

คู่มือการทดสอบตัวชี้วัดในพื้นที่

โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2



คู่มือการทดสอบตัวชี้วัดในพื้นที่

โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ตุลาคม 2558

สารบัญ

คำนำ	3
ข้อมูลการติดต่อ	4
บทที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับการทดสอบตัวชี้วัด.....	5
1.1 ที่มาและความสำคัญ	5
1.2 วัตถุประสงค์ของการทดสอบตัวชี้วัด.....	6
1.3 ระยะเวลาในการทดสอบตัวชี้วัด.....	7
บทที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมการทดสอบตัวชี้วัด.....	8
2.1 การคัดเลือกพื้นที่เพื่อทดสอบตัวชี้วัด.....	8
2.2 บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิในการทดสอบตัวชี้วัด	8
2.3 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการร่วมเป็นพื้นที่ทดสอบตัวชี้วัด	9
บทที่ 3 รายละเอียดเกี่ยวกับตัวชี้วัด.....	10
บทที่ 4 กระบวนการหลังจากการทดสอบตัวชี้วัด	53
4.1 รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และสรุปผล	53
4.2 นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น.....	53
4.3 จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์เสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	53

คำนำ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพได้รับมอบหมายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้ดำเนินการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิสำหรับโครงการบ่งจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (quality and outcomes framework, QOF) เพื่อนำตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิก่อนหน้านี้ไปประกาศใช้ในปีงบประมาณ 2560 กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดครั้งนี้มีหลักการสำคัญคือ พัฒนาตัวชี้วัดอย่างเป็นระบบโดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน อ้างอิงหลักฐานทางวิชาการประกอบการพัฒนาตัวชี้วัด และมีการทดสอบตัวชี้วัดก่อนการนำไปใช้จริง ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดอยู่ในบทที่ 1 ของคู่มือเล่มนี้

บทที่ 2 กล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ ดังนี้ 1) การดำเนินกิจกรรมตามตัวชี้วัด 2) การบันทึกข้อมูลภาระงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด 3) การบันทึกข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ 4) การสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิดเห็นและประสบการณ์ในการทดลองใช้ตัวชี้วัด

บทที่ 3 กล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับร่างตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิที่จะดำเนินการทดสอบในพื้นที่ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดทั้งสิ้น 24 ตัวชี้วัด ในประเด็นปัญหาสุขภาพ 5 ประเด็น คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด) 2) อนามัยแม่และเด็ก 3) ผู้ป่วยติดเตียง 4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และ 5) โรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

บทที่ 4 กล่าวถึงกระบวนการภายหลังจากทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้คณะผู้วิจัยยังได้จัดทำคู่มือการบันทึกข้อมูลสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบการทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในครั้งนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิของท่านมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อร่างตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิเพื่อให้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในอนาคตโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพขอขอบพระคุณทุกท่านที่สละเวลาเพื่อให้ความร่วมมือในการทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในครั้งนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะได้รับประโยชน์จากเข้าร่วมการทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในครั้งนี้เช่นเดียวกัน

คณะผู้วิจัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้



นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ข้อมูลการติดต่อ

หากท่านมีข้อสงสัยหรือปัญหาอุปสรรคในการทดสอบตัวชี้วัด กรุณาติดต่อทีมวิจัย

ดร.รุ่งนภา คำผาง นักวิจัยหลัก

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์: 02-5904549 โทรสาร: 02-5904369 อีเมลล์ roongnapa.k@hitap.net

ทีมวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งในโครงการวิจัย	อีเมลล์
ดร.ชญ.จันทนา พัฒนเกษัช	นักวิจัยร่วม	juntana.p@hitap.net
น.ส.รักมณี บุตรชน	นักวิจัยร่วม	rukmanee.b@hitap.net
น.ส.สโรชา ชูติพงศ์ชัยวัฒน์	นักวิจัยร่วม	sarocho.c@hitap.net
น.ส.ณัฐธิดา มาลาทอง	นักวิจัยร่วม	natthida.m@hitap.net
น.ส. สุธีนุช ตั้งสติกุลชัย	นักวิจัยร่วม	suteenoot.t@hitap.net
นายศุภววรรณ เพิ่มผลสุข	นักวิจัยร่วม	suppawat.p@hitap.net
น.ส. อรพินท์ นพมาก	นักวิจัยร่วม	ann_zaza008@hotmail.com
พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี	นักวิจัยร่วม	Thunyarata.a@hitap.net
ดร.ชญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	นักวิจัยร่วม	sripen.t@hitap.net
ดร.นพ.ยศ ติระวัฒนานนท์	นักวิจัยร่วม	yot.t@hitap.net

ผู้ประสานงานพื้นที่

ชื่อ-สกุล	พื้นที่	อีเมลล์	เบอร์โทรศัพท์
น.ส.ณัฐธิดา มาลาทอง	สิงห์บุรี	natthida.m@hitap.net	088-147-9253
น.ส. สุธีนุช ตั้งสติกุลชัย	สุราษฎร์ธานี	suteenoot.t@hitap.net	098-010-0784
น.ส. อรพินท์ นพมาก	ร้อยเอ็ด	ann_zaza008@hotmail.com	061-163-6419
นายศุภววรรณ เพิ่มผลสุข	กรุงเทพมหานคร	suppawat.p@hitap.net	082-445-7743

บทที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับการทดสอบตัวชี้วัด

1.1 ที่มาและความสำคัญ

ในปัจจุบัน รัฐบาลของหลายประเทศให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพ และคุณภาพของบริการสุขภาพ โดยกำหนดแนวทาง และมาตรการต่างๆ เพื่อนำไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว การวัดสมรรถนะ (performance measurement) ของการให้บริการสุขภาพ เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้ทราบคุณภาพของบริการ และเพิ่มความโปร่งใสให้แก่กระบวนการที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage scheme, UC) เนื่องจากจะช่วยให้การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเป็นไปอย่างคุ้มค่า และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

การจ่ายค่าตอบแทนตามสมรรถนะหรือ pay for performance (P4P) เป็นการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพตามสมรรถนะการปฏิบัติงานทั้งด้านปริมาณ และ/หรือคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มผลิตภาพ ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ เนื่องจาก P4P เป็นกลไกการจ่ายค่าตอบแทนที่มีความเชื่อมโยงกับสมรรถนะ (performance) จึงมีข้อดีเหนือกว่าการจ่ายเงินวิธีอื่น เช่น การเหมาจ่ายรายหัว (capitation) และการจ่ายตามบริการ (fee-for-service, FFS) ซึ่งวิธีการจ่ายเงินดังกล่าวเป็นวิธีที่บริหารจัดการง่าย แต่ไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจ่ายเงินด้วยวิธี FFS อาจทำให้เกิดการให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่สมเหตุสมผล ส่วนใหญ่เป็นบริการที่มีราคาแพงและไม่จำเป็น

Quality and Outcome Framework (QOF) เป็นการจ่ายค่าตอบแทนตามสมรรถนะอีกวิธีหนึ่งซึ่งดำเนินการในสหราชอาณาจักรตั้งแต่ปี 2547 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพ และความรับผิดชอบ (accountability) ของการให้บริการปฐมภูมิโดยใช้ตัวชี้วัดคุณภาพ (quality indicators) ในการประเมินสมรรถนะการให้บริการ จากนั้นจึงจ่ายค่าตอบแทนตามผลประเมิน ทั้งนี้โครงการ QOF เป็นเพียงมาตรการหนึ่งในหลายมาตรการสำหรับพัฒนาคุณภาพของบริการปฐมภูมิ

สำหรับในประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มดำเนินโครงการบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (quality and outcomes framework, QOF) ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 โดยประยุกต์หลักการ และแนวทางจาก QOF ของสหราชอาณาจักร โดยมีนโยบายที่จะดำเนินโครงการนี้เป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปี เพื่อเป็นแรงจูงใจให้หน่วยบริการที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้พัฒนาคุณภาพและการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดคุณภาพคือ เครื่องมือสำหรับประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่สามารถวัดได้ ตัวชี้วัดคุณภาพที่ดีควรมีหลักฐานทางวิชาการยืนยันหรือได้รับความเห็นพ้องว่าสามารถใช้เพื่อวัดคุณภาพและการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของการให้บริการ ตัวชี้วัดคุณภาพสามารถจำแนกออกเป็น 3 รูปแบบ คือ ตัวชี้วัดที่ประเมินระบบการให้บริการสุขภาพโดยรวม ตัวชี้วัดที่ประเมินกระบวนการของการให้บริการ และตัวชี้วัดที่ประเมินผลลัพธ์ของการให้บริการ

ปัจจุบัน ยังขาดกลไกการประเมินโครงการ QOF และตัวชี้วัดคุณภาพอย่างเป็นระบบ สปสช. จึงมอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ดำเนินการศึกษาศาสนการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเดือนกรกฎาคม 2558 พบว่าการพัฒนาตัวชี้วัด QOF ในระยะเริ่มแรกไม่ได้มีกระบวนการที่สนับสนุนการใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการเพื่อประกอบการพัฒนาตัวชี้วัดและมิได้มีการทดสอบความเป็นไปได้ ประสิทธิภาพ

และความเหมาะสมของตัวชี้วัดก่อนนำไปใช้จริง การศึกษาดังกล่าวจึงมีข้อเสนอแนะด้านกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัด เช่น ควรมีส่วนร่วมโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ควรมีการใช้หลักฐานทางวิชาการประกอบการพัฒนาตัวชี้วัด และมีการทดสอบตัวชี้วัดก่อนการนำไปใช้จริง

ทั้งนี้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพได้ดำเนินการพัฒนาตัวชี้วัด สำหรับประกาศใช้ในปี 2560 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาประเด็นทางสุขภาพฯ จากข้อมูลสถิติด้านสุขภาพ เช่น ข้อมูลภาระโรค ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในของกระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ และคัดเลือกประเด็นทางสุขภาพฯ ตามแนวทางที่สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม
2. จัดลำดับความสำคัญของประเด็นทางสุขภาพฯ โดยการจัดประชุมผู้มีส่วนได้เสีย 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยบริการต่างๆ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมถึงหน่วยงานไม่แสวงกำไร
3. คัดเลือกประเด็นทางสุขภาพฯ โดยคณะกรรมการกำกับทิศโครงการ QOF ซึ่งนักวิจัยได้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมและผลการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นทางสุขภาพฯ โดยผู้มีส่วนได้เสีย จากนั้นคณะกรรมการกำกับทิศโครงการ QOF ร่วมอภิปราย และคัดเลือกประเด็นทางสุขภาพฯ สำหรับพัฒนาตัวชี้วัด
4. พัฒนาและคัดเลือกตัวชี้วัด
 - พัฒนารายการตัวชี้วัดสำหรับประเด็นทางสุขภาพฯ ที่ได้รับการคัดเลือก โดยพิจารณาจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) หลักฐานทางวิชาการที่แสดงให้เห็นว่าหากบริการนั้นมีคุณภาพดีจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยการทบทวนแนวทางปฏิบัติในประเทศไทย และหลักฐานทางวิชาการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง 2) ตัวชี้วัดเหล่านั้นสอดคล้องกับการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดการได้ 3) ตัวชี้วัดมีในระบบรายงานปกติ (เช่น 43 แฟ้มข้อมูล หรือฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง)
 - คัดเลือกตัวชี้วัดสำหรับทดสอบในพื้นที่โดยคณะกรรมการกำกับทิศโครงการ QOF
 - ทดสอบความชัดเจนของรายชื่อตัวชี้วัด ตัวตั้ง ตัวหาร และช้อยกเว้น โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการดำเนินงานตามขั้นตอนดังกล่าวทำให้ได้รายการตัวชี้วัดทั้งสิ้น 24 ตัวชี้วัดเพื่อนำไปทดลองใช้ในพื้นที่เป็นเวลา 3 เดือน

1.2 วัตถุประสงค์ของการทดสอบตัวชี้วัด

การทดสอบตัวชี้วัดมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ ประสิทธิภาพ และความเหมาะสมของตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นก่อนนำไปใช้จริง โดยเลือกพื้นที่สำหรับทดสอบตัวชี้วัดในหน่วยบริการปฐมภูมิรวม 36 แห่ง ในจังหวัดร้อยเอ็ด สิงห์บุรี สุราษฎร์ธานี และกรุงเทพมหานคร กระบวนการทดสอบตัวชี้วัดเป็นกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ให้บริการปฐมภูมิในการทดลองใช้ตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสรุปผลเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความเป็นไปได้ ประสิทธิภาพ และความเหมาะสมของตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น เพื่อนำเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

1.3 ระยะเวลาในการทดสอบตัวชี้วัด

การทดสอบตัวชี้วัดในพื้นที่ที่จะเริ่มดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2559 โดยที่มววิจัยจะลงพื้นที่เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการทดลองใช้ตัวชี้วัดทั้ง 24 ตัว การบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบ 43 แฟ้ม กระบวนการทดสอบตัวชี้วัด และบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิจากนั้นจะมีการเก็บข้อมูลก่อนการทดสอบเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิภาระงานและการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด นอกจากนี้ทางที่มววิจัยจะประสานกับหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อสัมภาษณ์ผู้รับบริการและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ตารางที่ 1: กรอบเวลาในการทดสอบตัวชี้วัด

กิจกรรม	เวลา
1. ลงพื้นที่เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการทดสอบตัวชี้วัดแก่ผู้กำหนดนโยบายของจังหวัด และผู้บริหารหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ	15-30 พฤศจิกายน 2558
2. ลงพื้นที่เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการการทดสอบตัวชี้วัดทั้ง 24 ตัว การบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบ 43 แฟ้ม กระบวนการทดสอบตัวชี้วัด และบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ	15-30 พฤศจิกายน 2558
3. เก็บข้อมูลก่อนการทดสอบตัวชี้วัด เช่น ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิภาระงานและการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด เป็นต้น	15-30 พฤศจิกายน 2558
4. ทดลองใช้ตัวชี้วัดในพื้นที่	พฤศจิกายน 2558 – กุมภาพันธ์ 2559
5. เก็บข้อมูลหลังทดสอบตัวชี้วัดโดยที่มววิจัย	กุมภาพันธ์ 2559

บทที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมการทดสอบตัวชี้วัด

2.1 การคัดเลือกพื้นที่เพื่อทดสอบตัวชี้วัด

ร่างตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นจะถูกนำไปทดลองใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 36 แห่งทั่วประเทศ โดยคัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิตามขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกจังหวัดในการทดสอบตัวชี้วัดจำนวน 4 จังหวัด โดยขอคำแนะนำจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสอบถามความสมัครใจจากจังหวัดที่ถูกคัดเลือก
2. คัดเลือกหน่วยบริการประจำ (CUP) จำนวน 3 แห่ง ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือก CUP

- CUP เมือง 1 CUP (รพท./ รพศ.)
- CUP อื่นๆ 2 CUP (รพช.)

โดยพิจารณา คะแนน QOF ขนาดของ CUP ตามจำนวนประชากรสิทธิ UC และตำแหน่งที่ตั้งของ CUP ประกอบ ซึ่งให้คุณลักษณะเหล่านี้คละกัน

3. คัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ภายใต้แต่ละ CUP จำนวนแห่งละ 3 PCU ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือก PCU

- PCU ในโรงพยาบาล 1 แห่ง
- รพสต. 2 แห่ง

โดยพิจารณา ตำแหน่งที่ตั้งของ PCU ประกอบ (ทั้งที่ห่างไกลและใกล้โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำ)

2.2 บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิในการทดสอบตัวชี้วัด

หน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมการทดสอบตัวชี้วัด มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. ทดลองดำเนินการตามตัวชี้วัดในระบบการให้บริการตามปกติของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยพิจารณาว่าหากตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ QOF ในปัจจุบัน หน่วยบริการของท่านจะดำเนินการอย่างไร หลังจากให้บริการตามตัวชี้วัดทั้ง 24 ตัว ขอให้ท่านบันทึกข้อมูลการให้บริการในฐานะข้อมูล 43 แฟ้ม หรือฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องตามที่ท่านสามารถดำเนินการได้ ทั้งนี้ทีมวิจัยจะจัดประชุมชี้แจงเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการของท่านก่อนการทดสอบตัวชี้วัด
2. จัดบันทึกข้อมูลภาระงานและต้นทุนในแบบบันทึกข้อมูลภาระงาน และต้นทุนการดำเนินงานตามตัวชี้วัด QOF ก่อนและระหว่างการทดสอบตัวชี้วัด เพื่อประเมินภาระงานและต้นทุนที่ผู้ปฏิบัติงานใช้ในการปฏิบัติงานหรือให้บริการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด โดยทีมวิจัยจะขอให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดแต่ละรายการบันทึกภาระงานและต้นทุนเพื่อนำข้อมูลเหล่านี้มาประกอบการพิจารณาด้านทุนและความเป็นไปได้ในการดำเนินการของตัวชี้วัด
3. ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิของท่าน
4. ให้ความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการทดลองใช้ตัวชี้วัดในประเด็นต่างๆ เช่น ความเป็นไปได้ของการดำเนินกิจกรรมตามตัวชี้วัด ความน่าเชื่อถือของข้อมูลในแต่ละตัวชี้วัด ประโยชน์ของตัวชี้วัด ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมตามตัวชี้วัด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากตัวชี้วัด และแนวทางแก้ไขปรับปรุงตัวชี้วัด เป็นต้น โดยทีมวิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในเดือนกุมภาพันธ์ นอกจากนี้ทีมวิจัยจะทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการ

ต่างๆตามตัวชี้วัดเปรียบเทียบกับข้อมูลที่บ้านทีกในฐานข้อมูล เพื่อทดสอบความแม่นยำและความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการส่งต่อข้อมูลไปยังฐานข้อมูล 43 แฟ้มของส่วนกลาง

5. คัดเลือกและแนะนำผู้รับบริการและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละพื้นที่เพื่อให้ทีมวิจัยประสานงานเพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์และความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัด

2.3 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการร่วมเป็นพื้นที่ทดสอบตัวชี้วัด

หน่วยบริการปฐมภูมิที่ร่วมทดสอบตัวชี้วัดจะได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อร่างตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิที่พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัยซึ่งจะถูกนำเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาคัดเลือกไปใช้ดำเนินการจริงทั่วประเทศในปี 2560 ข้อเสนอแนะจากพื้นที่จะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงตัวชี้วัดให้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง นอกจากนี้ยังเป็นโอกาสสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ร่วมทดสอบตัวชี้วัดในการรับทราบเกี่ยวกับร่างตัวชี้วัดที่อาจจะดำเนินการจริงในปี 2560 เพื่อเตรียมความพร้อมและวางแผนในการดำเนินงานให้ตอบสนองต่อตัวชี้วัดได้ก่อนพื้นที่อื่นๆ

บทที่ 3 รายละเอียดเกี่ยวกับตัวชี้วัด

ร่างตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิที่จะดำเนินการทดสอบในพื้นที่ประกอบด้วยตัวชี้วัดทั้งสิ้น 24 ตัวชี้วัด ในประเด็นปัญหาสุขภาพ 5 ประเด็น คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด) 2) อนามัยแม่และเด็ก 3) ผู้ป่วยติดเตียง 4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และ 5) โรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ในบทนี้กล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับตัวชี้วัดซึ่งครอบคลุม ชื่อตัวชี้วัด หลักการและเหตุผล หลักฐานที่ใช้ประกอบในการจัดทำตัวชี้วัด ข้อมูลเกี่ยวกับตัวตั้ง ตัวหาร ข้อยกเว้นตัวตั้ง ตัวหาร คำจำกัดความของค่าสำคัญ และคำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการทดสอบตัวชี้วัด

รายการตัวชี้วัด

1. HT1	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในรอบ 3 ปี
2. HT2	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg. ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 1 เดือน
3. HT3	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
4. DM1	ร้อยละของประชากรไทยที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose หรือ random capillary blood glucose) ในรอบ 3 ปี
5. DM2	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการวัดระดับ fasting plasma glucose ซ้ำ ภายใน 1 เดือน
6. DM3	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
7. CVD1	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยโปรแกรม Thai CV risk score ในรอบ 3 ปี
8. MCH1	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เกิน 12 สัปดาห์
9. MCH2	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้พบแพทย์
10. MCH3	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในช่วงสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ที่มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในช่วงเดือนที่ 7-9 ของการตั้งครรภ์
11. MCH4	ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในเดือนที่ 3 หลังคลอด
12. MCH5	ร้อยละของทารกอายุ 0-1 ปีซึ่งคลอดครบกำหนดที่สงสัยว่ามีภาวะโภชนาการผิดปกติ ได้พบแพทย์ในรอบ 12 เดือน
13. BR1	การลงทะเบียนผู้ป่วยติดเตียงของหน่วยบริการปฐมภูมิ
14. BR2	ร้อยละของผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

15. RUA1 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
 16. RUA2 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะรู้งเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
 17. Asthma1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด
 18. Asthma2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดได้รับสุขศึกษา
 19. Asthma3 ร้อยละของการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ในผู้ป่วยโรคหืด
 20. Asthma4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถาม
 21. Asthma5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้พบแพทย์
 22. Asthma6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลัน
 23. COPD1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 24. COPD2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่
-

รายละเอียดตัวชี้วัด HT1

หัวข้อ	โรคความดันโลหิตสูง HT1
ตัวชี้วัด	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในรอบ 3 ปี
หลักการและเหตุผล	จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2552 โดยการตรวจร่างกายพบความชุกของความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21 นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (CVA) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (CAD) และโรคไตเรื้อรัง (CKD) ดังนั้นการได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที่ที่สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคดังกล่าวได้
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aekplakorn W, Sangthong R, Kessomboon P, Putwatana P, Inthawong R, et al. (2012) Changes in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Thai population, 2004–2009: Thai National Health Examination Survey III–IV. Journal of hypertension 30: 1734-1742. 2. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, et al. (2014) 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). Jama 311: 507-520.
ตัวหาร	<ul style="list-style-type: none"> ● จำนวนประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปสิทธิ UC ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในรอบ 3 ปี ● ตัวหารนี้ไม่เหมาะสมสำหรับเขตพื้นที่ชุมชนเมืองและกรุงเทพมหานคร
ข้อยกเว้นของตัวหาร	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ตัวตั้ง	จำนวนประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปสิทธิ UC ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 3 ปี
ข้อยกเว้นของตัวตั้ง	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จ	-
คำจำกัดความของค่าสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> ● การวัดความดันโลหิตควรใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ (automatic blood pressure monitor) หรือเครื่องวัดความดันชนิดปรอท (sphygmomanometer) ● ผู้ที่มีค่า SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg. และ/หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg. ในการคัดกรองครั้งแรกควรนัดเพื่อวัดความดันโลหิตซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ ● กลุ่มเป้าหมายควรได้รับการคัดกรองทุกๆ 3 ปี

หัวข้อ	โรคความดันโลหิตสูง HT1
	<ul style="list-style-type: none"> • คัดกรองในรอบ 12 เดือน • คนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง: I10-I15, I67.4
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> • ตัวหาร จากฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนประชากรสิทธิ UC • ตัวตั้ง จากฐานข้อมูล 43 แพ้ม แพ้ม NCDScreen ใน field: SBP และ DBP
คำถามเพิ่มเติมใน อนาคต/ปัญหาที่ ควรได้รับการแก้ไข ระหว่างการทดสอบ	<ul style="list-style-type: none"> • กลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการคัดกรอง • การบันทึกข้อมูลไม่เป็นไปตามการปฏิบัติงานจริง • ความคลาดเคลื่อนในการวัด • ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้มีฐานะยากจน

รายละเอียดตัวชี้วัด HT2

หัวข้อ	โรคความดันโลหิตสูง HT2 (ภาพรวม CUP)
ตัวชี้วัด	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg. ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 1 เดือน
หลักการและเหตุผล	จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ.2552 โดยการตรวจร่างกายพบความชุกของความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21 นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (CVA) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (CAD) และโรคไตเรื้อรัง (CKD) ดังนั้นการได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที่ที่สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคดังกล่าวได้
หลักฐาน	1. Aekplakorn W, Sangthong R, Kessomboon P, Putwatana P, Inthawong R, et al. (2012) Changes in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Thai population, 2004–2009: Thai National Health Examination Survey III–IV. Journal of hypertension 30: 1734-1742. 2. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, et al. (2014) 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). Jama 311: 507-520.
ตัวหาร	จำนวนประชากรไทยที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	<ul style="list-style-type: none"> ● ประชากรเสียชีวิตก่อนมารับการวินิจฉัย ● ณ วันที่ดึงข้อมูล กลุ่มเป้าหมายที่มีผลการวัดความดันโลหิตสูงมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg. ไม่ถึง 1 เดือน
ตัวตั้ง	จำนวนประชากรไทยที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมีค่า มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg. ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ	-
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> ● ประชากรไทยที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg. ควรได้รับการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ ภายใน 1 เดือน ● การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง รหัส Z13.6 <ul style="list-style-type: none"> - ค่าความดันโลหิตในกลุ่มสูง/สูงสลับเป็นโรค คือ SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg. หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg.

หัวข้อ	โรคความดันโลหิตสูง HT2 (ภาพรวม CUP)
	➤ รหัส R03.0
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> • ตัวหาร จากฐานข้อมูล 43 เพิ่ม เพิ่ม NCDScreen ใน fields: SBP_2, DBP_2 • ตัวตั้ง จากฐานข้อมูล 43 เพิ่ม เพิ่ม DIAGNOSIS_OPD ใน field: DIAGCODE (รหัส I10-I15, I67.4, R03.0)
คำถามเพิ่มเติมใน อนาคต/ปัญหาที่ ควรได้รับการแก้ไข ระหว่างการทดสอบ	กลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

รายละเอียดตัวชี้วัด HT3

หัวข้อ	โรคความดันโลหิตสูง HT3 (ภาพรวม CUP)
ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
หลักการและเหตุผล	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ และโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ
หลักฐาน	1. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, et al. (2014) 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). <i>Jama</i> 311: 507-520.
ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่หน่วยบริการปฐมภูมิในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	-
ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในรอบ 12 เดือนที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ	-
คำจำกัดความของคำสำคัญ	การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย หมายถึง <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ไม่มีเบาหวานร่วมสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อยร้อยละ 50 ของการมารับบริการทั้งหมด (ครั้ง) ในรอบ 12 เดือน ให้มีค่า น้อยกว่า 140/90 mmHg. 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีเบาหวานร่วมสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อยร้อยละ 50 ของการมารับบริการทั้งหมด (ครั้ง) ในรอบ 12 เดือน ให้มีค่า น้อยกว่า 140/80 mmHg.
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ● ตัวหาร จากฐานข้อมูล 43 แพ้มี แพ้มี CHRONIC ใน fields: CHRONIC (รหัส I10-I15, I67.4 และ รหัส = I10- I15, I67.4 ร่วมรหัส E10-E14) ● ตัวตั้ง จากฐานข้อมูล 43 แพ้มี แพ้มี CHRONICFU ใน fields: SBP และ DBP <ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่มีเบาหวานตามรหัสโรค ICD-10-TM รหัส I10-I15, I67.4 ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีระดับความดันโลหิต อย่างน้อยร้อยละ 50 ของการมารับบริการทั้งหมด (ครั้ง) ในช่วงเวลาที่กำหนด มีค่าน้อยกว่า 140/90 mmHg. 2. จำนวนผู้เป็นความดันโลหิตสูง ที่มีเบาหวานร่วมตามรหัสโรค ICD-10-TM รหัส I10-I15, I67.4 ร่วมรหัส E10-E14 ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีระดับความดัน

หัวข้อ	โรคความดันโลหิตสูง HT3 (ภาพรวม CUP)
	โลหิตอย่างน้อยร้อยละ 50 ของการมารับบริการทั้งหมด (ครั้ง) ในช่วงเวลาที่กำหนด มีค่าน้อยกว่า 140/80 mmHg.
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการทดสอบ	<ul style="list-style-type: none"> ● ความสมบูรณ์ของข้อมูล ● ความคลาดเคลื่อนในการวัด

รายละเอียดตัวชี้วัด DM1

หัวข้อ	โรคเบาหวาน DM1
ตัวชี้วัด	ร้อยละของประชากรไทยที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose หรือ random capillary blood glucose) ในรอบ 3 ปี
หลักการและเหตุผล	<ul style="list-style-type: none"> • ความชุกของคนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติและผู้ป่วยโรคเบาหวานคือร้อยละ 10.6 และ 7.5 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 35.4 ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรชายมีสัดส่วนสูงกว่าประชากรหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 47.3 เทียบกับ 23.4, $p < 0.05$) • การคัดกรองและการรักษาโรคเบาหวานอย่างทันท่วงที สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคเบาหวานได้
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Sangthong R, Inthawong R, et al. (2011) Prevalence and management of diabetes and metabolic risk factors in Thai adults the Thai national health examination survey IV, 2009. Diabetes care 34: 1980-1985. 2. Deerochanawong C, Ferrario A (2013) Diabetes management in Thailand: a literature review of the burden, costs, and outcomes. Globalization and Health 9: 11-11. 3. American Diabetes Association (2015) Standards of medical care in diabetes. The journal of clinical and applied research and education 38.
ตัวหาร	<ul style="list-style-type: none"> • จำนวนประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปสิทธิ UC ที่อาศัยอยู่จริงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ • ตัวหารนี้ไม่เหมาะสมสำหรับเขตพื้นที่ชุมชนเมืองและกรุงเทพมหานคร
ข้อยกเว้นตัวหาร	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานก่อนหน้านี้
ตัวตั้ง	จำนวนประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปสิทธิ UC ที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose หรือ random capillary blood glucose) ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบในรอบ 3 ปี
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ	-
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> • กลุ่มเป้าหมายควรได้รับการคัดกรองทุกๆ 3 ปี • การวัดระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วและแสดงค่าเป็นผลบวกคือ มีระดับน้ำตาลใน

หัวข้อ	โรคเบาหวาน DM1
	<p>เลือดมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร</p> <ul style="list-style-type: none"> • คนไข้ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน รหัส ICD-10: E10-14
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> • ตัวหาร จากฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนประชากรสิทธิ UC • ตัวตั้งจากแฟ้ม NCDScreen ใน field: BSLEVEL และ BSTEST
คำถามเพิ่มเติมใน อนาคต/ปัญหาที่ ควรได้รับการแก้ไข ระหว่างการทดสอบ	<ul style="list-style-type: none"> • กลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการคัดกรอง • การบันทึกข้อมูลไม่เป็นไปตามการปฏิบัติงานจริง • การดึงข้อมูลจากฐานข้อมูล • การย้ายถิ่นฐานของประชากร

รายละเอียดตัวชี้วัด DM2

หัวข้อ	โรคเบาหวาน DM2 (ภาพรวม CUP)
ตัวชี้วัด	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการวัดระดับ fasting plasma glucose ซ้ำภายใน 1 เดือน
หลักการและเหตุผล	<ul style="list-style-type: none"> ● ความชุกของคนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติและผู้ป่วยโรคเบาหวานคือร้อยละ 10.6 และ 7.5 ตามลำดับของการวินิจฉัยโรคเบาหวานทั้งหมด และร้อยละ 35.4 คือผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนหน้านี้ และมีสัดส่วนสูงในผู้ชายมากกว่าในผู้หญิง (ร้อยละ 47.3 เทียบกับ 23.4, $p < 0.05$) ● การคัดกรองและการรักษาโรคเบาหวานตั้งแต่เนิ่นๆ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคเบาหวานได้
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Sangthong R, Inthawong R, et al. (2011) Prevalence and management of diabetes and metabolic risk factors in Thai adults the Thai national health examination survey IV, 2009. Diabetes care 34: 1980-1985. 2. Deerochanawong C, Ferrario A (2013) Diabetes management in Thailand: a literature review of the burden, costs, and outcomes. Globalization and Health 9: 11-11. 3. American Diabetes Association (2015) Standards of medical care in diabetes. The journal of clinical and applied research and education 38.
ตัวหาร	จำนวนประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปสิทธิ UC ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	<ul style="list-style-type: none"> ● ประชากรเสียชีวิตก่อนมารับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาล ● ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานก่อนหน้านี้ ● ณ วันที่ดึงข้อมูล กลุ่มเป้าหมายที่มีผลการวัดระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไม่ถึง 1 เดือน
ตัวตั้ง	จำนวนประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปสิทธิ UC ที่ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และได้รับการวัดระดับ fasting plasma glucose ซ้ำภายใน 1 เดือน ในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ	-
คำจำกัดความของ	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วมีค่าบวกคือ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126

หัวข้อ	โรคเบาหวาน DM2 (ภาพรวม CUP)
คำสำคัญ	<p>มีสิทธิกรมต่อเคซีลีตรขึ้นไป</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ที่มีการวัดระดับกลูโคสในพลาสมาแล้วได้ผลบวก ควรได้รับการส่งต่อภายใน 1 เดือน หลังการวัด ●
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ● ตัวหารจะถูกดึงข้อมูลจากแฟ้ม NCDScreen ใน field: BSLEVEL ● ตัวตั้งจะถูกดึงข้อมูลจากแฟ้ม NCDScreen ใน field: BSTEST(1)
คำถามเพิ่มเติมใน อนาคต/ปัญหาที่ ควรได้รับการแก้ไข ระหว่างการทดสอบ	กลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

รายละเอียดตัวชี้วัด DM3

หัวข้อ	โรคเบาหวาน DM3 (ภาพรวม CUP)
ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
หลักการและเหตุผล	การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติในผู้ป่วยเบาหวานช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก (เช่น โรคไตเรื้อรัง, จอประสาทตาเสื่อม) และหลอดเลือดขนาดใหญ่ (โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง) ได้อย่างมีนัยสำคัญ
หลักฐาน	1. Standards of Medical Care in Diabetes—2015: Summary of Revisions. <i>Diabetes Care</i> 2015;38: S4.
ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	-
ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในรอบ 12 เดือนที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ	-
คำจำกัดความของคำสำคัญ	ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ดีหมายถึง <ol style="list-style-type: none"> ค่าระดับ HbA1c อย่างน้อยร้อยละ 50 ของการมารับบริการทั้งหมด (ครั้ง) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7% หรือ ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) อย่างน้อยร้อยละ 50 ของการมารับบริการทั้งหมด (ครั้ง) มีค่าระหว่าง 70 - 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในรอบ 12 เดือน
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ตัวหารจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม แฟ้ม CHRONIC ใน field: CHRONIC (ตามรหัสโรค ICD-10-TM = E10-E14) ตัวตั้ง จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ค่าระดับ HbA1c อย่างน้อยร้อยละ 50 ของการมารับบริการทั้งหมด (ครั้ง) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7% หรือค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) อย่างน้อยร้อยละ 50 ของการมารับบริการทั้งหมด (ครั้ง) มีค่าระหว่าง 70 - 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในรอบ 12 เดือนในแฟ้ม LABFU ใน field: LABTEST (01,05) และ LABRESULT
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการทดสอบ	ความสมบูรณ์ของข้อมูล

รายละเอียดตัวชี้วัด CVD1

หัวข้อ	การประเมินโรคหัวใจและหลอดเลือด CVD1
ตัวชี้วัด	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยโปรแกรม Thai CV risk score ในรอบ 3 ปี
หลักการและเหตุผล	<ul style="list-style-type: none"> จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2555 พบจำนวนผู้ป่วยสะสมโรคหัวใจและหลอดเลือด 104 ต่อ 100,000 ประชากร การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับโรคดังกล่าว และลดหรือเลิกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค
หลักฐาน	1. Web-based self-assessment health tools: who are the users and what is the impact of missing input information? 2014
ตัวหาร	จำนวนประชากรไทยอายุ 35-70 ปี สหิทธิ UC ในพื้นที่รับผิตชอบ ในรอบ 3 ปี
ข้อยกเว้นตัวหาร	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CVD อยู่ก่อนแล้ว
ตัวตั้ง	จำนวนประชากรอายุ 35-70 ปี ในพื้นที่รับผิตชอบ ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ Thai CV risk score ในรอบ 3 ปี
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จ	-
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> ใช้โปรแกรม Thai CV risk score ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โปรแกรม Thai CV risk score สามารถใช้งานได้ทั้งทางคอมพิวเตอร์และทางโทรศัพท์มือถือ ได้ทั้งแบบออฟไลน์และออนไลน์ หากใช้งานบนมือถือสามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันได้ทั้งทาง Android และ IOS หากใช้งานทางคอมพิวเตอร์สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://med.mahidol.ac.th/cvmc/th/event/thaiCVriskscore ปัจจัย เช่น อายุ เพศ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รอบเอวหารด้วยส่วนสูง และ/หรือระดับคอเลสเตอรอลสูง การประเมินความเสี่ยงควรทำทุกๆ 3 ปี การประเมินความเสี่ยงควรทำในรอบ 12 เดือน
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ตัวหารได้จากฐานข้อมูลประชากรสิทธิ UC ตัวตั้งจาก Data Entry-Thai CV risk score
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข	<ul style="list-style-type: none"> การเข้าถึงแอปพลิเคชันของหน่วยบริการ การให้บริการในประชาชนทั่วไปอายุ 35-70 ปี (เดิมให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยความดัน

หัวข้อ	การประเมินโรคหัวใจและหลอดเลือด CVD1
ระหว่างการทดสอบ	<p>โลหิตสูงและเบาหวาน)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้มีฐานะยากจน

รายละเอียดตัวชี้วัด MCH1

หัวข้อ	อนามัยแม่และเด็ก MCH1 (ภาพรวมCUP)
ตัวชี้วัด	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เกิน 12 สัปดาห์
หลักการและเหตุผล	<ul style="list-style-type: none"> • การฝากครรภ์เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์คุณภาพ หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์เร็ว ทำให้เพิ่มผลลัพธ์ที่ดีและมีคุณภาพ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการฝากครรภ์ไม่เกิน อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ • จากการสำรวจของมหาวิทยาลัยมหิดลปี 2556 พบความชุกของการฝากครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 46 • อัตราการตายของแม่และทารกแรกเกิดที่สูงมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของมารดาที่ไม่เพียงพอและคุณภาพต่ำ รวมทั้งการฝากครรภ์ ทักชะการดูแลทารกแรกเกิด และ หลังคลอด • การฝากครรภ์ล่าช้าจะทำให้ไม่ได้รับโอกาสตรวจหรือวินิจฉัยโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ได้ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หากไม่ได้รับการตรวจก็จะลดโอกาสในการรักษาลง • หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการรักษาโรคซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์มีโอกาสแพร่เชื้อสู่บุตรสูงถึง ร้อยละ 70-100 และ 1 ใน 3 ของครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสนำไปสู่ภาวะตายคลอด (stillbirth) • นอกจากนี้การได้รับการฝากครรภ์เร็ว จะทำให้สามารถให้คำแนะนำและการดูแลเกี่ยวกับ โภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลต่อการเจริญเติบโตของทารก
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidence-based prenatal care: Part I. General prenatal care and counseling issues 2005 2. Inadequate prenatal care utilization and risks of infant mortality and poor birth outcome: a retrospective analysis of 28,729,765 U.S. deliveries over 8 years 2012 3. The effects of pregnancy intention on the use of antenatal care services: systematic review and meta-analysis 2013
ตัวหาร	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมด ในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	-
ตัวตั้ง	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เกิน 12 สัปดาห์ ในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ ประสบผลสำเร็จ	-

หัวข้อ	อนามัยแม่และเด็ก MCH1 (ภาพรวมCUP)
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<p>การฝากครรภ์ครั้งแรกประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 โฟลิค และ Iodine 9. ให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อฉุกเฉิน
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากแฟ้ม ANC (การฝากครรภ์ครั้งที่ 1 ใน field: ANCNO =1, อายุครรภ์ที่ field: GA)
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการทดสอบ	<ul style="list-style-type: none"> • วิธีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ในชุมชน • ความน่าเชื่อถือของการประมาณอายุครรภ์ • บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาลชุมชนภายใน CUP • ความเป็นไปได้ของข้อมูลซึ่งจะอ้างอิงการปฏิบัติงานของ PCU • การเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ • ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อส่วนบุคคลทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ • เสนอให้หญิงตั้งครรภ์ที่อายุ 12-20 ปี ไม่นับรวมกับตัวชี้วัดนี้ • หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เป็นกลุ่มสำคัญที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายลดลง

รายละเอียดตัวชี้วัด MCH2

หัวข้อ	อนามัยแม่และเด็ก MCH2
ตัวชี้วัด	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้พบแพทย์
หลักการและเหตุผล	การตั้งครรภ์สามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงทั้งในสตรีที่ความดันโลหิตปกติก่อนตั้งครรภ์หรือผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ในประเทศไทย ภาวะนี้เป็นสาเหตุการตายของมารดาเป็นอันดับ 3 รองจากการเสียเลือดและการติดเชื้อ ซึ่งมีอัตราการตายเท่ากับ 1รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Stong CY. Pregnancy hypertension. In: Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw - Hill, 2010; 706-56. 2. สถิติสาธารณสุข อัตรามารดาตาย พ.ศ. 2548-2552 กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 3. แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ
ตัวหาร	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg. หรือมีผลตรวจโปรตีนในปัสสาวะด้วย urine dipstick ให้ผล 1+ (30 mg/dl) ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	-
ตัวตั้ง	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg. หรือมีผลตรวจโปรตีนในปัสสาวะด้วย urine dipstick ให้ผล 1+ (30 mg/dl) ได้พบแพทย์ในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ	ความสมบูรณ์ของฐานข้อมูล
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> ● ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (pregnancy-induced hypertension: PIH) แบ่งได้ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestational hypertension ค่าความดันโลหิตสูงที่ใช้เป็นเกณฑ์วินิจฉัยคือความดัน systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และความดัน diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg ขึ้นไป โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมงหรือวัดห่างกันไม่เกิน 1 สัปดาห์ 2. Preeclampsia 1) ความดันโลหิตสูงโดยมีระดับความดันโลหิตขณะพักมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg 2) อาการแสดงทางคลินิกอื่นๆ โดยอาการที่พบได้คืออาการปวดศีรษะ เจ็บแน่นบริเวณลิ้นปี่หรือชายโครงด้านขวาและอาการตามัว 3)

หัวข้อ	อนามัยแม่และเด็ก MCH2
	<p>การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ ในปริมาณตั้งแต่ 300 mg/dl โดยการสุ่มตรวจอย่างน้อย 2 ครั้งห่างกัน อย่างน้อย 4 ชั่วโมงหรือการตรวจด้วย urine dipstick ให้ผล 1+ (30 mg/dl)</p> <ul style="list-style-type: none"> หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ควรได้รับการส่งต่อพบแพทย์ทันที
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ตัวหาร แฟ้ม SERVICE ใน field: SBP และ DBP หรือ แฟ้ม ANC ใน field: ANCRESLT (=2 ผิดปกติ) ตัวตั้ง: ข้อมูลการพบแพทย์ ข้อมูล 43 แฟ้ม แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ใน field: DIAGCODE รหัสโรค ICD-10-TM (O13 - O16)
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการทดสอบ	<ul style="list-style-type: none"> ความสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของฐานข้อมูล บทบาทของ รพสต. ในการส่งต่อ และข้อมูลการส่งต่อ

รายละเอียดตัวชี้วัด MCH3

หัวข้อ	อนามัยแม่และเด็ก MCH3 (ภาพรวมCUP)
ตัวชี้วัด	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในช่วงสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ ที่มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติ ในช่วงเดือนที่ 7-9 ของการตั้งครรภ์
หลักการและเหตุผล	<ul style="list-style-type: none"> ในปี 2555 โครงการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กในภูมิภาคอาเซียนพบว่า ในประเทศไทยมีความชุกของโลหิตจางในเด็กอายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 12 ปี ร้อยละ 41.7 ของเด็กในเมือง และร้อยละ 26 ของเด็กต่างจังหวัด ในปี 2553 มีการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 18.4 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหารุนแรงต่อทารกในครรภ์ <p>การบริโภคธาตุเหล็กและกรดโฟลิกเสริมสามารถป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกโตช้าในครรภ์ การขาดธาตุเหล็ก และภาวะโลหิตจางในเด็กแรกเกิดได้</p>
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> โครงการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กในภูมิภาคอาเซียน The South East Asia Nutrition Survey; SEANUTS) ปี 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยพ.ศ. 2555 WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn 2013
ตัวหาร	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในช่วงสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบของ CUP ในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	<ul style="list-style-type: none"> ณ วันที่ดึงข้อมูล หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในไตรมาสแรก (ภายใน 12 สัปดาห์) ที่อายุครรภ์ยังไม่ถึงไตรมาสที่ 3 (32 สัปดาห์) ณ วันที่ดึงข้อมูล หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในไตรมาสแรก (ภายใน 12 สัปดาห์) ยังไม่ได้รับการตรวจ hematocrit ในไตรมาสที่ 3 (32 สัปดาห์) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในไตรมาสแรก (ภายใน 12 สัปดาห์) แต่มีภาวะการแท้งก่อนไตรมาสที่ 3 (32 สัปดาห์)
ตัวตั้ง	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในช่วงสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ที่มี hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในช่วงเดือนที่ 7-9 ของการตั้งครรภ์ในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จ	-

หัวข้อ	อนามัยแม่และเด็ก MCH3 (ภาพรวมCUP)
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> • ในขณะที่ตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับธาตุเหล็กเสริม 30-60 มิลลิกรัม และกรดโฟลิกเสริม 0.4 มิลลิกรัมต่อวัน • แนวทางขององค์การอนามัยโลกในปี 2544 กำหนดว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางคือ มี hematocrit ต่ำกว่าร้อยละ 33
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> • ข้อมูลจากแฟ้ม Prenatal ใน field: HCT_RESULT • รหัสการตั้งครรภ์จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ใน field: DIAGCODE=O00-O99 • ข้อมูลการแท้ง (Miscarriage and abortion: O00-O08) จากฐานข้อมูลคนไข้ใน (IP database)
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการศึกษา	ความเป็นไปได้ในการหาข้อมูลสำหรับการรายงานข้อยกเว้น

รายละเอียดตัวชี้วัด MCH4

หัวข้อ	อนามัยแม่และเด็ก MCH4 (ภาพรวมCUP)
ตัวชี้วัด	ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในเดือนที่ 3 หลังคลอด
หลักการและเหตุผล	<ul style="list-style-type: none"> ในปี 2555 โครงการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กในภูมิภาคอาเซียนพบว่า ในประเทศไทยมีความชุกของโลหิตจางในเด็กอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 12 ปีร้อยละ 41.7 ของเด็กในเมือง และร้อยละ 26 ของเด็กต่างจังหวัด ในปี 2553 มีการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 18.4 มารดาที่มีภาวะโลหิตจางจะมีผลกระทบต่อการให้นมบุตร และสุขภาพของทารก ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหารุนแรงต่อทารกในครรภ์การบริโภคธาตุเหล็กและกรดโฟลิกเสริมสามารถป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกโตช้าในครรภ์ การขาดธาตุเหล็ก และภาวะโลหิตจางในเด็กแรกเกิดได้
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> โครงการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กในภูมิภาคอาเซียน (The South East Asia Nutrition Survey; SEANUTS) ปี 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยพ.ศ.2555 WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn 2013
ตัวหาร	จำนวนมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1 หรือ 3 ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของ CUP ในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	<ul style="list-style-type: none"> ณ วันที่ดึงข้อมูล มารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์ไตรมาสแรก (ภายใน 12 สัปดาห์) หรือไตรมาสที่ 3 (28-36 สัปดาห์) ที่ยังคลอดไม่ครบ 3 เดือน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในไตรมาสแรก (ภายใน 12 สัปดาห์) แต่มีภาวะการแท้ง
ตัวตั้ง	จำนวนมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ในไตรมาสที่ 1 หรือ 3 มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในเดือนที่ 3 หลังคลอดในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จ	-
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> ในขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับธาตุเหล็กเสริม 30-60 มิลลิกรัม และกรดโฟลิกเสริม 0.4 มิลลิกรัมต่อวัน แนวทางขององค์การอนามัยโลกในปี 2544 กำหนดว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

หัวข้อ	อนามัยแม่และเด็ก MCH4 (ภาพรวมCUP)
	คือ มีค่า hemoglobin ต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร และมีค่า hematocrit ต่ำกว่าร้อยละ 33
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ● ข้อมูลจากแฟ้ม Prenatal ใน field: HCT_RESULT ● รหัสการคลอด O60-O84 ● ข้อมูลวันคลอดจากแฟ้ม LABOR ใน field: BDATE ● ข้อมูลการแท้ง (Miscarriage and abortion: O00-O08) จากฐานข้อมูลคนไข้ใน (IP database)
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการทดสอบ	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการเจาะเลือดเพื่อตรวจภาวะโลหิตจางของมารดาหลังคลอดหรือไม่ และดำเนินการเมื่อใด ● การมีอยู่ของข้อมูลในฐานข้อมูล (hemoglobin หรือ hematocrit ของมารดาหลังคลอดในฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก: OP database) ● มีความเป็นไปได้ในการหาข้อมูลสำหรับการรายงานข้อยกเว้น

รายละเอียดตัวชี้วัด MCH5

หัวข้อ	อนามัยแม่และเด็ก MCH5
ตัวชี้วัด	ร้อยละของทารกอายุ 0-1 ปีซึ่งคลอดครบกำหนดที่สงสัยว่ามีภาวะโภชนาการผิดปกติ ได้พบแพทย์ในรอบ 12 เดือน
หลักการและเหตุผล	<ul style="list-style-type: none"> จากการสำรวจสุขภาพเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ขวบ พบว่า เด็กร้อยละ 16 มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 9 มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุต่ำกว่าเกณฑ์ และ ร้อยละ 7 มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะโภชนาการผิดปกติมีผลต่อพัฒนาการด้านการเรียนรู้ของเด็ก
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> National statistical office of Thailand. A survey of health status of children and women in Thailand in 2012. 2013. Bangkok. Krugman, SC. Failure to Thrive. Am Fam Physician. 2003 Sep 1;68(5):879-884. Ahmad QI, Ahmad CB, Ahmad SM. Childhood Obesity. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2010;14(1):19-25. Perrin E, Frank D, Cole C, et al. Criteria for Determining Disability in Infants and Children: Failure to Thrive. Evidence Report/Technology Assessment No. 72. AHRQ Publication NO. 03-E026. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, March 2003. Frank D. Failure to thrive. In: The Zuckerman Parker Handbook of Developmental and Behavioral Pediatrics for Primary Care, 3rd ed, Augustyn M, Zuckerman B, Caronna EB (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2011. p.204. Casey PH. Failure to thrive. In: Developmental-Behavioral Pediatrics, 4th, Carey WB, Crocker AC, Coleman WL, et al (Eds), Saunders Elsevier, Philadelphia 2009. p.583.
ตัวหาร	จำนวนทารกอายุ 0-1 ปีซึ่งคลอดครบกำหนดทั้งหมดที่สงสัยว่าภาวะโภชนาการผิดปกติในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	-
ตัวตั้ง	จำนวนทารกอายุ 0-1 ปีซึ่งคลอดครบกำหนดที่สงสัยว่าภาวะโภชนาการผิดปกติได้พบแพทย์ในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้	-

หัวข้อ	อนามัยแม่และเด็ก MCH5
ประสบผลสำเร็จ	
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> • ทารกคลอดครบกำหนดคือ ทารกคลอดที่อายุครรภ์ระหว่าง 37–42 สัปดาห์ • Standard growth chart คือ กราฟการเจริญเติบโตที่กำหนดโดยกรมอนามัย • ภาวะโภชนาการผิดปกติจะต้องตรวจพบมากกว่าหนึ่งครั้ง (ทั้งครั้งก่อนหน้าและปัจจุบัน) ก่อนมีการส่งต่อเพื่อพบแพทย์ • ทารกที่มีภาวะโภชนาการผิดปกติ (failure to thrive) ที่ต้องส่งพบแพทย์ อ้างอิงจากสำนักโภชนาการ กรมอนามัย คือ <ul style="list-style-type: none"> - ทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3 สำหรับอายุและเพศ ติดต่อกันตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> • ตัวตั้ง/ตัวหาร ข้อมูลจากแฟ้ม Nutrition ใน field: WEIGHT, HEIGHT
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการทดสอบ	<ul style="list-style-type: none"> • ตรวจสอบข้อมูลที่มีอยู่และข้อมูลที่รวบรวมได้ • ตรวจสอบข้อมูลที่มีอยู่และข้อมูลที่รวบรวมได้ของประชากรที่เป็นข้อยกเว้น

รายละเอียดตัวชี้วัด BR1

หัวข้อ	ผู้ป่วยติดเตียง BR1
ตัวชี้วัด	การลงทะเบียนผู้ป่วยติดเตียงของหน่วยบริการปฐมภูมิ
หลักการและเหตุผล	ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าด้านการแพทย์และเทคโนโลยีทำให้มีอายุยืนยาวมากขึ้น การมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น นำไปสู่การมีจำนวนผู้ป่วยทุพพลภาพที่ต้องการการดูแลมากขึ้นเช่นกัน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นอนติดเตียงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อรุนแรงในระบบทางเดินปัสสาวะ และนำไปสู่การเสียชีวิต นอกจากนี้ ผู้ป่วยติดเตียงอาจไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้านและดูแลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าผู้ป่วยทั่วไปรายอื่น การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยติดเตียงช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบจำนวนผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่รับผิดชอบอันจะนำไปสู่การวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. Effectiveness of Structured Teaching Program on Prevention and Management of Pressure Ulcer for Caregivers of Hospitalized Immobilized Patients. International 2013 2. Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers 2015
ตัวหาร	-
ข้อยกเว้นตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จ	-
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยติดเตียงคือผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองมีการบาดเจ็บทางสมองและเส้นประสาทไขสันหลัง หรือเป็นโรคสมองและเส้นประสาทไขสันหลังที่ต้องนอนติดเตียงตลอดเวลา ● รหัส ICD-10 <ul style="list-style-type: none"> - G80 - G83 - cerebrovascular disease (I60-I69) - brain injury (T06.0-T06.9*, S09.0, S09.8) - spinal cord injury (P11.5, T09.3, T91.3, S14.0-S14.6)

หัวข้อ	ผู้ป่วยติดเตียง BR1
แหล่งข้อมูล	การสำรวจชุมชน บันทึกข้อมูลใน Data entry bedridden patients
คำถามเพิ่มเติมใน อนาคต/ปัญหาที่ ควรได้รับการแก้ไข ระหว่างการทดสอบ	ความเป็นไปได้ในการสำรวจชุมชน

*ผู้ป่วยสามารถกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงได้ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ

รายละเอียดตัวชี้วัด BR2

หัวข้อ	ผู้ป่วยติดเตียง BR2 (ภาพรวม CUP)
ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
หลักการและเหตุผล	ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าด้านการแพทย์และเทคโนโลยีทำให้มนุษย์มีอายุยืนมากขึ้น การมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น นำไปสู่การมีจำนวนผู้ป่วยทุพพลภาพที่ต้องการการดูแลมากขึ้นเช่นกัน ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเตียงคือการเกิดแผลกดทับซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตรวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น การป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นสิ่งที่ไม่เกินความสามารถของผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยติดเตียง
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. Effectiveness of Structured Teaching Program on Prevention and Management of Pressure Ulcer for Caregivers of Hospitalized Immobilized Patients. International 2013 2. Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers 2015
ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยติดเตียงทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการประจำในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	-
ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ	-
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> ● ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร ทันตบุคลากร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ● การดูแลสุขภาพที่บ้าน หรือการเยี่ยมบ้าน คือ การจัดบริการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรทางการแพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ <p>แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล กิจกรรมประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาเบื้องต้น - การพยาบาลที่บ้าน - การสร้างเสริมสุขภาพ

หัวข้อ	ผู้ป่วยติดเตียง BR2 (ภาพรวม CUP)
	<ul style="list-style-type: none"> - การป้องกันโรค - การเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อน - การฟื้นฟูสภาพ - การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย - การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ● ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน แพ้ม Community service ● ข้อมูลตัวหาร Data entry bedridden patients
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการทดสอบ	<ul style="list-style-type: none"> ● ความเป็นไปได้ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) ● ภาระงานที่เพิ่มขึ้นในการจัดการและบันทึกข้อมูล

รายละเอียดตัวชี้วัด RUA1

หัวข้อ	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล RUA1
ตัวชี้วัด	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
หลักการและเหตุผล	<ul style="list-style-type: none"> ปัญหาแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะลดลง ทำให้อัตราการป่วยและอัตราการตายด้วยโรคติดเชื้อสูงขึ้น นำไปสู่ค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาแบคทีเรียดื้อยา และยังทำให้เพิ่มโอกาสของการแพ้ยาโดยไม่จำเป็น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน (upper respiratory tract infection, URI) เป็นโรคที่พบบ่อยในสถานพยาบาล จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 74 ของใบสั่งยาผู้ป่วย URI ได้รับยาปฏิชีวนะแต่ผลการเพาะเชื้อแบคทีเรียในระบบทางเดินหายใจส่วนบน (throat swab cultures) พบว่าร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่พบว่าการติดเชื้อแบคทีเรีย group A β-hemolytic streptococci
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ปรับปรุงครั้งที่ 3, 2554) Boonyasiri A, Thamlikitkul V. Effectiveness of multifaceted interventions on rational use of antibiotics for patients with upper respiratory tract infections and acute diarrhea. J Med Assoc Thai. 2014;97 (Suppl.3):S13-9.
ตัวหาร	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ทั้งหมด
ข้อยกเว้นตัวหาร	-
ตัวตั้ง	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จ	<ul style="list-style-type: none"> การวินิจฉัยแยกโรคติดเชื้อแบคทีเรียจากโรคติดเชื้อไวรัสสำหรับURI การที่สถานพยาบาลมีรหัสยา 24 หลักในระบบจ่ายยา ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> ใช้กับผู้ป่วยนอกทั้งเด็กและผู้ใหญ่ รหัส ICD-10 สำหรับ URI ได้แก่ J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J028, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J20, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H671, H678 ใบสั่งยาผู้ป่วยนอกในรอบ 12 เดือน รหัสยา

หัวข้อ	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล RUA1
แหล่งข้อมูล	เพิ่มข้อมูล DRUG_OPD (อยู่ใน 43 เพิ่มข้อมูล) และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม E-Tool ที่พัฒนาโดย สปสช.
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขในระหว่างการทดสอบ	หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งมีรหัสยามาตรฐาน 24 หลักในระบบการจ่ายยาหรือไม่?

หมายเหตุ :

เป็นตัวชี้วัดที่เคยดำเนินการอยู่ใน P4P ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และยังเป็นตัวชี้วัดพื้นที่ใน QOF

การให้คะแนน

- 5 คะแนนถ้าใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ $\leq 20\%$
- 3 คะแนนถ้าใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ 21-30%
- 1 คะแนนถ้าใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ 31-40%
- 0 คะแนนถ้าใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ $> 40\%$

รายละเอียดตัวชี้วัด RUA2

หัวข้อ	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล RUA2
ตัวชี้วัด	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
หลักการและเหตุผล	<ul style="list-style-type: none"> ปัญหาแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะลดลง ทำให้อัตราการป่วยและอัตราการตายด้วยโรคติดเชื้อสูงขึ้น นำไปสู่ค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาแบคทีเรียดื้อยา และยังทำให้เพิ่มโอกาสของการแพ้ยาโดยไม่จำเป็น อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (acute gastroenteritis, AGE) เป็นโรคที่พบบ่อยในสถานพยาบาลจากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 85 ของใบสั่งยาผู้ป่วย AGE ได้รับยาปฏิชีวนะแต่ผลการเพาะเชื้อจากอุจจาระพบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่พบว่ามีเชื้อแบคทีเรีย Salmonella spp.
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ปรับปรุงครั้งที่ 3, 2554) Boonyasiri A, Thamlikitkul V. Effectiveness of multifaceted interventions on rational use of antibiotics for patients with upper respiratory tract infections and acute diarrhea. J Med Assoc Thai. 2014;97 (Suppl.3):S13-9.
ตัวหาร	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย AGE ทั้งหมด
ข้อยกเว้น	-
ตัวตั้ง	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย AGE ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ข้อยกเว้น	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ	<ul style="list-style-type: none"> การที่สถานพยาบาลมีรหัสยา 24 หลักในระบบจ่ายยา ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> ใช้กับผู้ป่วยนอกทั้งเด็กและผู้ใหญ่ รหัส ICD-10 สำหรับ AGE ได้แก่ A000, A00, A009, A010, A011, A012, A013, A014, A020, A022, A028, A029, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A051, A052, A053, A054, A058, A059, A060, A061, A062, A063, A064, A065, A066, A06, A068, A069, A070, A071, A072, A073, A078, A079, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, K520, K521, K522, K5220, K5228, K5229, K523, K528, K529 รหัสยา
แหล่งข้อมูล	เพิ่มข้อมูล DRUG_OPD (อยู่ใน 43 เพิ่มข้อมูล) และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม E-Tool ที่พัฒนาโดย สปสช.

หัวข้อ	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล RUA2
คำถามเพิ่มเติมใน อนาคต/ปัญหาที่ ได้รับการแก้ไขใน ระหว่างการทดสอบ	หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งมีรหัสยามาตรฐาน 24 หลักในระบบการจ่ายยาหรือไม่?

หมายเหตุ :

เป็นตัวชี้วัดที่เคยดำเนินการอยู่ใน P4P ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และยังเป็นตัวชี้วัดพื้นที่ใน QOF

การให้คะแนน

- 5 คะแนนถ้าใบสั่งยาผู้ป่วย AGE ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ $\leq 20\%$
- 3 คะแนนถ้าใบสั่งยาผู้ป่วย AGE ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ 21-30%
- 1 คะแนนถ้าใบสั่งยาผู้ป่วย AGE ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ 31-40%
- 0 คะแนนถ้าใบสั่งยาผู้ป่วย AGE ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ $> 40\%$

รายละเอียดตัวชี้วัด Asthma1

หัวข้อ	โรคหืด Asthma1
ตัวชี้วัด	หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด
หลักการและเหตุผล	<ul style="list-style-type: none"> โรคหืดเป็นโรคที่พบว่าเป็นสาเหตุหนึ่งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น การดูแลรักษาและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ช่วยลดอัตราการรับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยลดรายจ่ายด้านสุขภาพ การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืดช่วยให้บุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิทราบจำนวนผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งสามารถใช้ประกอบการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย และวางแผนด้านงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาระบบการดูแลโรคหืด เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (CUP) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย v.5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555
ตัวหาร	-
ข้อยกเว้นตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จ	-
คำจำกัดความของคำสำคัญ	รหัส ICD-10 สำหรับโรคหืด: J45-J46
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONIC ใน field: CHRONIC
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการทดสอบ	ระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่ได้รับการออกแบบสำหรับการลงทะเบียนโรคหืดหรือไม่?

รายละเอียดตัวชี้วัด Asthma2

หัวข้อ	โรคหืด Asthma2
ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดได้รับสุขศึกษา
หลักการและเหตุผล	<ul style="list-style-type: none"> โรคหืดเป็นโรคที่พบว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น การดูแลรักษาและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ช่วยลดอัตราการรับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยลดรายจ่ายด้านสุขภาพ การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย และ/หรือญาติ เป็นสิ่งสำคัญเพราะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษา สามารถควบคุมโรคหืดได้ดีขึ้น
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาระบบการดูแลโรคหืด เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (CUP) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย v.5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555
ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	-
ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสุขศึกษาอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ	-
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> รหัส ICD10 สำหรับการให้สุขศึกษา: Z71.9 หัวข้อสุขศึกษาที่ผู้ป่วย และ/หรือญาติควรได้รับ <ul style="list-style-type: none"> - ความรู้ทั่วไปของโรคหืดและธรรมชาติของโรค - ปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดการกำเริบของโรค - แนะนำการเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ - การใช้ยาอย่างถูกวิธี และอาการข้างเคียงของยา
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูล 43 แพ้มีโพลเดอร์ DIAGNOSIS_OPD ใน field: DIAGCODE
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการทดสอบ	<ul style="list-style-type: none"> การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหืดในหน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการอย่างไร?

รายละเอียดตัวชี้วัด Asthma3

หัวข้อ	โรคหืด Asthma3
ตัวชี้วัด	ร้อยละของการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ในผู้ป่วยโรคหืด
หลักการและเหตุผล	ผู้ป่วยโรคหืดทุกคนควรได้รับการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินความรุนแรง เครื่อง peak expiratory flow meter เป็นเครื่องมือในการตรวจวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดอย่างง่ายที่สามารถใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ เครื่อง peak expiratory flow meters ใช้วัด peak expiratory flow rate (PEFR) ซึ่งเป็นตัวเลขที่มีความสัมพันธ์กับการเปิดของทางเดินหายใจ หากผู้ป่วยมีทางเดินหายใจตีบ จะอาการแยะตัวเลข PEFR จะมีค่าน้อย การวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดสามารถช่วยให้แพทย์ผู้รักษาสถาปนวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม
หลักฐาน	1. การพัฒนาระบบการดูแลโรคหืด เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (CUP) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย v.5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555
ตัวหาร	จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคหืดในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยโรคหืดที่มีภาวะ asthma exacerbation • ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี
ตัวตั้ง	จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคหืดที่มาใช้บริการในรอบ 12 เดือน ได้รับการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยโรคหืดที่มีภาวะ asthma exacerbation (รหัส ICD-10: J46) • ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จ	<ul style="list-style-type: none"> • หน่วยบริการปฐมภูมิมีเครื่อง peak expiratory flow meter • เจ้าหน้าที่รู้วิธีใช้เครื่อง peak expiratory flow meter ที่ถูกวิธี
คำจำกัดความของคำสำคัญ	รหัส ICD-10 สำหรับโรคหืด : J45
แหล่งข้อมูล	
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการทดสอบ	<ul style="list-style-type: none"> • ระบบรายงานข้อมูลที่มีในปัจจุบัน เช่น ข้อมูล 43 แฟ้ม สามารถบันทึกการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ได้หรือไม่? • หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งมีเครื่อง peak expiratory flow meter หรือไม่ ? • เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถอธิบายให้คนไข้ใช้เครื่อง peak expiratory flow

	<p>meter ได้อย่างถูกต้องหรือไม่ ?</p> <ul style="list-style-type: none">● มีการบันทึกข้อมูลตามข้อยกเว้นในฐานข้อมูลหรือไม่
--	---

รายละเอียดตัวชี้วัด Asthma4

หัวข้อ	โรคหืด Asthma4
ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถาม
หลักการและเหตุผล	การประเมินผลการควบคุมโรคหืดมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม แบบสอบถามที่สามารถใช้ประเมินผลการควบคุมโรคหืดมี 3 แบบ ได้แก่ Asthma Control Test (ACT), Siriraj Asthma Control หรือแบบสอบถามเพื่อการประเมินการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยตาม GINA guideline 4 ข้อ (เลือกใช้เพียงแบบใดแบบหนึ่ง) แบบสอบถามดังกล่าวมีคำถามน้อย จึงใช้ง่าย และเหมาะสมที่จะใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาระบบการดูแลโรคหืด เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (CUP) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย v.5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555 3. โครงการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดตามรูปแบบโปรแกรม Easy Asthma Clinic สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	-
ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับบริการและได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถามในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จ	-
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> ● แบบสอบถามที่สามารถใช้ประเมินผลการควบคุมโรคหืดในหน่วยบริการปฐมภูมิมี่ 2 แบบ ได้แก่ Asthma Control Test (ACT), Siriraj Asthma Control หรือแบบสอบถามเพื่อการประเมินการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยตาม GINA guideline 4 ข้อ (เลือกใช้เพียงแบบใดแบบหนึ่ง) ● คะแนนที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการหืดได้ คือ ACT score น้อยกว่า 20, Siriraj Asthma Control score มากกว่าหรือเท่ากับ 1.5, หรือควบคุมอาการไม่ได้จากการประเมินการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยตาม GINA guideline 4 ข้อ ● รหัส ICD-10 : J45-J46
แหล่งข้อมูล	
คำถามเพิ่มเติมใน	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการบันทึกข้อมูลคะแนนการควบคุมโรคหืดในระบบรายงานข้อมูลอื่นหรือไม่ ?

อนาคต/ปัญหาที่ ควรได้รับการแก้ไข ระหว่างการทดสอบ	
--	--

รายละเอียดตัวชี้วัด Asthma5

หัวข้อ	โรคหืด Asthma5 (ภาพรวม CUP)
ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้พบแพทย์
หลักการและเหตุผล	ผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมโรค ควรพบแพทย์เพื่อประเมินอาการและปรับแผนการรักษา
หลักฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาระบบการดูแลโรคหืด เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (CUP) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย v.5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555 3. โครงการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดตามรูปแบบโปรแกรม Easy Asthma Clinic สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	-
ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้พบแพทย์ ในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ	-
คำจำกัดความของคำสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> ● คะแนนที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการหืดได้ คือ ACT score น้อยกว่า 20, Siriraj Asthma Control score มากกว่าหรือเท่ากับ 1.5, หรือควบคุมอาการไม่ได้จากการประเมินการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยตาม GINA guideline 4 ข้อ ● รหัส ICD-10 สำหรับโรคหืดได้แก่ J45
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ● ข้อมูลการพบแพทย์ได้จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ใน field: DIAGCODE (J45-J46)
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการทดสอบ	มีการบันทึกข้อมูลคะแนนการควบคุมโรคหืดในระบบรายงานข้อมูลอื่นหรือไม่ ?

รายละเอียดตัวชี้วัด Asthma 6

หัวข้อ	โรคหืด Asthma6 (ภาพรวม CUP)
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลัน
หลักการและเหตุผล	โรคหืดเป็นโรคหนึ่งที่พบเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระหว่างปี 2545 - 2546 มีจำนวนผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 1 ล้านราย หรือร้อยละ 21 ของผู้ป่วยหืดทั้งหมดต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลัน (acute asthmatic attack หรือ exacerbations of asthma) การจัดการโรคที่มีประสิทธิภาพหรือการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาจะช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลัน
หลักฐาน	1. การพัฒนาระบบการดูแลโรคหืด เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (CUP) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย v.5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555
ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยโรคหืดทั้งหมดในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นของตัวหาร	-
ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลันในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นของตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จ	-
คำจำกัดความของคำสำคัญ	อาการหืดเฉียบพลันรหัส ICD-10: J46
แหล่งข้อมูล	ข้อมูล 43 แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ใน field: DIAGCODE รหัสวินิจฉัย J46
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขในระหว่างการทดสอบ	ไม่แน่ใจว่าข้อมูล 43 แฟ้มสามารถบ่งบอกการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินได้หรือไม่?

รายละเอียดตัวชี้วัด COPD1

หัวข้อ	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง COPD1
ตัวชี้วัด	หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
หลักการและเหตุผล	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถือเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะทุพพลภาพส่งผลให้เกิดภาระทางสังคมและเศรษฐกิจการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังช่วยให้บุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิทราบจำนวนผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งสามารถใช้ประกอบการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังสามารถใช้ประกอบการวางแผนด้านงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ
หลักฐาน	-
ตัวหาร	-
ข้อยกเว้นตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	-
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จ	-
คำจำกัดความของคำสำคัญ	รหัส ICD-10 สำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: J43, J44, J449
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONIC ใน field: chronic
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการทดสอบ	ระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่ได้รับการออกแบบสำหรับการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่?

รายละเอียดตัวชี้วัด COPD2

หัวข้อ	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง COPD2
ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่
หลักการและเหตุผล	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถือเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะทุพพลภาพ ส่งผลให้เกิดภาระทางสังคมและเศรษฐกิจ คิว้นบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของโรคนี้พบว่ามีมากกว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากบุหรี่ ผู้ป่วยมักจะไม่เลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่จึงมีความสำคัญในการช่วยลดปัจจัยเสี่ยง และชะลอการดำเนินของโรค
หลักฐาน	1. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553
ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวหาร	-
ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ที่ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ในรอบ 12 เดือน
ข้อยกเว้นตัวตั้ง	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ปฏิเสธการรับคำแนะนำ
เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จ	หน่วยบริการปฐมภูมิมีบุคลากรรับผิดชอบคลินิกเลิกบุหรี่
คำจำกัดความของคำสำคัญ	รหัส ICD-10 สำหรับบริการเลิกบุหรี่ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - Z71.6 สำหรับคำแนะนำเพื่อให้เลิกบุหรี่สำหรับผู้ที่มีระดับการเสพติดนิโคตินค่อนข้างต่ำ - F17.2 สำหรับการบำบัดรักษาตามแนวทางการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่สำหรับผู้ที่มีระดับการเสพติดนิโคตินระดับปานกลางถึงรุนแรง - Z50.8 สำหรับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ที่มีระดับการเสพติดนิโคตินระดับปานกลางถึงรุนแรง
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ● ข้อมูล 43 แพ้ม <ul style="list-style-type: none"> - แพ้ม PROCEDURE_OPD ใน field: PROCEDCODE (คลินิกที่รับบริการ) - ข้อมูลจากแพ้ม CHRONIC ใน field: chronic (J43, J44) - ประวัติการสูบบุหรี่ NCDSCREEN
คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการทดสอบ	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยอาจมีการข้อมูลเท็จเรื่องประวัติการสูบบุหรี่ ● การให้คำแนะนำเลิกบุหรี่ในหน่วยบริการปฐมภูมิตำเนินการอย่างไร?

บทที่ 4 กระบวนการหลังจากการทดสอบตัวชี้วัด

หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการทดสอบตัวชี้วัดในพื้นที่ ทีมวิจัยจะดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

4.1 รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และสรุปผล

ทีมวิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้ตัวชี้วัดในพื้นที่ มาวิเคราะห์และสรุปผลตามตัวชี้วัด และจัดทำเป็นรายงานสรุปผลการศึกษาเบื้องต้นในประเด็นความเป็นไปได้ของการดำเนินกิจกรรมตามตัวชี้วัด ความน่าเชื่อถือของข้อมูลในแต่ละตัวชี้วัด ประโยชน์ของตัวชี้วัด ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมตามตัวชี้วัด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากตัวชี้วัด แนวทางแก้ไขปรับปรุงตัวชี้วัด รวมทั้งภาระงานและต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด

4.2 นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น

- นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งกลุ่มผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยบริการต่างๆ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมถึงหน่วยงานไม่แสวงกำไร เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และให้ข้อเสนอแนะต่อผลการศึกษา
- พิจารณาแก้ไขผลการศึกษาตามข้อเสนอแนะและจัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการศึกษาต่อคณะกรรมการกำกับทิศของโครงการ QOF เพื่อคัดเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการนำไปใช้จริงและให้ข้อคิดเห็นต่อแนวทางการบริหารจัดการ ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการใช้ตัวชี้วัดแต่ละตัว แนวทางการกำหนดคะแนนตัวชี้วัด แนวทางการจ่ายค่าตอบแทน แนวทางการติดตามและประเมินตัวชี้วัดในหน่วยบริการ ทั้งระดับจังหวัด เขต ประเทศ

4.3 จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์เสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทีมวิจัยจะจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์เพื่อส่งมอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการคัดเลือกตัวชี้วัดสำหรับดำเนินโครงการ QOF ในปี 2560 และจะจัดส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งที่ร่วมทดสอบตัวชี้วัด นอกจากนี้รายงานฉบับสมบูรณ์จะถูกเผยแพร่ในเว็บไซต์ของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ



คู่มือการทดสอบตัวชี้วัดในพื้นที่
โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2

