้อมูลจากหน่วยบริการอื่น หรือการประเมินโดยหน่วยงานอื่น เช่น โรงเรียน ศูนย์การศึกษาพิเศษ เป็นต้น ซึ่งอาจประเมินด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การประเมินพัฒนาการตามมาตรฐานวิชาชีพ การใช้แบบประเมินพัฒนาการต่าง เช่น อนามัย 49 , DENVER II, PDDSQ และการวินิจฉัยโดยแพทย์
3. ส่งรายงานกิจกรรมบริการตามรูปแบบที่ สปสช.กำหนด (ใช้ข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม - มิถุนายน 2553) ซึ่งจะประกอบด้วย สรุปการให้บริการรายกรณี และรายงานภาพรวมการจัดกิจกรรมต่างๆ
4. หน่วยบริการจัดทำรายงานระดับพัฒนาการของผู้รับบริการแต่ละคนอย่างน้อย 2 ครั้ง คือ ระดับพัฒนาการที่ประเมินเมื่อแรกรับ และระดับพัฒนาการ ณ เดือน มิถุนายน 2553 โดยการรายงานระดับพัฒนาการดังกล่าวอาจมีลักษณะเป็นผลการประเมินจากแบบประเมิน หรือการรายงานจากกระบวนการสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น
5. ส่งรายงานในข้อ 1 - 4 ให้สปสช. ผ่าน สนง.เขต ภายในเดือน กรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

1. เมื่อหน่วยบริการได้รับการคัดเลือก จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยละ 100,000 บาท
2. การอบรมการส่งเสริมพัฒนาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยหน่วยบริการ ส่งบุคลากร 2 - 3 คน ได้แก่ กุมารแพทย์/แพทย์ที่ดูแลด้านพัฒนาการเด็ก 1 คน และ บุคลากรที่ทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาการและให้การปรึกษา จำนวน 1 - 2 คน เข้ารับการอบรมที่ สปสช. สนับสนุน (เบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง ค่าที่พัก จากต้นสังกัด)

การบริหารจัดการ

1. สำนักงานเขตประสานหน่วยบริการที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ
2. หน่วยบริการ ส่งหนังสือแสดงความจำนงกับสนง.เขต
3. สนง.เขตแจ้งจำนวน รายชื่อหน่วยบริการเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการให้สพค.
4. หน่วยบริการ ส่งบุคลากร 2 - 3 คน ได้แก่ กุมารแพทย์/แพทย์ที่ดูแลด้านพัฒนาการเด็ก 1 คน และ บุคลากรที่ทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาการและให้การปรึกษา จำนวน 1 - 2 คน เข้ารับการอบรมการส่งเสริมพัฒนาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ สปสช.จัด
5. หน่วยบริการจัดกิจกรรม ตามข้อตกลง หลังจากลงนามไม่เกินเดือน มกราคม 2553 เป็นอย่างช้า และส่งรายงานการให้บริการ ตามรูปแบบที่กำหนด ให้สปสช.ผ่านสนง.เขต

กลุ่ม 3 การพัฒนารูปแบบบริการ

3.1 การจัดตั้งคลินิกโรคหืด (Easy Asthma Clinic)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดได้รับบริการดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ทำให้ลดการเกิด exacerbation , admission ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเช่นคนปกติ
2. เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการประจำมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยนอก ของโรคหืด ที่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืด
3. เพื่อให้มีฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรคหืด

เป้าหมาย

หน่วยบริการประจำ จำนวน 500 แห่ง

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีแพทย์ เกสัชกร และพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วย asthma อย่างเป็นระบบ
2. มีสถานที่ ช่วงเวลาสำหรับการให้บริการเป็นสัดส่วน
3. มีอุปกรณ์วัด peak expiratory flow ที่ ER, OPD และ ward
4. มีความพร้อมในการให้บริการและบันทึกข้อมูลการให้บริการตามโปรแกรม easy asthma clinic
5. มีการรักษาผู้ป่วย asthma ตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขการดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ.2551
6. มีการให้คำแนะนำและประเมินการใช้ยาสูด (Drug counseling)
7. มีระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วย asthma อย่างเป็นระบบ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้
8. ผู้บริหารให้การสนับสนุน และสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการตามข้อตกลง

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. จัดตั้งคลินิกโรคหืด (Easy Asthma Clinic) ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยนอก
2. จัดให้มีการดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ.2551
 - 1) ให้ยาตามแนวทางที่กำหนด
 - 2) ประเมินสมรรถภาพปอด
 - 3) ให้คำแนะนำการใช้ และประเมินการใช้ยาสูดอย่างถูกวิธี
 - 4) ให้ความรู้เรื่องโรค ปัจจัยกระตุ้นและการปฏิบัติตัวเมื่ออาการกำเริบ
 - 5) ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านในกลุ่ม uncontrolled โดยสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรม
3. บันทึกข้อมูลบริการผู้ป่วยโรคหืด ตามโปรแกรม Easy Asthma Clinic ที่ครอบคลุมบริการ OP, ER, admission รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

ผลงานตามข้อตกลง

มีข้อมูลบริการผู้ป่วยโรคหืด ตามโปรแกรม Easy Asthma Clinic ที่ครอบคลุมบริการ OP, ER, admission รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน (ข้อมูลตั้งแต่ มกราคม 2553 – มิถุนายน 2553) ที่สนง.เขต สามารถดึงข้อมูลออกมาได้ ภายในเดือนกรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

1. เมื่อหน่วยบริการได้รับการคัดเลือก จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยละ 30,000 บาท
2. การอบรมฟื้นฟูความรู้ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดยหน่วยบริการ ส่งบุคลากร จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เข้ารับการอบรมที่ สปสช.สนับสนุนการจัด (เบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง ค่าที่พัก จากต้นสังกัด)

การบริหารจัดการ

1. สำนักงานเขตประสานหน่วยบริการที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ
2. หน่วยบริการเป้าหมายส่งหนังสือแสดงความจำนงกับสนง.เขต
3. สนง.เขตแจ้งจำนวน รายชื่อ CUP เป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการให้สพค.
4. หน่วยบริการส่งบุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วยนอกโรคหืด จำนวน 3 คน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร (ส่งรายชื่อให้สนง.เขต) เข้ารับการอบรม ฟื้นฟูความรู้การดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ที่สปสช.สนับสนุน (เบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง ค่าที่พัก จากต้นสังกัด)
5. หน่วยบริการจัดกิจกรรม ตามข้อตกลง หลังจากลงนาม



asthma_08.pdf

เอกสารเพิ่มเติม

แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคหืด

3.2 การจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เสพ / ติดบุหรี่ ได้รับบริการบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ตามแนวทางการบำบัด รักษา โรคติดบุหรี่
2. เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการประจำ มีรูปแบบการจัดบริการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ ที่สอดคล้องกับแนวทางการบำบัด รักษา โรคติดบุหรี่

เป้าหมาย

หน่วยบริการประจำ 300 แห่ง (ประมาณร้อยละ 30 ต่อเขต)

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีการให้บริการอดบุหรี่
2. มีบุคลากรผู้ให้บริการการปรึกษา (Counselor) เช่น แพทย์ หรือ จิตแพทย์ หรือพยาบาลจิตเวช หรือนักจิตวิทยา และบุคลากรด้านสุขภาพอื่น / นักสังคมสงเคราะห์ ที่ผ่านการอบรมด้านการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่
3. จัดให้มีสถานที่ ช่วงเวลาสำหรับให้บริการเป็นสัดส่วน
4. มีความพร้อมในการให้บริการ และรายงานข้อมูลบริการในรูปแบบที่กำหนดส่งสสข.
5. มีความสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการตามข้อตกลง

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. จัดตั้งคลินิกอดบุหรี่ ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยนอก
2. จัดบริการบำบัดรักษาผู้เสพ / ติดบุหรี่ ตามแนวทางการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ โดย
 - 1) ใช้มาตรฐาน 5A ในการค้นหาผู้สูบบุหรี่และดำเนินการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่
 - A1 Ask ถามประวัติการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆทุกชนิด
 - A2 Advice แนะนำให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด
 - A3 Assess ประเมินความรุนแรงในการติดบุหรี่ และความประสงค์ในการเลิกบุหรี่
 - A4 Assist ช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม
 - A5 Arrange ติดตามผลการบำบัดทุกราย (Follow up)
 - 2) ใช้มาตรฐาน 5 R ได้แก่ Relevance, Risks, Reward, Roadblock, Repetition เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ที่ยังไม่ประสงค์จะเลิกบุหรี่
 - 3) การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น
 - 4) การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับบำบัด รักษา โรคติดบุหรี่)
 - 5) อาจใช้การรักษาทางเลือกต่าง ๆ เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนตะวันออก การฝังเข็ม สมุนไพร
3. มีกิจกรรมเผยแพร่ ให้ความรู้เรื่องโทษของบุหรี่ ในพื้นที่รับผิดชอบ

ผลงานตามข้อตกลง

ส่งข้อมูลผลการให้บริการผู้อดบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่ (ข้อมูลตั้งแต่ มกราคม 2553 – มิถุนายน 2553) ให้ สปสช. ผ่าน สนง.เขต ภายในเดือนกรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

1. เมื่อหน่วยบริการได้รับการคัดเลือก จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยละ 30,000 บาท
2. การอบรมด้านการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ โดยหน่วยบริการ ส่งบุคลากรผู้ให้บริการการปรึกษา ได้แก่ แพทย์/พยาบาล และบุคลากรอื่นรวมจำนวน 3 คน เข้ารับการอบรมที่ สปสช.กำหนด (เบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง ค่าที่พัก จากต้นสังกัด)

การบริหารจัดการ

- 1.1. สนง.เขตประสานหน่วยบริการที่ต้องการเข้าร่วมโครงการ
- 1.2. หน่วยบริการเป้าหมายส่งหนังสือแสดงความจำนงกับ สนง.เขต
- 1.3. สนง.เขต แจ้งจำนวน รายชื่อหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ มายัง สปค.
- 1.4. หน่วยบริการส่งบุคลากรผู้ให้บริการการปรึกษา ได้แก่ แพทย์/พยาบาล และบุคลากรอื่นรวมจำนวน 3 คน เข้ารับการอบรมที่ สปสช.กำหนด
- 1.5. หน่วยบริการจัดบริการ ตามข้อตกลงภายหลังจากลงนาม
- 1.6. หน่วยบริการ ส่งรายงานผลการดำเนินงาน ตามข้อตกลง มายัง สปสช. โดยผ่าน สนง.เขต



tobacco.pdf

เอกสารเพิ่มเติม

CPG_Tobacco

3.3 บริการส่งเสริมพัฒนาการ และให้บริการการปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า (delayed development)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า (ในที่นี้หมายถึง เด็กอายุ 0-6 ปี ที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า/ออทิสติก/สมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD) / บกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disorders : LD) ฯลฯ) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการ (โดยพ่อแม่/ผู้ดูแล และ บุคลากรที่มีความสามารถ)
2. เพื่อให้มีบุคลากรที่มีความสามารถ ทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาการ และให้บริการการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม / ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ในหน่วยบริการประจำ

เป้าหมาย

หน่วยบริการเดียวกับ ข้อ 2.3

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

หน่วยบริการเดียวกับ ข้อ 2.3

กิจกรรมการบริการ และกิจกรรมการจัดการ

ดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ 2.3

ผลงานตามข้อตกลง

รายงานต้นทุนการให้บริการของกิจกรรมบริการแต่ละกิจกรรม และต้นทุนการให้บริการของแต่ละกรณี (ตามรูปแบบที่กำหนด) ส่งสปสช. ผ่าน สนง.เขต ภายในเดือนกรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

หน่วยบริการที่ได้รับการคัดเลือก จะได้งบประมาณ ontop ให้หน่วยละ 30,000 บาท

3.4 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง(palliative care) ที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละหน่วยบริการ

เป้าหมาย โรงพยาบาล UC ทุกระดับ จำนวน 13 หน่วยบริการ (เขตละ 1 หน่วยบริการ)

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประสานงาน ให้คำปรึกษา จัดทำรายงานผลการดำเนินงานโครงการ
3. มีความสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการตามข้อตกลง

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. จัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม หมายถึง การดูแลรักษาที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การสูญเสีย ความเศร้าโศก ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ
2. ให้การรักษาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ โดยเฉพาะอาการเจ็บปวด (pain Management)
3. อาจจัดบริการการแพทย์ทางเลือก ร่วมด้วย เช่น การรักษาด้วยสมุนไพร การนวดสมาธิ โยคะ ฟังซีม เป็นต้น
4. จัดบริการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย
5. มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นรายกรณีเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
6. เตรียมความพร้อมหน่วยบริการปลายทาง ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านและการรักษาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ โดยเฉพาะอาการเจ็บปวด (pain Management)
7. จัดบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผลงานตามข้อตกลง

1. ส่งแผนงาน/โครงการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ดำเนินการการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามกิจกรรมที่กำหนด
3. รายงานผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้ายมายัง สปสช.เขต ภายใน เดือนกรกฎาคม 2553
 1. รายงานรูปแบบบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
 2. รายงานต้นทุนการให้บริการตามข้อ 1 ตามแบบรายงานที่กำหนด

การสนับสนุน

เมื่อหน่วยบริการได้รับการคัดเลือก จัดงบประมาณ ontop 350,000 บาท

การบริหารจัดการ

1. สำนักงานเขตประสานหน่วยบริการที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ
2. หน่วยบริการเป้าหมายส่งหนังสือแสดงความจำนงกับสนง.เขต
3. สนง.เขตแจ้ง จำนวน รายชื่อ CUP เป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการให้สพค.
4. หน่วยบริการจัดบริการตามข้อตกลง หลังจากลงนาม
5. หน่วยบริการต้องสามารถให้บริการ ไม่เกินเดือนมกราคม 2553 เป็นอย่างช้า
6. หน่วยบริการรายงานผลการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามรูปแบบที่กำหนด ส่ง สปสช. ผ่าน สปสช.เขต

**รายชื่อหน่วยบริการที่เสนอดำเนินการตามเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพ
หน่วยบริการประจำ / ปฐมภูมิ**

เขต

	จำนวน (แห่ง)	รายชื่อหน่วยบริการ
1. ระบบคุณภาพบริการ ปฐมภูมิ		
2.1 บริการเภสัชกรรมใน ชุมชนโดยเภสัชกร		
2.2 ทันตสาธารณสุขใน ชุมชนโดยทันตบุคลากร		
2.3 บริการปรึกษาเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม + 3.3 delay development		
3.1 Easy asthma clinic		
3.2 คลินิกอดบุหรี่		
3.4 palliative care		
3.5 โรคอื่น ๆ ในพื้นที่		

หมายเหตุ

1. สพค. แจ้งวงเงินรายเขตตามจำนวนเป้าหมายให้สบก.ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2552 เพื่อโอนเงินให้สนง.เขต
2. การทำหนังสือแสดงความจำนง ต้องให้แล้วเสร็จภายใน ธันวาคม 2552
3. เงื่อนไข การแบ่งงวด การโอนเงิน ให้เป็นไปตามดุลยพินิจของสนง.เขต

เกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ(ระดับโรงพยาบาล)

วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้น สนับสนุน ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เกิดเป็น Good Practices และขยายแนวคิดสู่หน่วยบริการอื่น เพื่อให้สามารถยกระดับพัฒนาคุณภาพในขั้นที่สูงขึ้น และเกิดเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพบริการขึ้น

แบ่งกลุ่มเป้าหมายในการสนับสนุนกิจกรรมตามระดับการพัฒนาของกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

กลุ่ม 1 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ซึ่งได้รับการรับรองคุณภาพ HA แล้ว

กลุ่ม 2 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพ พร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ ในขั้นที่ 2 และ HA ภายในเดือนธันวาคม 2553

กลุ่ม 3 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่กำลังพัฒนาคุณภาพบริการ

โดยแต่ละกลุ่มจะได้รับการสนับสนุนกิจกรรมที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

เงื่อนไขกิจกรรมเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพระดับโรงพยาบาล	
กลุ่ม 1	รพ.ที่ได้รับการรับรอง HA
1.1	สนับสนุนการพัฒนาต่อเนื่องด้วยการพัฒนา Clinical Good Practice
กลุ่ม 2	รพ.ที่ได้รับการรับรองขั้น 2 และมีความพร้อมพัฒนาให้ได้รับการรับรอง HA หรือ รพ.ที่ได้รับการรับรองขั้น 1 และมีความพร้อมพัฒนาให้ได้รับการรับรองขั้น 2 ภายในธ.ค.53
	สนับสนุนรพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยระบบที่เลี้ยง (Node Manager)
2.2	สนับสนุนรพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยตนเอง
2.3	สนับสนุนรพ. ที่พร้อมรับรองคุณภาพ HA ภายในกรกฎาคม 2553
2.4	สนับสนุนรพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพขั้น 2 ภายใน ธันวาคม 2553
กลุ่ม 3	รพ. กำลังพัฒนา
3.1	สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วยคะแนนคุณภาพ (HA Scoring)
3.2	สนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วย QRT จังหวัด โดย สรพ.
3.3	สนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วยเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด โดย สปสช.เขต(ไม่ซ้ำกับข้อ 2.1 และข้อ 3.2)

กลุ่ม 1 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ซึ่งได้รับการรับรองคุณภาพ HA แล้ว

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมการพัฒนา Clinical Good Practice ส่งเสริมให้เกิดการบำรุงรักษากระบวนการพัฒนาคุณภาพในรพ. ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ HA แล้ว ให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืน (Sustainable Development) และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง รพ. ต่างๆ

เป้าหมาย จำนวน 184 โรงพยาบาล

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม¹

โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ HA แล้ว และโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ HA แต่หมดอายุการรับรองน้อยกว่า หรือ เท่ากับ 1 ปี (รพ.ที่หมดอายุการรับรอง HA หลังเดือนพฤศจิกายน 2551)

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

รพ.ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ HA มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพ Good Practice โดยมี

1. พัฒนาคุณภาพทางด้านคลินิก ด้วยกระบวนการ CQI หรือ R2R อย่างน้อย รพ.ละ 2 เรื่อง โดยการดำเนินการนั้นต้องสามารถวัดผลลัพธ์การพัฒนาที่ชัดเจน และสะท้อนถึง
 - Clinical Outcome หรือ Health Outcome
 - สามารถตอบสนองปัญหาของพื้นที่ หรือ
 - โรคที่เป็น Tracer ได้แก่ DM, HT, Stroke, Asthma, STEMI, CA Cervix หรือ MCH
 - เกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพ
2. สรุปการดำเนินการ ผลลัพธ์ที่ได้ พร้อมทั้งส่งผลงานเข้ารับการพิจารณาคัดเลือกเพื่อนำเสนอในการประชุม HA Forum ครั้งที่ 11 (9 – 12 มีนาคม 53) อย่างน้อย รพ.ละ 2 เรื่อง
3. นำเสนอ แนวคิด ผลงานการดำเนินงาน ในการประชุม HA Forum ครั้งที่ 11 ตามรูปแบบการนำเสนอในห้องประชุม หรือโปสเตอร์นิทรรศการตามที่ สรพ.กำหนด หากผลงานที่เสนอในข้อ 2 ได้ รับการคัดเลือก

ผลงานตามข้อตกลง

1. ผลงาน Good Practice อย่างน้อย รพ.ละ 2 เรื่อง ที่ส่งให้ สรพ.พิจารณาคัดเลือก พร้อมทั้งหนังสือแสดงความจำนงในการเสนอผลงาน Good Practice ของโรงพยาบาล (ส่งภายใน ธันวาคม 2552) เพื่อพิจารณาคัดเลือกให้นำเสนอในการประชุม HA Forum ครั้งที่ 11

การสนับสนุน

จัดงบประมาณ ontop หน่วยบริการละ 50,000 บาท

¹ ใช้ข้อมูลสถานการณรับรองคุณภาพ HA จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ณ 15 ก.ย. 2552

กลุ่ม 2 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพ พร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพในขั้นที่สูงขึ้น ภายในเดือนธันวาคม 2553

ในกลุ่มที่ 2 นี้ แบ่งการดำเนินการออกเป็น 4 กลุ่มย่อย ตามความพร้อมของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (รพ.) ดังนี้

- รพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยระบบพีเล็ยง (Node Manager)
- รพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยตนเอง
- รพ. ที่พร้อมรับรองคุณภาพ HA ภายในกรกฎาคม 2553
- รพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพขั้น 2

2.1 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยระบบพีเล็ยง (Node Manager)

วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนให้ รพ. ที่มีศักยภาพ ความพร้อมสามารถพัฒนาเข้าสู่การรับรองคุณภาพ HA ภายใน ธันวาคม 2553

เป้าหมาย จำนวน 30 โรงพยาบาล

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพที่ **ยังไม่เคยได้รับการรับรอง HA**
2. มีศักยภาพ มีความพร้อม ผู้นำองค์กรส่งเสริม ให้พันธสัญญาว่าจะดำเนินการให้ รพ. เข้าสู่การรับรองคุณภาพ HA² ได้ ภายในธันวาคม 2553
3. ได้รับการคัดเลือกจาก รพ.พีเล็ยง (Node Manager) จำนวน 7 Node เพื่อเร่งพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพ HA ภายในธันวาคม 2553

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาล ด้วยระบบพีเล็ยง
2. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ จนพร้อมเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ HA อย่างช้าภายใน ตุลาคม 53
3. ยื่นความจำนง ขอรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองจาก สรพ. อย่างช้าภายในตุลาคม 53
4. รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ HA จาก สรพ. ภายในธันวาคม 53

² การรับรองคุณภาพ HA ครั้งแรก

ผลงานตามข้อตกลง

โรงพยาบาลได้รับการรับรอง HA จาก สรพ. ภายในธันวาคม 53

การสนับสนุน

1. จัดงบประมาณให้หน่วยบริการที่เป็นพี่เลี้ยง (Node Manager) และสาธารณสุขจังหวัด
 - 1.1 จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยบริการที่เป็นพี่เลี้ยง (Node Manager) และสาธารณสุขจังหวัด Node ละ 150,000 บาท
 - 1.2 จัดผ่านสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เพื่อใช้จ่ายเป็น
 - ค่าอบรม How to สำหรับ รพ.ที่พร้อมพัฒนาสู่ HA ในระบบพี่เลี้ยง Node ละ 6 md ๗ ละ 15,000 บ. เป็นเงิน 90,000 บ.
 - ค่าที่ปรึกษา สรพ. ประจำ Node ๗ ละ 5 md ๗ ละ 15,000 บ. เป็นเงิน 75,000 บ.
2. จัดงบประมาณให้รพ.ดำเนินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยระบบพี่เลี้ยง
 - 2.1 จัดผ่านโรงพยาบาลพี่เลี้ยง (Node Manager) ให้เป็นผู้ดำเนินการเรื่องการเบิกจ่ายแก่ทีมพี่เลี้ยงทั้งหมด โรงพยาบาล ละ 400,000 บาท
 - 2.2 จัดผ่านสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เพื่อใช้จ่ายเป็น
 - ค่าเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม (ICV) เฉลี่ย รพ.ละ 3 md ๗ ละ 15,000 บ. เป็นเงิน 45,000 บ.
 - ค่าเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินรับรอง HA (Accreditation) เฉลี่ย รพ.ละ 8 md ๗ ละ 15,000 บ. เป็นเงิน 120,000 บ.

การบริหารจัดการ

โรงพยาบาลพี่เลี้ยง Node Manager

1. จัดทำแผนงาน โครงการพัฒนาโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง เสนอ สปสช.เขต ภายใน พฤศจิกายน 52 เพื่อจัดทำบันทึกข้อตกลงดำเนินการร่วมกัน
2. จัดเตรียมผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาแก่ รพ.ภายใน Node
3. บริหารจัดการร่วมกับ สสจ. ให้มีการส่งเสริมการพัฒนา ให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแก่โรงพยาบาลในความรับผิดชอบ ตามแผนงานที่กำหนด โดยจัดทำเป็นบันทึกข้อตกลงร่วมระหว่าง สปสช.เขต สสจ. รพ.พี่เลี้ยง (Node Manager) และ รพ.ที่จะพัฒนาสู่ HA
4. บริหารจัดการงบประมาณของโรงพยาบาลที่จะพัฒนาสู่ HA ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น เบี้ยเลี้ยงของทีมพี่เลี้ยง (กำหนดอัตราส่วนค่าตอบแทนของพี่เลี้ยง : ต้นสังกัดของพี่เลี้ยง = 60 : 40) ค่าจัดประชุมโรงพยาบาลในความรับผิดชอบ เป็นต้น

5. ประสานที่ปรึกษาประจำ Node จาก สรพ.เข้าเยี่ยมให้คำแนะนำในการดำเนินงานของ Node และ รพ.ภายใน Node
6. ดำเนินการตามบันทึกข้อตกลงที่จัดทำไว้
7. รายงานผลการดำเนินงาน และความก้าวหน้าของ Node แก่ สปสช.เขต ทุก 4 เดือน หรือตามที่ สปสช.เขตกำหนด โดยให้สอดคล้องกับการรายงานผลให้สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ ทราบ
8. สรุปรวบรวม ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ รวมทั้งการจัดการความรู้ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนา รพ.ด้วยระบบพี่เลี้ยง ให้ สปสช. ทราบ (กำหนดเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกข้อตกลงด้วย)
9. ตัวชี้วัดการดำเนินงานของ รพ.พี่เลี้ยง (Node Manager) คือ รพ.ในระบบพี่เลี้ยง ผ่านการรับรอง HA อย่างน้อยร้อยละ 70 ของเป้าหมายแต่ละ Node

โรงพยาบาลที่จะพัฒนาและรับรอง HA ด้วยระบบพี่เลี้ยง

1. ร่วมลงนามในบันทึกข้อตกลงดำเนินการ โดยลงนามร่วมระหว่าง สปสช.เขต สสจ. รพ.พี่เลี้ยง (Node Manager) และ รพ.ที่จะพัฒนาสู่ HA
2. เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพด้วยระบบพี่เลี้ยงตามที่แต่ละ Node กำหนด
3. ดำเนินกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ให้พร้อมรับการเยี่ยม ICV และ Accreditation จาก สรพ. ภายในตุลาคม 2553
4. ประสาน แจ้ง สรพ. ให้ทราบว่า รพ. พร้อมรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ อย่างช้า ภายในตุลาคม 2553
5. รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ HA (Accreditation)จากสรพ.อย่างช้าภายในธันวาคม 2553

2.2 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (รพ.) ที่มีศักยภาพพร้อมและสามารถพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพ HA ภายในธันวาคม 2553

เป้าหมาย จำนวน 20 โรงพยาบาล

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการรับการส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพที่ **ยังไม่เคยได้รับการรับรอง HA**
2. มีศักยภาพ มีความพร้อม ผู้นำองค์กรส่งเสริม ให้พันธสัญญาว่าจะดำเนินการให้ รพ.เข้าสู่การรับรองคุณภาพ HA³ ได้ ภายในธันวาคม 2553

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาล
2. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ จนพร้อมเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ HA อย่างช้าภายใน ตุลาคม 2553
3. ยื่นความจำนง ขอรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองจาก สรพ.อย่างช้าภายในตุลาคม 2553 เพื่อให้สามารถรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ HA จาก สรพ. ภายในธันวาคม 2553

ผลงานตามข้อตกลง

โรงพยาบาลได้รับการรับรอง HA จาก สรพ. ภายในธันวาคม 2553

การสนับสนุน

1. จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยบริการ รพ.ละ 400,000 บาท
2. จัดผ่านสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เพื่อใช้จ่ายเป็น
 - ค่าเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม (ICV) เฉลี่ย รพ.ละ 3 manday ulyละ 15,000 บ. เป็นเงิน 45,000 บ.
 - ค่าเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินรับรอง HA (Accreditation) เฉลี่ย รพ.ละ 8 manday uly ละ 15,000 บ. เป็นเงิน 120,000 บ.

³ การรับรองคุณภาพ HA ครั้งแรก

การบริหารจัดการ

1. รพ.จัดทำแผนงานพัฒนาและรับรอง HA เสนอ สปสช.เขต ภายใน 15 พฤศจิกายน 2552 เพื่อประกอบการพิจารณาจัดสรรงบประมาณ
2. ลงนามในบันทึกข้อตกลงร่วม ระหว่าง สปสช.เขต และ รพ.ที่จะพัฒนาและรับรอง HA ด้วยตนเอง
3. ดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาล ตามข้อตกลง ให้พร้อมรับการเยี่ยมเพื่อรับรอง HA
4. ประสานให้ สรพ.เข้าเยี่ยม รพ. อย่างช้าภายในตุลาคม 2553
5. รับการเยี่ยมเพื่อรับรองคุณภาพ HA จาก สรพ.ภายในธันวาคม 2553

2.3 โรงพยาบาลที่พร้อมรับรองคุณภาพ HA ภายในกรกฎาคม 2553

วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนให้ โรงพยาบาลที่มีความพร้อมรับรองคุณภาพ HA ภายในปี 2553 ได้รับการรับรองคุณภาพ HA ภายในกรกฎาคม 2553

เป้าหมาย จำนวน 20 โรงพยาบาล

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพที่ **ยังไม่เคยได้รับการรับรอง HA**
2. มีศักยภาพ มีความพร้อม ผู้นำองค์กรส่งเสริม ให้พันธสัญญาว่าจะดำเนินการให้ รพ.เข้าสูการรับรองคุณภาพ HA⁴ ได้ ภายในกรกฎาคม 2553
3. เป็นรพ.ที่สรรพ.กำหนดวันเข้าเยี่ยมรับรองในช่วงพฤศจิกายน 2552-มกราคม 2553 แล้ว หรือ
4. รพ.ที่แจ้งความประสงค์เพื่อขอรับรองภายในมีนาคม 2553

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาล
2. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ จนพร้อมเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ HA
3. ยื่นความจำนง ขอรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองจาก สรพ.อย่างช้าภายในมีนาคม 2553
4. รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ HA จาก สรพ. ภายในกรกฎาคม 2553

ผลงานตามข้อตกลง

โรงพยาบาลได้รับการรับรอง HA จาก สรพ. ภายในกรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

จัดผ่านสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เพื่อให้จ่ายเป็น

- ค่าเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินรับรอง HA (Accreditation) เฉลี่ย รพ.ละ 8 manday ๗ ละ 15,000 บ. เป็นเงิน 120,000 บ. (สรพ. จะบริหารจัดการภาระงานที่จะต้องใช้งบโดยไม่มีกรเรียกเก็บค่าเยี่ยมเพื่อการรับรองสำรวจ HA (Accreditation HA) จาก รพ.เพิ่มอีก)

การบริหารจัดการ

1. หน่วยบริการแจ้งความประสงค์ขอรับการสนับสนุนการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ HA แก่ สปสช.เขต
2. เมื่อได้รับการตอบรับว่าเป็น รพ.เป้าหมาย จาก สปสช.เขต ให้ยื่นความประสงค์ขอรับการเยี่ยมสำรวจ จาก สรพ.

⁴ การรับรองคุณภาพ HA ครั้งแรก

2.4 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพชั้น 2 ภายในธันวาคม 2553

วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนให้ โรงพยาบาล ที่มีศักยภาพ มีความพร้อม สามารถพัฒนาคุณภาพบริการและได้รับการรับรองชั้น 2 ภายในธันวาคม 2553

เป้าหมาย จำนวน 20 โรงพยาบาล

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการรับการส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพที่ **ยังไม่เคยได้รับการรับรอง ชั้น 2**
2. มีศักยภาพ มีความพร้อม ผู้นำองค์กรส่งเสริม ให้พันธสัญญาว่าจะดำเนินการให้ รพ.เข้าสู่การรับรองชั้น 2 ได้ ภายในธันวาคม 2553

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพและการจัดการกับความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล
2. รับการประเมินระดับคะแนนคุณภาพจากสรพ. อย่างช้าภายในมิถุนายน 2553 หรือตามที่ สรพ. กำหนดผลงานตามข้อตกลง

ผลงานตามข้อตกลง

โรงพยาบาลได้รับการรับรองชั้น 2 จาก สรพ. ภายในธันวาคม 2553

การสนับสนุน

จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยบริการละ 100,000 บาท

การบริหารจัดการ

1. หน่วยบริการแจ้งความประสงค์ขอรับการสนับสนุนพร้อมจัดทำแผนงาน โครงการพัฒนาโรงพยาบาลสู่การรับรองชั้น 2 เสนอ สปสช.เขต
2. เมื่อได้รับการตอบรับว่าเป็น รพ.เป้าหมาย จาก สปสช.เขต แล้วร่วมลงนามในบันทึกข้อตกลงดำเนินการ
3. ดำเนินกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ และการจัดการความเสี่ยงใน รพ.
4. รับการประเมินระดับคะแนนคุณภาพจาก สรพ. อย่างช้าภายในมิถุนายน 2553 หรือตามที่ สรพ. กำหนด

กลุ่ม 3 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพบริการ

ดำเนินการใน 2 กิจกรรม ได้แก่

- 3.1 การประเมินระดับคะแนนคุณภาพ (HA Scoring)
- 3.2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วย QRT จังหวัด โดย สรพ.
- 3.3 การเสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วยเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด เช่น เครือข่าย QRT เครือข่ายจังหวัด เครือข่ายวิชาชีพ โดย สปสช.เขต

3.1 การประเมินระดับคะแนนคุณภาพ (HA Scoring)

วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้น ส่งเสริมให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (รพ.) ที่อยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพบริการ มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รับรู้ประเด็นที่จะต้องเร่งพัฒนาสู่การรับรอง HA

กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 961 โรงพยาบาล

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งหมด

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. เตรียมการรับการตรวจประเมินระดับคะแนนคุณภาพโรงพยาบาล โดย สรพ.
2. หน่วยบริการรับประเมินระดับคะแนนคุณภาพ ตามกำหนดวันประเมินคะแนน ที่ สรพ.แจ้ง

ผลงานตามข้อตกลง

ระดับคะแนนคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพทุกแห่ง ภายในเดือนกรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

1. จัดผ่านสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เป็นเงินจำนวน 21,000,000 บาท⁵ โดยทำเป็นบันทึกข้อตกลงให้ สรพ. เป็นผู้ดำเนินการ (รพ.ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการประเมินระดับคะแนน)

การบริหารจัดการ

1. สรพ.แจ้ง (ก่อนวันเข้าเยี่ยม) ทั้งนี้ ภายใน 30 มิถุนายน 53
2. หน่วยบริการรับการประเมินระดับคะแนนคุณภาพ จาก สรพ. ตามกำหนด
3. รับทราบสรุปผลคะแนนคุณภาพ จาก สรพ.

⁵ งบประมาณรายปีงบประมาณจากจำนวน รพ. และภาระงานตามขนาดเตียงของ รพ.

3.2 เสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.ด้วยเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้เครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด เพิ่มศักยภาพและมีความเข้มแข็งในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ รพ.ในพท.
2. รพ. ภายในเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด สามารถพัฒนาเข้าสู่การรับรอง HA ได้

คุณสมบัติหน่วยที่เข้าร่วม

สปสช. เขต คัดเลือกเครือข่ายคุณภาพ QRTจังหวัด ให้ สรพ.ดำเนินการ เขตละ 1 จังหวัด รวม 12 จังหวัด ทั้งนี้ต้องไม่ซ้ำกับจังหวัดที่ สปสช.เขตดำเนินการเอง และจังหวัดที่มีการพัฒนาแบบระบบที่เลี้ยง

ผลงานตามข้อตกลง

1. รพ. ภายในเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด QRT สามารถพัฒนาเข้าสู่การรับรองคุณภาพ HA ได้ภายในธันวาคม 2553 อย่างน้อย 1 แห่ง
2. เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัดสามารถเป็นพี่เลี้ยง กระตุ้น ส่งเสริมให้ รพ.ในพื้นที่ได้รับการรับรองในชั้นต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น หรือมีระดับคะแนนการพัฒนาคุณภาพรายหน่วยบริการเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 65 ของหน่วยบริการในพื้นที่

การสนับสนุนจาก สปสช.

สปสช. ให้การสนับสนุนเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด จังหวัดละ 420,000 บาท

การดำเนินงาน

สปสช.เขต พิจารณาคัดเลือกเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด(QRT) ให้สรพ.ดำเนินการ โดยสพค. จัดทำข้อตกลงดำเนินงาน กับ สรพ. และจัดสรรงบประมาณการดำเนินการภายใน 15 พฤศจิกายน 2552

3.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.ด้วยเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัดโดย สปสช.เขต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้เครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด เพิ่มศักยภาพและมีความเข้มแข็งในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ รพ.ในพท.
2. รพ. ภายในเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด สามารถพัฒนาเข้าสู่การรับรอง HA ได้

คุณสมบัติหน่วยที่เข้าร่วม

เครือข่ายคุณภาพของจังหวัด เช่น เครือข่ายQRT เครือข่ายรพ.ระดับจังหวัด เครือข่ายวิชาชีพ เป็นต้น

ผลงานตามข้อตกลง

1. รพ. ภายในเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด QRT สามารถพัฒนาเข้าสู่การรับรองคุณภาพ HA ได้ภายในธันวาคม 2553 อย่างน้อย 1 แห่ง
2. เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัดสามารถเป็นที่เลี้ยง กระตุ้น ส่งเสริมให้ รพ.ในพื้นที่ได้รับการรับรองในชั้นต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น หรือมีระดับคะแนนการพัฒนาคุณภาพรายหน่วยบริการเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 65 ของหน่วยบริการในพื้นที่

การสนับสนุนจาก สปสช.

สปสช. ให้การสนับสนุนเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด จังหวัดละ 420,000 บาท

การดำเนินงาน

1. สปสช.เขตพิจารณาคัดเลือกเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัดที่จะดำเนินการ โดยประสานความร่วมมือในพื้นที่ จัดทำแผนงานโครงการพัฒนาเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด
2. เมื่อได้รับการพิจารณาให้ดำเนินการเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด ให้จัดทำบันทึกข้อตกลงดำเนินงานเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายในธันวาคม 2552
3. ติดตาม กำกับ การดำเนินงานของเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด ตามแผนการดำเนินงาน และบันทึกข้อตกลงที่จัดทำไว้

11. การสรุปคะแนนการประเมิน และ การคำนวณงบประมาณ

1) หน่วยบริการประจำ

1. คำนวณวงเงินที่จัดสรรในแต่ละเกณฑ์ ตามสัดส่วนน้ำหนักที่เขตกำหนด (ตัวอย่าง 1)
2. ประมวลผลตามเกณฑ์คุณภาพทุกข้อ ตามสูตรที่กำหนด คำนวณออกมาเป็นคะแนนของหน่วยประจำ (ตัวอย่าง 2)
3. คำนวณอัตราการจัดสรร (บาทต่อประชากร) ตามผลคะแนนคุณภาพแต่ละเกณฑ์รายหน่วยบริการประจำ (ตัวอย่าง 3)
4. คำนวณจำนวนเงินที่จัดสรรให้หน่วยบริการประจำ ในแต่ละเกณฑ์ จากจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนคู่กับอัตราการจัดสรร (บาทต่อประชากร) รายเกณฑ์ ที่คำนวณไว้แล้วในข้อ 3 ทั้งนี้ปรับให้อยู่ภายในวงเงิน ทั้งวงเงินรายเกณฑ์ และวงเงินรวมของเขต (ตัวอย่าง 3)

ตัวอย่าง 1 การกำหนดวงเงินที่จัดสรรในแต่ละเกณฑ์ ตามสัดส่วนน้ำหนักที่เขตกำหนด

เกณฑ์คุณภาพ	น้ำหนัก (%)	อัตรา บาท ต่อ ปชก	วงเงิน = บาทต่อปชก X ปชก UCเขต
เกณฑ์ 1	22%	4	
เกณฑ์ 2	15%	2.7	
เกณฑ์ 3	10%	1.8	...
เกณฑ์ ..	...	...	...
เกณฑ์ ..	...	...	...
รวม	100%	18	18 X popUC

ตัวอย่าง 2 การคำนวณคะแนนหน่วยบริการประจำ รายเกณฑ์คุณภาพ

รายชื่อ หน่วยบริการประจำ	คะแนนจากการประเมินรายเกณฑ์คุณภาพ								
	เกณฑ์ 1	เกณฑ์ 2	เกณฑ์ 3	เกณฑ์ 4	เกณฑ์ 5	...			
หน่วยประจำ 1	5	...	...	...	...	...	...	...	...
หน่วยประจำ 2	3	...	...	...	...	...	...	...	...
หน่วยประจำ 3	2	...	...	...	...	...	...	...	...
หน่วยประจำ 4	...	...	...	...	...	...	...	...	...
หน่วยประจำ 5	...	...	...	...	...	...	...	...	...
คะแนนเฉลี่ยระดับ เขต	3	...	...	...	...	...	...	...	...

ตัวอย่าง 3 การคำนวณเงินที่ได้รับจัดสรร ให้หน่วยบริการประจำ รายเกณฑ์คุณภาพ

เขต	คะแนนที่ได้ เกณฑ์ 1	คะแนนเฉลี่ย ระดับเขต เกณฑ์ 1	อัตรา บาท : ปชก	ประชากรUC	งบที่จะได้รับ **
หน่วยประจำ 1	5	3	5	150,000	750,000
หน่วยประจำ 2	3		4	100,000	400,000
หน่วยประจำ 3	2		3	90,000	270,000

** ทั้งนี้ต้องนำมาปรับให้งบรวมทุกหน่วยอยู่ในวงเงินเขต

2) หน่วยบริการรับส่งต่อ

1. คำนวณวงเงินที่จัดสรรในแต่ละเกณฑ์ ตามสัดส่วนน้ำหนักที่เขตกำหนด
 2. ประมวลผลตามเกณฑ์คุณภาพทุกข้อ ตามสูตรที่กำหนด คำนวณออกมาเป็นคะแนนรายหน่วยบริการรับส่งต่อ
 3. คำนวณอัตราการจัดสรร (บาทต่อประชากร) ตามผลคะแนนคุณภาพแต่ละเกณฑ์ รายหน่วยบริการรับส่งต่อ
 4. คำนวณจำนวนเงินที่จัดสรรให้หน่วยบริการรับส่งต่อ ในแต่ละเกณฑ์ จากจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน คูณกับอัตราการจัดสรร (บาทต่อประชากร) รายเกณฑ์ ที่คำนวณไว้แล้วในข้อ 3 ทั้งนี้ปรับให้อยู่ภายในวงเงิน ทั้งวงเงินรายเกณฑ์ และวงเงินรวมของเขต
- วิธีการคล้ายดังตัวอย่างที่ 1-3