

**รายงานการประชุม**  
**การให้ความเห็นต่อการพัฒนาตัวชี้วัดโครงการบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ**  
**(Quality and Outcomes Framework, QOF) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**  
**วันพฤหัสบดีที่ 29 ตุลาคม 2558 เวลา 09.00-15.00 น.**  
**ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข**

**ผู้เข้าร่วมประชุม**

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1. รศ.พญ.ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย   | โรงพยาบาลรามารามธิบดี   |
| 2. นางสาวนพวรรณ อัครรัตน์        | สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข               |
| 3. นายสัมฤทธิ์ สุขทวี            | ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. ภก.ไตรเทพ ฟองทอง              | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                              |
| 5. นางกาญจนา ศิริโกมล            | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                              |
| 6. นางรัตนา ตรีสาร               | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี                             |
| 7. นายอภิชา เอกธีรธรรม           | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี                             |
| 8. นายพิภพ เมืองศิริ             | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง                  |
| 9. นายสมโชค พูลสุข               | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี              |
| 10. นายสาคร นาดี                 | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต่อม จังหวัดพะเยา              |
| 11. นางนวลอนงค์ เสตะปุตตะ        | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ จังหวัดปทุมธานี           |
| 12. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส      | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 13. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี    | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 14. ดร.ภญ.จันทนา พัฒนเกษัช       | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 15. นางสาวรุ่งนภา คาผาง          | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 16. นางสาวรักมณี บุตรชน          | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 17. นางสาวสโรชา ชูติพงศ์ชัยวัฒน์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 18. นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง        | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 19. นางสาวสุธีษฐา ตั้งสถิตกุลชัย | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 20. นายศุภวรรธน์ เพิ่มผลสุข      | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 21. นางสาวอรพินท์ นพมาก          | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |

เริ่มประชุมเวลา 09.30 น.

ดร.ภญ.จันทนา พัฒนเภสัช กล่าวเปิดการประชุม และแนะนำวัตถุประสงค์ของการประชุมเพื่อให้ ความเห็นต่อการพัฒนาตัวชี้วัดโครงการรบบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcomes Framework, QOF) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากนั้นเริ่มดำเนินการตามระเบียบวาระ การประชุมดังนี้

### ระเบียบวาระที่ 1 พิจารณาร่างตัวชี้วัดคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

พิจารณาร่างตัวชี้วัดคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ 24 ตัวชี้วัดในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ความจำเป็นของตัวชี้วัดในการเพิ่มคุณภาพการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และเหตุผล (ตัวชี้วัดมี ความจำเป็นเมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิที่ปฏิบัติตามตัวชี้วัดสามารถให้บริการที่มีคุณภาพมากกว่าหน่วย บริการปฐมภูมิที่ไม่ได้ปฏิบัติตามตัวชี้วัด)
2. ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือไม่ เพราะเหตุใด
3. ท่านคิดว่าคำอธิบายของหัวข้อต่อไปนี้มี ความชัดเจนหรือไม่ เพราะเหตุใด
  - ชื่อตัวชี้วัด
  - ตัวหาร
  - ตัวตั้ง
  - ข้อยกเว้น
4. ท่านคิดว่าข้อมูลในระบบรายงานสำหรับตัวชี้วัดดังกล่าว (เช่น ข้อมูล 43 แฟ้ม) มีความถูกต้องและ น่าเชื่อถือหรือไม่ เพราะเหตุใด

ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมกันอภิปราย และให้ข้อเสนอแนะดังนี้

#### (1) โรคเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด

HT1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในรอบ 3 ปี

##### ข้อเสนอแนะ

- “ในรอบ 3 ปี” การคัดกรองกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ทำทุก 1 ปี ควรทำให้เป็นฐานเดียวกัน เพื่อความ ไม่สับสนของผู้ปฏิบัติงาน และรอบการตัดข้อมูลอาจมีปัญหา เพราะถ้าตัดในรอบ 3 ปี ทุกๆ 1 ปีจะมีคนที่ อายุ 35 ปีเพิ่มขึ้น
- กลุ่มเป้าหมายทุกสิทธิ์ประชากร ควรมีเกณฑ์ที่ชัดเจน เช่น จัดคนให้อยู่ในกลุ่ม type 1-5 ใน 43 แฟ้ม แล้วเลือกใช้ type ในการตัดข้อมูล
- ข้อยกเว้นตัวหาร “ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด” ควรยกเว้นเฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆยังเป็นกลุ่มเป้าหมายอยู่
- ข้อยกเว้นตัวตั้ง “กลุ่มเป้าหมายที่ปฏิเสธการคัดกรอง” ควรตัดออกเพราะจะทำให้เกิดข้อมูลเท็จมากขึ้น

HT2 ร้อยละของประชากรไทยที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูง  $\geq 140/90$  mmHg ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ

- ควรตัดคำว่า “การส่งต่อ” ออก เพราะมีบาง รพ.สต. ที่แพทย์มาตรวจคนไข้และวินิจฉัย ณ รพ.สต. โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาล
- ตัวตั้งจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม แฟ้ม SERVICE ใน fields: REFERINHOSP และ CAUSEIN (1,2) จะจับข้อมูลไม่ได้ในกรณีที่หมอลงไป รพ.สต

HT3 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

ข้อเสนอแนะ

- ตัวหารและตัวตั้งเปลี่ยนคำว่า “ได้รับการดูแลรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ” เป็น “ขึ้นทะเบียนที่หน่วยบริการปฐมภูมิ” จะทำให้มีความชัดเจนมากขึ้น
- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต “2 ครั้งสุดท้าย” เสนอให้คิดเป็น % เช่น มา visit 8 ครั้ง คิดเป็น 50% หรือค่าเฉลี่ยจะมีความน่าเชื่อถือมากกว่า

DM1 ร้อยละของประชากรไทยที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose) ในรอบ 3 ปี

ข้อเสนอแนะ

- “ในรอบ 3 ปี” การคัดกรอง สธ. ทำทุก 1 ปี ควรทำให้เป็นฐานเดียวกัน เพื่อความไม่สับสนของผู้ปฏิบัติงาน และรอบการตัดข้อมูลอาจมีปัญหา เพราะถ้าตัดในรอบ 3 ปี ทุกๆ 1 ปีจะมีคนที่อายุ 35 ปีเพิ่มขึ้น
- กลุ่มเป้าหมายทุกสิทธิ์ประชากร ควรมีเกณฑ์ที่ชัดเจน เช่น จัดคนให้อยู่ในกลุ่ม type 1-5 ใน 43 แฟ้ม แล้วเลือกใช้ type ในการตัดข้อมูล

DM2 ร้อยละของประชากรไทยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด  $\geq 110$  มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้การส่งต่อเพื่อวัดระดับ fasting plasma glucose ซ้ำ ภายใน 2 เดือน

ข้อเสนอแนะ

- เสนอให้มีตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์ เช่น อัตราผู้ป่วยรายใหม่เทียบกัน 2 ปีดูว่าลดลงหรือไม่
- ตัวหารและตัวตั้ง เปลี่ยนจากคำว่า ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นบวก เป็น ระดับน้ำตาลในเลือด  $\geq 110$  มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- บางกรณีผู้ป่วยอาจไปโรงพยาบาลเอกชน หรือฟิงยาสมุนไพรร จะทำให้เสียคะแนนไป

DM3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ข้อเสนอแนะ

- ตัวหารและตัวตั้งเปลี่ยนคำว่า “ได้รับการดูแลรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ” เป็น “ขึ้นทะเบียนที่หน่วยบริการปฐมภูมิ” จะทำให้มีความชัดเจนมากขึ้น
- ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) “2 ครั้งสุดท้าย” เสนอให้คิดเป็น % หรือค่าเฉลี่ยจะมีความน่าเชื่อถือมากกว่า

CVD1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยโปรแกรม Thai CV risk score

ข้อเสนอแนะ

- การคัดกรองโดยปกติจะคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- โปรแกรม Thai CV risk score ควรเชื่อมกับฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์

**(2) อนามัยแม่และเด็ก**

MCH1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

- ควรเปลี่ยนคำว่า “ก่อน” 12 สัปดาห์ เป็น “ไม่เกิน” 12 สัปดาห์ จะชัดเจนกว่า
- ในส่วนของหลักการและเหตุผล ควรเพิ่มข้อมูลงานวิจัยที่แสดงถึงข้อดีของการฝากครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ และข้อเสียของการฝากครรภ์เกิน 12 สัปดาห์
- การกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด ไม่ควรสูงเกินไป หรือ อาจใช้ตัวเลขตามเกณฑ์ของ สธ. เพราะมีปัจจัยที่จะทำให้ตัวชี้วัดไม่บรรลุผลสำเร็จ เช่น
  - ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อที่ต่างกัน ทำให้มีบางพื้นที่มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์มีจำนวนน้อยมาก เพราะรอให้ลูกดิ้นก่อนถึงจะเข้ามาฝากครรภ์
  - หญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่พึงประสงค์ เก็บตัว ทำให้ไม่ยอมมาฝากครรภ์ในระยะเวลาที่กำหนด ควรกำหนดช่วงอายุ เช่น ยกเว้นหญิงมีครรภ์ที่อายุ < 20 ปี
  - สิทธิในการฝากครรภ์ แม้จะพบที่ รพ.สต. ครั้งแรก แต่การส่งต่อไป รพ แม่ข่ายทำได้ยาก เพราะอาจจะไปฝากที่อื่น เช่น เอกชน เป็นต้น

MCH2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้รับการส่งต่อพบแพทย์

ข้อเสนอแนะ

- ควรตัดตัวชี้วัดนี้ออก เพราะหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นภาวะเสี่ยงต่อชีวิตและเจ้าหน้าที่ทราบดีแล้วว่าควรส่งพบแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ รพ.สต. ปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว

MCH3 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในไตรมาสแรกที่มีค่า hemoglobin และ hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในไตรมาสที่ 3

ข้อเสนอแนะ

- ตัวชี้วัดโดยปกติแล้วจะไม่วัดซ้อนกัน ตัว ให้ระบุมาว่าควรจะวัดค่าจากตัวใด ระหว่าง 2hemoglobin กับ hematocrit หากสามารถวัดได้ทั้งคู่ ควรเปลี่ยนคำ จาก “hematocrit และ hemoglobin” เป็น “hematocrit หรือ hemoglobin” เป็นต้น
- ในบางพื้นที่ไม่พบกรณีหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ควรจะวัดในภาพรวมของ CUP มากกว่าวัดที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
- ข้อยกเว้นตัวหารไม่ชัดเจน เพราะทาง รพ.สต. จะสามารถรู้ได้อย่างไรว่าหญิงตั้งครรภ์รายใดมีภาวะโลหิตจางที่ไม่ได้เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก, ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก (มีโรคร่วม, ระบบการดูดซึมสารอาหารผิดปกติ, การเสียเลือด, หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์)

MCH4 ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่มีค่า hemoglobin และ hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในเดือนที่ 3 หลังคลอด

#### ข้อเสนอแนะ

- ตัวชี้วัดโดยปกติแล้วจะไม่วัดซ้อนกัน ตัว ให้ระบุมาว่าควรจะวัดค่าจากตัวใด ระหว่าง 2hemoglobin กับ hematocrit หากสามารถวัดได้ทั้งคู่ ควรเปลี่ยนคำ จาก “hematocrit และ hemoglobin” เป็น “hematocrit หรือ hemoglobin” เป็นต้น
- ในบางพื้นที่ไม่พบกรณีหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ควรจะวัดในภาพรวมของ CUP มากกว่าวัดที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
- การติดตามมารดาหลังคลอดเป็นไปได้ยาก

MCH5 ตัวชี้วัด: ร้อยละของทารกอายุ 0-1 ปี ซึ่งคลอดครบกำหนดที่สงสัยว่ามีการเจริญเติบโตผิดปกติ ได้รับการส่งต่อพบแพทย์ในรอบ 12 เดือน

#### ข้อเสนอแนะ

- ในทารกที่สงสัยว่ามีการเจริญเติบโตผิดปกติไม่จำเป็นต้องส่งพบแพทย์ทุกราย เพราะส่งในกรณีที่รุนแรง
- คำว่า “การเจริญเติบโตผิดปกติ” ยังไม่ชัดเจนสำหรับตัวชี้วัดนี้ เพราะอาจทำให้เข้าใจรวมถึงพัฒนาการของทารก ควรเปลี่ยนจาก “การเจริญเติบโตผิดปกติ” เปลี่ยนเป็น “ภาวะโภชนาการผิดปกติ”
- คำจำกัดความของคำสำคัญ ควรเพิ่มข้อมูลระดับความรุนแรงของทารกที่ต้องส่งพบแพทย์ให้ชัดเจน และ ข้อมูลภาวะโภชนาการผิดปกติในกรณีเด็กอ้วน

### (3) ผู้ป่วยติดเตียง

BR1 การลงทะเบียนผู้ป่วยติดเตียงของหน่วยบริการปฐมภูมิ

#### ข้อเสนอแนะ

- รพ.สต มีทะเบียนอยู่แล้ว ตัวชี้วัดนี้ไม่มีประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพ
- ในกรณี refer กลับมาตายที่บ้าน จะทำให้เกิดความสับสน และยุ่งยาก
- คำจำกัดความของคำสำคัญไม่ครอบคลุม เพราะนโยบายของหมอครอบครัวจะรวมถึงผู้สูงอายุที่ติดเตียงหรือกลุ่มที่ไม่ได้มีปัญหาจากโรคดังกล่าว

- เสนอให้ตัวชี้วัดเป็นเชิงคุณภาพ เช่น มีการลงทะเบียน มี CPG ในการดูแล มีทีมสหสาขาวิชาชีพลงเยี่ยม ถ้าเป็นการประเมินในเชิงปริมาณนั้นทำยาก เพราะขึ้นอยู่กับรูปแบบ และ ประสิทธิภาพของสหวิชาชีพในภาพของ CUP
- ระบบนี้เป็นลักษณะ service plan คือตั้งแต่ รพศ. ส่งต่อไปให้ รพช. และส่งต่อไปยัง รพ.สต. ต้องใช้ศักยภาพในการประเมินระบบค่อนข้างเยอะ
- ในระบบ 43 แพ้มไม่มีการบันทึกข้อมูล ตัวชี้วัดนี้จะอยู่ในระบบของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) (หมอครอบครัว)

BR2 ร้อยละของผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

#### ข้อเสนอแนะ

- “ทีมสหสาขาวิชาชีพ” เสนอให้เป็น ทีมหมอครอบครัว
- จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ขึ้นอยู่กับอาการของแต่ละคน
- เสนอให้รวมทั้ง 2 ตัวชี้วัดให้เป็นตัวเดียวกัน และใช้กระบวนการประเมินเหมือนที่หมอครอบครัวทำอยู่ตอนนี้

#### (4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

RUA1 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ และ

RUA 2 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยออกจากรวงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

#### ข้อเสนอแนะ

- บาง รพ.สต. ไม่มีทางเลือก ต้องให้ไปตามอาการ เพราะคนไข้ต้องขึ้นเขาลงเขามาหาหมอ การชะลอการให้ยาอาจทำให้คนไข้ติดเชื้อได้จริงๆ
- บางกรณีหมออาจถูกกดดันจากคนไข้ จึงยอมให้ เพราะกลัวการร้องเรียน เนื่องจากคนไข้เห็นว่าเกิดความไม่เท่าเทียมในการจ่ายยาของสถานพยาบาล
- แนะนำให้ประเมินในระดับ CUP และเสนอให้มีการแก้ปัญหาที่ร้านขายยา หรือภาคเอกชนไปพร้อมๆกัน
- เสนอให้มีการอบรมผู้ให้บริการในเรื่องความรู้ ความแม่นยำในการวินิจฉัย การให้รหัสโรค และให้ความรู้สร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนด้วย

#### (5) โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Asthma1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด

#### ข้อเสนอแนะ

- การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีการขึ้นทะเบียนอยู่แล้ว
- แนะนำให้เป็นการประเมินในภาพรวมของ CUP
- ตัวชี้วัดนี้มีประโยชน์ในการติดตามคนไข้

- ควรเพิ่มการให้ความรู้ หลักวิชาการ ให้กับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานโดยตรงเพื่อศักยภาพให้เจ้าหน้าที่ใน รพ. สต และเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตาม ดูแล รักษา ผู้ป่วยโรคหืด
- ข้อมูลจากแฟ้ม DIAG CHRONIC ใน field: chronic มีปัญหาเรื่องความแม่นยำของการให้รหัสโรค

Asthma2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสุขศึกษา

ข้อเสนอแนะ

- การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่จะให้ในโรงพยาบาล และให้แบบ Individual โดยแพทย์ และควรเน้นให้สุขศึกษาในครั้งแรกที่มาขึ้นทะเบียน
- ในกรณีที่มีผู้ป่วยถูกส่งกลับมาให้ รพ.สต. ดูแล ควรได้รับสุขศึกษาอีกครั้ง และเสนอให้ประเมินผลที่ รพ.สต. เท่านั้น

Asthma3 ร้อยละของการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ในผู้ป่วยโรคหืด

ข้อเสนอแนะ

- ในทางปฏิบัติจริงแล้ว ทางรพ.สต. ไม่มีเครื่อง peak expiratory flow meter ทำให้ไม่เคยวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคหืด
- ในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ไม่มี filed ในการลงบันทึกข้อมูลการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด และไม่มีรหัสการให้หัตถการ
- เสนอให้มีเครื่อง peak expiratory flow meter ใน รพ.สต. ทุกแห่ง เพราะมีราคาไม่แพง

Asthma4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถาม

ข้อเสนอแนะ

- การประเมินผลการควบคุมโรคหืดด้วยแบบสอบถาม ทาง รพ.สต. ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน แต่มีการประเมินผลการควบคุมโรคหืดที่โรงพยาบาล
- ในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ไม่มี filed ในการลงบันทึกข้อมูลการประเมินผลการควบคุมโรคหืด และไม่มีรหัสการให้หัตถการ

Asthma5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรค ได้รับการส่งต่อพบแพทย์ภายใน เดือน 1

ข้อเสนอแนะ

- ควรตัดคำว่า “ภายใน 1 เดือน” ออก เพราะหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ควรส่งพบแพทย์ตั้งแต่ตรวจพบ

Asthma6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะ

- การเก็บข้อมูลเป็นไปได้ยาก เพราะหากผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉิน ผู้ป่วยอาจจะเดินทางไปยังโรงพยาบาลที่สะดวก และใกล้บ้านที่สุด อาจเดินทางไปยังโรงพยาบาลที่ตนเองมีสิทธิการรักษาพยาบาลอยู่ เช่น สิทธิประกันสังคม

COPD1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

- การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีการขึ้นทะเบียนอยู่แล้ว และแต่ละ CUP มีฝ่ายผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่แล้ว
- การบันทึกข้อมูลในแฟ้ม DIAG และ CHRONIC มีปัญหาเรื่องความแม่นยำของการให้รหัสโรค

COPD2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

- คลินิกเลิกบุหรี่ มีอุปกรณ์ หรือผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำ แต่ทาง รพ.สต. ยังไม่มีการให้บริการ ทำได้เพียงให้คำแนะนำผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่เท่านั้น

## ระเบียบวาระที่ 2 สรุปการประชุม

ตัวชี้วัดทั้งหมดยังไม่มีการตัดออก เพราะจะนำไปทดสอบในพื้นที่ก่อน มีเพียงแต่เปลี่ยนคำ หรือเพิ่ม/ลด ข้อมูลต่างๆ ตามคำแนะนำของผู้เข้าร่วมประชุม สรุปตัวชี้วัดได้ดังนี้

### (1) โรคเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด

HT 1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 3 ปี

HT 2 ร้อยละของประชากรไทยที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูง  $\geq 140/90$  mmHg ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 1 เดือน

HT 3 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

DM1 ร้อยละของประชากรไทยที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose)

DM2 ร้อยละของประชากรไทยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการส่งต่อเพื่อวัดระดับ fasting plasma glucose ซ้ำ ภายใน 2 เดือน

DM3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

CVD1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยโปรแกรม Thai CV risk score

### (2) อนามัยแม่และเด็ก

MCH1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์

MCH2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้รับการส่งต่อพบแพทย์

MCH3 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในไตรมาสแรกที่มีค่า hemoglobin และ hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในไตรมาสที่ 3

MCH4 ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่มีค่า hemoglobin และ hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในเดือนที่ 3 หลังคลอด

MCH5 ร้อยละของทารกอายุ 0-1 ปีซึ่งคลอดครบกำหนดที่สงสัยว่ามีการเจริญเติบโตผิดปกติได้รับการส่งต่อพบแพทย์ในรอบ 12 เดือน



### (3) ผู้ป่วยติดเตียง

BR1 การลงทะเบียนผู้ป่วยติดเตียงของหน่วยบริการปฐมภูมิ

BR2 ร้อยละของผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

### (4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

RUA1 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

RUA2 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

### (5) โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Asthma1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด

Asthma2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสุขศึกษา

Asthma3 ร้อยละของการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ในผู้ป่วยโรคหืด

Asthma4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถาม

Asthma5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์

Asthma6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลัน

COPD1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

COPD2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

ปิดการประชุม เวลา 15.00 น.

นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง  
ผู้บันทึกรายงานการประชุม

ภญ.จันทนา พัฒนเภสัช  
ผู้ตรวจรายงานการประชุม