

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศ ครั้งที่ 3
โครงการบ่งจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ
วันจันทร์ที่ 19 ตุลาคม 2558 เวลา 16.00-19.00 น.
ณ ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กรรมการที่เข้าร่วมประชุม

1. นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	ประธาน
2. นพ.อำนาจ กาจันนะ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
3. นพ.ชูชัย ศรชำนิ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
4. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	โรงพยาบาลแก่งคอย จ.สระบุรี	กรรมการ
5. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	มูลนิธิวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	กรรมการ
6. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	กรรมการ
7. พญ.ขจีรัตน์ ปรีกเอโก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	เลขานุการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นางจุฬาดาท สุขุมลวรรณ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. นางบำรุง ชลอเดช	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. นางกาญจนา ศิริโกมล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
5. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
6. ดร.ภญ.จันทนา พัฒนเกษัช	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
7. ดร.รุ่งนภา คำผาง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
8. นางสาวรักมณี บุตรชน	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
9. นางสาวสโรชา ชูติพงศ์ชัยวัฒน์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
10. นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ผู้ที่ไม่มาประชุม

1. รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
2. นพ.พนา พงศ์ชำนาญ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
3. นพ.จักรกริช ใจวีศิริ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
4. นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
5. ดร.นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
6. นพ.กฤษ ลิ้มทองอิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
7. นายนิมิตร เทียนอุดม	ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์	กรรมการ

เริ่มประชุมเวลา 16.20 น.

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul ประธานคณะกรรมการฯ กล่าวเปิดการประชุม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม และเริ่มดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุมดังนี้

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

-

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศครั้งที่ 2

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศครั้งที่ 2 ที่จัดขึ้นเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558 โดยไม่มีข้อแก้ไข

ระเบียบวาระที่ 3 นำเสนอตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับปัญหาสุขภาพที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญ และแผนการทดสอบตัวชี้วัด

ดร.รุ่งนภา คำผาง นำเสนอรายการตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับปัญหาสุขภาพที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญ จำนวน 26 ตัวชี้วัด ดังนี้

(1) โรคเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด

- HT 1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 3 ปี
- HT 2 ร้อยละของประชากรไทยที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงระหว่าง 130-139/85-89 mmHg ได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- HT 3 ร้อยละของประชากรไทยที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมีค่า $\geq 140/90$ mmHg ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 1 เดือน
- HT 4 การลงทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการปฐมภูมิ
- DM 1 ร้อยละของประชากรไทยที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (random capillary blood glucose) ในรอบ 3 ปี
- DM 2 ร้อยละของประชากรไทยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ได้รับการคำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- DM 3 ร้อยละของประชากรไทยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ได้รับการส่งต่อเพื่อวัดระดับ fasting plasma glucose ซ้ำ
- DM 4 การลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ
- DM 5 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้า
- CVD 1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยโปรแกรม Thai CV risk score

(2) อนามัยแม่และเด็ก

- MCH 1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์
- MCH 2 ร้อยละของมารดาหลังคลอดได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 7 วัน
- MCH 3 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในไตรมาสแรกที่มีค่า hemoglobin และ hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในไตรมาสที่ 3

MCH 4 ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่มีค่า hemoglobin และ hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในเดือนที่ 3 หลังคลอด

MCH 5 ร้อยละของทารกอายุ 0-1 ปีซึ่งคลอดครบกำหนดที่สงสัยว่ามีการเจริญเติบโตผิดปกติได้รับการส่งต่อพบแพทย์ในรอบ 12 เดือน

(3) ผู้ป่วยติดเตียง

BR 1 การลงทะเบียนผู้ป่วยติดเตียงของหน่วยบริการปฐมภูมิ

BR 2 ร้อยละของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยติดเตียงได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

(4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

RUA 1 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

RUA 2 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

(5) โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Asthma 1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด

Asthma 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสุขศึกษา

Asthma 3 ร้อยละของการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ในผู้ป่วยโรคหืด

Asthma 4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถาม

Asthma 5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์ภายใน 1 เดือน

COPD 1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

COPD 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่

การทดสอบตัวชี้วัดจะดำเนินการในพื้นที่ 4 จังหวัดคือ พะเยา ร้อยเอ็ด สุราษฎร์ธานี และ กรุงเทพมหานคร แต่ละจังหวัดจะเลือกหรือสุ่ม 3 CUPs แต่ละ CUPs จะเลือกหรือสุ่ม 3 PCUs รวมจำนวน PCU ที่ทำการทดสอบทั้งสิ้น 36 PCUs แต่ละ PCUs จะได้รับงบประมาณแห่งละ 30,000 บาท เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 15 พฤศจิกายน 2558 ถึง 15 กุมภาพันธ์ 2559 เป็นเวลา 3 เดือน โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ

ระเบียบวาระที่ 4 อภิปรายผลการศึกษา และคัดเลือกตัวชี้วัดสำหรับนำไปทดสอบที่หน่วยบริการ

4.1 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาตัวชี้วัดในภาพรวม

- นักวิจัยควรจัดทำรายการตัวชี้วัดที่สมบูรณ์โดยประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านกระบวนการและผลลัพธ์ แม้ว่าบางตัวชี้วัดอาจยังไม่สามารถนำมาใช้ได้ในระยะเริ่มต้นของโครงการ QOF แต่อาจมีประโยชน์สำหรับการดำเนินโครงการระยะถัดไป

- ควรวัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในภาพรวม CUP ไม่ควรพิจารณาราย รพ.สต. ตัวอย่างเช่น การพิจารณาร้อยละผู้มารับบริการที่ถูกส่งต่อจาก รพ.สต. ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลอาจมีประโยชน์น้อย แต่หากพิจารณาการให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปที่โรงพยาบาลในระดับ CUP น่าจะมีประโยชน์มากกว่า เนื่องจากบริการปฐมภูมิคือการทำงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาล

- กระบวนการคัดเลือกตัวชีวิตอาจมีอคติ เนื่องจากมีการพิจารณาความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลโดยผู้ให้บริการเป็นส่วนใหญ่ ตัวชีวิตบางตัวอาจถูกตัดออกไปหากพบว่าไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ ที่ประชุมแนะนำให้พิจารณาคัดเลือกตัวชีวิตจากมุมมองของประชาชน หากเป็นไปได้ ควรมีตัวแทนภาคประชาชนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในกระบวนการคัดเลือกตัวชีวิต

- การคัดเลือกตัวชีวิตควรพิจารณาความสามารถในการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลในระบบ และสถานการณ์ที่ผ่านมา ตัวชีวิตด้านกระบวนการบางรายการ เช่น ร้อยละความครอบคลุมของการคัดกรองโรคหรือการฉีดวัคซีน พบว่าหน่วยบริการเกือบทุกแห่งรายงานตัวเลขร้อยละความครอบคลุมฯ ค่อนข้างสูง ตัวเลขดังกล่าวอาจไม่สามารถบ่งบอกความแตกต่างในด้านคุณภาพบริการได้จริง ดังนั้นในบางกรณี อาจจำเป็นต้องพิจารณาเลือกใช้ตัวชีวิตด้านผลลัพธ์สุขภาพ นอกจากนี้ ตัวชีวิตบางรายการที่มีการใช้อยู่แล้ว อาจทำการทบทวนสถานการณ์ตัวชีวิตที่ผ่านมา และนำเสนอได้โดยไม่ต้องนำไปทดสอบในพื้นที่

- นักวิจัยควรพิจารณาถึงวัตถุประสงค์และผลที่ได้รับจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูล 3 เดือนใน 36 PCUs เทียบกับการวิเคราะห์ข้อมูลตัวชีวิต QOF ที่ผ่านมา 2-3 ปีซึ่งเป็นข้อมูลของทั้งประเทศ ซึ่งอาจประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายมากกว่า ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากกว่า และน่าจะสามารถบ่งชี้ sensitive to change ได้ดีกว่า ในการนี้ ดร.นพ.ยศ ธีระวัฒนานนท์ ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การลงพื้นที่ทดสอบตัวชีวิตว่าเป็นการพิจารณาความสามารถของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิว่าสามารถให้บริการตามตัวชีวิตได้หรือไม่ บันทึกข้อมูลได้ถูกต้องหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร ใช้เวลาและต้นทุนการดำเนินงานมากน้อยเพียงใด ผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์มีอะไรบ้าง ฯลฯ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ไม่มีในฐานข้อมูล จึงมีความจำเป็นต้องเก็บจากพื้นที่

- มีข้อสังเกตว่าตัวชีวิตที่นำเสนอเป็น disease approach เนื่องจากวัดง่าย โดยยังไม่มีการพัฒนาตัวชีวิตที่เป็น health approach เช่น การเสริมพลังให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ (empowerment) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care) ซึ่งถือเป็นลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ

- ปัจจุบัน ประเทศไทยมีปัญหาด้านคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยพบว่ามีกรบันทึกรหัสการวินิจฉัยโรคถูกต้องเพียงร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่าหน่วยบริการบางแห่งไม่ลงบันทึกข้อมูลพื้นฐานข้อมูลมีโครงสร้างรองรับ สิ่งเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อความน่าเชื่อถือของผลการประเมินคุณภาพบริการของโครงการ QOF ดังนั้น การพัฒนาตัวชีวิต QOF ให้ประสบผลสำเร็จ จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบและการบริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพควบคู่ไปด้วยกัน นอกจากนี้ การกำหนดรายละเอียด “ข้อยกเว้น” สำหรับตัวชีวิตบางรายการ อาจทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ เนื่องจากระบบฐานข้อมูลไม่มีตัวแปรสำหรับข้อยกเว้นดังกล่าว

4.2 ข้อเสนอแนะต่อตัวชีวิต

1) โรคเรื้อรัง (ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด)

- ตัด HT2 และ DM2 เนื่องจากมีปัญหาด้านการเก็บข้อมูล และเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว
- ตัด HT4 และ DM4 เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิมิทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละโรคอยู่แล้ว ปัญหาที่แท้จริงคือขาดการนำข้อมูลที่มีอยู่ไปบริหารจัดการในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- ตัด DM5 เนื่องจากเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว
- DM3 ให้วัดด้วย HbA1C (cut point 7%) หรือ fasting blood glucose เนื่องจากแต่ละหน่วยบริการมีแนวทางปฏิบัติแตกต่างกัน

- ให้เพิ่มตัวชี้วัดสำหรับการควบคุมอาการของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานอย่างละ 1 รายการ
- การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยโปรแกรม Thai CV risk score กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ประเมินเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ประชุมเห็นควรให้ทดสอบตัวชี้วัดนี้ในกลุ่มประชากรปกติตามที่นักวิจัยเสนอ
- รอบเวลาการเก็บข้อมูลสำหรับตัวชี้วัด QOF ควรเป็นมาตรฐานเดียวกันกับตัวชี้วัดที่รายงานต่อกระทรวงสาธารณสุข

2) อนามัยแม่และเด็ก

- ตัด MCH 2 เพราะการเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอด เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว อีกทั้งประเด็นดังกล่าวอาจไม่ใช่ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย
- ให้เพิ่มตัวชี้วัดเรื่องการวินิจฉัยและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

3) ผู้ป่วยติดเตียง

- ตัด BR 2 เพราะมีปัญหาในการวัด การเก็บข้อมูล และมีความเป็นไปได้สูงที่จะมีการรายงานข้อมูลเท็จ
- ควรเพิ่มตัวชี้วัดเรื่องการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

- ตัวชี้วัดเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมีความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลของ รพ.สต. อาจยังไม่สมบูรณ์ ขอให้นักวิจัยตรวจสอบระหว่างการทดสอบตัวชี้วัด

5) โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- ผู้ป่วยหืดสมควรได้รับการดูแลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ปัจจุบันคือบุคลากรระดับ รพ.สต. มีทัศนคติว่าการดูแลผู้ป่วยหืดเป็นภารกิจของโรงพยาบาล ดังนั้น การมีตัวชี้วัดสำหรับโรคหืดอาจช่วยสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหืดให้กับบุคลากรได้
- Asthma 3 และ Asthma 4 ฐานข้อมูล 43 แห่งไม่รองรับการบันทึกข้อมูล และ รพ.สต. หลายแห่งไม่มีเครื่อง peak expiratory flow meter อย่างไรก็ตาม ที่ประชุมเห็นควรให้ทดสอบตัวชี้วัดในพื้นที่
- ควรเพิ่มตัวชี้วัดเรื่องการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มีอาการหืดเฉียบพลัน ส่วนตัวชี้วัดเรื่องการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหืดอาจก่อให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การปฏิเสธการรักษาผู้ป่วย อีกทั้งอาจเป็นการเพิ่มแรงกดดันให้กับบุคลากรโรงพยาบาล
- ควรแก้ไข COPD 2 จากการให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่ เป็นการเข้าคลินิกเลิกบุหรี่

4.3 ข้อเสนอแนะต่อพื้นที่ทดสอบ

- ควรมีเกณฑ์การคัดเลือก CUP คือในแต่ละจังหวัดควรเลือก CUP เมือง 1 CUP และ CUP ชนบท 2 CUP นอกจากนี้ ควรเลือก CUP ที่มีคะแนน QOF สูงและต่ำคละกัน
- ควรจ่ายค่าตอบแทนให้ CUP เป็นเงิน 90,000 บาท โดยให้แต่ละ CUP บริหารจัดการตนเองน่าจะดีกว่าการจ่าย PCU ละ 30,000 บาท เนื่องจากการจ่ายค่าตอบแทนราย PCU อาจทำให้ค่าตอบแทนไปอยู่ที่ตัวบุคคลมากกว่าการนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด นอกจากนี้ ควรแบ่งการจ่ายเงินเป็นรายงวดและกำหนดรายละเอียดการส่งผลงานให้ชัดเจน
- ให้ทำการทดสอบตัวชี้วัดที่จังหวัดสิงห์บุรีแทนจังหวัดพะเยา

ระเบียบวาระที่ 4 สรุปผลการคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพจากที่ประชุม

สรุปการคัดเลือกตัวชี้วัดทั้งหมดมี 24 ตัวชี้วัด ดังนี้

(1) โรคเรื้อรัง (non-communicable disease) ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง (hypertension)

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease)

HT 1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 3 ปี

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

HT 3 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

DM 1 ร้อยละของประชากรไทยที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose) ในรอบ 3 ปี

DM 2 ร้อยละของประชากรไทยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการส่งต่อเพื่อวัดระดับ fasting plasma glucose ซ้ำภายใน 2 เดือน

DM 3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

CVD 1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยโปรแกรม Thai CV risk score ในรอบ 3 ปี

(2) อนามัยแม่และเด็ก (maternal and child health)

MCH 1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์

MCH 2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้รับการส่งต่อพบแพทย์

MCH 3 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในไตรมาสแรกที่มีค่า hemoglobin และ hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในไตรมาสที่ 3

MCH 4 ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่มีค่า hemoglobin และ hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในเดือนที่ 3 หลังคลอด

MCH 5 ร้อยละของทารกอายุ 0-1 ปีซึ่งคลอดครบกำหนดที่สงสัยว่ามีการเจริญเติบโตผิดปกติได้รับการส่งต่อพบแพทย์ในรอบ 12 เดือน

(3) ผู้ป่วยติดเตียง (bedridden)

BR 1 การลงทะเบียนผู้ป่วยติดเตียงของหน่วยบริการปฐมภูมิ

BR 2 ร้อยละของผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

(4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (rational use antibiotics)

RUA 1 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

RUA 2 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

(5) โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (asthma and chronic obstructive pulmonary disease)

Asthma 1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด

Asthma 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสุขศึกษา

Asthma 3 ร้อยละของการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ในผู้ป่วยโรคหืด

Asthma 4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถาม

- Asthma 5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์ภายใน 1 เดือน
- Asthma 6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลัน
- COPD 1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- COPD 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

พื้นที่สำหรับทดสอบตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด สุราษฎร์ธานี สิงห์บุรี และกรุงเทพมหานคร จังหวัดละ 3 CUPs แต่ละ CUP ประกอบด้วย 3 PCUs รวมเป็น 36 PCUs

ประธานนัดหมายการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางครั้งต่อไปคือวันพฤหัสบดีที่ 3 มีนาคม 2559 เวลา 13.00 – 16.30 น.

ปิดการประชุม เวลา 19.30 น.

.....
นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง
ผู้บันทึกรายงานการประชุม

.....
ดร.ภญ.จันทนา พัฒนเภสัช
ผู้ตรวจรายงานการประชุม