



## คำข่าว

การบริหารจัดการงบประมาณเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ (Quality and Outcomes Framework : QOF) เป็นการใช้กลไกทางการเงิน เพื่อสร้างแรงจูงใจเสริม (On top pay for performance) ด้วยการวัดคุณภาพออกมาเป็นคะแนน ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ระบบบริการปฐมภูมิ ไปสู่การยกระดับความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ จึงเป็นเครื่องมือที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาการให้บริการให้มีความครอบคลุม ตามมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

ในปีงบประมาณ 2560 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้กำหนดตัวชี้วัด QOF ระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งหมด 10 ตัวชี้วัด โดยเป็นตัวชี้วัดกลางระดับประเทศที่กำหนดให้ ทุกเขตทั่วประเทศ ดำเนินงาน จำนวน 6 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดระดับพื้นที่ จำนวน 4 ตัวชี้วัด ซึ่งเน้นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญต่อคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชนและช่วยแก้ไขปัญหา ในระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวมไปถึงเป็นตัวชี้วัดที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 นอกจากนี้ ในปีงบประมาณ 2560 ยังมีตัวชี้วัด ที่ได้รับการสนับสนุนการให้บริการ จากงบบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง จำนวน 2 ตัวชี้วัด ซึ่งผ่านการพิจารณา จากที่ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และได้รับความเห็นชอบ จากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

โอกาสนี้ สำนักงานฯ ขอขอบคุณ พ.ญ.วารุณี จินารัตน์ ประธานคณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และคณะทำงานฯ ทุกท่าน ที่สละเวลา ในการพิจารณา กำหนดกรอบแนวทาง และหลักเกณฑ์ตัวชี้วัด QOF และตัวชี้วัด การให้บริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง ในระดับพื้นที่ กรุงเทพมหานคร สำนักงานฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า การจัดสรรเงิน ตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (QOF) และการบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง จะเป็นกลไก ที่จะช่วยผลักดันหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นพันธมิตรหลักที่สำคัญในการให้บริการแก่ประชาชน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับ และเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม

นายแพทย์วีระพันธ์ ลิธนะกุล

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ธันวาคม 2559

## สารบัญ

	หน้า
แนวคิดการบริหารงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ	1
การบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2560	2
ตัวชี้วัด ค่าคะแนน และน้ำหนักในการบริหารงบฯ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร	4
แนวทางการประเมินตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการฯ ปีงบประมาณ 2560	
➤ ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ภายใน 12 สัปดาห์	5
➤ ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรี อายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	6
➤ ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละผู้ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยเป็นเบาหวาน	7
➤ ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละผู้ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูง	9
➤ ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก	11
➤ ตัวชี้วัดที่ 6 การลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาล ด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการ ผู้ป่วยนอกในโรคลมชัก ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทีด เบาหวาน และความดันโลหิตสูง	15
➤ ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	17
➤ ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี รายใหม่	18
➤ ตัวชี้วัดที่ 9 การให้บริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือมีสมรรถนะด้าน เวชศาสตร์ครอบครัว และ เกสซักรปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ	19
➤ ตัวชี้วัดที่ 10 มีระบบการพัฒนาบริการปฐมภูมิ โดยรูปแบบ Primary Care Trust	20
แนวทางการบริหารงบบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	21
➤ ตัวชี้วัดที่ 1 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c	23
➤ ตัวชี้วัดที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c น้อยกว่า 7 %	24
คณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2560	25

## บทวนคิด

### การบริหารจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ

#### Quality and Outcomes Frame work: QOF

๒๐๒๒

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

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

#### ที่มาแนวคิด/หลักการ P4P/QOF

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

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

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

## การบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2560

การจ่ายงบตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ เป็นการจ่ายเพื่อมุ่งหวังให้หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตระหนักถึงการพัฒนาการบริการให้บรรลุถึงคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนมั่นใจได้ว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายงบตามที่กำหนดในเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน
2. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข
3. เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของระบบข้อมูลสุขภาพในพื้นที่

### กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ

### ผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ

หน่วยบริการ มีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และประชาชนได้รับบริการตามมาตรฐาน และมีคุณภาพ

### กรอบการบริหารกองทุน

การบริหารจัดการการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ สำหรับหน่วยบริการปีงบประมาณ 2560 จากบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 10.00 บาท/ผู้มีสิทธิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเภทบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 10.00 บาท/ประชาชนไทยทุกคนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กลวิธีการดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการดำเนินงาน ดังนี้

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

## หลักเกณฑ์การจัดสรร

ในปีงบประมาณ 2560 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดชุดตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานในหน่วยบริการ เป็น 2 ส่วน คือ

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

## แนวทางการพิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัด ประกอบด้วย

1. เป็นตัวชี้วัดที่บูรณาการร่วมระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หนุนเสริมการพัฒนาบริการสาธารณสุขที่พึงได้รับและจำเป็น มีการดำเนินงานที่ชัดเจนและครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเน้นตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome indicator) มากกว่าตัวชี้วัดกระบวนการ (Process indicator)
2. วัดผลได้จากระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิม ได้แก่ OP/PP/IP Individual record ไม่เป็นภาระแก่หน่วยบริการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดเก็บข้อมูล ไม่ให้มีการจัดทำระบบจัดเก็บข้อมูลใหม่
3. สามารถสะท้อนมิติด้านคุณภาพบริการ/เชื่อมโยงทุกระดับบริการ (Primary care, Hospital care)
4. เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ได้แก่ กลุ่มโรคที่มีภาระโรคสูง (High burden) โรคที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) และโรคที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง (High cost) และสามารถคัดเลือกตัวชี้วัดที่สอดคล้องตามสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่
5. ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ไม่ซ้ำกับตัวชี้วัดผลลัพธ์บริการที่มีการใช้ในกองทุนโรคเรื้อรัง ไต และเอดส์
6. พิจารณาจากตัวชี้วัด Quality and Outcome Frame work: QOF ที่มีอยู่เดิมในปีงบประมาณ 2559 เป็นหลัก เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องกับปีงบประมาณที่ผ่านมา
7. พิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัด โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องและนักวิชาการ

## แนวทางการบริหารจัดการเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

1. วัดผลงานตาม Template ตัวชี้วัดกลาง และตัวชี้วัดพื้นที่ตามที่ สปสช. กำหนด
  2. ใช้ข้อมูลที่มีในระบบฐานข้อมูล ของ สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก เช่น ข้อมูลผู้ป่วยนอก ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล ข้อมูลขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ Data center ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ทั้งนี้ ข้อมูลผลงานบริการดังกล่าวต้องไม่ซ้ำซ้อนกัน และไม่มีการจัดทำระบบข้อมูลใหม่
  3. หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการ เป็นการจ่ายตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเป็นไปตามผลสัมฤทธิ์จากการประเมินผลงานคุณภาพบริการในแต่ละตัวชี้วัดที่กำหนด
  4. สปสช.เขต กำหนดแนวทางการจัดสรรเงิน กำหนดน้ำหนักคะแนน เกณฑ์การให้คะแนน และสัดส่วนงบประมาณที่จัดสรร โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง และผ่านความเห็นชอบของ อปสช
- ทั้งนี้ตัวชี้วัด ที่เป็นตัวชี้วัดต่อเนื่องจากปี 2559 จัดสรรโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการ ไตรมาส 3 - 4 ของปีงบประมาณ 2559 และผลงานบริการ ไตรมาส 1- 2 ของปีงบประมาณ 2560 สำหรับตัวชี้วัดใหม่ จัดสรรโดยใช้ข้อมูลผลงานบริการ ไตรมาส 1 - 2 ของปีงบประมาณ 2560

## ตัวชี้วัด ค่าคะแนน และน้ำหนักในการบริหารงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ (QOF)

เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2560

ลำดับ	ระดับ ตัวชี้วัด	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก คะแนน	ค่า คะแนน	หน่วยบริการ ที่เกี่ยวข้อง
1.	กลาง	ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	10	0 - 5	ประจำ/ปฐมภูมิ
2.	กลาง	ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรี อายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	10	0 - 5	ประจำ
3.	กลาง	ร้อยละผู้ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยเป็นเบาหวาน			
		3.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	5	0 - 5	ประจำ
		3.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัย เป็นเบาหวาน	5	0 - 5	ประจำ
4.	กลาง	ร้อยละผู้ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูง			
		4.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง	5	0 - 5	ประจำ
		4.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัย เป็นความดันโลหิตสูง	5	0 - 5	ประจำ
5.	กลาง	ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก			
		5.1 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)	5	0 - 5	ประจำ
		5.2 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบน (Upper Respiratory Tract Infection , URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน(Acute Bronchitis)	5	0 - 5	ประจำ
6.	กลาง	การลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาล ด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการ ผู้ป่วยนอก (ACSC : Ambulatory Care Sensitive Condition) ใน โรค ลมชัก(Epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD) หืด(Asthma) เบาหวาน(DM) และความดันโลหิตสูง(HT)	10	0 - 5	ประจำ
7.	พื้นที่	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	10	0 - 5	ประจำ/ปฐมภูมิ
8.	พื้นที่	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี รายใหม่	10	-	ประจำ
9.	พื้นที่	การให้บริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือมีสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ ครอบครัวและ เกสซักรปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ	15	0 - 5	ประจำ นอกรพ.
10.	พื้นที่	มีระบบการพัฒนาบริการปฐมภูมิ โดยรูปแบบ Primary Care Trust	15	-	ประจำ รพ.แม่ข่าย
			110		

หมายเหตุ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้ความเห็นชอบ ในการประชุมครั้งที่ 5/2559 เมื่อวันที่ 29 พ.ย. 59

แนวทางการประเมินตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2560

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์													
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินการได้รับการดูแลก่อนคลอดภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ												
คำนิยาม	หญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพที่ฝากครรภ์ครั้งแรกโดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน 12 สัปดาห์ ทั้งนี้ การฝากครรภ์ครั้งแรกประกอบด้วย 1. ประเมินการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง 2. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ความดันโลหิต 3. ตรวจร่างกายทั่วไป (ตรวจเสียงปอดและหัวใจ) 4. ตรวจปัสสาวะ (Multiple dipstick) เพื่อหา protein, sugar, asymptomatic bacteria 5. ตรวจภายใน (อาจเลื่อนไปตรวจในครั้งที่ 2 ของการฝากครรภ์) 6. ตรวจ Hemoglobin/Hematocrit/Osmolarity Fragility/DCIP (ทุกอายุครรภ์) และตรวจ VDRL, Anti HIV, blood group, Rh typing, HbsAg 7. ให้อาหาร Tetanus Toxoid ครั้งที่ 1 8. ให้อาหารเหล็ก และ/หรือ โฟลิก และ Iodine 9. ให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อฉุกเฉิน นับเฉพาะการฝากครรภ์ครั้งแรกของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น) โดยหญิงที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกของครรภ์นั้นในช่วงที่ให้บริการภายในวันที่ 1 เมษายน 2559 ถึง 31 มีนาคม 2560 (โดยตรวจสอบการฝากครรภ์ย้อนหลังไป 9 เดือนทุกรายของผู้รับบริการในช่วงที่กำหนด เพื่อตัดรายที่เคยมาในช่วง 9 เดือนย้อนหลังออกก่อน หากมี PID ซ้ำ ให้เลือก GRAVIDA ที่ไม่ซ้ำ) ให้นับเฉพาะวันที่บริการครั้งแรกใน min(DATE_SERV) และ min (GA) กรณีพบซ้ำให้เลือกหน่วยบริการแรกหน่วยบริการเดียวนับจำนวนคน จากเลขประจำตัว 13 หลัก ที่มี GA <= 12 wks และตัด PID error												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากโปรแกรม BPPDS												
วิธีจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม BPPDS.												
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนหญิงมีครรภ์ทุกรายในหน่วยบริการที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ที่ได้รับการบริการ ภายในวันที่ 1 เมษายน 2559 ถึง 31 มีนาคม 2560												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงมีครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมดที่ได้รับการบริการ ภายในวันที่ 1 เมษายน 2559 ถึง 31 มีนาคม 2560 ในหน่วยบริการทั้งหมด												
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง												
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ												
ผู้ประสานงาน	นางพรนวิ ทิมเกิด/นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรฯ 02-142-1012												
Baseline data	ผลการนิเทศ กสธ. ปี 2558 = 57.1% OP PP individual จาก QOF ปี 2558 = 45.81 จาก QOF กทม. ปี 2559 = 55.94 % ประเทศ = > 60 %												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>ไม่มีหญิงตั้งครรภ์ในความดูแล</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>&lt; 40 %</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>40 - &lt; 50 %</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>50 - &lt; 60 %</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>60 - &lt; 70 %</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>≥ 70 %</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	ไม่มีหญิงตั้งครรภ์ในความดูแล	0	< 40 %	1	40 - < 50 %	2	50 - < 60 %	3	60 - < 70 %	4	≥ 70 %	5
ไม่มีหญิงตั้งครรภ์ในความดูแล	0												
< 40 %	1												
40 - < 50 %	2												
50 - < 60 %	3												
60 - < 70 %	4												
≥ 70 %	5												



ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี อายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี		
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยทุกสิทธิ อายุ 30-60 ปี ให้ได้รับการคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 5 ปี	
คำนิยาม	Pap Smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูก ป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา กลุ่มเป้าหมาย คือ สตรีสัญชาติไทย ทุกสิทธิ ที่มีอายุ 30 – 60 ปี ที่หน่วยบริการรับผิดชอบ (สตรีที่เกิดในปี พ.ศ. 2499 – 2529 )	
แหล่งข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากโปรแกรม BPPDS	
วิธีจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม BPPDS	
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปีทุกสิทธิ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากหน่วยบริการในพื้นที่ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2555 - 31 มีนาคม 2560 ในโปรแกรม BPPDS	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสตรีไทยทุกสิทธิของหน่วยบริการ ที่เกิด 1 เมษายน 2499 ถึง 30 มีนาคม 2529	
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ตัดข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2560	
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง	
ผู้ประสานงาน	นางพรนารี ทิมเกิด/นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรฯ 02-142-1012	
Baseline data	1) NSO survey 2552=62% 2) ผลการสำรวจของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล ปี 2556 = 67.3% 3) ผลการนิเทศ กสธ. ปี 2556= 68.04% 4) ผลการสำรวจ BRFSS 2558 = 69% 5) OP PP individual QOF 2557 = 31.46% ,2558 = 27.71 % , 2559 = 15.50% 6) ประเทศ 2559 = > 30% 7) กทม. 2559 = 15.18 %	
เกณฑ์การให้คะแนน	ไม่มีผลงาน	0
	< 15 %	1
	15 - < 25 %	2
	25 - < 35%	3
	35 - < 45 %	4
	≥ 45 %	5

ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละผู้ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยเป็นเบาหวาน	
3.1 ร้อยละของประชากรไทย อายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพการคัดกรองโรคเบาหวานและการจัดการให้ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย
คำนิยาม	การคัดกรองโรคเบาหวาน หมายถึง การคัดกรองเบาหวานโดยวิธีตรวจน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน
แหล่งข้อมูล	1) ฐานข้อมูลประชากร จากฐานทะเบียนราษฎร์ 2) ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต จากฐานทะเบียนราษฎร์ 3) ฐานข้อมูลประชากรและสถิติ จากฐาน สปสช. 4) ฐานข้อมูล IP/OP e-claim จากแฟ้ม DIAGNOSIS พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 5) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 6) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม NCDScreen พิลด์ BSLEVEL และ พิลด์ BSTEST ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากโปรแกรม BPPDS
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด ช่วง 1 เมษายน 2559 ถึง 31 มีนาคม 2560 (โดยตัดผู้ป่วยที่เคยเป็นเบาหวานก่อนหน้านั้นออก) โดย DATE_SERV อยู่ในช่วง 1 เมษายน 2559 ถึง 31 มีนาคม 2560 โดยนับจาก PID ที่ปรากฏใน NCDScreen พิลด์ BSTEST มีค่าเป็น 1,2,3,4 และBSLEVEL มีค่ามากกว่า 0 ทั้งนี้ต้องตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนวันคัดกรอง (DATE_SERV) รวมถึงรายที่มี PID error หรือ PID ที่เคยเป็นโรคเบาหวานจากฐานข้อมูล IP/OP e-claim แฟ้ม DIAGNOSIS พิลด์ DIAGCODE หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 ก่อนวันมีผลคัดกรองดังกล่าวออกจากการคำนวณ
รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนประชาชนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ก่อนวันที่ 1 เมษายน 2559 โดยตรวจสอบจาก IP/OP e-claim หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14
สูตรการคำนวณ	$(A1/B1) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ตัดข้อมูล ณ 30 เมษายน 2560
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง
ผู้ประสานงาน	นางพรนวิ ทิมเกิด/ นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรฯ 02-142-1012
Baseline data	ปี 2559 ประเทศ = 56.30 % กทม. = 7.07 %
เกณฑ์การให้คะแนน	< 1.00 % 0
	1.00 - < 4.00 % 1
	4.00 - < 7.00 % 2
	7.00 - < 10.00 % 3
	10.00 - < 14.00% 4
	≥ 14.00 % 5

ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละผู้ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยเป็นเบาหวาน		
3.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยเป็นเบาหวาน		
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพการคัดกรองโรคเบาหวานและการจัดการให้ผู้มีภาวะเสี่ยงเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย	
คำนิยาม	ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกด้วยภาวะเบาหวาน (DM) โดยได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส ICD10= E10-E14	
แหล่งข้อมูล	1) ฐานข้อมูลประชากร จากฐานทะเบียนราษฎร 2) ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต จากฐานทะเบียนราษฎร 3) ฐานข้อมูลประชากรและสิทธิ จากฐาน สปสช. 4) ฐานข้อมูล IP/OP e-claim จากแฟ้ม DIAGNOSIS ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 5) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 6) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม NCDScreen ฟิลด์ BSLEVEL และ ฟิลด์ BSTEST ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม CHRONIC ฟิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14	
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากโปรแกรม BPPDS และ OP BKK Claim	
รายการข้อมูล 1	A2= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ใน A1 ที่มีผลระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเบาหวาน หรือได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวาน	
รายการข้อมูล 2	B2= จำนวนประชาชนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74ปี ที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	
สูตรการคำนวณ	$(A2/B2) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ตัดข้อมูล ณ 30 เมษายน 2560	
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง	
ผู้ประสานงาน	นางพรนวิ ทิมเกิด/ นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรรค์ดี โทรฯ 02-142-1012	
Baseline data	ปี 2559 ประเทศ. = 1.14 % กทม. = 0.61%	
เกณฑ์การให้คะแนน	< 0.1%	0
	0.1 - < 0.3 %	1
	0.3 - < 0.6 %	2
	0.6 - < 0.9 %	3
	0.9 - < 1.2 %	4
	≥ 1.2 %	5

ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูง	
4.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงและการจัดการผู้มีภาวะเสี่ยงเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย
คำนิยาม	ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีค่า SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg. และ/หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg
แหล่งข้อมูล	1) ฐานข้อมูลประชากร จากฐานทะเบียนราษฎร 2) ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต จากฐานทะเบียนราษฎร 3) ฐานข้อมูลประชากรและสถิติ จากฐาน สปสช. 4) ฐานข้อมูล IP/OP e-claim แพ้ม DIAGNOSIS รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 5) ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม NCDScreen รหัส SBP_1 และ รหัส DBP_1 ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม CHRONIC รหัส CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากโปรแกรม BPPDS และ OP BKK Claim
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตรับผิดชอบที่เกิดในช่วง 1 ตุลาคม 2484 ถึง 31 มีนาคม 2524 ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต โดยนับจาก CID ที่ปรากฏในแพ้ม NCDScreen โดยมีค่า SBP_1 >30 และ DBP_1 > 20 จาก และมี DATE_SERV อยู่ในช่วง 1 เมษายน 2559 ถึง 31 มีนาคม 2560 โดยตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนวันคัดกรอง รวมถึงรายที่มี PID error หรือ PID ที่เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล IP/OP e-claim แพ้ม DIAGNOSIS หรือ ฐานข้อมูล OP/PP แพ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 รวมทั้ง PID ที่ปรากฏในแพ้ม CHRONIC รหัส CHRONIC รหัส I10-I15 ก่อนวันมีผลคัดกรองดังกล่าวออกจาก การคำนวณ
รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดในช่วง 1 ตุลาคม 2484 ถึง 31 มีนาคม 2524 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อนวันที่ 1 เมษายน 2559 โดย ตรวจสอบจากแพ้ม CHRONIC รหัส CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 ร่วมกับ ฐานข้อมูล IP/OP e-claim แพ้ม DIAGNOSIS รหัส DIAGCODE และฐานข้อมูล OP/PP แพ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัส DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15
สูตรการคำนวณ	$(A1/B1) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ตัดข้อมูล ณ 30 เมษายน 2560
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง
ผู้ประสานงาน	นางพรนาวี ทิมเกิด/ นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรรค์ดี โทรฯ 02-142-1012
Baseline data	ปี 2559 ประเทศ = 58.51 % กทม. = 13.44 %
เกณฑ์การให้คะแนน	< 7 % 0
	7 - < 9 % 1
	9 - < 11 % 2
	11 - < 13 % 3
	13 - < 15 % 4
	≥ 15 % 5

ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละผู้ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูง	
4.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูง	
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงและการจัดการผู้มีภาวะเสี่ยงเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย
คำนิยาม	ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ด้วยภาวะความดันโลหิตสูง ด้วยรหัส ICD I10-I15
แหล่งข้อมูล	1) ฐานข้อมูลประชากร จากฐานทะเบียนราษฎร์ 2) ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต จากฐานทะเบียนราษฎร์ 3) ฐานข้อมูลประชากรและสิทธิ จากฐาน สปสช. 4) ฐานข้อมูล IP/OP e-claim แพ้ม DIAGNOSIS รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 5) ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม NCDScreen รหัส SBP_1 และ รหัส DBP_1 ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม CHRONIC รหัส CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากโปรแกรม BPPDS และ OP BKK Claim
รายการข้อมูล 1	A2= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74ปี ตาม A1 ที่ปรากฏใน SBP_1 >=140 และ/หรือ DBP_1 >= 90 จากแพ้ม NCDScreen ที่ได้รับการบันทึกในแพ้ม CHRONIC รหัส CHRONIC รหัส I10-I15 และมีข้อมูลปรากฏในฐานข้อมูล IP/OP e-claim แพ้ม DIAGNOSIS หรือฐานข้อมูล OP/PP แพ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 ณ วันที่มีผล หรือหลังจากวันที่มีผล SBP_1 >=140 และ/หรือ DBP_1 >= 90 (หากมีหลาย record ที่พบว่า SBP_1 >=140 และ/หรือ DBP_1 >= 90 ให้ถือว่าผ่าน criteria ต่อเมื่อมี record ของ DATE_SERV ใด ปรากฏผลก่อนวันวินิจฉัยในแพ้ม DIAGNOSIS หรือ ก่อนวันที่ขึ้นทะเบียนในแพ้ม CHRONIC) โดยตัดผู้ที่เสียชีวิตหลังวันคัดกรอง ออกก่อน
รายการข้อมูล 2	B2= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับการคัดกรองคัดกรองความดันโลหิตสูง และพบว่าค่าความดันโลหิตสูง
สูตรการคำนวณ	$(A2/B2) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ตัดข้อมูล ณ 30 เมษายน 2560
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง
ผู้ประสานงาน	นางพรนาวี ทิมเกิด/ นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรรค์ดี โทรฯ 02-142-1012
Baseline data	ปี 2559 ประเทศ = 3.36 % กทม. = 8.63 %
เกณฑ์การให้คะแนน	< 2 % 0
	2 - < 5 % 1
	5 - < 8 % 2
	8 - < 11 % 3
	11 - < 14 % 4
	≥ 14 % 5

<b>ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก</b> <b>5.1 ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)</b>	
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อลดการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
<b>คำนิยาม</b>	<p>1) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน Acute Diarrhea (AD) หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวกว่าปกติมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน โดยมีอาการไม่นานกว่า 2 สัปดาห์ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอาจเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค เชื้อโรค และสาเหตุอื่นๆ ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันส่วนมาก ไม่จำเป็นต้องใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในการรักษา ระบุโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด ดังนี้</p> <p>"A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 "</p> <p>2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC O1</p> <p>3) ประเด็นการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างไม่รับผิดชอบใน Acute Diarrhea : ผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่รับบริการที่ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 90 (อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะโดยเฉลี่ยในโรงพยาบาลร้อยละ 50) ทั้งๆ ที่หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่าโรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ต้องการยาปฏิชีวนะน้อยกว่าร้อยละ 5</p> <p>และการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะกลุ่ม fluoroquinolones รักษาโรคกลุ่มนี้โดยไม่จำเป็น ชักนำไปเกิดการื้อยากลุ่ม fluoroquinolones และยากลุ่มอื่นด้วย (เช่น ยากลุ่ม cephalosporins)</p>
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ฐานข้อมูล OP/PP Individual Data ของ สปสช.
<b>วิธีจัดเก็บข้อมูล</b>	ข้อมูลจากโปรแกรม OP BKK Claim
<b>รายการข้อมูล 1</b>	<p>A: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ตามรหัส ICD10 และ มีการให้ยาปฏิชีวนะ</p> <p>"A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 "</p>
<b>รายการข้อมูล 2</b>	<p>B: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งหมด นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ตามรหัส ICD10</p> <p>"A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 "</p>
<b>สูตรการคำนวณ</b>	$(A/B) \times 100$
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	รอบ 12 เดือน (1 เมษายน 59 – 31 มีนาคม 60)
<b>หน่วยบริการเป้าหมาย</b>	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง
<b>ผู้ประสานงาน</b>	นางสาวอรนิษา กล้าจ้อย /นางบุญสิงห์ มีมะโน โทรศัพท์ 02-142-0968 , 02- 142-0123
<b>Baseline data</b>	ปี 2559 ประเทศ รพ. = 20 - 40 % PCU = 80 – 90 % กทม. รพ. = 49.52% PCU = 51.64%

ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก		
5.1 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)		
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับโรงพยาบาล	
	≥ 50.01 %	0
	40.01 - 50.00 %	1
	30.01 - 40.00 %	3
	≤ 30.00 %	5
	ระดับหน่วยบริการประจำนอกโรงพยาบาล	
	≥ 40.01%	0
	30.01 - 40.00 %	1
	20.01 - 30.00 %	3
	≤ 20.00%	5

<b>ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก</b> <b>5.2 ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)</b>	
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อลดการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ Respiratory Infection (RI)
<b>คำนิยาม</b>	<p><b>1) Respiratory Infection (RI)</b> หมายถึง โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน(upper respiratory tract infections, URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน(acute bronchitis) ในผู้ป่วยนอก ซึ่งโรคเหล่านี้ส่วนมากไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคหวัด ไข้หวัดใหญ่ คอหอยอักเสบ/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ระบุโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด ดังนี้</p> <p>" B053,J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"</p> <p><b>2) ยาปฏิชีวนะ</b> หมายถึง ยากลุ่ม ATC O1</p> <p><b>3) ประเด็นการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างไม่รับผิดชอบใน Respiratory Infection :</b> ผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่รับบริการที่ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่อายุ 10 ถึงมากกว่าอายุ 90 (อัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะเฉลี่ยของโรงพยาบาลร้อยละ 60) ทั้งๆ ที่หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่าโรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียน้อยกว่าร้อยละ 10 และการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคดังกล่าวที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียไม่มีประโยชน์ ทำให้เกิดโทษจากผลข้างเคียงของยา ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา และเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น</p>
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ฐานข้อมูล OP/PP Individual Data ของ สปสช.
<b>วิธีจัดเก็บข้อมูล</b>	ข้อมูลจากโปรแกรม OP BKK Claim
<b>รายการข้อมูล 1</b>	<p>A: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</p> <p>นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ตามรหัส ICD10 และ มีการให้ยาปฏิชีวนะ " B053,J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"</p>
<b>รายการข้อมูล 2</b>	<p>B: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน</p> <p>นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคหลัก (pdx) ตามรหัส ICD10</p> <p>" B053,J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"</p>
<b>สูตรการคำนวณ</b>	$(A/B) \times 100$
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	รอบ 12 เดือน (เช่น 1 เมษายน 59 – 31 มีนาคม 60)
<b>หน่วยบริการเป้าหมาย</b>	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง



ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก		
5.2 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection)		
ผู้ประสานงาน	นางสาวอรนิษา กล้าจูงยิ่ง /นางบุญสิงห์ มีมะโน โทรศัพท์ 02-142-0968 , 02- 142-0123	
Baseline data	ประเทศ รพ.30-50% PCU 20-40% , กทม. รพ.49.72% PCU 47.52%	
เกณฑ์การให้คะแนน	<b>ระดับโรงพยาบาล</b>	
	≥ 50.01 %	0
	40.01 - 50.00 %	1
	30.01 - 40.00 %	3
	≤ 30.00 %	5
	<b>ระดับหน่วยบริการประจำนอกโรงพยาบาล</b>	
	≥ 40.01 %	0
	30.01 - 40.00 %	1
	20.01 - 30.00 %	3
	≤ 20.00 %	5

<p>ตัวชี้วัดที่ 6 การลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)</p>	
วัตถุประสงค์	การติดตามและประเมินสมรรถนะการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
คำนิยาม	<p>ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) การคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลด้วย ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุพล ลิมวัฒนานนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยหลักโดยใช้รหัส ICD-10 ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ลมชัก (epilepsy) : G40 และ G41</li> <li>2. ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD): J41-J44 และ J47 รวมทั้ง J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22 ที่มีการวินิจฉัยรองเป็น J44</li> <li>3. หืด (asthma): J45 และ J46</li> <li>4. เบาหวาน (diabetes): E10.0, E10.1, E10.6, E10.9, E11.0, E11.1, E11.6, E11.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6 และ E14.9</li> <li>5. ความดันโลหิตสูง (HT): I10 และ I11 โดยไม่มีการให้หัตถการดังต่อไปนี้ 33.6, 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94 และ 37.98</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP e Claim
วิธีจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน ผ่านโปรแกรม e-Claim
รายการข้อมูล 1	<p>A : จำนวนครั้งของผู้ป่วยสิทธิ UC อายุ 15-74 ปี ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน (IP) ด้วยโรค (pdx) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ลมชัก (epilepsy): G40 และ G41</li> <li>2. ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD): J41-J44 และ J47 รวมทั้ง J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22 ที่มีการวินิจฉัยรองเป็น J44</li> <li>3. หืด (asthma): J45 และ J46</li> <li>4. เบาหวาน (diabetes): E10.0, E10.1, E10.6, E10.9, E11.0, E11.1, E11.6, E11.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6 และ E14.9</li> <li>5. ความดันโลหิตสูง (HT): I10 และ I11 โดยไม่มีการให้หัตถการดังต่อไปนี้ 33.6, 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94 และ 37.98</li> </ol> <p>จากฐาน IP e-claim (โดยแสดงผลจำนวนครั้งเป็นรายกลุ่มโรค แต่การคิดอัตราใช้ยอดรวมทั้ง 5 กลุ่มโรค)</p> <p>A1 = ข้อมูล A ระหว่าง 1 ต.ค.58 – 31 มี.ค.59</p> <p>A2 = ข้อมูล A ระหว่าง 1 ต.ค.59 – 31 มี.ค.60</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B1: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำที่รับลงทะเบียน (H main op) โดยใช้ประชากร ณ 1 ม.ค.59</p> <p>B2: จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำที่รับลงทะเบียน (H main op) โดยใช้ประชากร ณ 1 ม.ค.60</p>

ตัวชี้วัดที่ 6 การลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)		
สูตรการคำนวณ	$X1 = \text{อัตราการนอนรพ.ด้วย ACSC ต่อแสนประชากร 1 ต.ค.58 - 31 มี.ค.59}$ $= (A1/B1) \times 100,000$ $X2 = \text{อัตราการนอนรพ.ด้วย ACSC ต่อแสนประชากร 1 ต.ค.59 - 31 มี.ค.60}$ $= (A2/B2) \times 100,000$ $Y = \text{อัตราการลดลง} = X2 - X1$	
ระยะเวลาประเมินผล	2 ครั้ง (แบบสะสม)	
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง	
ผู้ประสานงาน	นางสาวอรนิษา กล้าจงยิ่ง /นางบุญสิงห์ มีมะโน โทรศัพท์ 02-142-0968 , 02- 142-0123	
Baseline data	ประเทศลดลง 6.58 : แสนประชากร , กทม.ลดลง 2.11 : แสนประชากร	
เกณฑ์การให้คะแนน	ลดลงจากปี 2559 < 1 : แสน ปชก.	0
	ลดลงจากปี 2559 $\geq 1 - < 2$ : แสน ปชก.	1
	ลดลงจากปี 2559 $\geq 2 - < 3$ : แสน ปชก.	2
	ลดลงจากปี 2559 $\geq 3 - < 4$ : แสน ปชก.	3
	ลดลงจากปี 2559 $\geq 4 - < 5$ : แสน ปชก.	4
	ลดลงจากปี 2559 $\geq 5$ : แสน ปชก.	5

ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์		
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลหญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิ	
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิ ที่มีประวัติมาฝากครรภ์ตามนัด จำนวนอย่างน้อย 5 ครั้ง ตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้ ช่วงที่ 1 อายุครรภ์ $\leq 12$ สัปดาห์ (ไม่เกิน 12 สัปดาห์) ช่วงที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ $> 12 - 20$ สัปดาห์ (ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ 1 วัน ถึง 20 สัปดาห์) ช่วงที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ $> 20 - 26$ สัปดาห์ (ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ 1 วัน ถึง 26 สัปดาห์) ช่วงที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ $> 26 - 32$ สัปดาห์ (ตั้งแต่ 26 สัปดาห์ 1 วัน ถึง 32 สัปดาห์) ช่วงที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ $> 32 - 40$ สัปดาห์ขึ้นไป (ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ 1 วัน ขึ้นไป)	
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรม BPPDS ข้อมูล IP และฐานทะเบียนราษฎร์	
วิธีจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม BPPDS	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงไทยทุกสิทธิที่คลอดบุตร ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 – 31 มีนาคม 2560 ที่มีประวัติการฝากครรภ์ในหน่วยบริการและได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ( ช่วงอายุครรภ์ตามคำนิยาม )	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงไทยทุกสิทธิที่คลอดบุตร ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 – 31 มีนาคม 2560 ที่มีประวัติการฝากครรภ์ในหน่วยบริการ	
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$ <b>หมายเหตุ</b> ให้คะแนนแก่หน่วยบริการทุกแห่ง ที่เป็นผู้ให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (ใช้ข้อมูลการคลอด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2559 – 31 มีนาคม 2560 ตัดข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2560)	
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่ง	
ผู้ประสานงาน	นางพรนาวี ทิมเกิด / นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 02 - 142-1012	
Baseline data	ผลงานกทม.ปี2559 = 64.11 %	
เกณฑ์การให้คะแนน	ไม่มีหญิงตั้งครรภ์ในความดูแล	0 คะแนน
	< 40 %	1 คะแนน
	40 - < 50 %	2 คะแนน
	50 - < 60 %	3 คะแนน
	60 - < 70 %	4 คะแนน
	$\geq 70$ %	5 คะแนน

ตัวชี้วัดที่ 8 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี รายใหม่	
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึง และค้นหาสตรีสิทธิ UC อายุ 30 - 60 ปี ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ได้รับการตรวจคัดกรอง อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 5 ปี
คำนิยาม	การตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา
แหล่งข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากโปรแกรม BPPDS
วิธีจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม BPPDS
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีอายุ 30 - 60 ปี (คน) สิทธิ UC <b>รายใหม่</b> ซึ่งไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 5 ปี ย้อนหลัง (1 ตุลาคม 2554 - 30 กันยายน 2559) โดยเป็นการให้บริการตรวจและบันทึกในโปรแกรม BPPDS ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 - 31 มีนาคม 2560
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเงินต่อการให้บริการกลุ่มเป้าหมาย (ตาม A) 1 คน โดยคำนวณจาก จำนวนเงินทั้งหมดของตัวชี้วัดนี้ หารด้วย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย (คน) ที่ได้รับการ ทั้งนี้ ต้องไม่เกิน 500 บาท/คน
สูตรการคำนวณ	$A \times B$ <b>หมายเหตุ</b> ให้คะแนนแก่หน่วยบริการประจำที่เป็นผู้ให้บริการ (H code)
ระยะเวลา	วันที่ 1 ตุลาคม 2559 - 31 มีนาคม 2560
ประเมินผล	ตัดข้อมูลการบันทึก ณ วันที่ 30 เมษายน 2560
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง
Baseline data	ปี 2559 = 11,006 ราย
ผู้ประสานงาน	นางพรนาวี ทิมเกิด /นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรรค์ดี โทรศัพท์ 02 - 142-1012

ตัวชี้วัดที่ 9 การให้บริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือมีสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและเภสัชกรปฏิบัติงานประจำ		
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยบริการประจำให้บริการปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพ สร้างความมั่นใจให้กับประชาชนที่เข้ารับบริการ	
คำนิยาม	<p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คือ แพทย์ที่ได้รับอนุมัติบัตร หรือได้รับวุฒิบัตร สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือ ผ่านการฝึกอบรม Family Practice Learning ( FPL ) หลักสูตร 1 ปี หรือ ผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 5 weekend หรือ ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย 3 วัน โดยปฏิบัติงานสนับสนุนการจัดการบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพในหน่วยบริการประจำ และ/หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>Family Practice Learning (FPL) หมายถึง โครงการเพิ่มพูนประสบการณ์เวชปฏิบัติครอบครัวสำหรับแพทย์ ระยะเวลา 1 ปี เพื่อเพิ่มประสบการณ์เวชปฏิบัติครอบครัว ให้เกิดการพัฒนารูปแบบการปฐมภูมิในชุมชน ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย</p> <p>แพทย์ปฏิบัติงานประจำ หมายถึง แพทย์ที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยบริการนั้นๆ ไม่ต่ำกว่า 5 วัน/สัปดาห์ หรือ ไม่น้อยกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ และมีสัญญาจ้างกับหน่วยบริการ ไม่น้อยกว่า 12 เดือน ในปีงบประมาณ 2560 คือ ตั้งแต่ ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560</p> <p>เภสัชกรปฏิบัติงานประจำ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปในสาขาเภสัชศาสตร์ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมจากสภาเภสัชกรรม และปฏิบัติงานที่หน่วยบริการไม่น้อยกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์</p>	
แหล่งข้อมูล	1. ตรวจสอบเอกสารจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งมอบให้สำนักงานฯ 2. ข้อมูลในโปรแกรม CPP 3. จากผลการตรวจประเมิน แบบ Surprised Visit โดยเจ้าหน้าที่ สปสช.หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย	
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1.จากการตรวจสอบเอกสาร ต่อไปนี้ 1.1 คำสั่งแต่งตั้ง หรือ สัญญาจ้างงาน หรือหลักฐานแสดงการมอบหมายงาน ตารางการปฏิบัติงาน หรือ แสดงเอกสารหลักฐานอื่นที่ชัดเจน 1.2 กรณี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีใบอนุญาตบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือ วุฒิบัตร/ประกาศนียบัตร หรือใบแสดงผ่านการอบรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือสาขาเวชศาสตร์ป้องกันหรือสุขภาพจิตครอบครัวหรือ FPL 2. จากข้อมูลที่เป็นที่กในโปรแกรม CPP 3.ตรวจประเมินที่หน่วยบริการโดยเจ้าหน้าที่สปสช.หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย แบบ Surprise Visit	
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินภายใน 31 พฤษภาคม 2560	
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำนอกโรงพยาบาลทุกแห่ง	
ผู้ประสานงาน	นางสาวสมจินตนา มัจฉาชีพ/นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 061-4186734	
Baseline data	เขตกทม. ปี 2559 หน่วยบริการที่มีแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (อนุมัติบัตร) จำนวน 44 แห่ง หน่วยบริการประจำนอกโรงพยาบาลที่มีเภสัชกรประจำ จำนวน 78 แห่ง	
เกณฑ์การให้คะแนน	ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำที่ผ่านการอบรม/อนุมัติบัตร/วุฒิบัตรสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ ไม่มีเภสัชกรปฏิบัติงานประจำ	0 คะแนน
	มีแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำที่ผ่านการอบรม/อนุมัติบัตร/วุฒิบัตรสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ มีเภสัชกรปฏิบัติงานประจำ โดยแพทย์/เภสัชกร ดังกล่าวปฏิบัติงานที่หน่วยบริการนี้มาแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน	1 คะแนน
	มีแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว /เวชศาสตร์ป้องกัน/สุขภาพจิตครอบครัว หลักสูตรไม่เกิน 1 ปี (อบรมหลังวันที่ 31 ธันวาคม 2557) และ มีเภสัชกรปฏิบัติงานประจำ โดยแพทย์/เภสัชกร ดังกล่าวปฏิบัติงานที่หน่วยบริการนี้มาแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน	3 คะแนน
	มีแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว /เวชศาสตร์ป้องกัน/สุขภาพจิตครอบครัว หลักสูตรไม่เกิน 1 ปี (อบรมหลังวันที่ 31 ธันวาคม 2557) และ มีเภสัชกรปฏิบัติงานประจำ โดยแพทย์/เภสัชกรดังกล่าวปฏิบัติงานที่หน่วยบริการนี้มาแล้ว ไม่น้อยกว่า 1 ปี	4 คะแนน
	มีแพทย์ที่ได้รับอนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือ วุฒิบัตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หลักสูตร 3 ปี และ มีเภสัชกรปฏิบัติงานประจำ โดยแพทย์/เภสัชกรดังกล่าวปฏิบัติงานที่หน่วยบริการนี้มาแล้ว ไม่น้อยกว่า 1 ปี	5 คะแนน

ตัวชี้วัดที่ 10	มีระบบการพัฒนาบริการปฐมภูมิโดยรูปแบบ Primary Care Trust
วัตถุประสงค์	เพื่อสนับสนุนโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการทำหน้าที่ควบคุมกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการ วิชาการ รวมทั้งพัฒนาระบบการรับ - ส่งต่อของหน่วยบริการในเครือข่ายให้เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ
ขอบเขต การดำเนินงาน	<p>การดำเนินงาน Primary Care Trust ( PCT )</p> <p><b>กลุ่ม 1</b> โรงพยาบาลแม่ข่ายที่เข้าร่วมดำเนินงาน PCT ก่อนปีงบประมาณ 2560 กำหนด บทบาท ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีคณะทำงานพัฒนาวิชาการของเครือข่าย และมีการประชุมร่วมกัน อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี</li> <li>2. จัดให้มี CPG หรือ คู่มือ/แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ DM HT</li> <li>3. จัดประชุม/อบรมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค/พัฒนาการดำเนินงานของเครือข่าย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</li> <li>4. มีข้อมูลของหน่วยบริการในเครือข่าย เพื่อใช้ในการวิเคราะห์/วางแผนพัฒนาหน่วยบริการ</li> <li>5. มีการพัฒนาระบบการส่งต่อและรับกลับ และการให้คำปรึกษาภายในเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง</li> <li>6. มีการนิเทศ ติดตามในเครือข่ายในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ DM HT</li> <li>7. จัดให้มี CPG หรือ คู่มือ/แนวทางในการดูแลตรวจคุณภาพ และนิเทศ ติดตาม การให้บริการ ANC คุณภาพภายในเครือข่าย ตามคู่มือ/แนวทางของเครือข่าย</li> <li>8. ส่งสรุปผลการดำเนินงาน ข้อ 1,3 , 6 และ 7 ให้ สปสช. เขต 13 กทม. ภายใน 30 มิ.ย. 2560</li> </ol> <p><b>กลุ่ม 2</b> โรงพยาบาลแม่ข่าย ที่สมัครเข้าร่วมดำเนินงาน PCT ในปีงบประมาณ 2560 ดำเนินงานเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดำเนินงาน PCT ก่อนปีงบประมาณ 2560 ในข้อ 1- 6 และ ส่งสรุปผลการดำเนินงาน ข้อ 1,3 และ 6 ให้ สปสช. เขต 13 กทม. ภายใน 30 มิ.ย. 2560</p>
หน่วยบริการเป้าหมาย	<p>กลุ่ม 1 โรงพยาบาลแม่ข่ายภาครัฐในเขตกทม.ที่เข้าร่วมดำเนินงาน PCT ก่อนปีงบประมาณ 2560</p> <p>กลุ่ม 2 โรงพยาบาลแม่ข่ายภาครัฐและเอกชน ที่มีความพร้อมและได้รับการคัดเลือก และตอบรับเข้าร่วมดำเนินงานในปีงบประมาณ 2560</p>
วิธีจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานผลการดำเนินงาน ตามที่กำหนดตามขอบเขตการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	เอกสารสรุปผลการดำเนินงาน และผลการนิเทศ Primary Care Trust ตามที่กำหนดในขอบเขตการดำเนินงาน
ระยะเวลาประเมินผล	30 มิถุนายน 2560
ผู้ประสานงาน	นางประกายดาว หมั่นดี / นท.หญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 02 – 142-0967
เงื่อนไข การสนับสนุน	<p>โรงพยาบาลแม่ข่าย <b>กลุ่ม 1</b> จำนวน 100,000 บาท × จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย</p> <p><b>ครั้งที่ 1</b> จำนวน 80,000 บาท × จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เมื่อส่งใบสมัคร</p> <p><b>ครั้งที่ 2</b> จำนวน 20,000 บาท × จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เมื่อส่งผลงานตามข้อกำหนด</p> <p>โรงพยาบาลแม่ข่าย <b>กลุ่ม 2</b> จำนวน 50,000 บาท × จำนวนหน่วยบริการในเครือข่ายที่กำหนด</p> <p><b>ครั้งที่ 1</b> จำนวน 30,000 บาท × จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เมื่อส่งใบสมัคร</p> <p><b>ครั้งที่ 2</b> จำนวน 20,000 บาท × จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เมื่อส่งผลงานตามข้อกำหนด</p>

แนวทาง  
การบริหารระบบบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วย  
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง  
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร  
ปีงบประมาณ 2560



## แนวทางการบริหารบบบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมป้องกันตั้งแต่แรกเริ่ม จะนำไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ตาบอดจากโรคเบาหวาน และภาวะไตวายเรื้อรัง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556-2557 ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.8 และพบว่าร้อยละ 43.2 ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีเพียงร้อยละ 23.7 สำหรับโรคความดันโลหิตสูงพบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 และมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 44.7 ที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้เพียงร้อยละ 29.7 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตระหนักและเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีการลงทุน ด้านสุขภาพเพื่อเร่งรัดดำเนินการอย่างจริงจัง ในการลดหรือชะลอการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมิให้เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งผู้ที่เจ็บป่วยแล้วก็สามารถเข้าถึงบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงที่มีคุณภาพเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 เป็นต้นมา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดให้มีบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ขึ้น เป็นนงกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มเติมจากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าบริการในการค้นหาผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนและป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (หรือที่เรียกว่า “การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ” (Secondary prevention) จะทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการและยกระดับบริการให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งจากการสำรวจประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า อัตราการเข้าถึงบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ตั้งแต่ปี 2553 - 2558 เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 17 โดยพบอัตราการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเท้าและไตเพิ่มขึ้นสูงสุดร้อยละ 26 และ 24 ตามลำดับ ด้านคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยวัดจากการมีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c < 7 mg/dl) เพิ่มขึ้นเฉลี่ยเพียงร้อยละ 0.7 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ (BP<140/90 mmHg) เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 2.4 ทั้งนี้ พบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.9 และ 3.2 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราการตัดเท้า/นิ้วเท้าในผู้ป่วยเบาหวานลดลงร้อยละ 0.4 คณะกรรมการพัฒนาและกำกับทิศทางบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้วิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)ในระยะต่อไป โดยให้มีมาตรการยกระดับคุณภาพและเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยใช้สร้างการมีส่วนร่วมจากกลไกในการควบคุมป้องกันโรคจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ และในปีงบประมาณ 2560 ได้รับความจัดสรรงบประมาณจำนวนทั้งสิ้น 910,609,000 บาท และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้รับความจัดสรรงบประมาณ จำนวน 43,843,460 บาท

**ตัวชี้วัดจ่ายตามงบบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง**  
**เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2560**

ตัวชี้วัดที่ 1	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c
หลักการและเหตุผล	Hemoglobin A1C เป็นการตรวจเพื่อดูค่าเฉลี่ยน้ำตาลในช่วง 2-3 เดือนก่อนตรวจว่าคุมได้ดีเพียงใด Hemoglobin เป็นสารในเม็ดเลือดแดงที่มีหน้าที่พาออกซิเจนไปส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่ออยู่ในร่างกาย เมื่ออยู่ในกระแสเลือดจะมีส่วนของฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลมาเกาะ เรียกว่า HbA1C ค่า HbA1C จะสูงถ้าน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ตลอด และ จะบอกถึงค่าเฉลี่ยของน้ำตาล ในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา เนื่องจากเม็ดเลือดแดงมีอายุเพียงประมาณ 120 วัน จากการศึกษาพบว่า ถ้าคุมเบาหวานให้ดี ลด HbA1C ลง 1% จะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของตา ไต เส้นประสาท ลงได้ 35% ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ 14% และลดอัตราการตายเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ 21% การตรวจ HbA1C ปีละ 1-4 ครั้ง เพื่อประเมินผลการควบคุมเบาหวาน โดยถือว่าการควบคุมเบาหวานที่ดี ควรมีระดับ HbA1C ไม่เกิน 7% และจะดีมากถ้าคุมให้ลดได้ถึงน้อยกว่า 6%
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน สิทธิ UC ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ (H main) จากฐานข้อมูลโรคเรื้อรัง ณ 1 ตุลาคม 2559 ที่ได้รับการตรวจ HbA1C 1 ครั้ง/คน ในช่วงเวลาที่กำหนด
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึก/ ส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยผ่านโปรแกรม OPBKK claim
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OPBKK claim
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตรวจ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน 1 ครั้ง/คน ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเงินต่อการให้บริการตรวจ HbA1C 1 ครั้ง คำนวณจาก วงเงินที่กำหนดของตัวชี้วัดนี้หารด้วย จำนวนการตรวจ HbA1C ทั้งหมด ทั้งนี้ กำหนดไม่เกิน 300 บาทต่อคน
สูตรการคำนวณ	$A \times B$
ระยะเวลาประเมินผล	ช่วงเวลา 1 เมษายน 2559 – 31 มีนาคม 2560 ตัดข้อมูลการบันทึก ณ วันที่ 30 เมษายน 2560
ผู้ประสานงาน	นางสาวอรนิษา กล้าจงยิ่ง /นางบุญสิงห์ มีมะโน โทรศัพท์ 02-142-0968 , 02- 142-0123

ตัวชี้วัดที่ 2	ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c น้อยกว่า 7 %
หลักการและเหตุผล	จากการศึกษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดในผู้ป่วยเบาหวาน ที่พบว่า ถ้าคุมเบาหวานให้ดี ลด HbA1C ลง 1% จะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของตา ไต เส้นประสาท ลงได้ 35% ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ 14% และลดอัตราการตายเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ 21% การตรวจ HbA1C ปีละ 1- 4 ครั้ง เพื่อประเมินผลการควบคุมเบาหวาน โดยถือว่าการควบคุมเบาหวานที่ดี ควรมีระดับ HbA1C ไม่เกิน 7% และจะดีมาก ถ้าคุมให้ลดได้ถึงน้อยกว่า 6% ซึ่งการควบคุมระดับ HbA1C ไม่เกิน 7% จะสามารถบ่งชี้ถึงคุณภาพและความสำเร็จในการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย และแสดงถึงความรับรู้และตระหนักในการปฏิบัติตน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมของผู้ป่วย
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ในการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อน
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานมีผล HbA1c ระหว่าง 5.5 - < 7 % จากฐานข้อมูลโรคเรื้อรัง ณ 1 ตุลาคม 2559
หน่วยบริการเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำทุกแห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึก/ ส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในผ่านโปรแกรม OPBKK claim
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OPBKK claim
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC <u>ที่มีการตรวจ HbA1C และ มีผลอยู่ระหว่าง 5.5 - &lt; 7 %</u> ในครั้งสุดท้ายของช่วงเวลาที่กำหนดในการใช้ข้อมูล <b>หมายเหตุ</b> * ผู้ป่วยที่จะเข้าเกณฑ์ ในการให้คะแนนแก่หน่วยบริการได้นั้น หน่วยบริการตามบัตรรับรองสิทธิ จะต้องให้บริการตรวจHbA1C แก่ผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC บัตรตนเอง <u>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</u>
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเงินต่อจำนวนผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ HbA1C <u>อยู่ระหว่าง 5.5 - &lt; 7 %</u> คำนวณจาก วงเงินที่กำหนดของตัวชี้วัดนี้ หารด้วย จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลการตรวจ HbA1C อยู่ระหว่าง <u>5.5 - &lt; 7 %</u> ทั้งหมด
สูตรการคำนวณ	A X B <b>หมายเหตุ</b> ให้คะแนนแก่หน่วยบริการทุกแห่ง ที่เป็นผู้ให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน <u>ที่มีการตรวจ HbA1C และ มีผลอยู่ระหว่าง 5.5 - &lt; 7 %</u> ในครั้งสุดท้ายของช่วงเวลาที่กำหนดในการใช้ข้อมูล
ระยะเวลาประเมินผล	ช่วงเวลา 1 เมษายน 2559 – 31 มีนาคม 2560 ตัดข้อมูล 30 เมษายน 2560
ผู้ประสานงาน	นางสาวอรนิชา กล้าจงยิ่ง /นางบุญสิงห์ มีมะโน โทรศัพท์ 02-142-0968 , 02- 142-0123

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2560



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