



แนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ
ปีงบประมาณ 2564

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต 10 อุบลราชธานี
ธันวาคม 2563

คำนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเล็งเห็นถึงความสำคัญในการกระตุ้นและพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการ โดยใช้กลไกด้านการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนและกระตุ้นให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยจัดสรรงบประมาณบางส่วนให้แก่หน่วยบริการตามผลงานที่บริการที่เกิดขึ้นจริง ผ่านตัวชี้วัดคุณภาพบริการที่ได้มีการกำหนดไว้ ในปีงบประมาณ 2564 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดสรร **งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ** ให้แก่หน่วยบริการ โดยมุ่งหวังให้หน่วยบริการตระหนักถึงการพัฒนาบริการให้บรรลุถึงคุณภาพตามตัวชี้วัดที่กำหนด เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินการร่วมกันภายใต้บริบทของพื้นที่ และเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาให้น้อยที่สุด เพื่อไม่ให้กระทบการดำเนินงานของหน่วยบริการในพื้นที่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี จึงได้จัดทำแนวทางการบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2564 ฉบับนี้ขึ้นเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต 10 อุบลราชธานี

ธันวาคม 2563

สารบัญ

คำนำ	2
สารบัญ	3
การบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2564	3
1. แนวคิดการจัดสรร	4
2. วัตถุประสงค์.....	4
3. กลุ่มเป้าหมาย	4
4. วงเงินงบที่ได้รับในปีงบประมาณ 2564	4
5. หลักเกณฑ์การจ่าย	4
6. ตัวชี้วัดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี	5
7. Template ตัวชี้วัดกลาง	6
8. Template ตัวชี้วัดสปสช.เขต 10 อุบลราชธานี.....	15

การบริหารจัดการงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปีงบประมาณ 2564

แนวคิดการจัดสรร

การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข เป็นแนวคิดสำคัญหนึ่ง ในการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2564 เพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ เป็นการจ่ายเพื่อมุ่งหวังให้หน่วยบริการตระหนักถึงการพัฒนาการบริการให้บรรลุถึงคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนมั่นใจได้ว่าภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนจะเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ โดยมีหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำ ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต
2. เพื่อให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพผลงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของระบบข้อมูลสุขภาพในพื้นที่

กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ

วงเงินงบประมาณ จำนวน 72,547,565.00 บาท

1. งบบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นเงิน 30,346,308.00 บาท
2. งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 9 บาทต่อประชาชนไทยทุกคน เป็นเงิน 35,457,633.00 บาท
3. งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการจำนวน 2 บาทต่อผู้มีสิทธิ เป็นเงิน 6,743,624.00 บาท

หลักเกณฑ์การจ่าย

การจัดสรรงบจ่ายตามคุณภาพผลงานบริการนี้ เป็นการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการประจำที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนด โดยคณะทำงาน หรือ กลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับเขต ดังนี้

1. จัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการให้स्पสข.แต่ละเขต ตามจำนวนประชากร/ผู้มีสิทธิ
2. สปสข.เขต จัดให้มีคณะทำงานหรือ กลไกการมีส่วนร่วมเพื่อบริหารจัดการ กำหนดแนวทางการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ซึ่งประกอบด้วย ค่าเป้าหมาย น้ำหนักคะแนน เกณฑ์การให้คะแนน และสัดส่วนงบประมาณที่จะจัดสรรให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกินเป้าหมายตามแนว ทางที่กำหนด
3. การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการ ให้स्पสข.เขต กำหนดค่าเป้าหมายจากผลงานบริการในระดับพื้นที่ โดยให้พิจารณาความเหมาะสมสอดคล้องกับค่าเป้าหมายระดับประเทศร่วมด้วย และอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผ่านความเห็นชอบของ อปสข.

4. สปสช เขตจัดสรรงบให้หน่วยบริการประจำภายใต้วงเงินระดับเขต (Global budget) ส่วนการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการในเครือข่ายหน่วยบริการประจำนั้น ให้กำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรโดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่หรือระดับ Contracting Unit of Primary care (CUP)
5. กำหนดการจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการเพียงครั้งเดียว ให้เสร็จสิ้นภายในเดือนกรกฎาคม 2564 โดยใช้ข้อมูลบริการไตรมาส 3, 4 ปีงบประมาณ 2563 และไตรมาส 1, 2 ปีงบประมาณ 2564
6. กรณีที่มีงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการเหลือจากการจัดสรรตามคะแนนของเกณฑ์แต่ละข้อ ให้จัดสรรคืนหน่วยบริการประจำตามจำนวนผู้มีสิทธิลงทะเบียนสิทธิ (งบเหลือจากการจัดสรรตามคะแนนไม่เกิน 30 % ของวงเงิน)
7. แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการจัดสรรงบประมาณให้ใช้จาก HDC ยกเว้นอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) ให้ใช้ข้อมูลจากสปสช.

ตัวชี้วัดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี

ลำดับ	ตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ	ตัวชี้วัด	คะแนน
1	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	กลาง	50
2	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	กลาง	50
3	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	กลาง	50
4	ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	กลาง	50
5	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน Acute Diarrhea (AD)	กลาง	25
6	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ Respiratory Infection (RI)	กลาง	25
7	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)	กลาง	20
8	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี	พื้นที่	50
9	อัตราผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	พื้นที่	50
10	ร้อยละหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	พื้นที่	50
11	ร้อยละเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน	พื้นที่	50
12	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	พื้นที่	50
คะแนนรวม			520

Template ตัวชี้วัดกลางบ่งชี้ตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2564

ชื่อตัวชี้วัด	1. ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดสัทธิ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุมของการคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มเป้าหมายสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
คำนิยาม	การคัดกรองโรคเบาหวาน หมายถึง การคัดกรองเบาหวานโดยวิธีตรวจน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน
เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์เป้าหมายระดับประเทศ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) ฐานข้อมูลประชากร จากฐานทะเบียนราษฎร์ 2) ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต จากฐานทะเบียนราษฎร์ 3) ฐานข้อมูลประชากรและสิทธิ จากฐาน สปสช. 4) ฐานข้อมูล IP/OP e-claim จากแฟ้ม DIAGNOSIS ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 5) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 6) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม NCDScreen ฟิลด์ BSLEVEL และ ฟิลด์ BSTEST 7) ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม CHRONIC ฟิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองระดับ น้ำตาลในเลือด ช่วง 1 เมษายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 (โดยตัดผู้ป่วยที่เคยเป็นเบาหวานก่อนหน้านั้นออก)
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	A= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตรับผิดชอบที่มีอายุครบ 35-74 ปี ในช่วงระยะเวลา 1 เมษายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดย DATE_Serv อยู่ใน ช่วง 1 เมษายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 โดยนับจาก CID ที่ปรากฏใน NCDScreen ฟิลด์ BSTEST มีค่าเป็น 1,2,3,4 และ BSLEVEL มีค่ามากกว่า 0 ทั้งนี้ต้องตัดผู้เสียชีวิตก่อนวันคัดกรอง (DATE_SERV) รวมถึงรายที่มี CID error หรือ CID ที่เคยเป็นโรคเบาหวานจากฐานข้อมูล IP/OP e-claim แฟ้ม DIAGNOSIS ฟิลด์ DIAGCODE หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 รวมทั้ง CID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC ฟิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 ก่อนวันมีผลคัดกรองดังกล่าวออกจากการคำนวณ
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชาชนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ณ 1 ตุลาคม 2563 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชาชนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีอายุครบ 35-74 ปี ณ 1 ตุลาคม 2563 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน โดยตรวจสอบจาก IP/OP e-claim หรือฐานข้อมูล OP/PP แฟ้ม DIAGNOSIS ฟิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14 รวมทั้ง CID ที่ปรากฏในแฟ้ม CHRONIC ฟิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย E10-E14
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเดือนละ 1 ครั้งและประเมินผลปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาทร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th
Baseline	ผลงาน QOF ปี 2563 = 59.26 %
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>น้อยกว่าร้อยละ 60.00 = 0 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 60.00-67.49 = 1 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 67.50-74.99 = 2 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 75.00-82.49 = 3 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 82.50-89.99 = 4 คะแนน</p> <p>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90.00 = 5 คะแนน</p>

ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุมของการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มเป้าหมายสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
คำนิยาม	การคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึงการคัดกรองโดยการวัดความดันโลหิตในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงมาก่อน
เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์เป้าหมายระดับประเทศ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74ปี ที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
แหล่งข้อมูล	1) ฐานข้อมูลประชากร จากฐานทะเบียนราษฎร์ 2) ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต จากฐานทะเบียนราษฎร์ 3) ฐานข้อมูลประชากรและสิทธิ จากฐาน สปสช. 4) ฐานข้อมูล IP/OP e-claim แพ้ม DIAGNOSIS พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 5) ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม DIAGNOSIS_OPD พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 6) ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม NCDScreen พิลด์ SBP_1 และ พิลด์ DBP_1ฐานข้อมูล OP/PP จากแพ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอายุ 35-74ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในช่วง 1 เมษายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 โดยตัดผู้ที่เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนหน้าวันที่คัดกรองออก
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	A= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตรับผิดชอบที่มีอายุครบ 35-74 ปี ณ ช่วงระยะเวลา 1 เมษายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต โดย DATE_SERV อยู่ในช่วง 1 เมษายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 โดยนับจาก CID ที่ปรากฏในแพ้ม NCDScreen โดยมีค่า SBP_1 >30 และ DBP_1 > 20 จาก และมี DATE_SERV อยู่ในช่วง 1 เมษายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 โดยตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนวันคัดกรอง รวมถึงรายที่มี CID error หรือ CID ที่เคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล IP/OP e-claim แพ้ม DIAGNOSIS หรือฐานข้อมูล OP/PP แพ้ม DIAGNOSIS_OPD พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 รวมทั้ง CID ที่ปรากฏในแพ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัส I10-I15ก่อนวันมีผลคัดกรองดังกล่าวออกจากการคำนวณ
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีอายุครบ 35-74 ปี ในช่วง 1 เมษายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ณ 1 ตุลาคม 2563 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนวันที่ 1 เมษายน 2563
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	B= จำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีอายุครบ 35-74 ปี ในช่วง ณ 1 ตุลาคม 2563 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อนวันที่ 1 เมษายน 2563 โดยตรวจสอบจากแพ้ม CHRONIC พิลด์ CHRONIC รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15 ร่วมกับ ฐานข้อมูล IP/OP e-claim แพ้ม DIAGNOSIS พิลด์ DIAGCODE และฐานข้อมูล OP/PP แพ้ม DIAGNOSIS_OPD พิลด์ DIAGCODE รหัสขึ้นต้นด้วย I10-I15
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเดือนละ 1 ครั้งและประเมินผลปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาทร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th
Baseline	ผลงาน QOF ปี 2563 = 58.48%
เกณฑ์การให้คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 60.00 = 0 คะแนน ร้อยละ 60.00-67.49 = 1 คะแนน ร้อยละ 67.50-74.99 = 2 คะแนน ร้อยละ 75.00-82.49 = 3 คะแนน ร้อยละ 82.50-89.99 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90.00 = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	3. ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินการได้รับการดูแลก่อนคลอดภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงมีครรภ์คนไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
คำนิยาม	หญิงมีครรภ์คนไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ฝากครรภ์ครั้งแรกโดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน 12 สัปดาห์ ทั้งนี้ การฝากครรภ์ครั้งแรกประกอบด้วย 1. ประเมินการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง 2. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ความดันโลหิต 3. ตรวจร่างกายทั่วไป (ตรวจเสียงปอดและหัวใจ) 4. ตรวจปัสสาวะ (Multiple dipstick) เพื่อหา protein, sugar, asymptomatic bacteria 5. ตรวจภายใน (อาจเลื่อนไปตรวจในครั้งที่ 2 ของการฝากครรภ์) 6. ตรวจ Hemoglobin/Hematocrit/Osmolarity Fragility/DCIP (ทุกอายุครรภ์) และตรวจ VDRL, Anti HIV, blood group, Rh typing, HbsAg 7. ให้อาหาร Tetanus Toxoid ครั้งที่ 1 8. ให้อาหารเหล็ก และ/หรือ โพลีค และ Iodine 9. ให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อฉุกเฉิน
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงมีครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายในปีที่หน่วยบริการสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากแฟ้ม ANC (การฝากครรภ์ครั้งที่ 1 ใน ฟิลด์: ANCNO =1, อายุครรภ์ที่ ฟิลด์: GA) 2) ฐานข้อมูล e-claim และ กทม.
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนหญิงมีครรภ์สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกรายในหน่วยบริการที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ที่ได้รับการบริการ ภายในวันที่ 1 เมษายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	นับ CID จากแฟ้ม ANC & e-claim & กทม. (นับเฉพาะการฝากครรภ์ครั้งแรกของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น) โดยหญิงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกของครรภ์นี้นับในช่วงที่วันรับบริการ. ภายในวันที่ 1 เมษายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 (โดยตรวจสอบการฝากครรภ์ย้อนหลังไป 9 เดือนทุกรายของผู้รับบริการในช่วงที่กำหนด เพื่อตัดรายที่เคยมาในช่วง 9 เดือนย้อนหลังออกก่อน หากมี CID ซ้ำ ให้เลือก GRAVIDA ที่ไม่ซ้ำ) ให้นับเฉพาะวันที่บริการครั้งแรกใน min(DATE_SERV) และ min(GA) กรณีพบซ้ำให้เลือกหน่วยบริการแรกหน่วยบริการเดียว นับจำนวนคน จากเลขประจำตัว 13 หลัก ที่มี GA <=12 wks และตัด CID error
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงมีครรภ์สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกรายที่มาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมดที่ได้รับการบริการภายในวันที่ 1 เมษายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 ในหน่วยบริการทั้งหมด
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	หญิงสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกของครรภ์นี้ ที่มารับบริการช่วงวันที่ 1 เมษายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564 (โดยตรวจสอบการฝากครรภ์ย้อนหลัง 9 เดือนทุกรายของผู้รับบริการในช่วงที่กำหนด เพื่อตัดรายที่เคยมาในช่วง 9 เดือนย้อนหลังออกก่อน) ให้นับเฉพาะวันที่บริการครั้งแรกใน min(DATE_SERV) และ min(GA) กรณีพบซ้ำให้เลือกหน่วยบริการแรกหน่วยบริการเดียว นับจำนวนคน จากเลขประจำตัว 13 หลัก ตัด CID error
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเดือนละ 1 ครั้งและประเมินผลปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาทร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th
Baseline	OPPP individual จาก QOF ปี 2563 = 60.65 %
เกณฑ์การให้คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 60.00 = 0 คะแนน ร้อยละ 60.00-64.99 = 1 คะแนน ร้อยละ 65.00-69.99 = 2 คะแนน ร้อยละ 70.00-74.99 = 3 คะแนน ร้อยละ 75.00-79.99 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	4. ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีอายุ 30-60 ปี
นิยาม	<p>กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สตรีสัญชาติไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีอายุ 30-60 ปี (เกิดในช่วง 1 เมษายน 2504 ถึง 31 มีนาคม 2533) และได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในช่วง 1 เมษายน 2559 - 31 มีนาคม 2564 ในเขตรับผิดชอบ การตรวจปากมดลูก หมายถึง การตรวจทั้งโดยวิธี Pap Smear VIA และ HPV test</p> <p>Pap Smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา</p> <p>VIA (Visual Inspection with Acetic acid) หมายถึง วิธีคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูก ทิ้งไว้ 1 นาที น้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาวขอบเขตชัดเจน และตำแหน่งแน่นอน สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็ง แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษาอาจกลายเป็นมะเร็งได้ซึ่งเหมาะสำหรับการคัดกรองสำหรับสตรีอายุ 30-45ปี HPV DNA test เป็นเทคนิคทางด้านชีวโมเลกุล เพื่อตรวจหาตัวเชื้อเอชพีวี สายพันธุ์ก่อมะเร็งบริเวณ ปากมดลูกและผนังช่องคลอด จึงช่วยค้นหาและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ในระยะก่อนการเป็น มะเร็ง</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 30-60 ปี
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) ฐานข้อมูล e-claim /seamless & กทม. 2) ข้อมูล 21/43 แพ้ม (แพ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัส Z014 หรือ Z124) 3) SPECIAL PP รหัส 1B30 หรือ 1B40 หรือรหัสขึ้นต้นด้วย 1B004 4) ฐานข้อมูลประชากรไทยทุกสิทธิ
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนสตรีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสม ตั้งแต่ 1 เมษายน 2559 - 31 มีนาคม 2564 จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	จำนวนหญิงไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2504 ถึง 31 มีนาคม 2533) ในแต่ละหน่วยลงทะเบียนที่มี CID อยู่ในแพ้ม SPECIAL PP 1B30 หรือ 1B40 หรือ รหัสขึ้นต้นด้วย 1B004 และ CID ที่อยู่ใน DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัส DIAGCODE = Z014, Z124 รวมทั้งฐานเรียกเก็บกรณี PAP & VIA และ HPV DNA testing ที่อยู่ใน Seamless for CCS และจากฐานของ กทม. ตั้งแต่ปี 1 เมษายน 2559 - 31 มีนาคม 2564 แล้วนำมาแจมนับรวมกันโดยตัด CID ที่ซ้ำของ 3 ฐานออก แล้วตัดผู้ที่เสียชีวิตก่อนการคัดกรอง รวมทั้ง CID error ทั้งหมด ก่อนจำแนกตามหน่วยลงทะเบียน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดในช่วง 1 เมษายน 2504 ถึง 31 มีนาคม 2533 จัดกลุ่มตามหน่วยลงทะเบียน ณ 1 ตุลาคม 2563
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	จำนวนหญิงไทยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เกิดในช่วง ณ 1 ตุลาคม 2563 ในแต่ละหน่วยลงทะเบียน
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเดือนละ 1 ครั้งและประเมินผลปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาหรัย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th
Baseline	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผลการสำรวจ BRFSS 2558 = 69% 2) OPPP Individual ปี QOF 2563 = 40.65 %
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>น้อยกว่าร้อยละ 60.00 = 0 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 60.00-64.99 = 1 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 65.00-69.99 = 2 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 70.00-74.99 = 3 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 75.00-79.99 = 4 คะแนน</p> <p>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 = 5 คะแนน</p>

ชื่อตัวชี้วัด	5.ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea)											
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเข้ายาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน											
คำนิยาม	<p>1) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน Acute Diarrhea (AD) หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวกว่าปกติ >3 ครั้งต่อวัน โดยมีอาการไม่มากกว่า 2 สัปดาห์ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอาจเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค เชื้อโรค และสาเหตุอื่นๆ ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันส่วนมากไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา ระบุโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด ดังนี้</p> <p>"A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 "</p> <p>2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC J01</p> <p>3) ประเด็นการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างไม่รับผิดชอบใน Acute Diarrhea :ผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่รับบริการที่ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 90 (อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะโดยเฉลี่ยในโรงพยาบาลร้อยละ 50) ทั้ง</p> <p>ๆ ที่หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่าโรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ต้องการยาปฏิชีวนะน้อยกว่าร้อยละ 5 และการเข้ายาปฏิชีวนะกลุ่ม fluoroquinolones รักษาโรคกลุ่มนี้โดยไม่จำเป็น ชักนำไปเกิดการดื้อยาในกลุ่ม fluoroquinolones และยากลุ่มอื่นด้วย (เช่น ยากลุ่ม cephalosporins)</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้การประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการนำส่งในระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual Data) โดยมีเกณฑ์การประเมิน และเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 20</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>20.01-25.00</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>25.01 -30.00</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>> 30.01</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน	≤ 20	5	20.01-25.00	3	25.01 -30.00	1	> 30.01	0
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน											
≤ 20	5											
20.01-25.00	3											
25.01 -30.00	1											
> 30.01	0											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยทุกสิทธิ ในความรับผิดชอบของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (CUP)											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP Individual Data											
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP Individual Data ของ สปสช.											
รายการข้อมูล 1	A: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ											
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกตามรหัส ICD10 ที่กำหนด และ มีการให้ยาปฏิชีวนะ "A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 "											
รายการข้อมูล 2	B: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งหมด											
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกด้วยโรคตามรหัส ICD10 ที่กำหนด "A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A090, A099, K521, K528, K529 "											
สูตรการคำนวณ	(A/B) × 100											
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 12 เดือน (เช่น 1 เมษายน 63 – 31 มีนาคม 64)											

ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ					
	จำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP_AD)					
	2558	2559	2560	2561	2562	2563
	น้อยกว่าร้อยละ 10	8	5	143	83	291
ร้อยละ 10-20	24	33	69	370	523	544
ร้อยละ 20-30	114	139	198	353	157	114
ร้อยละ 30-40	213	258	305	149	37	37
ร้อยละ 40-50	240	253	241	60	30	20
ร้อยละ 50-60	232	201	132	21	12	12
ร้อยละ 60-70	112	90	63	17	10	9
ร้อยละ 70-80	61	44	25	8	6	4
ร้อยละ 80-90	24	14	5	4	2	4
ร้อยละ 90-100	8	6	7	3	2	5
Grand Total	1036	1043	1188	1068	1070	1115

เกณฑ์การให้คะแนน	<p>มากกว่าร้อยละ 20.00 = 0 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 19.01-20.00 = 1 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 18.01-19.00 = 2 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 17.01-18.00 = 3 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 16.01-17.00 = 4 คะแนน</p> <p>น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 16.00 = 5 คะแนน</p>
------------------	---

ชื่อตัวชี้วัด	6.ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection :RI)											
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการใช้จ่ายปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ Respiratory Infection (RI)											
คำนิยาม	<p>1) Respiratory Infection (RI) หมายถึง โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน(upper respiratory tract infections, URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน(acute bronchitis) ในผู้ป่วยนอก ซึ่งโรคเหล่านี้ส่วนมากไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคหวัด ไข้หวัดใหญ่ คอหอยอักเสบ/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ระบุโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด ดังนี้</p> <p>" J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"</p> <p>2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC J01</p> <p>3) ประเด็นการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างไม่รับผิดชอบใน Respiratory Infection : ผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันที่รับบริการที่ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงมากกว่าร้อยละ 90 (อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะเฉลี่ยของโรงพยาบาลร้อยละ 60) ทั้งๆ ที่หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่าโรคดังกล่าวในภาพรวมเกิดจากเชื้อแบคทีเรียน้อยกว่าร้อยละ 10 และการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคดังกล่าวที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียไม่มีประโยชน์ ทำให้เกิดโทษจากผลข้างเคียงของยา ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา และเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้การประมวลผลข้อมูลที่หน่วยบริการนำส่งในระบบข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual Data) โดยมีเกณฑ์การประเมิน และเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ</p> <table border="1" data-bbox="466 1025 1375 1348"> <thead> <tr> <th>ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 20</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>20.01-25.00</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>25.01 -30.00</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>> 30.01</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน	≤ 20	5	20.01-25.00	3	25.01 -30.00	1	> 30.01	0
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	เกณฑ์การให้คะแนน											
≤ 20	5											
20.01-25.00	3											
25.01 -30.00	1											
> 30.01	0											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยทุกสิทธิ ในความรับผิดชอบของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ (CUP)											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP Individual Data											
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP Individual Data ของ สปสช.											
รายการข้อมูล 1	A: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ											
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกตามรหัส ICD10 ที่กำหนดและ มีการให้ยาปฏิชีวนะ "J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729"											
รายการข้อมูล 2	B: จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน											

เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอกตามรหัส ICD10 ที่กำหนด"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"																																																																																																																
สูตรการคำนวณ	(A/B)×100																																																																																																																
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 12 เดือน (เช่น 1 เมษายน 63 – 31 มีนาคม 64)																																																																																																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">Baseline Data</th> </tr> <tr> <th rowspan="3">ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ</th> <th colspan="7">จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ</th> </tr> <tr> <th colspan="7">จำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP_RI)</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ 10</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>135</td> <td>96</td> <td>321</td> <td>499</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 10-20</td> <td>61</td> <td>86</td> <td>136</td> <td>507</td> <td>550</td> <td>459</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 20-30</td> <td>202</td> <td>226</td> <td>309</td> <td>290</td> <td>102</td> <td>81</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 30-40</td> <td>292</td> <td>315</td> <td>317</td> <td>96</td> <td>50</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 40-50</td> <td>270</td> <td>245</td> <td>194</td> <td>37</td> <td>23</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 50-60</td> <td>133</td> <td>103</td> <td>60</td> <td>23</td> <td>10</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 60-70</td> <td>34</td> <td>34</td> <td>20</td> <td>12</td> <td>7</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 70-80</td> <td>31</td> <td>24</td> <td>11</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80-90</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90-100</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>1</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grand Total</td> <td>1036</td> <td>1043</td> <td>1188</td> <td>1068</td> <td>1070</td> <td>1115</td> </tr> </tbody> </table>							Baseline Data								ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ							จำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP_RI)							2558	2559	2560	2561	2562	2563	น้อยกว่าร้อยละ 10	4	2	135	96	321	499	ร้อยละ 10-20	61	86	136	507	550	459	ร้อยละ 20-30	202	226	309	290	102	81	ร้อยละ 30-40	292	315	317	96	50	33	ร้อยละ 40-50	270	245	194	37	23	19	ร้อยละ 50-60	133	103	60	23	10	7	ร้อยละ 60-70	34	34	20	12	7	12	ร้อยละ 70-80	31	24	11	5	4	3	ร้อยละ 80-90	7	6	5	2	1	2	ร้อยละ 90-100	2	2	1		2		Grand Total	1036	1043	1188	1068	1070	1115
Baseline Data																																																																																																																	
ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนเครือข่ายหน่วยบริการ																																																																																																																
	จำแนกตามกลุ่มร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (CUP_RI)																																																																																																																
	2558	2559	2560	2561	2562	2563																																																																																																											
น้อยกว่าร้อยละ 10	4	2	135	96	321	499																																																																																																											
ร้อยละ 10-20	61	86	136	507	550	459																																																																																																											
ร้อยละ 20-30	202	226	309	290	102	81																																																																																																											
ร้อยละ 30-40	292	315	317	96	50	33																																																																																																											
ร้อยละ 40-50	270	245	194	37	23	19																																																																																																											
ร้อยละ 50-60	133	103	60	23	10	7																																																																																																											
ร้อยละ 60-70	34	34	20	12	7	12																																																																																																											
ร้อยละ 70-80	31	24	11	5	4	3																																																																																																											
ร้อยละ 80-90	7	6	5	2	1	2																																																																																																											
ร้อยละ 90-100	2	2	1		2																																																																																																												
Grand Total	1036	1043	1188	1068	1070	1115																																																																																																											
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>มากกว่าร้อยละ 20.00 = 0 คะแนน ร้อยละ 19.01-20.00 = 1 คะแนน ร้อยละ 18.01-19.00 = 2 คะแนน ร้อยละ 17.01-18.00 = 3 คะแนน ร้อยละ 16.01-17.00 = 4 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 16.00 = 5 คะแนน</p>																																																																																																																

ชื่อตัวชี้วัด	7.อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก(ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก(epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง(HT)
วัตถุประสงค์	การติดตามและประเมินสมรรถนะการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้าอนรักษานในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
คำนิยาม	ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) การคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลด้วย ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุพล ลิ้มวัฒนานนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยหลักโดยใช้รหัส ICD-10 ดังต่อไปนี้ 1. ลมชัก (epilepsy) : G40 และ G41 2. ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD): J41-J44 และ J47 รวมทั้ง J10.0, J11.0,J12-J16, J18, J20, J21, J22 ที่มีการวินิจฉัยรองเป็น J44 3. หืด (asthma): J45 และ J46 4. เบาหวาน (diabetes): E10.0, E10.1, E10.6, E10.9, E11.0, E11.1,E11.6, E11.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6 และ E14.9 5. ความดันโลหิตสูง (HT): I10 และ I11 โดยไม่มีการให้ผลการดงต่อไปนี้ 33.6, 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94 และ 37.98
เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมายภาพรวมประเทศ อัตรา admission รายโรคต่อแสนประชากร ไม่เกินค่าเฉลี่ยของปีที่ผ่านมา (โรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT))
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย ACSC ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในความรับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน ผ่านโปรแกรม e-Claim
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP e Claim
รายการข้อมูล 1	A: จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยสิทธิ UC อายุ 15-74 ปี ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) เข้ารักษาในโรงพยาบาลในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) ตามคำนิยาม ในช่วง 1 เมษายน 2563 – 31 มีนาคม 2564
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	A: นับจำนวนครั้งของผู้ป่วยสิทธิ UC อายุ 15-74 ปี ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน (IP) ด้วยโรค (PDX) ดังนี้ 1. ลมชัก (epilepsy): G40 และ G41 2. ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD): J41-J44 และ J47 รวมทั้ง J10.0, J11.0,J12-J16, J18, J20, J21, J22 ที่มีการวินิจฉัยรองเป็น J44 3. หืด (asthma): J45 และ J46 4. เบาหวาน (diabetes): E10.0, E10.1, E10.6, E10.9, E11.0, E11.1,E11.6, E11.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6 และ E14.9 5. ความดันโลหิตสูง (HT): I10 และ I11 โดยไม่มีการให้ผลการดงต่อไปนี้ 33.6, 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94 และ 37.98 จากฐาน IP e-claim ช่วงเวลารับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน ระหว่าง ในช่วง 1 เมษายน 2563 – 31 มีนาคม 2564
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำ ณ 1 ตุลาคม 2563
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรสิทธิ UC อายุ 15 - 74 ปี ของหน่วยบริการประจำที่รับลงทะเบียน (Hmain_op) โดยใช้ประชากร ณ 1 ตุลาคม 2563
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$Xi = \text{อัตราการนอนรพ.ด้วยโรคที่ระบุแต่ละโรคต่อแสนประชากร 1 เมษายน 2563 – 31 มีนาคม 2564}$ $= (Ai/Bi) \times 100,000 \quad (i=1-5 \text{ โดย } 1= \text{ลมชัก}, 2= \text{ปอดอุดกั้นเรื้อรัง } 3= \text{หืด } 4= \text{เบาหวาน } 5= \text{ความดันโลหิตสูง})$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเดือนละ 1 ครั้งและประเมินผลปีละ 1 ครั้ง
Baseline	ปี 2563 : 1. ลมชัก= 82.51 ต่อแสนประชากร 2. ปอดอุดกั้นเรื้อรัง =248.28 ต่อแสนประชากร 3. หืด = 87.15 ต่อแสนประชากร 4. เบาหวาน=223.31 ต่อแสนประชากร 5. ความดันโลหิตสูง=87.17 ต่อแสนประชากร
เกณฑ์การให้คะแนน	1. โรคลมชัก น้อยกว่าหรือเท่ากับ 82.51 ต่อแสนประชากร ได้ 4 คะแนน มากกว่า 82.51 ต่อแสนประชากร ได้ 0 คะแนน 2. ปอดอุดกั้นเรื้อรัง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 248.28 ต่อแสนประชากร ได้ 4 คะแนน มากกว่า 248.28 ต่อแสนประชากร ได้ 0 คะแนน 3. โรคหืด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 87.15 ต่อแสนประชากร ได้ 4 คะแนน มากกว่า 87.15 ต่อแสนประชากร ได้ 0 คะแนน 4. โรคเบาหวาน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 233.31 ต่อแสนประชากร ได้ 4 คะแนน มากกว่า 233.31 ต่อแสนประชากร ได้ 0 คะแนน 5. โรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 87.17 ต่อแสนประชากร ได้ 4 คะแนน มากกว่า 87.17 ต่อแสนประชากร ได้ 0 คะแนน

Template ตัวชี้วัดสปสข.เขต 10 อุบลราชธานีงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2564

ชื่อตัวชี้วัด	8. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ทั้งหมด ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 *หมายเหตุ รหัส ICD10 ที่เป็นโรคร่วมได้แก่ 1. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจขาดเลือด 120-125 2. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจล้มเหลว 150 3. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหลอดเลือดสมอง 160-169 4. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 N18.4-N18.5 5. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิด ต่อเนื่อง G40-G41
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ 40
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม จากระบบ Cockpit
รายการข้อมูล 1	A1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี A2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
รายการข้อมูล 2	B1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด B2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี C2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
รายการข้อมูล 4	D1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด D2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	E1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี E2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
รายการข้อมูล 6	F1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมในเขตรับผิดชอบทั้งหมด F2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B1) *100
ระยะเวลาประเมินผล	1 เมษายน 2563 – 31 มีนาคม 2564
วิธีการประเมินผล	คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ) A1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10 - E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN ("1", "3") 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCARGE = "9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย) และได้รับการตรวจ HbA1C (LABFU, LABTEST = "0531601 ") ระดับ HbA1C ครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT .HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม -HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม A2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนที่มารับบริการ จากแฟ้ม CHRONICFB ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ ที่ได้รับการตรวจ HbA1C (LABFU.LABTEST="0531601") ระดับ HbA1C ครั้งสุดท้ายใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_PD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10 - E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON,TYPE AREA IN ("1", "3") 1 (มี

	<p>ชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง, 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) และPERSON.DISCHARGE - "9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย)</p> <p>B2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน CHRONIC และมารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ</p>
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>น้อยกว่าร้อยละ 20.00 = 0 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 20.00-24.99 = 1 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 25.00-29.99 = 2 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 30.00-34.99 = 3 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 35.00-39.99 = 4 คะแนน</p> <p>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40.00 = 5 คะแนน</p>

ชื่อตัวชี้วัด	9.อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายในช่วงประมวผล <140/90 mmHg
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ 50
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม จากระบบ Cockpit
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B)*100$
ระยะเวลาประเมินผล	1 เมษายน 2563 – 31 มีนาคม 2564
วิธีการประมวผล	ประมวผลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม จากระบบ Cockpit A : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD , DIAGNOSIS_IPD , CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักแรก = I10 – I15 ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA = 1 หรือ 3 และ PERSON.DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) และ PERSON.NATION = 099 (สัญชาติไทย) และได้รับการตรวจ วัดความดันโลหิตสูง 2 ครั้ง ในช่วงประมวผล โดยใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg , CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg B : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD , DIAGNOSIS_IPD , CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักแรก = I10 – I15 ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA = 1 หรือ 3 และ PERSON.DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) และ PERSON.NATION = 099 (สัญชาติไทย)
เกณฑ์การให้คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 40.00 = 0 คะแนน ร้อยละ 40.00-42.49 = 1 คะแนน ร้อยละ 42.50-44.99 = 2 คะแนน ร้อยละ 45.00-47.49 = 3 คะแนน ร้อยละ 47.50-49.99 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50.00 = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	10.ร้อยละหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ หมายถึงหญิงตั้งครรภ์คนไทยทุกราย ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุข และอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การให้บริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ ในหญิงตั้งครรภ์โดยต้องได้รับการครบ 5 ครั้ง ดังนี้ ตาม HDC การนัดครั้งที่ 1 อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 13 - < 20 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 20 - < 26 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 26 - < 32 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 32 - < 40 สัปดาห์
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> ● หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุข ● หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทุกคน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม จากระบบ Cockpit
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุข ที่คลอด และได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (แฟ้ม ANC)
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหญิงไทย ในเขตรับผิดชอบ ที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดทั้งหมด (LABOR.BTYPE ≠ 6
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100
ระยะเวลาประเมินผล	1 เมษายน 2563 – 31 มีนาคม 2564
เกณฑ์การให้คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 60.00 = 0 คะแนน ร้อยละ 60.00-64.99 = 1 คะแนน ร้อยละ 65.00-69.99 = 2 คะแนน ร้อยละ 70.00-74.99 = 3 คะแนน ร้อยละ 75.00-79.99 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	11.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน (DSPM)
คำนิยาม	<p>- เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>- พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)</p> <p>คำนิยามเพิ่มเติม</p> <p>-การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30 ,42 และ 60 เดือน ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตัวอยู่จริง และ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p>-พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</p> <p>-พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2</p> <p>-เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9 , 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (type 1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวจริงอยู่และ type3 ที่อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม จากระบบ Cockpit
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9 , 18, 30, 42 และ 60 เดือนที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9 , 18, 30, 42 และ 60 เดือนทั้งหมดในเขตรับผิดชอบในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100
ระยะเวลาประเมินผล	1 เมษายน 2563 – 31 มีนาคม 2564 และต้องติดตามภายใน 30 เมษายน 2564
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>น้อยกว่าร้อยละ 80.00 = 0 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 80.00-82.49 = 1 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 82.50-84.99 = 2 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 85.00-87.49 = 3 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 87.50-89.99 = 4 คะแนน</p> <p>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90.00 = 5 คะแนน</p>

ชื่อตัวชี้วัด	12.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT หมายถึงคนไทย ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง</p> <p>การค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง หมายถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการตรวจหาร่องรอยความผิดปกติของไต ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจ Serum Creatinine (0581902) หรือมีค่า e-GFR (0581904) อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงเวลาประมวลผล 2. ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจ Urine Protein และ Serum Creatinine อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงเวลาประมวลผล <p>- การตรวจ Urine Protein อาจตรวจด้วยวิธีใด วิธีหนึ่ง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Urine albumin-to-creatinine ratio (ACR) (0440206) 2) Urine protein-to-creatinine ratio UPCR) (0440205) 3) Microalbuminuria (0440204) 4) Macroalbuminuria (0440203)
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงสัญชาติไทย ในเขตรับผิดชอบที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ประมวลผลจากรหัสโรค</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. (E10* ถึง E14*) ลบออกด้วย (E102, E112, E122, E132, E142) 2. และ/หรือ มีรหัสโรคเป็น (I10* ถึง I15*) ลบออกด้วย (I12*, I13*, I151) 3. และไม่มีรหัสโรค N181-189 <p>*****ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนปีงบประมาณปัจจุบัน จึงจะนำมาหักออกเท่านั้น</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 เพิ่ม จากระบบ Cockpit
รายการข้อมูล 1	A : ประชากรไทย ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ซึ่งป่วยเป็นเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
รายการข้อมูล 2	B : ประชากรไทย ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ซึ่งป่วยเป็นเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)*100
ระยะเวลาประเมินผล	1 เมษายน 2563- 31 มีนาคม 2564
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>น้อยกว่าร้อยละ 60.00 = 0 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 60.00-64.99 = 1 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 65.00-69.99 = 2 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 70.00-74.99 = 3 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 75.00-79.99 = 4 คะแนน</p> <p>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 = 5 คะแนน</p>