

รายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศ ครั้งที่ 4
โครงการบงจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ
วันอังคารที่ 15 มีนาคม 2559 เวลา 13.30-16.30
ณ ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กรรมการที่เข้าร่วมประชุม

1. นพ.อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	ประธาน
2. รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
3. นพ.ปิยะ หาญวรงค์ชัย	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
4. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	โรงพยาบาลแก่งคอย จ.สระบุรี	กรรมการ
5. นพ.พนา พงศ์ขำนะภัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์	กรรมการ
6. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	กรรมการ
7. พญ.ขจีรัตน์ ปรักเอโก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
8. นางบำรุง ชลอเดช	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	เลขานุการ
9. ดร.ภญ.จันทนา พัฒนเกสัช	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	เลขานุการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ.ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล	กรมควบคุมโรค
2. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
3. ดร.รุ่งนภา คำผาง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
4. นางสาวรัศมี บุตรชน	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
5. ภญ.สุธาสินี คำหลวง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
6. นางสาวสโรชา ชูติพงศ์ชัยวัฒน์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
7. นางสาวสุธินุช ตั้งสถิตย์กุลชัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
8. นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ผู้ที่ไม่มาประชุม

1. นพ.อำนาจ กาจันะ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
2. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	มูลนิธิวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน	กรรมการ
3. นพ.ชูชัย ศรชำนิ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
4. นพ.จักรกริช ไข้วศิริ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
5. ดร.นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
6. นพ.กฤษ ภัททองอิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
7. นายนิมิตร์ เทียนอุดม	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์	กรรมการ

เริ่มประชุมเวลา 13.40 น.

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ประธานคณะกรรมการฯ กล่าวเปิดการประชุม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม และเริ่มดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุมดังนี้

ระเบียบวาระที่ 1 นำเสนอผลการทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

ดร.รุ่งนภา คำผาง นำเสนอผลการทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพทั้ง 24 ตัวชี้วัดใน 4 จังหวัด ได้แก่ สิงห์บุรี ร้อยเอ็ด สุราษฎร์ธานี และ กรุงเทพมหานคร รวมจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสิ้น 35 แห่ง (จากเดิม 36 แห่ง ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ 2 แห่ง และขอเข้าร่วมโครงการเพิ่ม 1 แห่ง) โดยมีประเด็นการทดสอบตัวชี้วัด ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลในฐานข้อมูล
2. การยอมรับและการปฏิบัติตาม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มจำนวน 362 คน
3. การมีอยู่ของข้อมูลเพื่อประมวลผลงานตามตัวชี้วัด
4. ภาระงานและต้นทุน

สรุปได้ดังนี้

- ตัวชี้วัดที่มีการยอมรับมากกว่าร้อยละ 70 และ มีการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกขนาด (PCUs) และมีข้อมูลในฐานข้อมูล ได้แก่ HT1, HT2, HT3, DM1, DM3, MCH2, MCH5
- ตัวชี้วัดที่มีการยอมรับมากกว่าร้อยละ 60-69 และมีข้อมูลในฐานข้อมูลกลาง ได้แก่ DM2, MCH1, MCH3, RUA1, RUA2, Asthma1, COPD1, COPD2 (ระบุระดับการวัดผลที่ PCU หรือ CUP)
- ตัวชี้วัดสำหรับปีงบประมาณถัดไป เนื่องจากต้องมีการจัดอบรมและพัฒนาฐานข้อมูลก่อนการประเมินผล ได้แก่ CVD1, BR1, BR2, Asthma 3, Asthma4, Asthma5
- ตัวชี้วัดที่มีภาระงานและต้นทุนมากที่สุดคือ งานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง (BR2)

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

- ตัวชี้วัด CVD1 ต้องเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจต่อผู้ปฏิบัติงาน การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมิน รวมทั้งจัดทำฐานข้อมูล เพราะเป็นเรื่องที่สำคัญมาก และขณะนี้กำลังเป็นนโยบายระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุข
- การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพควรคำนวณจากฐานประชากรทุกประเภท (มีทั้งหมด 5 ประเภท) หรือเฉพาะประชากรประเภท 1 (ประชากรทุกคนที่มีชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอาศัยอยู่ในพื้นที่จริง) และ ประเภท 3 (ผู้มารับบริการที่มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองแบบ และรายงานต่อ สปสช.
- การวิเคราะห์ข้อมูลทุกตัวชี้วัด ต้องพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลในฐานข้อมูลที่จะนำมาใช้ เพราะมีปัญหาคือ ข้อมูลในเวชระเบียนกับในระบบไม่สอดคล้องกัน ผู้ปฏิบัติบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดการ error ของข้อมูลในการวัดผลงาน

ระเบียบวาระที่ 2 อภิปรายผลการศึกษาตามประเด็นที่เสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

ดร.รุ่งนภา คำผางได้เสนอประเด็นเพื่อพิจารณาต่อคณะกรรมการ ดังนี้

1. การคัดเลือกตัวชี้วัด

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

- กรมควบคุมโรคไม่เห็นด้วยกับตัวชี้วัดการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเบาหวานทุก 3 ปี แนะนำให้คัดกรองความดันโลหิตสูงทุก 1 ปี และเบาหวานทุก 2 ปี
- สำหรับประเด็นการคัดกรอง ควรแบ่งเป็น 2 แบบ ถ้ามองในมุมของ community base (การคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่) ต้องดำเนินการทุก 3 ปี แต่ถ้ามองในมุมของ individual base (การคัดกรองแบบตั้งรับ) ต้องทำทุก 1 ปี
- ถ้าหากจะเน้นด้านคุณภาพ การคัดกรองควรดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ แต่จะประเมินผลอย่างไร เพราะไม่มีตัวแปรในฐานข้อมูล และปัจจุบัน อสม. เป็นผู้ดำเนินการ
- ควรแยกความถี่ในการตรวจคัดกรองเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน
- เสนอให้วิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรองทุก 1 ปี และ 3 ปี เทียบกันเพื่อดูความแตกต่างของคะแนน
- หากพิจารณาเฉพาะในกลุ่มของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง HT2 และ DM2 เป็น priority ที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นกระบวนการสำคัญที่แสดงให้เห็นว่าผู้ถูกคัดกรองได้รับการติดตามต่อ
- การเจาะ DTX เพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวาน สามารถยอมรับได้ในเชิงปฏิบัติ เพราะค่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่ต่างกันกับการเจาะ FPG เสนอให้ทางงานวิจัยประกอบเพื่อยืนยันในเชิงทฤษฎี
- การตรวจ HbA1c มีค่าใช้จ่ายมากในทางปฏิบัติจะตรวจเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุม FPG ได้ เพราะผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุม FPG ได้จะไม่สามารถควบคุม HbA1C ได้อยู่แล้ว การปฏิบัติแบบนี้เพื่อควบคุมต้นทุนการให้บริการ ดังนั้นจึงเสนอให้คิดผลงานเฉพาะผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วย HbA1c กล่าวคือ ตัวหารคือผู้ป่วยที่ลงทะเบียนโรคเบาหวานในหน่วยบริการทั้งหมด ตัวตั้งคือ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ด้วย HbA1c
- การไปฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชนจำนวนมาก ทำให้ตัวชี้วัด MCH1 ไม่สามารถสะท้อนถึงคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างเป็นธรรมชาติ
- ตัวชี้วัด MCH2 ควรให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจเรื่องการให้รหัสโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
- ตัวชี้วัด MCH5 ควรพิจารณาให้นำหนักคะแนนจากจำนวนผู้ป่วยที่ถูกค้นเจอด้วย และพิจารณาว่าถ้าเจอจำนวนทารกที่มีภาวะโภชนาการผิดปกติมากหรือน้อยจะคิดผลงานให้เป็นรางวัลหรือทำโทษ
- ตัวชี้วัด RUA การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ต้องทำรหัสยาให้เป็นมาตรฐาน และสร้างความเข้าใจให้กับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย (ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ)
- ตัวชี้วัด BR ผู้ป่วยติดเชื้อ เป็นนโยบายและตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการอยู่ เสนอทางเลือกคือ การวัดการมีอยู่ของ care giver ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ออย่างต่ำ 5 คนต่อ 1 ตำบล

โดยเป็น care giver ที่ผ่านการอบรม การฝึกปฏิบัติ และต้องมีรายงานผลการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามอย่างไรก็ตามตัวชี้วัดนี้ยังไม่มีในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม แต่สามารถขอข้อมูลจากพื้นที่ได้

- เสนอให้ตัวชี้วัด CVD1 เป็นตัวชี้วัด QOF ของปีถัดไป เพราะขณะนี้ยังไม่สามารถดำเนินการได้แต่มีความสำคัญ

2. กรอบเวลาการพัฒนาตัวชี้วัด

นักวิจัยเสนอกรอบเวลาสำหรับการพัฒนาตัวชี้วัดในปีต่อไปคือ ใช้ระยะเวลา 1 ปี เริ่มตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง เมษายน ดังนี้

- พฤษภาคม 2559 จัดทำข้อมูลประเด็นปัญหาสุขภาพและโพสขึ้นเว็บไซต์
- มิถุนายน 2559 นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และคณะกรรมการกำกับทิศ
- กรกฎาคม 2559 พัฒนาร่างตัวชี้วัดและโพสขึ้นเว็บไซต์
- สิงหาคม 2559 นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และคณะกรรมการกำกับทิศ
- กันยายน 2559 ทดสอบตัวชี้วัดในพื้นที่
- มีนาคม 2560 นำเสนอผลการศึกษาต่อผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- เมษายน 2560 นำเสนอผลการศึกษาต่อคณะกรรมการกำกับทิศ และรายงานผลการศึกษาและผลการคัดเลือกตัวชี้วัดต่อ สปสช.

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

มอบให้ สปสช. พิจารณา

3. กรอบเวลาการดำเนินโครงการ QOF

เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ดังนี้

- พฤษภาคม 2559 จัดทำคู่มือตัวชี้วัดปี 2560
- มิถุนายน 2559 ประกาศตัวชี้วัดและคู่มือปี 2560 ผ่านเว็บไซต์ และชี้แจงต่อ สปสช.เขต
- สิงหาคม 2559 จัดประชุมชี้แจงตัวชี้วัดปี 2560 ในพื้นที่
- ตุลาคม 2559 รวบรวมผลงานตามตัวชี้วัด 2560 และจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งแก่ CUP
- มกราคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลปี 2560 (ตุลาคม 59 – มกราคม 60) และสะท้อนข้อมูลกลับ
- พฤษภาคม 2560 สิ้นสุดการรวบรวมผลงานปี 2560
- มิถุนายน 2560 รวบรวมผลงานตามตัวชี้วัดเดิม และจัดประชุมชี้แจงตัวชี้วัดใหม่ปี 2561 ในพื้นที่
- ตุลาคม 2560 รวบรวมผลงานตามตัวชี้วัดใหม่ 2561

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

- การสะท้อนข้อมูลกลับจะมีประโยชน์มาก เพื่อให้หน่วยบริการดำเนินการให้ถึงเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการ

- ในปัจจุบัน สปสช. ได้รับข้อมูลรายไตรมาส การจัดการข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องใช้เวลา 2 เดือน และสะท้อนข้อมูลกลับอีก 1 เดือน จึงไม่มั่นใจว่าจะดำเนินการได้ตามข้อเสนอเรื่องกรอบเวลาหรือไม่

4. การจัดสรรงบประมาณ QOF ช่วงต้นปีงบประมาณ

นักวิจัยเสนอการจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งแก่หน่วยบริการประจำตามประมาณการเป้าหมายคะแนน QOF ของหน่วยบริการ (aspiration payment) เพื่อให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณสำหรับจัดบริการตามตัวชี้วัด และเกิดความตระหนักและความรับผิดชอบต่อเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยการบริหารงบประมาณ 3,200 ล้านบาท แบ่งจัดสรรเป็น 3 งวดคือ

งวดที่ 1 จัดสรร 1,000 ล้านบาท แบบให้เปล่าตามรายหัวประชากร เพื่อป้องกันปัญหาหน่วยบริการประจำได้รับงบประมาณต่างจากที่ผ่านมา

งวดที่ 2 จัดสรร 1,000 ล้านบาท ตามผลงานที่ CUPs ประมาณการไว้ร้อยละ 50 ของงบประมาณที่จะคาดว่าจะได้จากการดำเนินการตามตัวชี้วัด (aspiration payment) เช่น ตั้งเป้าไว้ 1 ล้าน จะจ่ายให้ 5 แสนบาท เป็นต้น

งวดที่ 3 จัดสรร 1,200 ล้านบาท ตามผลการดำเนินงานจริงตามตัวชี้วัด เช่น ทำผลงานได้งบประมาณทั้งหมด 1.2 ล้าน แต่ได้งวดที่ 2 แล้ว 5 แสนบาท จะจัดสรรเพิ่ม 7 แสนบาท เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

- การจัดสรรเงินล่วงหน้าครึ่งหนึ่งของเงินที่ CUPs ตั้งเป้าไว้ หากไม่สามารถดำเนินการได้ และได้รับงบประมาณเกินกว่าที่ควรจะได้ จะนำไปหักลบในปีงบประมาณถัดไป
- ตัวชี้วัด QOF ในปัจจุบันมี 2 ส่วนคือ ตัวชี้วัดกลาง และตัวชี้วัดพื้นที่ คณะผู้วิจัยเสนอว่าตัวชี้วัดควรมีเฉพาะตัวชี้วัดกลาง เนื่องจากการพัฒนาตัวชี้วัดต้องใช้ทรัพยากรและงบประมาณมาก นอกจากนี้ การแก้ปัญหาพื้นที่ควรใช้งบประมาณส่งเสริมสุขภาพในส่วนอื่น ไม่ควรใช้งบประมาณ QOF

ระเบียบวาระที่ 3 สรุปผลการคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพจากที่ประชุม

ตัวชี้วัดที่ผ่านการคัดเลือกและคณะกรรมการกำกับทิศมีมติรับรองมีจำนวน 10 ตัว ได้แก่

1. HT 1	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในรอบ 3 ปี
2. HT 2	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg. ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 1 เดือน
3. HT 3	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
4. DM 1	ร้อยละของประชากรไทยที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose หรือ random capillary blood glucose) ในรอบ 3 ปี
5. DM 2	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการวัดระดับ fasting capillary blood glucose หรือ fasting plasma glucose ซ้ำ ภายใน 1 เดือน

6. DM 3	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
7. MCH 2	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้พบแพทย์
8. MCH 5	ร้อยละของทารกอายุ 0-1 ปีซึ่งคลอดครบกำหนดที่สงสัยว่ามีภาวะโภชนาการผิดปกติ ได้พบแพทย์ในรอบ 12 เดือน
9. RUA 1	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
10. RUA 2	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

ตัวชี้วัดเหล่านี้ผ่านการคัดเลือกเพราะเป็นตัวชี้วัดที่ได้รับการยอมรับในกลุ่มที่ 1 (มากกว่าร้อยละ 70) คือ มีการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกขนาด (PCUs) และมีข้อมูลในฐานข้อมูล ตัว คือ HT1 HT2 HT3 DM1 DM3 MCH2 และ MCH5 และตัวชี้วัดที่ได้รับการยอมรับในกลุ่ม 2 (ร้อยละ 60-69) คือ DM2 RUA1 และ RUA2 เพราะถึงแม้จะได้รับการยอมรับน้อยกว่า แต่เป็นตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการมีอยู่ของข้อมูล

อย่างไรก็ตามคณะกรรมการกำกับทิศทางไม่ได้มีมติรับรองแนวทางการบริหารจัดการโครงการ QOF ในประเด็นกรอบเวลา การจัดสรรงบประมาณ การคำนวณคะแนน การคำนวณงบประมาณ เป็นต้น เพราะคณะกรรมการฯ เห็นว่าประเด็นเหล่านี้อยู่นอกเหนือจากความเชี่ยวชาญของคณะกรรมการฯ และเสนอแนะคณะผู้วิจัยให้จัดทำข้อเสนอในประเด็นเหล่านี้ต่อ สปสช. โดยตรง

ปิดการประชุม เวลา 16.00 น.

นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง
ผู้บันทึกรายงานการประชุม

ดร.รุ่งนภา คำผาง
ผู้ตรวจรายงานการประชุม