

# รายงานโครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2





รายงานโครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ  
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2

# รายงานโครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2

## คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัด

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ดร.รุ่งนภา คำพาง

ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ดันติเวสส

น.ส.รักมณี บุตรชน

น.ส.สุธิษุณ ตั้งสถิตย์กุลชัย

น.ส.ณัฐธิดา มาลาทอง

ดร.ภญ.จันทนา พัฒนเภสัช

น.ส.สิโรชา ชูติพงษ์ชัยวัฒน์

ภ.ญ.สุธาสิณี คำหลวง

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

## คณะที่ปรึกษา

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นพ.จักรกริช ใจวงศ์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Dr. Francoise Cluzeau

National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Dr. Paramjit Gill

Primary Care Clinical Sciences, University of Birmingham

Dr. Rachel Foskett-Tharby

Primary Care Clinical Sciences, University of Birmingham

ISBN 978-616-11-3119-7

พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2559

จำนวน 500 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท เดอะ กราฟิโก้ ซิสเต็มส์ จำกัด  
119/138 หมู่ 11 เดอะ เทอร์เรซ ช.ติวานนท์ 3 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ  
อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ 0-2525-1121 , 0-2525-4469-70 โทรสาร 0-2525-1272

ผู้จัดทำ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)  
ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000  
โทร : +662-590-4549 , +662-590-4374-5  
โทรสาร : +662-590-4369  
E-mail : info@hitap.net

# คำนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มดำเนินโครงการกระจายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcomes Framework, QOF) ในปี พ.ศ. 2556 โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะใช้กลไกด้านการเงินกระตุ้นหรือจูงใจให้สถานพยาบาลพัฒนาตนเองจนสามารถให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิที่กำหนด

โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1 มีข้อเสนอแนะให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และ สปสช. รับผิดชอบการอภิบาลระบบของโครงการ QOF ร่วมกัน รวมทั้งร่วมกันกำหนดเวลาในแต่ละปีงบประมาณสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโครงการให้เหมาะสมและชัดเจน นอกจากนี้ ยังเสนอให้ สปสช. จัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการ QOF แยกออกจากงบเหมาจ่ายรายหัวในวงเงินที่เหมาะสม จัดให้มีตัวชี้วัดสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พัฒนาระบบติดตามประเมินผลโครงการ และพัฒนาตัวชี้วัด โดยมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ ผ่านกระบวนการที่โปร่งใสและมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

จากข้อเสนอแนะดังกล่าว สปสช. มอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ศึกษาเพื่อพัฒนาและทดสอบตัวชี้วัด รวมทั้งพัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางการบริหารจัดการโครงการ QOF เพื่อนำมาใช้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ภายใต้โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2 ซึ่งดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2558 ถึงเดือน เมษายน 2559

รายงานฉบับนี้จะนำเสนอกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัด ที่เป็นระบบ โปร่งใส อ้างอิงหลักฐานวิชาการ และมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กระบวนการทดสอบตัวชี้วัด ในพื้นที่ตัวอย่างก่อนนำมาใช้จริง รวมทั้งผลการพัฒนาและทดสอบตัวชี้วัด และสุดท้ายการพัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางสำหรับการบริหารจัดการโครงการ QOF ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560–2561

คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัด  
30 เมษายน 2559

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดขอขอบพระคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้การสนับสนุนทุนสำหรับการดำเนินงานพัฒนาในครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม หน่วยงานที่เป็นแหล่งทุนมิได้ให้การรับรองเนื้อหา และอาจมีนโยบายหรือความเห็นที่ไม่สอดคล้องกับความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้

คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดขอขอบพระคุณหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 35 แห่งในการร่วมเป็นพื้นที่ทดสอบตัวชี้วัด ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล/คลินิกทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ความร่วมมือในการให้ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงผู้แทนจากหน่วยงานอื่นๆ ที่มีได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ที่ให้การวิเคราะห์ข้อมูลและข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อรายงานฉบับนี้

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพเป็นองค์การวิจัย กึ่งอิสระ ภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และได้รับทุนเมธีวิจัยอาวุโส สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (RTA5980011) อย่างไรก็ตาม หน่วยงานดังกล่าว มิได้ให้การรับรองเนื้อหา และอาจมีนโยบายหรือความเห็นที่ไม่สอดคล้องกับความเห็น และข้อเสนอแนะที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้

คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัด

30 เมษายน 2559

# บทสรุปผู้บริหาร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มดำเนินโครงการกระจายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcomes Framework, QOF) ในปี พ.ศ. 2556 โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะใช้กลไกด้านการเงินกระตุ้นหรือจูงใจให้หน่วยบริการพัฒนาตนเองจนสามารถให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิที่กำหนด โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1 ซึ่งว่ากลวิธีดำเนินโครงการ QOF รวมทั้งแนวทางการบริหารจัดการควรได้รับการปรับปรุงทั้งในขั้นตอนการพัฒนานโยบาย และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ในการนี้ สปสช. มอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ศึกษาเพื่อพัฒนาและทดสอบตัวชี้วัดฯ รวมทั้งพัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางการบริหารจัดการโครงการ QOF เพื่อนำมาใช้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ภายใต้โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2 ซึ่งดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึงเดือนเมษายน 2559

ภายใต้โครงการนี้ คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดได้ดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์อันได้แก่ 1) เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดฯ สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 โดยมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ ใช้กระบวนการที่เป็นระบบ โปร่งใส และสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2) เพื่อทดสอบตัวชี้วัดฯ ในพื้นที่ตัวอย่างก่อนนำมาใช้จริง และ 3) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางการบริหารจัดการโครงการ QOF ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยมีขั้นตอนต่างๆ ทั้งที่เป็นการศึกษาวิจัยที่ใช้ข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการตัดสินใจของคณะกรรมการกำกับทิศโครงการกระจายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ซึ่งในขั้นตอนสุดท้ายคณะกรรมการกำกับทิศฯ ได้พิจารณาผลการทดสอบตัวชี้วัดฯ ความพร้อมและข้อจำกัดที่พบระหว่างการทดสอบรวมทั้งความคิดเห็นของผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว จึงเสนอแนะต่อ สปสช. ให้ใช้ตัวชี้วัดฯ จำนวน 10 ตัวชี้วัดฯ ในโครงการ QOF ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 และอีก 5 ตัวชี้วัดฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ส่วนที่เหลืออีก 9 ตัวชี้วัดฯ คณะกรรมการกำกับทิศฯ เสนอให้สามารถนำไปใช้ในปีงบประมาณถัดไป หากมีการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการและพัฒนาฐานข้อมูลสำหรับบันทึกข้อมูลบริการที่เกี่ยวข้อง

นอกจากข้อเสนอเกี่ยวกับตัวชี้วัดฯ และรายละเอียดตัวชี้วัดฯ ที่กล่าวข้างต้น ภายใต้โครงการนี้ คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดได้พัฒนาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารจัดการโครงการ QOF ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ดังนี้

- 1) การอภิบาลระบบ กล่าวคือ ระบบอภิบาลของโครงการ QOF ควรดำเนินการร่วมกันระหว่าง สธ. และ สปสช. เพราะทั้งสององค์กรมีเป้าประสงค์ที่เหมือนกันแต่มีหน้าที่แตกต่างกันในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผู้บริหาร สปสช. ควรพิจารณาและขอคำปรึกษาจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุขถึงความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมการบริหารจัดการโครงการ QOF หรือควรแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเฉพาะเพื่อทำหน้าที่นี้
- 2) กรอบเวลาในการดำเนินงาน โดย สธ. และ สปสช. ร่วมกันกำหนดเวลาในแต่ละปีงบประมาณสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโครงการให้เหมาะสมและชัดเจน เช่น การประกาศตัวชี้วัดฯ และเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ การสื่อสารเกี่ยวกับตัวชี้วัดฯ และวิธีประเมินผลงาน การรวบรวมผลงานตามตัวชี้วัดฯ การสะท้อนข้อมูลกลับไปยังหน่วยบริการระหว่างและสิ้นสุดการดำเนินโครงการ และการจัดสรรงบประมาณ เป็นต้น

- 3) งบประมาณและการบริหารงบประมาณ กล่าวคือ งบประมาณสำหรับโครงการ QOF ควรแยกออกจากงบประมาณรายหัวซึ่งเป็นงบประมาณสำหรับการจัดบริการทั่วไป เพื่อให้ผู้ให้บริการเกิดแรงจูงใจและไม่รู้สึกว่าเป็นการถูกลดโทษจากโครงการ QOF นอกจากนี้งบประมาณของโครงการ QOF ควรอยู่ในวงเงินที่เหมาะสม โดยต้องหาจุดสมดุลระหว่างการสร้างแรงจูงใจที่มากเกินไปจนทำให้ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญเฉพาะบริการที่มีแรงจูงใจในโครงการ QOF จนละเลยบริการอื่นๆ คณะผู้พัฒนาเสนอให้มีการจัดสรรงบประมาณโดยแบ่งงบประมาณ ออกเป็น 3 ส่วน คือ 3.1) จัดสรรงบประมาณ 1/3 ของงบประมาณทั้งหมด เป็นงบประมาณแบบให้เปล่า (buffer) โดยจัดสรรตามจำนวนประชากรเพื่อให้หน่วยบริการประจำ (Contracting Units for Primary Care, CUPs) มีงบประมาณเพียงพอในการจัดบริการ 3.2) จัดสรรงบประมาณ 1/3 ตามเป้าหมายคะแนน QOF ที่หน่วยบริการประจำคาดว่าจะดำเนินการได้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 (aspiration payment) ซึ่งจัดสรรตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ เพื่อให้หน่วยบริการมีงบประมาณในการจัดกิจกรรมบริการตามตัวชี้วัด และทำให้หน่วยบริการเกิดความตระหนักและความรับผิดชอบต่อเป้าหมายที่กำหนดไว้ 3.3) จัดสรรงบประมาณที่เหลือตามผลงานจริงของหน่วยบริการประจำของปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 โดยจัดสรรในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ
- 4) ตัวชี้วัด และการประเมินผลงาน 4.1) ไม่ควรมีตัวชี้วัด พื้นที่สำหรับโครงการ QOF เพราะหลักการสำคัญของโครงการ QOF คือการเพิ่มคุณภาพบริการปฐมภูมิให้มีมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ 4.2) จัดให้มีตัวชี้วัด ทั้งระดับ รพ.สต. และ หน่วยบริการประจำ เพื่อให้ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนในโครงการ QOF รวมทั้งจัดให้มีการประเมินผลและสะท้อนข้อมูลกลับในภาพรวม CUPs และ แยกราย รพ.สต. 4.3) หากเขตบริการสุขภาพหรือหน่วยงานในระดับพื้นที่ต้องการพัฒนาตัวชี้วัด สำหรับพื้นที่ ควรใช้แนวทางในการพัฒนาตัวชี้วัด ให้อยู่บนพื้นฐานเชิงประจักษ์และมีส่วนร่วม มีการทดสอบตัวชี้วัด จัดทำคู่มือ และบริหารจัดการตัวชี้วัด ในทิศทางเดียวกันกับตัวชี้วัด ที่กำหนดขึ้นจากส่วนกลาง 4.4) ควรมีการเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์จากโครงการ QOF ในการตรวจราชการของสำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การตรวจราชการมีประสิทธิภาพในการสนับสนุนนโยบายสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
- 5) ระบบสนับสนุนการดำเนินโครงการ QOF กล่าวคือ สปสช. และ สธ. ควรร่วมกันพัฒนาระบบติดตามประเมินผลของโครงการทั้งในภาพรวมและระดับพื้นที่ รวมทั้งพัฒนาฐานข้อมูลให้สามารถสนับสนุนโครงการ QOF ให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ สปสช. ควรพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการ QOF โดยจัดทำเว็บไซต์เพื่อสื่อสารเกี่ยวกับโครงการในประเด็นที่มา และความสำคัญของโครงการ เผยแพร่เอกสารที่เกี่ยวข้อง กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัด และการปรึกษาหารือที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งติดตามผลงานระหว่างดำเนินโครงการตามตัวชี้วัด สุดท้าย สปสช. และ สธ. ควรเผยแพร่ฐานข้อมูลการปฏิบัติงานของสถานบริการต่างๆ ตามตัวชี้วัด และข้อมูลบริการและผลงานประเภทอื่นๆ เพื่อให้ นักวิชาการ นักศึกษา และผู้ที่สนใจสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการค้นคว้าพัฒนาเพื่อทำให้เกิดองค์ความรู้และนำกลับมาใช้ประโยชน์ในอนาคตต่อไป

# Executive summary

The National Health Security Office (NHSO) introduced the Quality and Outcomes Framework (QOF) in 2013, aiming to incentivize primary care units for improving the prerequisite quality of service deliveries and ultimately improving health outcomes. The previous study ‘Developing health care indicators and improving the QOF program for the Thai Universal Health Coverage Part I’ indicates that the strategy for implementing as well as the management of the QOF program should be revised in terms of policy formulation and implementation. Therefore, the NHSO requested the Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) to develop quality indicators for primary care and to provide policy recommendations on managerial strategies of the QOF program for the fiscal year 2017. The study was conducted from June 2015 to April 2016.

The objectives of this study were 1) to develop quality indicators for the fiscal year 2017 based on evidence with systematic, transparent and participatory process, 2) to test indicators in the chosen primary care units across selected provinces, 3) to provide policy recommendations on managerial strategies which are in line with the developed indicators. This study employed different approaches such as, analyzing primary and secondary data, obtaining suggestions from stakeholders and information based on consensus among steering committee members. In the final step, the steering committee considered the pilot results and expert opinions from stakeholders which led to three conclusions 1) 10 indicators were selected for fiscal year 2017, 2) 5 indicators were recommended for fiscal year 2018, 3) 9 indicators were recommended for fiscal year 2018 onwards under the condition that there will be a capacity development for providers and improvement in databases.

In addition, managerial strategies were recommended as follows:

- 1) The Ministry of Public Health (MOPH) and the NHSO should strengthen their collaboration in terms of the QOF management as both organizations play an important role in improving primary health care. The NHSO executives should consider and consult the Minister of Public Health and the Permanent Secretary of the MOPH whether it would be feasible and appropriate to request the existing Quality Control and Quality Standard Committee to monitor the management of the QOF program or to appoint a new committee for this task.
- 2) The time frame for implementing the program should be clear, appropriate and approved by both organizations including announcing the quality indicators and payment criteria, communicating about the indicators and evaluation process, extracting data from data bases, sending feedback during and at the end of the fiscal year, and allocating the QOF payment to Contracting Units for Primary Care (CUPs).
- 3) A separated budget from capitation payment for ambulatory services for the QOF program should be provided to incentivize health care workers. The budget should be appropriate in order to prevent health care workers from focusing on particular services that are in line with the indicators but neglecting other important health care activities. This study recommends to divide the QOF budget into three parts:
  - 3.1) one-third of the budget should be provided according to the number of population registered in the catchment area of the CUP.



- 3.2) one-third of the budget should be allocated in advance according to the expected performances of CUPs under the QOF (aspiration payment).
- 3.3) one-third of the budget should be paid according to the real performances of CUPs at the end of the fiscal year.
- 4) Regarding indicators and determination of performance, this study proposes four recommendations:
  - 4.1) there should be no local indicators because the purpose of the QOF program is to standardize the quality of primary care of all Primary Care Units (PCUs) across the country.
  - 4.2) there should be indicators at both CUP and PCU levels so that CUPs and PCUs fully understand their responsibilities. Moreover, performances of each individual CUP and PCU should be fed back.
  - 4.3) however, if the NHSO allows the regional NHSO offices to develop their own local indicators, this should be done with the same process as the core indicators (e.g. indicator development based on evidence with systematic, transparent and participatory process and piloting indicators).
  - 4.4) the data should be linked with and used by the Bureau of Inspection and Evaluation of the MOPH in order to facilitate the primary health care policy.
- 5) The MOPH and the NHSO should develop evaluation and monitoring systems for QOF on both national and local levels, enhance the database system to support QOF, improve the communication system and make the performance data publicly available.

## ตัวย่อ

ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
AMA	American Medical Association
ASSIST	The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
CUPs	Contracting Units for Primary care
DPL	Development Policy Loan
DTX	Dextrostix
HbA1c	Hemoglobin A1c
HDC	Health Data Center
HEDIS	Health Plan Employer Data and Information Set
HIRA	Health Insurance Review Agency
HITAP	Health Intervention and Technology Assessment Program
HSCIC	Health and Social Care Information Centre
MOPH	Ministry of Public Health
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NHS	National Health Service
NHSO	National Health Security Office
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
P4P	Pay for Performance
PCO	Primary Care Organization
PCPI	Physician Consortium for Performance Improvement

PCUs	Primary Care Units
PMT	Primary Care Trust
QMAS	Quality and Outcomes Framework Management and Analysis System
QOF	Quality and Outcomes Framework
UC	Universal Coverage scheme
WHO	World Health Organization
กทม.	กรุงเทพมหานคร
รพ.	โรงพยาบาล
รพ.สต.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รพช.	โรงพยาบาลชุมชน
รพท.	โรงพยาบาลทั่วไป
รพศ.	โรงพยาบาลศูนย์
สธ.	กระทรวงสาธารณสุข
สนย.	สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สรพ.	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
สวรส.	สถาบันพัฒนาระบบสาธารณสุข
สสจ.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สสอ.	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
อปสช.	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต
อสม.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



บทที่

**1**

บทนำ

## บทที่ 1 บทนำ

---

1.1	ที่มาและความสำคัญ	13
1.2	วัตถุประสงค์ของการศึกษา	14
1.3	บทบาทคณะกรรมการกำกับทิศโครงการบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ	15
1.4	โครงสร้างของรายงาน	15
1.5	เอกสารอ้างอิง	16



# บทที่ 1 บทนำ



## 1.1 ที่มาและความสำคัญ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มดำเนินโครงการบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcomes Framework, QOF) ในปี พ.ศ. 2556 โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะใช้กลไกด้านการเงินกระตุ้นหรือจูงใจให้หน่วยบริการพัฒนาตนเองจนสามารถให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิที่กำหนด เนื่องจาก สปสช. ต้องการประเมินโครงการ QOF และตัวชี้วัดฯ อย่างเป็นทางการอย่างเป็นระบบ จึงมอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ดำเนินการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงการ QOF ทั้งในแง่ของการบริหารจัดการ และการพัฒนาตัวชี้วัดฯ (การศึกษาระยะที่ 1) ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2558

ผลการศึกษาในโครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1 (1) ชี้ว่าการดำเนินงานตามโครงการ QOF นอกจากจะเป็นการส่งสัญญาณที่ชัดเจนถึงความสำคัญของงานบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญของการบรรลุเป้าหมายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยแล้ว โดยหลักการยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดระบบธรรมาภิบาลของการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ เพราะทำให้เกิดการวัดประเมินผลการดำเนินงานอย่างจริงจังทั้งในรูปแบบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบด้านสุขภาพ ด้วยการสนับสนุนและส่งเสริมให้สถานพยาบาลปฐมภูมิมีขีดความสามารถในการให้บริการอย่างมีคุณภาพและมาตรฐานที่ใกล้เคียงกันในทุกพื้นที่ของประเทศ อย่างไรก็ตามคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดพบว่า กลวิธีดำเนินโครงการ QOF รวมทั้งแนวทางการบริหารจัดการควร

ได้รับการปรับปรุงทั้งในขั้นตอนการพัฒนานโยบาย กล่าวคือ การกำหนดแหล่งที่มาของงบประมาณโดยการกันเงินจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเป็นเงินที่หน่วยบริการควรจะได้รับไปทั้งหมดตามหลักการของการจัดสรรงบประมาณตามภาระงาน การออกแบบกลไกนโยบายโดยการจัดสรรเงินไปที่ สปสช. เขต แล้วให้จัดสรรต่อไปที่หน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญากับ สปสช. เพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (Contracting units for primary care; CUPs) ทำให้เกิดการแข่งขันที่ไม่ยุติธรรม เนื่องจาก CUPs แต่ละที่มีความแตกต่างกันมากในแง่ทรัพยากรและภาระงานของผู้ให้บริการ การพัฒนาตัวชี้วัดฯ โดยไม่ได้มีการใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการเพื่อประกอบการพิจารณา การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาตัวชี้วัดฯ เป็นไปอย่างจำกัด รวมทั้งการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เช่น การสื่อสารกับหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การคัดเลือก/พัฒนาตัวชี้วัดฯ ระดับพื้นที่ การเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัดฯ และส่งต่อไปยังสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และ สปสช. การสะท้อนข้อมูลผลงานตามตัวชี้วัดฯ กลับไปยังหน่วยบริการ การกำหนดหลักเกณฑ์ระดับเขตสำหรับการจัดสรรงบประมาณ QOF ให้กับ CUPs และหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care units, PCUs) ที่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมถึงการประเมินผลและติดตามผลกระทบที่เกิดขึ้น

โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1 มีข้อเสนอแนะให้ สธ. และ สปสช. รับผิดชอบการอภิบาลระบบของโครงการ QOF ร่วมกัน รวมทั้งร่วมกันกำหนดเวลาในแต่ละปีงบประมาณสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโครงการ QOF ให้เหมาะสมและชัดเจน นอกจากนี้ ยังเสนอให้ สปสช. จัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการ QOF แยกออกจากงบเหมาจ่ายรายหัวในวงเงินที่เหมาะสม จัดให้มีตัวชี้วัดฯ สำหรับ รพ.สต. พัฒนาระบบติดตามประเมินผลโครงการ และพัฒนาตัวชี้วัดฯ โดยมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ ผ่านกระบวนการที่โปร่งใสและมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

จากข้อค้นพบและข้อเสนอแนะดังกล่าว สปสช. มอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพศึกษาเพื่อพัฒนาและทดสอบตัวชี้วัดฯ รวมทั้งพัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางการบริหารจัดการโครงการ QOF เพื่อนำมาใช้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ภายใต้โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2 ซึ่งดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2558 ถึงเดือนเมษายน 2559

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ

1. เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดฯ สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 โดยมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ ใช้กระบวนการที่เป็นระบบ โปร่งใส และสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
2. เพื่อทดสอบตัวชี้วัดฯ ในพื้นที่ตัวอย่างก่อนนำมาใช้จริง
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางการบริหารจัดการโครงการ QOF ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดฯ ที่พัฒนาขึ้น

### 1.3 บทบาทคณะกรรมการกำกับทิศโครงการบ่งชี้ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงาน บริการปฐมภูมิ

เพื่อให้การศึกษานี้ดำเนินการอย่างมีระบบ มีความโปร่งใส มีหลักฐานวิชาการรองรับ และมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อโครงการบ่งชี้ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศโครงการบ่งชี้ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ โดยมีหน้าที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ให้คำแนะนำและกำกับดูแลการพัฒนาตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ 2) ให้คำแนะนำในการบริหารจัดการโครงการบ่งชี้ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ และ 3) คัดเลือกตัวชี้วัดฯ ที่ผ่านการทดสอบในพื้นที่เพื่อเสนอต่อ สปสช.

คณะกรรมการกำกับทิศฯ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประธานกลุ่มภารกิจสนับสนุนระบบบริการ ประธานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข รองผู้อำนวยการแผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ และผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้อำนวยการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี เลขานุการและนักวิจัยมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ คณะกรรมการกำกับทิศฯ ชุดนี้มีการประชุมทั้งหมด 4 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อพิจารณารับรองกรอบและแผนการทำงานของการศึกษา
2. เพื่อให้คำแนะนำในการพัฒนาตัวชี้วัดฯ โดยพิจารณาคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยหรือบริการสุขภาพที่มีปัญหาด้านคุณภาพ เพื่อนำไปพัฒนาตัวชี้วัดฯ
3. เพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่อตัวชี้วัดฯ ที่ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้การศึกษา รวมทั้งคัดเลือกตัวชี้วัดฯ ไปทดสอบในหน่วยบริการปฐมภูมิ
4. เพื่อคัดเลือกตัวชี้วัดฯ ที่เหมาะสมสำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้กับ สปสช.

### 1.4 โครงสร้างของรายงาน

การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1. การพัฒนาตัวชี้วัดฯ ตามแนวทางเวชปฏิบัติ (guideline-based development of quality indicators) 2. การทดสอบตัวชี้วัดฯ และ 3. การพัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางสำหรับการบริหารจัดการโครงการ QOF ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

บทที่ 2 ของรายงานฉบับนี้จะนำเสนอกระบวนการและผลการพัฒนาตัวชี้วัดฯ โดยเริ่มด้วยการคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพ (disease areas) สำหรับพัฒนาตัวชี้วัดฯ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ จากนั้นคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ ได้ทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติทั้งจากราชวิทยาลัยและสมาคมที่เกี่ยวข้อง กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมอนามัย จากกระบวนการดังกล่าวคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ ได้พัฒนาร่างตัวชี้วัดฯ ขึ้นมาจำนวน 26 ตัวชี้วัด และนำเสนอต่อคณะกรรมการกำกับทิศฯ ซึ่งได้คัดเลือกร่างตัวชี้วัดฯ จำนวน 24 ตัวชี้วัด เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการทดสอบตัวชี้วัดฯ ต่อมาคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นต่อร่างตัวชี้วัดฯ ในประเด็นประโยชน์ในการเพิ่มคุณภาพบริการปฐมภูมิ ความสามารถจัดการของผู้ให้บริการเพื่อให้เป็นไปตามตัวชี้วัดฯ และความชัดเจนของรายละเอียดตัวชี้วัดฯ จากข้อเสนอแนะในการประชุมครั้งนี้ ทำให้มีการแก้ไขข้อผิดพลาด และรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการทดสอบตัวชี้วัดฯ ในพื้นที่



บทที่ 3 กล่าวถึงกระบวนการ วิธีการทดสอบ รวมทั้งผลการทดสอบตัวชี้วัดฯ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดคัดเลือกหน่วยบริการประจำใน 3 จังหวัด จำนวน 9 แห่ง (28 หน่วยบริการปฐมภูมิ) และกรุงเทพมหานคร (กทม.) จำนวน 9 แห่ง (9 หน่วยบริการปฐมภูมิ) เพื่อทดสอบตัวชี้วัดฯ ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การยอมรับและการปฏิบัติตามตัวชี้วัดฯ การมีอยู่ของข้อมูลเพื่อประมวลผลตัวชี้วัดฯ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผลงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามตัวชี้วัดฯ และต้นทุนและภาระงาน เริ่มดำเนินการทดสอบตัวชี้วัดฯ ในเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2559

บทที่ 4 กล่าวถึงข้อเสนอแนะและแนวทางสำหรับการบริหารจัดการโครงการ QOF ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 การจัดทำข้อเสนอแนะและแนวทางฯ ดังกล่าว อ้างอิงจากผลการศึกษาระยะที่ 1 ผลการศึกษาระหว่างทดสอบตัวชี้วัดฯ การทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ QOF ในสหราชอาณาจักร รวมทั้งคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญจากสหราชอาณาจักร ผู้กำหนดนโยบาย และผู้ปฏิบัติงาน โดยข้อเสนอแนะและแนวทางดังกล่าวครอบคลุมประเด็น การอภิบาลระบบ กรอบเวลาในการดำเนินโครงการ QOF ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 – 2561 การคำนวณงบประมาณและวิธีการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่ การคิดคำนวณคะแนน QOF แบบใหม่ที่มีความละเอียดและมีคุณสมบัติในการจำแนกระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีผลงานสูงและต่ำมากกว่า ตลอดจนระบบสนับสนุนการดำเนินโครงการ QOF ได้แก่ ระบบติดตามประเมินผลโครงการ การสื่อสารนโยบายระหว่าง สธ. และ สปสช. การสื่อสารภายใน สธ. และระดับผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งระบบสะท้อนข้อมูลกลับจาก สปสช. ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ และการเผยแพร่ฐานข้อมูลการปฏิบัติงานเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ นักศึกษาและผู้สนใจนำไปใช้ประโยชน์

บทที่ 5 ของรายงานฉบับนี้จะนำเสนอบทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย รวมทั้งข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในอนาคต

## 1.5 เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งนภา คำผาง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, สโรชา ชูติพงศ์ชัยวัฒน์, จันทนา พัฒนเกาส์, รักมณี บุตรชน, ญัฐธิดา มาลาทอง, และคณะ. รายงานโครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1. นนทบุรี. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2558.





บทที่

# 2

การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

## บทที่ 2 การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

2.1	ที่มาและความสำคัญ	21
2.2	การทบทวนวรรณกรรม	22
2.2.1	ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	22
2.2.2	กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพในต่างประเทศ	24
2.2.3	การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในประเทศไทย	28
2.3	วัตถุประสงค์	31
2.4	วิธีการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	32
2.4.1	วิธีพัฒนากรอบสำหรับการคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	32
2.4.2	วิธีคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิตามกรอบที่คณะกรรมการกำหนด	33
2.4.3	วิธีจัดทำร่างรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	33
2.4.4	วิธีทดสอบความตรงของร่างรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	34
2.5	ผลการศึกษา	34
2.5.1	กรอบสำหรับการคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	34
2.5.2	ผลการคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	42
2.5.3	ผลการพิจารณารายการตัวชี้วัดฯ และร่างรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	43
2.5.4	ผลการทดสอบความตรงของร่างรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	44
2.6	อภิปรายผลการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	45
2.7	เอกสารอ้างอิง	47
2.8	ภาคผนวก	49

### สารบัญตาราง

ตารางที่ 2.1	นโยบายการบริหารงานและตำแหน่งงานของกระทรวงสาธารณสุข	38
ตารางที่ 2.2	ข้อเสนอประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย (เสนอโดยคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัด)	39
ตารางที่ 2.3	ลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพของประเทศไทยตามการให้คะแนนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	41

### สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 2.1	กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติ	24
รูปที่ 2.2	การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในสหราชอาณาจักร	27
รูปที่ 2.3	วิธีการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	32



## บทที่ 2 การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ



### 2.1 ที่มาและความสำคัญ

ในระบบสุขภาพของหลายประเทศได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดฯ ขึ้น เพื่อใช้ในการวัดระดับคุณภาพบริการทั้งแบบภาคตัดขวางและการติดตามประเมินคุณภาพของบริการหรือโครงการที่เกี่ยวข้องในระยะยาว และนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการสุขภาพชนิดนั้นๆ นอกจากนี้ ยังมีการใช้ตัวชี้วัดฯ เป็นกลไกทางการเงินโดยจ่ายค่าตอบแทนเพื่อจูงใจบุคลากรในการให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ และได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพตามตัวชี้วัดฯ ที่กำหนด การพัฒนาตัวชี้วัดฯ โดยใช้กระบวนการที่น่าเชื่อถือ เช่น การใช้หลักฐานทางวิชาการ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้ได้ตัวชี้วัดฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพ เป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเมื่อผู้ปฏิบัติงานดำเนินการตามตัวชี้วัดฯ จะช่วยให้เกิดคุณภาพบริการได้จริง (1)

สหราชอาณาจักรได้ริเริ่มใช้ตัวชี้วัดฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ภายใต้โครงการ The Quality and Outcomes Framework หรือ QOF (2) โดย The National Institute for Health and Care Excellence หรือ NICE มีบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบการพัฒนาตัวชี้วัดฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา (advisory committee) เพื่อจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพสำหรับใช้เป็นกรอบการพัฒนาตัวชี้วัดฯ ในระยะแรกตัวชี้วัด QOF ของสหราชอาณาจักรมีจำนวน 146 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 52 เป็นตัวชี้วัดทางคลินิก ครอบคลุม 11 ประเด็นปัญหาสุขภาพ) จากนั้นได้มีการพัฒนาปรับปรุงตัวชี้วัดฯ อย่างต่อเนื่องทุกปีตามสถานการณ์สุขภาพ เช่น การเพิ่ม/ลดประเด็นปัญหาสุขภาพ การเพิ่ม/ลดจำนวนตัวชี้วัดฯ ปัจจุบัน (ปี พ.ศ. 2559) สหราชอาณาจักรมีตัวชี้วัด QOF ทั้งหมด 77 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 83 เป็นตัวชี้วัดทางคลินิก ครอบคลุม 18 ประเด็นปัญหาสุขภาพ) (3)

สำหรับประเทศไทย สปสช. เริ่มใช้ตัวชี้วัดฯ ในปี พ.ศ. 2556 ภายใต้โครงการบงจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ โดยใช้แนวคิดจากโครงการ QOF สหราชอาณาจักร โครงการนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะใช้กลไก ด้านการเงินกระตุ้นหรือจูงใจให้หน่วยบริการพัฒนาตนเองจนสามารถให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้ผลลัพธ์ทาง สุขภาพตามตัวชี้วัดฯ ที่กำหนด ผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของโครงการบงจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและ ผลงานบริการปฐมภูมิ โดยรุ่งนภา คำผาง และคณะ เมื่อปี พ.ศ. 2558 (4) พบว่าการออกแบบนโยบายและการพัฒนา ตัวชี้วัดฯ ระยะแรกขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ไม่ได้ใช้หลักฐานทางวิชาการประกอบการพิจารณามากนัก แต่ดำเนินการโดยคัดเลือกจากตัวชี้วัดเดิมของ สธ. และ สปสช. ทั้งนี้ เพื่อมิให้เพิ่มภาระงานบริการและการบันทึกข้อมูล แก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ (5) นอกจากนี้ ตัวชี้วัดฯ ที่มี 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดฯ กลาง ซึ่งใช้กับหน่วยบริการ ทุกแห่ง 2) ตัวชี้วัดฯ พื้นที่ที่ สปสช. จัดทำขึ้น (shopping list) ซึ่งหน่วยบริการแต่ละเขตสามารถเลือกนำไปใช้ตาม ความเหมาะสมกับบริบท และ 3) ตัวชี้วัดฯ พื้นที่ที่คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต (อปสช.) พัฒนาเพิ่มเติม ตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ การศึกษาดังกล่าวพบว่ามีปัญหาในการเลือกตัวชี้วัดฯ พื้นที่ เช่น ขาดการมีส่วนร่วมของ ผู้ที่เกี่ยวข้อง ตัวชี้วัดฯ ที่เลือกมาบางตัวไม่มีข้อมูลในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ทำให้เพิ่มภาระสำหรับผู้ปฏิบัติงานในการรวบรวม และบันทึกข้อมูล อีกทั้งยังมีคำถามเกี่ยวกับขีดความสามารถในการนำตัวชี้วัดฯ พื้นที่ไปปฏิบัติ ที่ต้องการการจัดทำคู่มือ ฝึกอบรมบุคลากร การนิเทศให้คำแนะนำ และติดตามประเมินผล

การศึกษาที่นำเสนอในบทที่ 2 นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดเลือกตัวชี้วัดฯ ของบริการปฐมภูมิในประเด็นปัญหาสุขภาพ ที่เหมาะสมกับการนำไปใช้ในโครงการบงจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิในปีงบประมาณ 2560 โดยการพัฒนาร่างตัวชี้วัดฯ รวมทั้งรายละเอียด (templates) ของตัวชี้วัดฯ ดังกล่าว ก่อนนำไปทดสอบในหน่วยบริการ ปฐมภูมิในขั้นตอนต่อไป

## 2.2 การทบทวนวรรณกรรม

### 2.2.1 ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

#### 2.2.1.1 ประเภทของตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดฯ สามารถจำแนกออกเป็น 3 ประเภท คือ ตัวชี้วัดฯ ที่ประเมินระบบการให้บริการ สุขภาพโดยรวม เช่น สัดส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานกับผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ ตัวชี้วัดฯ ที่ประเมินกระบวนการให้บริการ เช่น สัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการทดสอบ Hemoglobin A1c (HbA1c) ในรอบ 12 เดือน และตัวชี้วัดฯ ที่ประเมิน ผลลัพธ์ของการให้บริการ เช่น สัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA1c ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัดฯ ที่พัฒนาขึ้น โดย NICE เน้นความสำคัญที่กระบวนการให้บริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพจากบริการนั้นๆ (6)

#### 2.2.1.2 รายละเอียดตัวชี้วัดฯ คุณภาพบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดฯ แต่ละตัวควรประกอบด้วยรายละเอียดที่ชัดเจนเพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจ ตรงกัน ดังนี้ (6)

- ชื่อตัวชี้วัดฯ (indicator title)
- คำอธิบายตัวชี้วัดฯ (indicator description) ใช้สำหรับอธิบายวัตถุประสงค์และความจำเป็น ของตัวชี้วัดฯ
- ตัวเศษ หรือตัวตั้ง (numerator) คือจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการทาง การแพทย์ หรือมีผลลัพธ์ทางสุขภาพตามที่กำหนด เช่น จำนวนผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต มากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำภายใน 3 เดือน

- ตัวหาร (denominator) คือ จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด เช่น จำนวนผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตมากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอททั้งหมด
- เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คุณลักษณะของประชากรที่นำมารวมในตัวเศษหรือตัวหาร เช่น รหัสการวินิจฉัยโรค
- เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ คุณลักษณะของประชากรที่ไม่นำมารวมในตัวเศษหรือตัวหาร เช่น การกำหนดช่วงอายุ การมีโรคประจำตัว การสูบบุหรี่
- ข้อยกเว้น (exceptions) เป็นการกำหนดคุณลักษณะของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ต้องนำมารวมในตัวหาร ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการประเมินผลงานของผู้ให้บริการสุขภาพอันเนื่องมาจากการมีข้อจำกัด หรือการที่ไม่สามารถเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายได้ เช่น ประชากรปฏิเสธการให้บริการอย่างน้อย 3 ครั้งในรอบ 12 เดือน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น (7)
- มาตรฐาน สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่
  - 1) เป้าหมายของมาตรฐาน (target standard) หมายถึง คุณภาพขั้นต่ำของการให้บริการ ยกตัวอย่างเช่น ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตมากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท ควรได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำภายใน 3 เดือน
  - 2) การบรรลุมาตรฐาน (achieved standard) หมายถึง ร้อยละของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามตัวชี้วัด เช่น ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตมากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำภายใน 3 เดือน

### 2.2.1.3 คุณลักษณะของตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิที่ดี

Lester และ Campbell (2, 8) ได้ทบทวนเอกสารต่างๆ ทั้งตำราวิชาการและรายงานวิจัย เพื่อนำเสนอคุณลักษณะของตัวชี้วัดฯ ที่ดีซึ่งสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพบริการปฐมภูมิ คุณลักษณะดังกล่าวประกอบด้วย

- การยอมรับ (acceptability) หมายถึง ตัวชี้วัดฯ ได้รับการยอมรับจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- ความเชื่อมโยง (attributable) หมายถึง สุขภาพของผู้รับบริการเชื่อมโยงโดยตรงกับบริการสุขภาพที่ได้รับ
- ความเป็นไปได้ (feasibility) หมายถึง การมีข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถเก็บรวบรวมได้
- ความน่าเชื่อถือ (reliability) หมายถึง ความเที่ยงของกฎเกณฑ์การประเมินผลงานจากฐานข้อมูล หากกฎเกณฑ์มีความน่าเชื่อถือ ทุกหน่วยบริการต้องสามารถประเมินผลงานด้วยวิธีเดียวกันแล้วได้ผลที่ไม่แตกต่างกันในระดับที่ยอมรับได้
- ความไวต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพ (sensitivity to change) หมายถึง ตัวชี้วัดฯ สามารถบอกการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของการให้บริการสุขภาพได้
- ความสามารถในการพยากรณ์ (predictive value) หมายถึง ตัวชี้วัดฯ สามารถคาดการณ์คุณภาพของการให้บริการได้
- สอดคล้องกับปัญหา (relevant) หมายถึง ควรพัฒนาตัวชี้วัดฯ สำหรับประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบว่ามีปัญหาด้านคุณภาพบริการ



### 2.2.1.4 หลักการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ

ปี พ.ศ. 2557 NICE ได้เผยแพร่คู่มือพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพซึ่งสามารถนำไปใช้พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพจากเอกสารต่างๆ เช่น มาตรฐานคุณภาพ (quality standards) แนวทางปฏิบัติโดย NICE (NICE guidance) ในคู่มือดังกล่าวได้กำหนดหลักการสำคัญ 7 ประการในการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ (6) ได้แก่

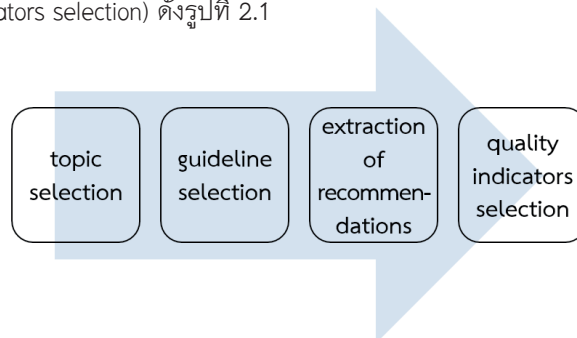
- 1) มีหลักฐานทางวิชาการที่ครอบคลุม (comprehensive evidence base)
- 2) มีคณะกรรมการที่ปรึกษาที่เป็นอิสระ (independent advisory committee)
- 3) มีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (involve stakeholders)
- 4) มีความโปร่งใสในกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพและกระบวนการตัดสินใจ (transparent process and decision making)
- 5) มีการปรึกษาหารือกับสาธารณะ (public consultation)
- 6) มีการเผยแพร่ข้อมูลและการดำเนินโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ (effective dissemination and implementation)
- 7) มีการทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ (regular review)

### 2.2.2 กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพในต่างประเทศ

การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพควรใช้กระบวนการที่เป็นระบบเพื่อให้แน่ใจว่ามีความโปร่งใสในการดำเนินงาน และได้ตัวชี้วัดคุณภาพที่มีมาตรฐานสูง (8) เนื่องจากการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพเป็นงานที่ใช้เวลานานและงบประมาณจำนวนมาก ดังนั้น การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพจากแนวทางเวชปฏิบัติจึงเป็นวิธีที่นิยมใช้กันในหลายประเทศเพราะช่วยประหยัดเวลาและทรัพยากรในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม ควรปรับกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพให้เหมาะสมกับบริบทและระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ การศึกษานี้ได้ทบทวนแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพที่ดำเนินการในต่างประเทศ ดังนี้

#### 2.2.2.1 การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติ (guideline-based development of quality indicators)

ในปี พ.ศ. 2555 Kotter และคณะ (9) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติ โดยรวบรวมบทความวิชาการและแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยงานในประเทศต่างๆ ได้แก่ สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา เดนมาร์ก เนเธอร์แลนด์ แคนาดา และเยอรมนี รวมทั้งสิ้น 48 บทความ ครอบคลุมประเด็นปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหืด เป็นต้น การทบทวนวรรณกรรมนี้ได้วิเคราะห์วิธีพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติและสรุปเป็นกรอบการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ พบว่ากระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดเลือกประเด็นปัญหาสำหรับพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ (topic selection) 2) การคัดเลือกแนวทางเวชปฏิบัติ (guideline selection) 3) การรวบรวมคำแนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติ (extraction of recommendations) 4) การคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพ (quality indicators selection) ดังรูปที่ 2.1



รูปที่ 2.1 กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติ (9)

รายละเอียดการดำเนินงานและประเด็นสำคัญของแต่ละขั้นตอน มีดังนี้

1. การคัดเลือกประเด็นปัญหาสำหรับพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ เป็นการคัดเลือกประเด็นปัญหาคุณภาพสำหรับพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ซึ่งควรเริ่มจากการกำหนดเกณฑ์สำหรับคัดเลือกประเด็นปัญหาคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่าเกณฑ์ที่นิยมใช้มี 2 ข้อ ได้แก่ 1) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ (มีรายงานใน 18 บทความ) 2) มีหลักฐานชี้ให้เห็นว่ามีช่องว่างระหว่างคุณภาพบริการที่ควรเป็นกับคุณภาพบริการในปัจจุบัน (มีรายงานใน 16 บทความ) อย่างไรก็ตาม ยังมีเกณฑ์อื่นที่มีการใช้ ซึ่งขึ้นกับความเหมาะสมและบริบทของระบบสุขภาพในแต่ละประเทศ เช่น มีความไม่มั่นใจในคุณภาพบริการ (มีรายงานใน 6 บทความ) ผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์ของปัญหาสุขภาพ (มีรายงานใน 6 บทความ) และ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ (มีรายงานใน 4 บทความ)
2. การคัดเลือกแนวทางเวชปฏิบัติ เป็นการพิจารณาว่าจะใช้แนวทางเวชปฏิบัติฉบับใดในการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่าเกณฑ์ในการเลือกแนวทางเวชปฏิบัติประกอบด้วย 1) คุณภาพของกระบวนการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ 2) ความเป็นปัจจุบันของแนวทางเวชปฏิบัติ และ 3) ความเหมาะสมต่อประเด็นปัญหาสุขภาพ สำหรับการประเมินคุณภาพของแนวทางเวชปฏิบัติ พบว่าส่วนใหญ่ (15 บทความ) ใช้เกณฑ์ Guidelines Research and Evaluation in Europe (AGREE) ซึ่งประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในกระบวนการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในประเด็นที่เกี่ยวข้อง
3. การรวบรวมคำแนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่าบทความส่วนใหญ่ (25 บทความ) เลือกเฉพาะบางคำแนะนำมาพัฒนาเป็นตัวชี้วัดคุณภาพ โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกคำแนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติ ได้แก่
  - ขนาดของผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน (มีผลกระทบต่อสูงหากประเด็นนั้นมีผลกระทบต่อประชาชนหม่มาก หรือขนาดปัญหาน้อยแต่มีความรุนแรง)
  - การให้บริการสุขภาพตามคำแนะนำมีความคุ้มค่า
  - คำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ
  - คำแนะนำมีความเป็นไปได้ในการติดตามและประเมินผล
  - ความน่าเชื่อถือของหลักฐานทางวิชาการของคำแนะนำ
  - ระดับความสำคัญของคำแนะนำ

นอกจากนี้ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้คัดเลือกคำแนะนำควรมีองค์ประกอบ ดังนี้

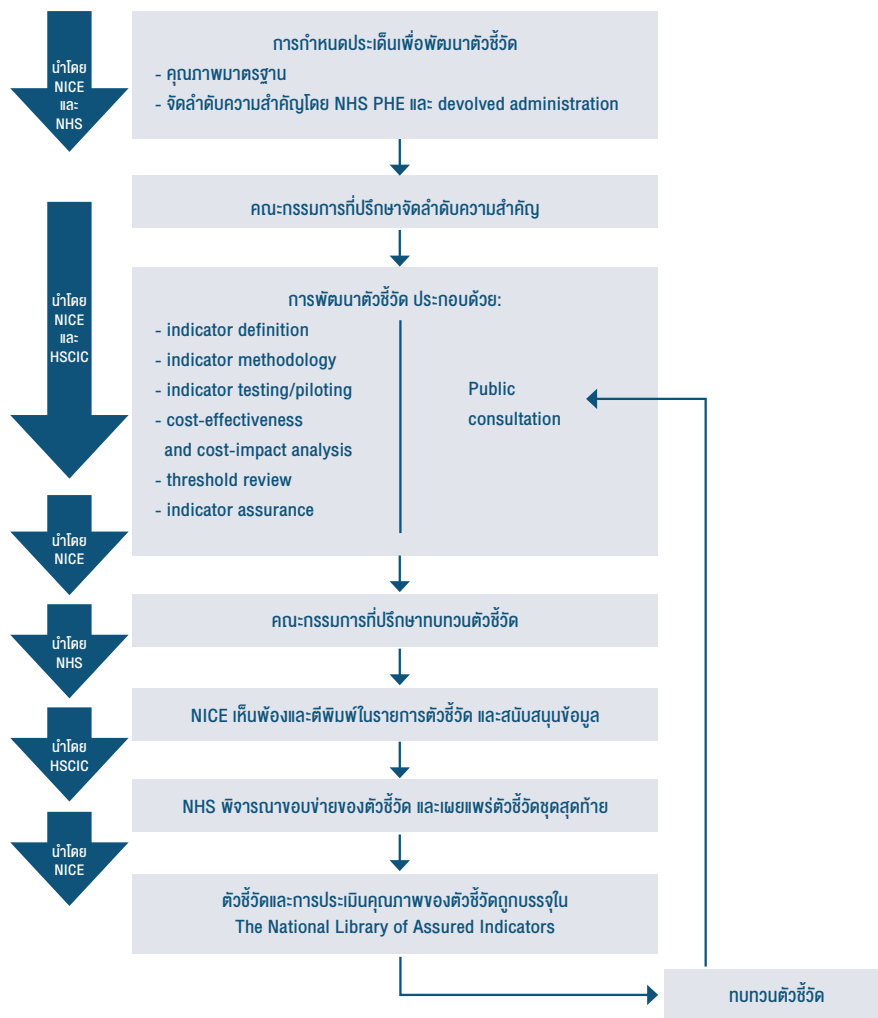
- ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก
  - ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการประเมินผลตัวชี้วัดคุณภาพ
  - ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการการให้บริการ
  - ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบข้อมูล
4. การคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าบทความส่วนใหญ่ (35 บทความ) ใช้ขั้นตอนในการคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพ โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนความเห็นสำหรับผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้คะแนนและคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพร่วมกัน โดยใช้กระบวนการที่เรียกว่า modified RAND method เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดคุณภาพ ได้แก่ ประโยชน์ของตัวชี้วัดคุณภาพในการเพิ่มคุณภาพบริการ (usefulness) ความตรงประเด็น

กับปัญหาสุขภาพ (relevance) และความเป็นไปได้ในการติดตามและประเมินผล (feasibility for evaluation and monitoring)

### 2.2.2.2 การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพในสหราชอาณาจักร

สหราชอาณาจักรเริ่มใช้ตัวชี้วัดคุณภาพภายใต้โครงการ QOF ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ต่อมา ในปี พ.ศ. 2552 NICE เป็นผู้รับผิดชอบการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ (2) โดยได้ริเริ่มกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพอย่างเป็นระบบ ดังนี้ (6)

1. NICE และ National Health Service (NHS) กำหนดประเด็นสำหรับพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ โดยทบทวนเอกสารด้านมาตรฐานคุณภาพของ NICE
2. คณะกรรมการที่ปรึกษาที่แต่งตั้งโดย NICE จัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพ ที่ต้องการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพโดยพิจารณาหลักฐานทางวิชาการ ระดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพ ความเป็นไปได้ในการวัด และเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับสมรรถนะของแพทย์เวชปฏิบัติ
3. พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ
  - 3.1 Indicator definition การจัดทำนิยามของตัวชี้วัดคุณภาพ โดยใช้คำที่ถูกต้องและชัดเจน
  - 3.2 Indicator methodology เป็นกระบวนการจัดทำแผนสำหรับทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพ ซึ่งผ่านการทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว
  - 3.3 ทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพ โดยมหาวิทยาลัย Birmingham และมหาวิทยาลัย York ซึ่งมีการทดสอบในหน่วยบริการ 40 แห่งทั่วประเทศ ใช้เวลาทดสอบ 6 เดือน และมีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในประเด็นความเป็นไปได้ ผลกระทบ การยอมรับจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเหตุการณ์อื่นไม่พึงประสงค์ของตัวชี้วัดคุณภาพ
  - 3.4 วิเคราะห์ผลกระทบงบประมาณ (cost impact analysis) สำหรับตัวชี้วัดคุณภาพแต่ละตัว โดย NICE จะพิจารณาทรัพยากรที่เพิ่มขึ้นจากการใช้ตัวชี้วัดคุณภาพ รวมถึงประเด็นเรื่องความเท่าเทียมและความเป็นธรรม
  - 3.5 Indicator Assurance Health and Social Care Information Centre (HSCIC) ทำการเผยแพร่ตัวชี้วัดคุณภาพ และ indicator methodology โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความเห็นภายในเวลา 1 เดือน
4. คณะกรรมการที่ปรึกษาทบทวนผลการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพและความเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
5. การตรวจสอบความถูกต้องของตัวชี้วัดคุณภาพและหลักฐานทางวิชาการขั้นตอนสุดท้าย (validation) ก่อนที่จะเผยแพร่โดย NICE Indicator team
6. เผยแพร่ตัวชี้วัดคุณภาพและหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องในเว็บไซต์ของ NICE



รูปที่ 2.2 การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในสหราชอาณาจักร (6)

### 2.2.2.3 การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพในประเทศแคนาดา

Institute for Public Health ในประเทศแคนาดา นำเสนอกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพเพื่อใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ (10) ดังนี้

1. พัฒนาการรอบแนวคิด เป็นการกำหนดกรอบแนวคิดและขอบเขตของการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ต้องการวัดคุณภาพบริการ เช่น ถ้าต้องการวัดคุณภาพการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ (trauma) กระบวนการให้บริการเริ่มตั้งแต่การป้องกัน การให้บริการฉุกเฉินขณะเกิดเหตุและก่อนถึงโรงพยาบาล การให้บริการในโรงพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการฟื้นฟูสู่สภาพปกติหรือภาวะพิการ
2. ประเมินความจำเป็นในการมีตัวชี้วัดคุณภาพบริการ โดยพิจารณาข้อมูลต่อไปนี้ประกอบ
  - ข้อมูลภาระโรค ปัญหาสุขภาพสำคัญในปัจจุบัน
  - ลักษณะคุณภาพบริการในปัจจุบัน โอกาสการพัฒนาคุณภาพบริการ
  - ผลของการพัฒนาคุณภาพบริการต่อสุขภาพของผู้รับบริการ
  - ตัวชี้วัดคุณภาพเดิม

3. คัดเลือกเกณฑ์การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ
4. คัดเลือกวิธีการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ เช่น การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือจากข้อมูลด้านสุขภาพ
5. ประเมินตัวชี้วัดคุณภาพที่พัฒนาขึ้นในประเด็นต่อไปนี้
  - ความน่าเชื่อถือของหลักฐานวิชาการที่ใช้พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ
  - ความสามารถของผู้ให้บริการในการบริหารจัดการให้เป็นไปตามตัวชี้วัดคุณภาพ
  - ความเป็นธรรมในการเปรียบเทียบผลงานตามตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยบริการแต่ละแห่ง
  - ข้อยกเว้นสำหรับกิจกรรมบริการที่อาจไม่ตรงตามตัวชี้วัดคุณภาพ
  - ความแม่นยำของตัวชี้วัดคุณภาพ
  - ผลกระทบของตัวชี้วัดคุณภาพต่อกระบวนการและผลลัพธ์ทางสุขภาพ
  - ทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับดำเนินการตามตัวชี้วัดคุณภาพ
6. จัดทำแผนสำหรับประกาศใช้ตัวชี้วัดคุณภาพ เช่น ต้องมีการประเมินผลและสะท้อนข้อมูลกลับเมื่อไร ปัจจัยที่ช่วยให้สามารถดำเนินการตามตัวชี้วัดคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบสนับสนุนที่จำเป็น วิธีการประกาศใช้ตัวชี้วัดคุณภาพเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามและเกิดความยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่ากระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ และคุณลักษณะที่ดีของตัวชี้วัดคุณภาพ ในบริบทสหราชอาณาจักรและประเทศแคนาดามีความคล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม สหราชอาณาจักรมีกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพที่ชัดเจน เป็นระบบ และมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อีกทั้งยังมีประสบการณ์ในการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจึงนำหลักการและกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพมาปรับใช้ในการศึกษานี้

### 2.2.3 การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

เมื่อมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยได้มีการศึกษาเรื่องตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพบริการปฐมภูมิโดยหน่วยงานต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิมิบทบาทสำคัญในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน ดังนั้นการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพตัวชี้วัดของหน่วยบริการปฐมภูมิจึงมีความจำเป็นอย่างมาก

ในปี พ.ศ. 2548 มีการศึกษาความคิดเห็นของผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อตัวชี้วัดฯ ของการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (1) พบว่าคุณสมบัติที่ตัวชี้วัดฯ ควรคือ 1) วัดในสิ่งที่ต้องการ (valid and relevant) 2) มีความเชื่อถือได้ (reliable) 3) ปราศจากการเสริมแต่งข้อมูล (absence from data manipulation) 4) ไม่เป็นภาระและค่าใช้จ่ายมากเกินไป (affordable) และ 5) ยอมรับได้ (universal acceptable)

ผลการศึกษาพบว่าตัวชี้วัดฯ ที่มีคุณสมบัติครบทั้ง 5 ข้อ ซึ่งจัดว่าเป็นตัวชี้วัดฯ ที่ดี เช่น

- ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ที่ได้รับการประเมินและบันทึกไว้ในเวชระเบียน และทะเบียนผู้ป่วย
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุกครั้ง ที่มาพบแพทย์

ตัวชี้วัดฯ ที่เพิ่มภาระงานและค่าใช้จ่าย และผู้ปฏิบัติไม่สามารถยอมรับได้ เช่น

- ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา ปีละ 1 ครั้ง
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืด ที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยอาการหืดที่ไม่สามารถควบคุมได้ อย่างน้อย 1 ครั้ง ในปีที่ผ่านมา

กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาของตัวชี้วัดฯ ในขณะนั้น คือยังไม่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ดี เจ้าหน้าที่มีความสับสนเกี่ยวกับหลักการของตัวชี้วัดฯ และไม่สามารถนำข้อมูลที่มีอยู่มารายงานตามตัวชี้วัดฯ ได้นอกจากนี้ รพ.สต. บางแห่งไม่มีบริการที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดฯ นั้นเลย ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยกับการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดเชิงกระบวนการมากกว่าตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ บางส่วนมีความกังวลเรื่องแหล่งข้อมูลด้านผลลัพธ์ และรู้สึกว่าเป็นภาระงานมากจึงมีแนวโน้มที่จะไม่เห็นด้วยกับตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ ทั้งนี้อาจแก้ปัญหาโดยทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ในการเก็บข้อมูล ซึ่งให้เห็นผลดีของการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ และการนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินผลได้จริง การศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องปัจจัยที่ส่งเสริมความรู้และความเข้าใจของผู้ให้บริการเกี่ยวกับระบบเครือข่ายการจัดเก็บข้อมูลและฐานข้อมูลในการรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัดฯ

ในปี พ.ศ. 2549 ได้มีการศึกษาเรื่องแนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัดฯ (12) โดย สธ. ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งระบุหลักการพัฒนาตัวชี้วัดฯ ไว้ โดยอิงตามเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ อันประกอบไปด้วย ความเสมอภาค คุณภาพบริการ ประสิทธิภาพของระบบบริการ และความรับผิดชอบต่อสังคมจนได้นำมาพัฒนาตัวชี้วัดฯ ตามขั้นตอนต่อไปนี้

- 1) ค้นหาและคัดเลือกตัวชี้วัดฯ โดยการทบทวนเอกสารในประเทศและต่างประเทศ และใช้กรอบพัฒนาตัวชี้วัดฯ 3 ข้อ ดังนี้ 1) เป็นตัวชี้วัดฯ ที่เชื่อถือได้ และมีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล 2) ควรพัฒนาจากทั้งมุมมองของวิชาชีพและมุมมองของผู้ใช้บริการ และ 3) มีการพิจารณาเปรียบเทียบบริบทของแต่ละพื้นที่ว่าควรใช้ตัวชี้วัดฯ ไດเป็นตัวชี้วัดฯ ร่วม และตัวชี้วัดฯ ไດที่ควรปรับไปตามบริบท
- 2) สืบสวนฐานข้อมูล โดยสอบถามจากกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน
- 3) สืบสวนระบบบริการในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้เรื่องการบันทึกและจัดเก็บข้อมูล เพื่อนำไปพัฒนากระบวนการประเมินผลและการจัดเก็บข้อมูลต่อไป
- 4) สรุปแนวทางและพัฒนาเครื่องมือการจัดเก็บข้อมูล รวมถึงกำหนดค่านิยมในแต่ละตัวชี้วัดฯ
- 5) พัฒนาเครื่องมือการประเมินผล โดยเฉพาะในส่วนของการประเมินคุณภาพชีวิต ความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจของคุณภาพการบริการ ทดสอบเครื่องมือ และปรับให้เป็นฉบับสมบูรณ์

ในปี พ.ศ. 2552 ลลิตยา กองคำ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การปฏิบัติงานวิชาการ การทบทวน วิเคราะห์ และพัฒนาคุณภาพตัวชี้วัดของหน่วยบริการปฐมภูมิ (13) ในขณะนั้น ตัวชี้วัดจำนวนมากได้รับการพัฒนาจาก 2 หน่วยงานหลักคือ สธ. และ สปสช. จากการศึกษา พบว่าขาดเอกภาพของนโยบายและขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน อีกทั้งยังพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำและบริบทที่แตกต่างกันส่งผลต่อสมรรถนะและผลลัพธ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยตัวชี้วัดส่วนใหญ่มีการกำหนดจากส่วนกลาง จึงขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และไม่สอดคล้องกับบริบทที่แท้จริง อาจก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่หน่วยบริการปฐมภูมินขนาดเล็ก อีกทั้งผลการประเมินยังไม่ได้มีการนำกลับมาใช้พัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาดังกล่าวได้นำเสนอแนวทางการพัฒนาชุดตัวชี้วัดที่เชื่อมต่อบริการปฐมภูมิโดยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนเอกสารต่างประเทศ โดยเสนอว่าควรมีการกำหนดกรอบชุดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมโครงสร้างการบริหารจัดการ กระบวนการให้บริการ และผลลัพธ์บริการที่เกิดขึ้น ตัวชี้วัดควรมีจำนวนไม่มาก แต่ครอบคลุมมิติที่สำคัญของบริการปฐมภูมิและสอดคล้องกับทิศทางนโยบายประเทศ ได้รับการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติงาน

พัฒนามาจากฐานข้อมูลและระบบข้อมูลที่มีอยู่ และไวต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง

ในปี พ.ศ. 2553 ธรินี แย้มสกุล และคณะ ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (14) ในการศึกษาครั้งนี้ นักวิจัยได้พัฒนาชุดตัวชี้วัดที่สามารถนำไปใช้ได้จริง เนื่องจากการสร้างรายการตัวชี้วัดจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและวิธีการทางสถิติ กล่าวคือ นักวิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญระดับสูง 3 ท่าน จากทั้งสองขั้นตอนนี้ได้ตัวชี้วัด 218 รายการ จากนั้นนำตัวชี้วัดที่ได้ไปสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 17 ท่าน ด้วยเทคนิคเดลฟาย 3 รอบ ประเด็นที่สอบถาม ได้แก่ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล และความสำคัญของตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพ เมื่อเสร็จสิ้นขั้นตอนนี้เหลือตัวชี้วัด 58 รายการ จากนั้นนำรายการตัวชี้วัดมาทดสอบด้วยวิธีการทางสถิติ (confirmatory factor analysis) ความตรงเชิงประจักษ์ (face validity) ความเที่ยง (reliability) ได้ตัวชี้วัด 56 รายการที่นำเสนอให้ใช้เป็นตัวชี้วัดสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อดีของการศึกษานี้ คือมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงวิธีการทางสถิติ ประกอบการพัฒนาตัวชี้วัด อย่างไรก็ตาม ยังขาดข้อมูลด้านความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน การศึกษานี้แนะนำให้ศึกษาเพิ่มเติมถึงประสิทธิภาพการใช้ตัวชี้วัดในหน่วยบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันตามสังกัด และที่ตั้ง (เช่น เขตเมือง เขตชนบท)

### แนวคิดการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิของ สปสช.

ในปี พ.ศ. 2557 สปสช. ได้รับอนุมัติงบประมาณสำหรับโครงการบงจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ โดยมีแนวคิดในการดำเนินการพัฒนาตัวชี้วัดฯ (5) ดังนี้

- 1) เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ โดยมีการวัดผลการจัดบริการสาธารณสุขด้านต่างๆ ในการดูแลสุขภาพประชาชนหรือประเมินคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิที่เขตบริการสุขภาพกำหนด
- 2) เป็นการชี้แนะทิศทางการพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องของ สปสช. (ปี พ.ศ. 2557-2559)
- 3) เพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลไกทางการเงินตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการเป็นเครื่องมือ
- 4) ตัวชี้วัดฯ พิจารณาจากของ สธ. สปสช. และเขตพื้นที่ที่สามารถกำหนดเพิ่มเติมได้ตามปัญหาและบริบทของพื้นที่
- 5) ใช้ประโยชน์และต่อยอดจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ของ สธ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ สปสช.
- 6) กระจายอำนาจแก่เขตพื้นที่ในการพัฒนาตัวชี้วัดฯ และหลักเกณฑ์การจัดสรรระดับพื้นที่ให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่ รวมทั้ง Service Plan ของ สธ. โดยผ่านความเห็นชอบจาก สปสช.
- 7) มีการเปรียบเทียบผลงานระหว่างหน่วยบริการในเขตเดียวกัน และสะท้อนข้อมูลกลับคืนให้หน่วยบริการ เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ
- 8) สนับสนุนให้เกิดกลไกการจัดการเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิตามแนวคิด Primary Care System Strengthening ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ในปี พ.ศ. 2551 และติดตามประเมินผลระดับจังหวัด

จากนั้น สปสช. ได้กำหนดหลักการสำหรับพัฒนาตัวชี้วัดฯ 6 ข้อ (5) ได้แก่

- 1) การประเมินคุณภาพของบริการในเรื่องที่มีลำดับความสำคัญสูง
- 2) การทำให้เกิดสารสนเทศเกี่ยวกับต้นทุน-ประสิทธิภาพ กระบวนการให้บริการ ผลลัพธ์บริการหรือโครงสร้างการบริการ
- 3) การสะท้อนถึงสมรรถนะ (technical competency) ของผู้ให้บริการ หรือประสบการณ์ของผู้รับบริการ
- 4) ตัวชี้วัดฯ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง
- 5) มีแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณเกณฑ์/ตัวชี้วัดฯ รวมทั้งการคำนึงถึงต้นทุนในการได้มาซึ่งข้อมูลและการตรวจสอบข้อมูล
- 6) ตัวชี้วัดฯ นั้นเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ หรือเป็นตัวชี้วัดฯ ในระดับพื้นที่ ตามสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่

นอกจากนี้ การตัดสินใจเลือกตัวชี้วัดฯ จำเป็นต้องประเมินแหล่งข้อมูลที่จะใช้วัดก่อน ซึ่งแหล่งข้อมูลหรือวิธีการได้มาของข้อมูลมิได้หลายแหล่ง ดังนั้นการเลือกใช้ข้อมูลแต่ละแหล่งจะต้องพิจารณาถึงข้อดีและข้อจำกัดของข้อมูลในแต่ละแหล่งด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งต่างประเทศและในประเทศ พบว่า การพัฒนาตัวชี้วัดฯ นั้นมีกรอบ/วิธีการพัฒนาได้หลายรูปแบบ ทั้งนี้ ลักษณะของตัวชี้วัดฯ ที่มีคุณภาพควรมีคุณสมบัติเชิงปริมาณดังนี้ คือ สามารถวัดได้ มีความถูกต้อง แม่นยำ มีความไวและความจำเพาะ หากพิจารณาถึงคุณสมบัติเชิงคุณภาพแล้ว ควรมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ คำนึงถึงปัญหาด้านสุขภาพและบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานและประชาชนในแต่ละพื้นที่ ส่วนปัญหาเชิงนโยบายเกี่ยวกับตัวชี้วัดฯ ที่พบคือ ความไม่สอดคล้องกันของนโยบายระหว่าง สธ. และ สปสช.

## 2.3 วัตถุประสงค์

เพื่อคัดเลือกตัวชี้วัดฯ และจัดทำร่างรายละเอียดตัวชี้วัดฯ ก่อนนำไปทดสอบ เพื่อใช้ในโครงการ QOF ปีงบประมาณ 2560 โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

- 1) เพื่อคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและบริการปฐมภูมิที่ควรปรับปรุงคุณภาพ
- 2) เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดฯ ตามประเด็นปัญหาสุขภาพที่ถูกคัดเลือก (ในข้อ 1)
- 3) เพื่อจัดทำร่างรายละเอียดตัวชี้วัดฯ ที่ได้รับการคัดเลือก (ในข้อ 2)



## 2.4 วิธีการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

วิธีการพัฒนาตัวชี้วัดฯ ของการศึกษานี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังรูปที่ 2.3



รูปที่ 2.3 วิธีการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

### 2.4.1 วิธีพัฒนากรอบสำหรับการคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

ในการพัฒนากรอบสำหรับการคัดเลือกตัวชี้วัดฯ มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

#### 1) ทบทวนแนวทางการคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพจากต่างประเทศ

ทบทวนแนวทางการคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ควรพิจารณาในการกำหนดนโยบายระดับชาติในต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายด้านคุณภาพบริการปฐมภูมิ โดยสืบค้นเอกสารระหว่างเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม 2558 จากฐานข้อมูล Pubmed รวมถึงวิทยานิพนธ์และรายงานวิจัยจากหน่วยงานต่างๆ 10 ปี ย้อนหลัง คำสำคัญที่ใช้สืบค้น ได้แก่ primary care, priority setting, และ quality improvement

#### 2) ทบทวนประเด็นและนโยบายด้านสุขภาพในประเทศไทย

ทบทวนประเด็นปัญหาสุขภาพ เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาในระบบบริการสุขภาพ และนโยบายสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิล่าสุด ได้แก่ ภาวะโรค สถิติด้านสาธารณสุข รายงานวิจัย รายงานการสำรวจสุขภาพของประชากรไทย รวมถึงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพสำหรับใช้เป็นกรอบการคัดเลือกตัวชี้วัดฯ โดยใช้เกณฑ์ที่สรุปได้จากข้อ 1)

#### 3) สนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพ

คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจัดสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เพื่อนำเสนอผลการทบทวนในข้อ 1) และ 2) รวมถึงร่างประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทยที่คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดคัดเลือกต่อผู้มีส่วนได้เสีย 2 กลุ่ม (ประชุมครั้งละ 1 กลุ่ม) ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย และนักวิชาการจากกรมต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข จัดขึ้นในวันที่ 27 กรกฎาคม 2558 ที่โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ มีผู้เข้าร่วมประชุม 15 ท่าน (รายงานการประชุมฯ แสดงในภาคผนวก ก) และกลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ได้แก่ ตัวแทนจากโรงพยาบาล (รพ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) รพ.สต. รวมถึงตัวแทนภาคประชาชน และตัวแทนจากองค์กรเอกชนไม่แสวงหาผลกำไร จัดขึ้นในวันที่ 28 กรกฎาคม 2558 ที่โรงแรมริชมอนด์ มีผู้เข้าร่วมประชุม 10 ท่าน (รายงานการประชุมฯ แสดงในภาคผนวก ข) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มอภิปรายผลการศึกษา

หลังจากนั้นผู้เข้าประชุมแต่ละท่านคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพที่เห็นสมควรใช้เป็นกรอบการคัดเลือกตัวชี้วัดฯ 3 รายการ โดยไม่เรียงลำดับ โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกในข้อ 1) จากนั้น คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดนับคะแนน โดยแต่ละประเด็นปัญหาสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกจะได้ 1 คะแนน คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดรวมคะแนนและเรียงลำดับประเด็นปัญหาสุขภาพทั้งหมดตามคะแนนที่ได้จากมากไปน้อย โดยแยกผลการจัดลำดับตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

#### 4) ประชาชน-กรรมการกำกับทิศฯ เพื่อคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพ

คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดนำเสนอผลการคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพในข้อ 3) ต่อคณะกรรมการกำกับทิศฯ ในวันที่ 14 สิงหาคม 2558 ณ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (รายงานการประชุมแสดงในภาคผนวก ค) และขอให้คณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและบริการปฐมภูมิที่เกี่ยวข้องและสมควรได้รับการปรับปรุงคุณภาพ ซึ่งได้นำมาใช้เป็นกรอบสำหรับการคัดเลือกตัวชี้วัดฯ ในขั้นตอนต่อไป

### 2.4.2 วิธีคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิตามกรอบที่คณะกรรมการกำหนด

คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดคัดเลือกตัวชี้วัดฯ โดยใช้แนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดฯ ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่ทบทวนในข้อ 2.2.2.1 ซึ่งดำเนินการโดยทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพตามกรอบที่คณะกรรมการกำหนด เอกสารที่ทบทวนประกอบด้วย แนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทยที่จัดทำโดยราชวิทยาลัย สมาคมแพทย์เฉพาะทาง กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สปสช. (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ง) หากข้อแนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติในประเทศไทยไม่ชัดเจน หรือไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดได้ทบทวนข้อแนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติที่ยอมรับในต่างประเทศประกอบ นอกจากนี้คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดได้ประเมินคุณภาพแนวทางเวชปฏิบัติตามเกณฑ์ AGREE II instrument (15) เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของกระบวนการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ หากพบว่าไม่น่าเชื่อถือจะใช้แนวทางเวชปฏิบัติของต่างประเทศ จากนั้น คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดคัดเลือกข้อแนะนำเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพตามกรอบที่คณะกรรมการกำกับทิศฯ กำหนด

### 2.4.3 วิธีจัดทำร่างรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจัดทำร่างรายละเอียดตัวชี้วัดฯ โดยใช้แนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดฯ ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่ทบทวนในข้อ 2.2.2.1 และภายใต้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญของ NICE และ National Collaborating Centre for Indicator Development มหาวิทยาลัย Birmingham ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาตัวชี้วัดฯ สำหรับโครงการ QOF ของสหราชอาณาจักร โดยร่างรายละเอียดตัวชี้วัดฯ ประกอบด้วย

- 1) หัวข้อ
- 2) ตัวชี้วัดฯ
- 3) หลักการและเหตุผล
- 4) หลักฐาน
- 5) ตัวหาร
- 6) ข้อยกเว้นของตัวหาร
- 7) ตัวตั้ง
- 8) ข้อยกเว้นของตัวตั้ง
- 9) เงื่อนไขที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จ
- 10) คำจำกัดความของคำสำคัญ
- 11) แหล่งข้อมูล
- 12) คำถามเพิ่มเติมในอนาคต/ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขระหว่างการพัฒนา

จากนั้น คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดนำเสนอดัชนีชี้วัดฯ รวมทั้งร่างรายละเอียดตัวชี้วัดฯ ที่ได้จัดทำขึ้นต่อ คณะกรรมการกำกับทิศทาง ในวันที่ 19 ตุลาคม 2558 (รายงานการประชุมแสดงในภาคผนวก จ) เพื่อพิจารณาให้ความเห็น และข้อเสนอแนะ

#### 2.4.4 วิธีทดสอบความตรงของร่างรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการจากส่วนกลาง 5 ท่านและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 6 ท่าน ในวันที่ 29 ตุลาคม 2558 (รายงานการประชุมแสดงในภาคผนวก ฉ) เพื่อทดสอบความตรงเชิงประจักษ์ (face validity) และความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของร่างรายละเอียดตัวชี้วัดฯ โดยคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดได้ส่งเอกสารทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญทางอีเมลพิจารณาก่อนวันประชุม ประเด็นที่ขอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา มีดังนี้

- ประโยชน์ของตัวชี้วัดฯ ในการเพิ่มคุณภาพการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- ผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถจัดการเพื่อให้เป็นไปตามตัวชี้วัดฯ
- ความชัดเจนของร่างรายละเอียดตัวชี้วัดฯ

## 2.5 ผลการศึกษา

### 2.5.1 กรอบสำหรับการคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

#### 2.5.1.1 เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพในต่างประเทศ

จากการสืบค้นเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพในต่างประเทศ พบเอกสาร 3 ฉบับที่จะเป็นประโยชน์และเหมาะที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับการพัฒนาตัวชี้วัดฯ ในประเทศไทย ได้แก่ เกณฑ์ของสหรัฐอเมริกา สวีเดน เกาหลีใต้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### สหรัฐอเมริกา

จากนโยบายปฏิรูประบบประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2553 ได้มีการออกกฎหมาย The Affordable Care Act ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ประชาชนเข้าถึงและมีความสามารถในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพได้มากขึ้น Department of Health and Human Services จึงได้จัดทำยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาบริการสุขภาพ (16) โดยมีผู้ร่วมดำเนินการ ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากองค์กรต่างๆ เช่น หน่วยบริการภาครัฐ ผู้ให้บริการ ผู้ซื้อบริการ ชุมชน ผู้ป่วย นักธุรกิจ นายจ้าง เป็นต้น เนื้อหาของยุทธศาสตร์ประกอบด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ในการพัฒนาบริการทางการแพทย์ การลดภาระด้านบริหารจัดการ เพิ่มการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ประเด็นสำคัญคือ ยุทธศาสตร์ดังกล่าวจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นและสามารถวัดได้ โดยมีเป้าหมาย 3 ประการ ได้แก่

- 1) การดูแลรักษาที่ดีขึ้น (better care) คุณภาพบริการทางการแพทย์ดีขึ้น เชื่อถือได้ เข้าถึงได้ ปลอดภัย และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- 2) ประชาชนและชุมชนสุขภาพดี (healthy people/healthy communities) ประชาชนและชุมชนของสหรัฐอเมริกามีสุขภาพดีขึ้นด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีหลักฐานทางวิชาการ สนับสนุน รวมถึงการจัดบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ
- 3) บริการทางการแพทย์ที่สามารถจัดซื้อจัดหาได้ (affordable care) ค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการทางการแพทย์ลดลงและสามารถจัดซื้อจัดหาได้สำหรับประชาชน ครอบครัว นายจ้าง และรัฐบาล

กลุ่มผู้จัดทำยุทธศาสตร์ได้กำหนดสิ่งสำคัญ 6 ประการที่จะช่วยให้คุณภาพบริการทางการแพทย์ดีขึ้นและบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ได้แก่

- 1) การดูแลที่ปลอดภัยมากขึ้น (making care safer) เป็นการลดอันตรายหรือบาดเจ็บที่ป้องกันได้ที่อาจเกิดกับผู้มารับบริการที่หน่วยบริการ เช่น การลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น
- 2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (promoting effective communication and coordination of care) บุคลากรด้านสุขภาพและผู้มารับบริการควรได้รับข้อมูลที่จำเป็นซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือกันในการดูแลรักษาสุขภาพ
- 3) ยึดผู้มารับบริการและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (ensuring person- and family-centered care) การให้บริการด้านสาธารณสุขควรคำนึงถึงผู้มารับบริการและครอบครัวเป็นสำคัญ เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม ภาษา การอ่านออกเขียนได้ ภาวะสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้มารับบริการและญาติควรมีบทบาทในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง
- 4) การสนับสนุนมาตรการด้านการรักษาและส่งเสริมป้องกันที่มีประสิทธิภาพสำหรับกลุ่มโรคที่มีอัตราเสียชีวิตสูง (promoting the most effective prevention and treatment of the leading causes of mortality) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น
- 5) การทำงานร่วมกับชุมชน เพื่อส่งเสริมแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการมีชีวิตรความเป็นอยู่ที่ดี (working with communities to promote wide use of best practices to enable healthy living)
- 6) การช่วยให้ภาคส่วนประชาชนสามารถจัดซื้อจัดหาการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ (making quality care more affordable) ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การลดต้นทุนด้านบริหารจัดการ การลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาลด้วยการให้บริการถูกคน ถูกโรค ถูกเวลา เป็นต้น และในขณะเดียวกันควรปรับปรุงคุณภาพบริการควบคู่กันไปด้วย

### สวีเดน

ในประเทศสวีเดน Arvidsson (17) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการตัดสินใจจัดลำดับความสำคัญของบริการปฐมภูมิ เนื่องจากมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้รายจ่ายสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ทรัพยากรรวมทั้งงบประมาณมีจำกัด การตัดสินใจเลือกเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เหมาะสมควรใช้กระบวนการที่โปร่งใส มีส่วนร่วมโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และควรมีการพัฒนาเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญที่ได้รับการเห็นชอบจากผู้เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 17 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 3,679 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสมการถดถอยพหุ (multiple regression analysis) ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยสำคัญ 3 ประการที่มีความสำคัญต่อการจัดลำดับความสำคัญของบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ความรุนแรงของสภาวะโรค (severity of conditions) ประโยชน์ที่เกิดขึ้น (benefit) และความคุ้มค่า (cost-effectiveness) ตามลำดับ

### เกาหลีใต้

ที่ประเทศเกาหลีใต้ มีการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพเพื่อจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพสำหรับประเด็นปัญหาสุขภาพนั้นๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากระบบสุขภาพของเกาหลีใต้มีงบประมาณจำกัด จึงไม่สามารถจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพสำหรับทุกประเด็นปัญหาสุขภาพได้

การจัดลำดับความสำคัญฯ ดำเนินการโดย Health Insurance Review Agency (HIRA) (18) รายงานฉบับนี้จะนำเสนอเพียงวิธีการจัดทำเกณฑ์ และเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญเท่านั้น โดยไม่นำเสนอผลการ

จัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพของประเทศเกาหลีใต้ เนื่องจากอาจไม่มีประโยชน์ต่อการศึกษาอื่นอีกทั้งประเทศไทยและเกาหลีใต้มีความแตกต่างกันหลายด้าน เช่น ระบบสุขภาพ ภาระโรค ทัศนคติต่อสุขภาพ ฯลฯ การพัฒนาเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญสำหรับประเด็นปัญหาสุขภาพเริ่มจากการสนทนากลุ่มแบบไม่เป็นทางการ โดยผู้เข้าร่วมประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินคุณภาพบริการทางการแพทย์ จากนั้น จึงส่งเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญที่ได้ไปให้คณะกรรมการที่ได้รับการคัดเลือกจำนวนทั้งสิ้น 81 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์จากสาขาต่างๆ 30 ท่าน ตัวแทนจากแผนกพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 4 ท่าน ตัวแทนจากสมาคมโรงพยาบาล 4 ท่าน ข้าราชการกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ 3 ท่าน กรรมการด้านการประเมินคุณภาพของ HIRA 12 ท่าน นักวิชาการและคณะผู้วิจัยด้านสุขภาพ 28 ท่าน

ผู้วิจัยส่งเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่มไปให้คณะกรรมการทั้ง 81 ท่านทางไปรษณีย์ เพื่อให้คะแนนสำหรับเกณฑ์ แต่ละข้อ ลักษณะการให้คะแนนเป็นแบบ Likert scale ประกอบด้วย 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่สำคัญ และ 5 หมายถึง สำคัญมากที่สุด แบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับมีจำนวน 34 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 41.5

ผลการศึกษา พบว่าระดับความรุนแรงของปัญหาคุณภาพบริการและภาระโรคเป็นเกณฑ์ที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพ เนื่องจากได้คะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูงคือ 4.55 และ 3.95 ตามลำดับ เกณฑ์ที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญในลำดับรองลงมา ได้แก่ การยอมรับกิจกรรมประเมินคุณภาพ ความสนใจหรือความต้องการของสังคม ความเป็นไปได้ของกิจกรรมประเมินคุณภาพ โดยมีคะแนนเฉลี่ยคือ 3.36 3.32 และ 3.27 ตามลำดับ

### สรุปเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพ

จากการทบทวนเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพของสหรัฐอเมริกา สวีเดน และเกาหลีใต้ พบว่าเกณฑ์ที่มีอย่างน้อย 2 ประเทศใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ภาระโรค (จำนวนผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายการดูแลรักษา) ความเป็นไปได้ของกิจกรรมประเมินคุณภาพ ระดับความรุนแรงของปัญหาคุณภาพบริการ คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจึงเสนอเกณฑ์การคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพเพื่อใช้เป็นกรอบสำหรับจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพโดยใช้เกณฑ์ทั้ง 3 ข้อข้างต้น นอกจากนี้ คณะผู้เชี่ยวชาญจากสหราชอาณาจักรได้แนะนำให้เพิ่มเกณฑ์อีก 2 ข้อ ได้แก่ การมีแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับตัวชี้วัดที่ได้รับการคัดเลือก และความสอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ ดังนั้น เกณฑ์การคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญจึงประกอบด้วย 5 ข้อ ดังนี้

1. ภาระโรค (จำนวนผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายการดูแลรักษา)
2. ระดับความรุนแรงของปัญหาคุณภาพบริการ
3. ความสอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ
4. การมีแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับประเด็นปัญหาสุขภาพ
5. ความเป็นไปได้ของกิจกรรมประเมินคุณภาพ

#### 2.5.1.2 ผลการทบทวนประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย

##### ภาระโรค

การศึกษาภาระโรคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 (19) พบว่ากลุ่มโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 14) มะเร็ง (ร้อยละ 13) และภาวะสุขภาพจิตผิดปกติ (ร้อยละ 12)

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เป็นเหตุให้ประชากรไทยเกิดโรคและบาดเจ็บซึ่งนำไปสู่การสูญเสียปีสุขภาวะในปี พ.ศ. 2547 และ 2552 (20) พบว่าปัจจัยเสี่ยงอันดับต้นๆ ที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุด ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายสูง โดยผลการศึกษาทั้ง 2 ปีมีความคล้ายคลึงกัน

ค่อนข้างมาก แสดงให้เห็นถึงการที่หน่วยงานภาครัฐอาจยังไม่มียุทธศาสตร์ดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว หรือมียุทธศาสตร์แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

จากข้อมูลสถิติเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพของคนไทยในปี พ.ศ. 2555 รวบรวมโดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (21) กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุของการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการมากที่สุด ได้แก่ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ รองลงมาคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคติดเชื้อและปรสิต ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม ในขณะที่กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุให้คนไทยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2555 มากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน และโรคไต ตามลำดับ

จากรายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองทางสุขภาพระดับประชากรในประเทศไทย (15) พบว่าต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มของการคัดกรองและให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และการตรวจกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด กล่าวคือช่วยเพิ่มปีสุขภาวะของประชากรไทย และการดำเนินมาตรการดังกล่าวใช้งบประมาณน้อยกว่าการไม่ดำเนินมาตรการ (cost-saving) ซึ่งรัฐบาลและผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก

ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาเป็นอีกปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพ การศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ โดยภาณุมาศ ภูมาศ และคณะ (22) พบว่าในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาจำนวน 38,481 ราย ก่อให้เกิดการสูญเสียจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอย่างน้อย 40,000 ล้านบาท นอกจากนี้ยังมีความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการใช้ยาด้านจุลชีพสำหรับรักษาการติดเชื้อดื้อยาประมาณ 2.5-6.1 พันล้านบาท โดยผลกระทบดังกล่าวมีขนาดใหญ่กว่าปัญหาสุขภาพหลายชนิดที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญในลำดับต้นๆ ของประเทศ การติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญเร่งด่วนและต้องการการจัดการอย่างเป็นระบบทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่

### ระดับความรุนแรงของปัญหาคุณภาพบริการ

การศึกษาการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ambulatory care sensitive conditions, ACSC) โดย สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ (23) พบว่า ในปี 2551-2553 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ เบาหวาน หัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด ทีด และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการดูแลรักษาและควบคุมโรคในบริการระดับปฐมภูมิและผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ

จากข้อมูลสถิติและรายงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่ามีการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็นมากขึ้น (24) การผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้นไม่ช่วยให้อัตราการตายปริกำเนิดและอัตราการตายของมารดาลดลง หลักฐานการศึกษาจำนวนมากบ่งชี้ว่าความเชื่อลึกลับต่อวิชาชีวะมีผลต่ออัตราการผ่าตัดคลอด หากอ้างอิงข้อมูลทางระบาดวิทยาแล้ว อัตราการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมไม่ควรเกินร้อยละ 15 ผลศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (25) พบว่าประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 35 สูงกว่าประเทศอื่นในภูมิภาคเดียวกัน ได้แก่ อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และมาเลเซีย ซึ่งมีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 30 23 และ 19 ตามลำดับ ดังนั้น อัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงในประเทศไทยจึงสะท้อนถึงคุณภาพบริการฝากครรภ์ เนื่องจากการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการคลอดที่เหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสมสำหรับตัวเอง

### ความสอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ

ในแต่ละปี กระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดนโยบายการบริหารงานและดำเนินงาน เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นการกรอบแนวทางในการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เมื่อพิจารณาจากนโยบายปี พ.ศ. 2557 และ 2558 จะเห็นได้ว่านโยบายทั้งสองปีมีความคล้ายคลึงกันในบางประเด็น เช่น การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย การบูรณาการ 3 กองทุน ดังตารางที่ 2.1

## ตารางที่ 2.1 นโยบายการบริหารงานและดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

2557	2558
<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ทุกคนบนแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบบบริการปฐมภูมิ</li> <li>ระบบส่งต่อ</li> <li>การบูรณาการ 3 กองทุน</li> <li>การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลแบบประคับประคอง</li> <li>บริการสุขภาพสำหรับผู้พิการ และกลุ่มผู้ด้อยโอกาส</li> <li>สมุนไพรไทย</li> </ul> </li> <li>พัฒนาการบริหารการจัดการบุคลากรสุขภาพ</li> <li>พัฒนาความมั่นคงของระบบยาและเครื่องมือแพทย์</li> <li>การพัฒนาาระบบสุขภาพโลก</li> <li>จัดการโรคติดต่อและภัยคุกคามด้านสุขภาพ</li> <li>สร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยแบ่งประชากรตามช่วงอายุ</li> <li>สนับสนุนการวิจัยสุขภาพอย่างครบวงจร</li> <li>พัฒนาและส่งเสริมระบบธรรมภิบาล</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาระบบฉุกเฉินเพื่อรองรับอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลสำคัญ</li> <li>ปรับปรุงคุณภาพด้านการบริการประชาชน เช่น ลดคิวและระยะเวลารอคอยรับบริการ</li> <li>การดูแลกลุ่มประชาชนทุกกลุ่ม เช่น เด็กเล็ก สตรี ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส</li> <li>พัฒนาระบบบริการสุขภาพ</li> <li>ป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด</li> <li>ประชาชนทุกครัวเรือนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจ</li> <li>ขยายการบูรณาการ การจัดการผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศของ 3 กองทุน เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง</li> <li>การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามช่วงอายุ โดยเฉพาะโรคที่มีภาระโรคสูง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน</li> <li>ทบทวนและประเมินงบประมาณโครงการภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง (Development Policy Loan; DPL)</li> </ol>

การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ได้เริ่มดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในปี พ.ศ. 2549 (26) มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยหลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่ดำเนินการ 3 ด้านพร้อมกัน ได้แก่ 1) การสร้างความรู้หรือหลักฐานทางวิชาการ 2) การเชื่อมโยงกับนโยบาย และ 3) การเคลื่อนไหวทางสังคม ผลการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายส่งผลให้หน่วยงานที่สำคัญของประเทศไทยบรรจุประเด็นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเป็นนโยบายหรือตัวชี้วัด เช่น

- ปี พ.ศ. 2553 สปสช.ประกาศใช้ตัวชี้วัดฯ บริการด้านยาหลายรายการภายใต้นโยบาย Pay for Performance (P4P) โดย สปสช. เป็นหน่วยงานแรกที่ประกาศใช้ตัวชี้วัดด้านการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับบริการผู้ป่วยนอก
- ปี พ.ศ. 2554 นโยบายแห่งชาติด้านยา และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 ได้บรรจุยุทธศาสตร์เรื่องการพัฒนาระบบและกลไกป้องกันและแก้ไข ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยาของเชื้อก่อโรค
- ปี พ.ศ. 2557 สถาบันรับรองคุณภาพหน่วยบริการ (สรพ.) บรรจุประเด็นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเป็นเกณฑ์การประเมินการรับรองคุณภาพหน่วยบริการ

ดังนั้น ประเด็นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลจึงเป็นนโยบายที่สำคัญและต้องการการมีส่วนร่วมจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนให้ประสบผลสำเร็จ

## การมีแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับประเด็นปัญหาสุขภาพและความเป็นไปได้ของกิจกรรม ประเมินคุณภาพ

จากการทบทวนเอกสารตามเกณฑ์ 3 ข้อข้างต้น ได้แก่ ภาวะโรค (จำนวนผู้ป่วยและต้นทุน การดูแลรักษา) ระดับความรุนแรงของปัญหาคุณภาพบริการ และความสอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดสรุปประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทยได้ 8 รายการตามตารางที่ 2.2 จากนั้นคณะผู้พัฒนา ตัวชี้วัดทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติและพิจารณาความเป็นไปได้ของกิจกรรมประเมินคุณภาพ พบว่าทั้ง 8 ประเด็นปัญหา สุขภาพมีแนวทางเวชปฏิบัติในประเทศไทยและมีความเป็นไปได้ของกิจกรรมประเมินคุณภาพ

### 2.5.1.3 การคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเพื่อใช้เป็นกรอบสำหรับพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดสรุปประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 8 ประเด็น พร้อมข้อมูลตามเกณฑ์ การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพในประเทศไทย นำเสนอผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพิจารณาจัดลำดับความ สำคัญ ดังตารางที่ 2.2 อย่างไรก็ตาม คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดเพิ่มเติมอีก 1 ประเด็นซึ่งไม่ใช่ประเด็นปัญหาสุขภาพ ได้แก่ กำลังคน การฝึกอบรม และโครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการปฐมภูมิ เนื่องจากมีความสอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพ ของประเทศและประเด็นดังกล่าวเป็นปัญหาพื้นฐานของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยที่ส่งผลต่อปัญหาคุณภาพ บริการ

### ตารางที่ 2.2 ข้อเสนอประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย (เสนอโดยคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัด)

ประเด็นปัญหาสุขภาพ	เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพ				
	ภาวะโรค	ระดับความรุนแรงของ ปัญหาคุณภาพ บริการ	ความสอดคล้อง กับนโยบาย ด้านสุขภาพ ของประเทศ	การมีแนวทาง เวชปฏิบัติ สำหรับประเด็น ปัญหาสุขภาพ	ความเป็นไปได้ ของกิจกรรม ประเมินคุณภาพ
1. การคัดกรองการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้ สารเสพติด ด้วยแบบสอบถาม ASSIST และการบำบัดอย่างย่อ	D	-	✓	✓	✓
2. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม (global risk score) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	D	-	✓	✓	✓
3. การป้องกันและดูแลรักษาโรคความดัน โลหิตสูงและเบาหวาน	D	✓	✓	✓	✓
4. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและ การรักษาย่างทันตกรรม	D	-	✓	✓	✓
5. การคัดกรอง ให้คำปรึกษา และรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซี	D	-	✓	✓	✓
6. การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	E	✓	✓	✓	✓
7. การวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังและหืด	E	✓	✓	✓	✓



ประเด็นปัญหาสุขภาพ	เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพ				
	ภาวะโรค	ระดับความรุนแรงของปัญหาคุณภาพบริการ	ความสอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ	การมีแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับประเด็นปัญหาสุขภาพ	ความเป็นไปได้ของกิจกรรมประเมินคุณภาพ
8. การให้บริการมารดาก่อนคลอด รวมถึงการลดการผ่าตัดคลอด	E	✓	✓	✓	✓
9. กำลังคน การฝึกอบรม และโครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการปฐมภูมิ	-	✓	✓	-	-

- D หมายถึง ภาวะโรคสูง
- E หมายถึง ภาวะค่าใช้จ่ายสูง
- ✓ หมายถึง เข้าเกณฑ์
- หมายถึง ไม่เข้าเกณฑ์

ในการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย และนักวิชาการจากกรมต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ รวมถึงตัวแทนภาคประชาชน และตัวแทนจากองค์กรเอกชนไม่แสวงหาผลกำไร ผู้เข้าร่วมประชุมได้อภิปรายประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย ตามที่คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดเสนอ (รายงานการประชุมแสดงในภาคผนวก ก และ ข) โดยสาระสำคัญที่อภิปราย มีดังนี้

- ข้อมูลตามตัวชี้วัดฯ ควรเป็นสิ่งที่มียู่แล้วในระบบรายงานข้อมูล ไม่ควรเพิ่มภาระงาน การเก็บข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติงาน จากประเด็นปัญหาสุขภาพ 9 รายการที่คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจัดลำดับความสำคัญ รายการที่ไม่มีใน 43 แฟ้มข้อมูล ได้แก่ การคัดกรอง ให้คำปรึกษา และรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซี การคัดกรองการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดด้วยแบบสอบถาม ASSIST (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม การช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล การคัดกรองบางประเภทที่ไม่ใช่การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การคัดกรองโรคต่างๆ ในกลุ่มประชากร ควรีระบบรองรับหากผลการคัดกรองพบว่ามี ความผิดปกติ เช่น การให้คำปรึกษา การส่งต่อไปพบแพทย์

ผลการจัดลำดับความสำคัญโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 2 กลุ่มแสดงในตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 ลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพของประเทศไทยตามการให้คะแนนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	คะแนนรวม	
	กลุ่มที่ 1 (n=15)	กลุ่มที่ 2 (n=10)
1. กำลังคน การฝึกอบรม และโครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการปฐมภูมิ	12	7
2. การป้องกันและดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	11	6
3. การให้บริการมารดาก่อนคลอด รวมถึงการลดการผ่าคลอด	7	1
4. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม (global risk score) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	6	8
5. การคัดกรองการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด ด้วยแบบสอบถาม ASSIST และการบำบัดอย่างย่อ	5	3
6. การวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหืด	2	2
7. การคัดกรอง ให้คำปรึกษา และรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซี	1	0
8. การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	1	2
9. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาอย่างทันที่	0	2

จากนั้น คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดนำเสนอผลการจัดลำดับความสำคัญประเด็นปัญหาสุขภาพต่อคณะกรรมการกำกับทิศ (รายงานการประชุม แสดงในภาคผนวก ค) สาระสำคัญที่อภิปราย มีดังนี้

- คณะกรรมการให้ความเห็นว่าคะแนนที่ได้ตามตารางที่ 2.3 ขาดความน่าเชื่อถือเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีน้อย อาจเกิดอคติในการเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพได้ ดังนั้น คณะกรรมการจึงใช้ดุลยพินิจในการพิจารณาโดยไม่ยึดตามคะแนนรวมที่ได้
- ประเด็น “กำลังคน การฝึกอบรม และโครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการปฐมภูมิ” ไม่ควรอยู่ในกรอบสำหรับการพัฒนาตัวชี้วัด เนื่องจากเรื่องดังกล่าวเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. โดยใช้งบประมาณในส่วนอื่น
- ประเด็นปัญหาสุขภาพตามตารางที่ 2.3 ที่คณะกรรมการเห็นควรให้ใช้เป็นกรอบการพัฒนาตัวชี้วัด ได้แก่ 1) การป้องกันและดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 2) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม (global risk score) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 3) การวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหืด เนื่องจากเป็นการดูแลและป้องกันโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
- คณะกรรมการคัดเลือกประเด็น “การให้บริการมารดาก่อนคลอด รวมถึงการลดการผ่าคลอด” เนื่องจากเป็นประเด็นสำคัญของบริการปฐมภูมิ และองค์การอนามัยโลกมีการติดตามคุณภาพบริการในประเด็นดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการใช้คำว่า “อนามัยแม่และเด็ก” เพื่อให้มีการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด

- คณะกรรมการเลือกประเด็นเรื่อง การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เนื่องจากเป็นนโยบายที่หลายหน่วยงานด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศให้ความสำคัญ และสอดคล้องกับนโยบายของหลายหน่วยงานในประเทศ เช่น สปสช. สธ. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- คณะกรรมการเพิ่มเติมประเด็นปัญหาสุขภาพ 1 รายการ คือ การดูแลคนไข้ติดเชื้อ เนื่องจากมีความสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งมีแนวโน้มที่คนไข้ติดเชื้อจะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคตจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบบริการปฐมภูมิต้องจัดเตรียมระบบการดูแลคนไข้ติดเชื้อ

ประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและควรได้รับการปรับปรุงคุณภาพบริการปฐมภูมิที่คณะกรรมการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญเพื่อใช้เป็นกรอบสำหรับพัฒนาตัวชี้วัดฯ 5 ประเด็น ได้แก่

- 1) โรคเรื้อรัง (ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด)
- 2) อนามัยแม่และเด็ก
- 3) ผู้ป่วยติดเชื้อ
- 4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
- 5) โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

## 2.5.2 ผลการคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

จากการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพตามกรอบที่คณะกรรมการกำหนด (ผลการประเมินคุณภาพแนวทางเวชปฏิบัติแสดงในภาคผนวก จ) ตัวชี้วัดที่ได้รับการคัดเลือกครอบคลุมระดับการประเมินผลงานทั้งระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและภาพรวมหน่วยบริการประจำ ประกอบด้วย 26 ตัวชี้วัด ดังนี้

### 1) โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด

- |      |   |
|------|---|
| HT1  | ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 3 ปี  |
| HT2  | ร้อยละของประชากรไทยที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงระหว่าง 130-139/85-89 mmHg ได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม                             |
| HT3  | ร้อยละของประชากรไทยที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมีค่า $\geq 140/90$ mmHg ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 1 เดือน                           |
| HT4  | การลงทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการปฐมภูมิ  |
| DM1  | ร้อยละของประชากรไทยที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (random capillary blood glucose) ในรอบ 3 ปี |
| DM2  | ร้อยละของประชากรไทยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ได้รับการคำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม                                    |
| DM3  | ร้อยละของประชากรไทยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ได้รับการส่งต่อเพื่อวัดระดับ fasting plasma glucose ซ้ำ                             |
| DM4  | การลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ   |
| DM5  | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้า  |
| CVD1 | ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยโปรแกรม Thai CV risk score                                      |

## 2) อนามัยแม่และเด็ก

- MCH1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์
- MCH2 ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 7 วัน
- 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 ร้อยละของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยติดเตียงได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

## 4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

- RUA1 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
- RUA2 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

## 5) โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- Asthma1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด
- Asthma2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสูดศึกษา
- Asthma3 ร้อยละของการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ในผู้ป่วยโรคหืด
- Asthma4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถาม
- Asthma5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์ภายใน 1 เดือน
- COPD1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- COPD2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่

### 2.5.3 ผลการพิจารณารายการตัวชี้วัดฯ และร่างรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดได้นำเสนอรายการตัวชี้วัดฯ 26 รายการ พร้อมทั้งร่างรายละเอียดตัวชี้วัดต่อคณะกรรมการกำกับทิศทาง เพื่อพิจารณา (รายงานการประชุมฯ แสดงในภาคผนวก ฉ) สารระสำคัญที่คณะกรรมการให้ความเห็น มีดังนี้

- ตัด HT2 DM2 DM5 เนื่องจากมีปัญหาด้านการเก็บและรายงานข้อมูล อีกทั้งเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว
- ตัด HT4 และ DM4 เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิมิทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละโรคอยู่แล้ว ปัญหาที่แท้จริงคือขาดการนำข้อมูลที่มีอยู่ไปบริหารจัดการในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- DM3 ให้วัดด้วย HbA1c (cut point 7%) หรือ fasting blood glucose เนื่องจากแต่ละหน่วยบริการมีแนวทางปฏิบัติแตกต่างกัน

- ให้เพิ่มตัวชี้วัดสำหรับการควบคุมอาการของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานอย่างละ 1 รายการ
- ตัด MCH2 เนื่องจากการเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอด เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว อีกทั้งประเด็นดังกล่าวอาจไม่ใช่ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย
- ให้เพิ่มตัวชี้วัดเรื่องการวินิจฉัยและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์
- ตัด BR2 เพราะมีปัญหาในการวัด การเก็บข้อมูล และมีความเป็นไปได้สูงที่จะมีการรายงานข้อมูลเท็จ

หลังจากที่คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดได้ดำเนินการแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการ เลือตัวชี้วัด จำนวน 24 รายการ โดยตัวชี้วัดฯ ใหม่ที่เพิ่มเติมมี 3 รายการ ได้แก่

- ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้พบแพทย์

#### 2.5.4 ผลการทดสอบความตรงของร่างรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

จากการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อทดสอบความตรงเชิงประจักษ์ และความตรงเชิงเนื้อหาของร่างรายละเอียดตัวชี้วัดฯ (รายงานการประชุมฯ แสดงในภาคผนวก ข) ผู้ร่วมประชุมได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับข้อความต่างๆ ในร่างรายละเอียดตัวชี้วัดฯ เช่น ชื่อตัวชี้วัดฯ ข้อยกเว้นตัวตั้ง ข้อยกเว้นตัวหาร ฯลฯ ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อความที่ระบุเป็นที่เข้าใจต่อผู้ปฏิบัติงาน และเพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากตัวชี้วัดมีความถูกต้อง สะท้อนคุณภาพ และสอดคล้องกับสถานการณ์จริงในพื้นที่มากขึ้น ตัวอย่างการปรับข้อความมีดังนี้

- “HT1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในรอบ 3 ปี” ได้ระบุข้อยกเว้นตัวหารเป็น “ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด” ผู้ร่วมประชุมแนะนำให้ยกเว้นเฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ยังเป็นกลุ่มเป้าหมายอยู่ ส่วนข้อยกเว้นตัวตั้ง “กลุ่มเป้าหมายที่ปฏิเสธการคัดกรอง” ควรตัดออกเพราะจะทำให้เกิดข้อมูลเท็จมากขึ้น
- “HT2 ร้อยละของประชากรไทยที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูง  $\geq 140/90$  mmHg ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 1 เดือน” ผู้ร่วมประชุมแนะนำให้ตัดคำว่า “การส่งต่อ” ออก เนื่องจาก รพ.สต. บางแห่งมีแพทย์มาตรวจคนไข้และวินิจฉัยโดยผู้ป่วยไม่ต้องไปที่โรงพยาบาล

ร่างตัวชี้วัดฯ ที่จะนำไปทดสอบในพื้นที่ ประกอบด้วย 24 ตัวชี้วัด ดังนี้

1. HT1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในรอบ 3 ปี
2. HT2 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ได้พบแพทย์ภายใน 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 hemocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในช่วงเดือนที่ 7-9 ของการตั้งครรภ์
11. MCH4 ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่มีค่า hemocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในเดือนที่ 3 หลังคลอด
12. MCH5 ร้อยละของทารกอายุ 0-1 ปีซึ่งคลอดครบกำหนดที่สงสัยว่ามีภาวะโภชนาการผิดปกติได้พบแพทย์ในรอบ 12 เดือน
13. BR1 การลงทะเบียนผู้ป่วยติดเชื้อของหน่วยบริการปฐมภูมิ
14. BR2 ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
15. RUA1 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
16. RUA2 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
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

## 2.6 อภิปรายผลการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

การพัฒนาตัวชี้วัดฯ ในครั้งนี้มีที่มาจากผลการประเมินสถานการณ์ปัจจุบันของโครงการบ่งชี้ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ระยะที่ 1 ซึ่งพบว่า ตัวชี้วัดฯ ที่ใช้ในปี พ.ศ. 2557-2559 ได้รับการคัดเลือกโดยผ่านกระบวนการที่ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและขาดการใช้หลักฐานทางวิชาการ ทำให้ตัวชี้วัดบางรายการไม่เหมาะสมและไม่ได้การยอมรับจากผู้ปฏิบัติงาน บางเขตมีความแตกต่างด้านปัญหาสุขภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมระหว่างจังหวัดแต่ต้องใช้ตัวชี้วัดฯ เดียวกันทำให้ปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของพื้นที่ไม่ได้รับการแก้ไข ในขณะที่การพัฒนาตัวชี้วัดฯ ของบริการสุขภาพในหลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร มีแนวทางที่ชัดเจน ใช้กระบวนการที่โปร่งใส เป็นระบบ อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานและข้อมูลที่เชื่อถือได้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ทั้งก่อนและหลังการทดสอบตัวชี้วัดฯ ดังนั้นกระบวนการคัดเลือกตัวชี้วัดฯ และการจัดทำร่างรายละเอียดเพื่อใช้ในโครงการ QOF ในปี พ.ศ. 2560 ตามที่นำเสนอในบทนี้จึงได้รับการออกแบบให้มีคุณลักษณะตามที่กล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากเป็นการดำเนินการเป็นปีแรก บางขั้นตอนจึงมีอุปสรรคและข้อจำกัดอยู่บ้าง เช่น การคัดเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำหรับสนทนากลุ่มเพื่อจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพ หรือการทดสอบความตรงเชิงประจักษ์และความตรงเชิงเนื้อหาของร่างรายละเอียดตัวชี้วัดฯ ซึ่งคณะผู้พัฒนา

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพมาร่วมในระยะเวลาที่กระชั้นชิด ทำให้ผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาการบางท่านไม่สามารถเข้าร่วมได้ ทำให้มีจำนวนตัวอย่างไม่ค่อย ส่งผลต่อความถูกต้องและเหมาะสมของประเด็นปัญหาสุขภาพและร่างรายละเอียดตัวชี้วัดฯ ซึ่งคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดเชื่อว่าหากได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดฯ อย่างต่อเนื่องและติดตามประเมินผลทั้งเป็นรายตัวชี้วัดและในภาพรวมของโครงการจะทำให้โครงการ QOF มีรายการตัวชี้วัดที่เหมาะสม สะท้อนคุณภาพบริการ ได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นำไปสู่การยกระดับคุณภาพบริการปฐมภูมิได้อย่างแท้จริง

เมื่อพิจารณารายชื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมให้ข้อคิดเห็นในขั้นตอนต่างๆ จากรายงานการประชุมของการศึกษานี้ พบว่ามีผู้บริหารและนักวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุขจำนวนไม่มาก อาจส่งผลกระทบต่อกรยอมรับตัวชี้วัดจากกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการนำตัวชี้วัดไปปฏิบัติ เช่น การนับรอบเวลาการปฏิบัติงาน การปรับโครงสร้าง 43 เพิ่มข้อมูลให้รองรับข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญ

การคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการของประเทศไทยในรายงานฉบับนี้มุ่งเน้นในส่วนของการปฐมภูมิที่ครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้รับบริการแบบเครือข่าย กล่าวคือหน่วยบริการปฐมภูมิควรได้รับการดูแลและสนับสนุนการให้บริการอย่างมีคุณภาพโดยหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก เช่น โรงพยาบาลชุมชน ประเด็นปัญหาสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อใช้เป็นการพัฒนาตัวชี้วัดในครั้งนี้จึงไม่รวมบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ เช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วย HIV/AIDS ประเด็นปัญหาสุขภาพที่บริการปฐมภูมิดำเนินการได้ดีอยู่แล้วหรือไม่เป็นปัญหาระดับต้นๆ ไม่อยู่ในกรอบการพัฒนาตัวชี้วัดในครั้งนี้เช่นกัน เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรคขั้นพื้นฐาน

การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพในการศึกษานี้ ดำเนินการโดยเชิญผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ร่วมสนทนากลุ่ม อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของวิธีนี้คือมีจำนวนผู้เข้าร่วมไม่มาก อาจทำให้ขาดความน่าเชื่อถือและมีอคติในการเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพ เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญบางท่านอาจมีอิทธิพลด้านความคิดต่อกลุ่ม ทำให้ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นอาจไม่สะดวกใจในการแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้ง ดังนั้น การดำเนินการในครั้งต่อไปคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดอาจพิจารณาใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งเป็นการสำรวจความคิดเห็นโดยใช้แบบสอบถามอย่างน้อยสองครั้งจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน วิธีนี้เป็นวิธีการกลุ่มที่ไม่มีการเผชิญหน้ากันระหว่างผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือกให้แสดงความคิดเห็น ซึ่งจะช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ การใช้เทคนิคเดลฟายในการสำรวจความคิดเห็นจึงช่วยเพิ่มจำนวนตัวอย่างและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาได้ อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญในการดำเนินการสนทนากลุ่มหรือการรวบรวมความคิดเห็นด้วยเทคนิคเดลฟาย คือการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่ศึกษาเป็นอย่างดี การสนทนากลุ่มของการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อคิดเห็นสำหรับกำหนดกรอบการพัฒนาตัวชี้วัด โดยคณะกรรมการกำกับทิศทางเป็นผู้ตัดสินใจคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพในขั้นตอนสุดท้าย

การศึกษานี้พัฒนาการตัวชี้วัดสำหรับประเด็นปัญหาสุขภาพจากการอ้างอิงแนวทางเวชปฏิบัติในประเทศไทย จากผลการประเมินคุณภาพโดยใช้เกณฑ์ AGREE II instrument พบว่าแนวทางเวชปฏิบัติในประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่ระบุวิธีการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติอื่นๆ เช่น ไม่รายงานวิธีทบทวนหลักฐานทางวิชาการอย่างเป็นระบบ ไม่ระบุรายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมพัฒนา นอกจากนี้ยังพบว่าแนวทางเวชปฏิบัติในประเทศไทยส่วนใหญ่เน้นการดูแลรักษาระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยมีข้อเสนอแนะด้านการดูแลระดับปฐมภูมิไม่มากนัก ดังนั้น การพัฒนาตัวชี้วัดโดยอาศัยแนวทางเวชปฏิบัติในประเทศไทยเป็นหลักจึงมีข้อจำกัด ดังนั้นวิธีการพัฒนาตัวชี้วัดของการศึกษานี้จึงประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและขั้นตอนที่หลากหลาย เช่น การทบทวนเอกสารเพื่อกำหนดกรอบการคัดเลือกตัวชี้วัด การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจากสหราชอาณาจักร การประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความคิดเห็นของคณะกรรมการกำกับทิศทางซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงสาธารณสุข สปสช. มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล ฯลฯ ทั้งนี้เพื่อให้ได้รายการตัวชี้วัดที่เหมาะสมและเป็นไปได้สำหรับบริการปฐมภูมิในประเทศไทยมากที่สุด

ในการพัฒนาตัวชี้วัด คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วม คำนึงถึงความพร้อมของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยและความเป็นไปได้ในการประเมินผลเพื่อใช้สำหรับจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนั้นตัวชี้วัดที่พัฒนาในครั้งนี้จึงประกอบด้วย “ตัวชี้วัดเชิงโครงสร้าง” ในกรณีที่ยังไม่มีการดำเนินงานในประเด็นปัญหาสุขภาพนั้นมากนัก เช่น การลงทะเบียนผู้ป่วยติดเตียง “ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ” เพื่อใช้ประเมินคุณภาพ มาตรฐานของกระบวนการให้บริการ ส่วน “ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ” ยังมีจำนวนน้อย เนื่องจากประเทศไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการใช้ตัวชี้วัด ในการจ่ายค่าตอบแทน นอกจากนี้ ระบบสุขภาพในประเทศไทยยังมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาพื้นฐานด้านโครงสร้างและกระบวนการทำงานให้ตอบสนองของความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน อย่างไรก็ตาม หากมีการดำเนินโครงการ QOF และมีการปรับปรุงวิธีบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง จำนวนตัวชี้วัดด้านโครงสร้างและกระบวนการจะลดลง และตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพจะมีจำนวนมากขึ้น

## 2.7 เอกสารอ้างอิง

1. Marshall Mn, Shekelle PG, McGlynn EA, Campbell S, Brook RH, Roland Mo. Can health care quality indicators be transferred between countries? *Qual Saf Health Care*. 2003;12 (1):8–12.
2. Lester H, Campbell S. Developing Quality and Outcomes Framework (QOF) indicators and the concept of QOFability. *Qual Prim Care*. 2010;18 (2):103–9.
3. NHS Employers. Changes to QOF 2016/17 2016 [cited 1 March 2016]. Available from: <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/primary-care-contacts/general-medical-services/quality-and-outcomes-framework/changes-to-qof-2016-17>.
4. รุ่งนภา คำพวง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, สโรชา ชูติพงษ์ชัยวัฒน์, จันทนา พัฒนภัสซ์, รัศมี บุตระชน, ณิชฐิตา มาลาทอง, และคณะ. โครงการพัฒนาตัวชี้วัดฯ บริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2558.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการดำเนินงานบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงาน บริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ปีงบประมาณ 2557. 2557.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Health and Social Care Directorate indicator process guide 2014.
7. NHS Employers. Guidance on exception reporting 2006 [23 March 2016]. Available from: <http://www.nhsemployers.org/~media/Employers/Documents/Primary%20care%20contracts/QOF/2006-07/Guidance%20on%20Exception%20Reporting.pdf>.
8. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care*. 2002;11 (4):358–64.
9. Kotter T, Blozik E, Scherer M. Methods for the guideline-based development of quality indicators—a systematic review. *Implement Sci*. 2012;7:21.
10. Stelfox HT. How to develop quality indicators? *Critical Care Canada Forum*; Canada 2013.
11. เชิดชัย ศิริมหา. เครื่องชี้วัดคุณภาพของการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในมุมมองของผู้ให้บริการ. *วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 2548.
12. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, เครือข่ายวิจัยและพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. โครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย. 2549.



13. ลลิตยา กองคำ. การปฏิบัติงานวิชาการ การทบทวน วิเคราะห์ และพัฒนาคุณภาพตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2552.
14. ธนินี แยมสกุล. การพัฒนาตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2553;9 (2):154-67.
15. The AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of guidelines for research & evaluation II. 2009.
16. the U.S. Department of Health and Human Service. National Strategy for Quality Improvement in Health Care 2011 [cited 3 July 2015]. Available from: <http://www.ahrq.gov/workingforquality/nqs/nqs2011annlrpt.htm>.
17. Arvidsson E. Priority Setting and Rationing in Primary Health Care [Doctoral thesis]. Sweden: Linköping University 2013.
18. Cho W, Lee S, Kang HY, Kang M. Setting national priorities for quality assessment of health care services in Korea. Int J Qual Health Care. 2005;17 (2):157-65.
19. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด; 2555.
20. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: บริษัท ศรีเอทีฟกรุ จำกัด; 2556.
21. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย 2555. แหล่งข้อมูล: <http://bps2.moph.go.th/>.
22. ภาณุมาศ ภูมาศ, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, ภูษิต ประคองสาย, ดวงรัตน์ โพธิ์, อักษร รั้วไพบูลย์, สุปล สิมวัฒนานนท์. ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555;6 (3):352-60.
23. สุปล สิมวัฒนานนท์. คู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2554.
24. ชีระ ทองสง. Cesarean Section Rate: How to control? [cited 1 มิถุนายน 2558]. Available from: [http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com\\_content&view=article&id=406:cesarean-section-rate&catid=40&Itemid=482](http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=406:cesarean-section-rate&catid=40&Itemid=482).
25. Festin MR, Laopaiboon M, Pattanittum P, Ewens MR, Henderson-Smart DJ, Crowther CA, et al. Caesarean section in four South East Asian countries: reasons for, rates, associated care practices and health outcomes. BMC Pregnancy Childbirth. 2009;9:17.
26. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, อภิญา ตันทวีวงศ์, สมหญิง พุ่มทอง, ยุทธดนัย สีดาห้ำ, ศิริตรี สุทนต์. การประเมินผลการขับเคลื่อนงานส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล: กรณีศึกษาของโครงการ Antibiotic Smart Use. 2558 (เอกสารฉบับร่าง).

## 2.8 ภาคผนวก

### ภาคผนวก ก.

#### รายงานการประชุม

#### การคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญประเด็นปัญหาสุขภาพและบริการสุขภาพที่มีปัญหาด้านคุณภาพ

วันจันทร์ที่ 27 กรกฎาคม 2558 เวลา 09.00–12.00

ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

#### ผู้เข้าร่วมประชุม

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1. นพ.อภิชัย มงคล                 | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์                     |
| 2. นพ.ชูชัย ศรชำนิ                | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ           |
| 3. นพ.ปานเทพ อดิศานภูธร           | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ           |
| 4. นางสิริกร ชุนศรี               | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ           |
| 5. นางประกายดาว หมั่นดี           | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ           |
| 6. นางบำรุง ชลอเดช                | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ           |
| 7. ผศ.ดร.ยุพดี ศิริสินสุข         | คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย       |
| 8. รศ.ฉวีวรรณ บุญสุยา             | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล        |
| 9. นางสาวสุกัลยา คงสวัสดิ์        | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                   |
| 10. นายสมลักษณ์ ศิริชื่นวิจิตร    | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                   |
| 11. นางสุนีย์ สว่างศรี            | สำนักตรวจและประเมินผล                      |
| 12. นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร          | กรมอนามัย                                  |
| 13. นายชัยชนะ บุญสุวรรณ           | กรมอนามัย                                  |
| 14. นางสาวนฤมล ธนเจริญวัชร        | กรมอนามัย                                  |
| 15. นางสุมาลี ยุทธวรวิทย์         | กลุ่มพัฒนาระบบบริการ                       |
| 16. Dr. Françoise Cluzeau         | NICE International                         |
| 17. Dr. Paramjit Gill             | University of Birmingham                   |
| 18. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์        | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 19. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ดันติเวสส       | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 20. ดร.ภญ.จันทนา พัฒนเภสัช        | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 21. นางสาวรุ่งนภา คำผาง           | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 22. นางสาวรัศมี บุตรชน            | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 23. นางสาวสโรชา ชูติพงษ์ชัยวัฒน์  | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 24. นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง         | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 25. นางสาวบุญศรีกา รัชตเศรษฐนันท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 26. นางสาวสุธิษุข ตั้งสถิตกุลชัย  | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 27. นางสาวกุลศิริ เจริญศุภกุล     | ล่าม                                       |
| 28. นายสุพันธ์ วิโรจน์กุล         | ล่าม                                       |

## เริ่มประชุมเวลา 09.00 น.

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ กล่าวเปิดการประชุม และเริ่มดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุมดังนี้

### ระเบียบวาระที่ 1 นำเสนอภาพรวมโครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ดร.ภญ.จันทนา พัฒนเกสัช นำเสนอภาพรวมโครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม) หลังจากนั้น ผศ.ดร.ยุพดี ศิริสินสุข สอบถามเรื่องตัวชี้วัด QOF ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประกาศใช้ในปี 2557 – 2558 ว่ามีปัญหาอุปสรรคอย่างไรบ้าง ประสบผลสำเร็จตามที่ตั้งใจหรือไม่ เนื่องจากการพัฒนาตัวชี้วัดใหม่จำเป็นต้องทราบข้อมูลและเรียนรู้จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงว่าการคัดเลือกตัวชี้วัดโดย สปสช.ที่ผ่านมา มีหลักฐานสนับสนุนทางวิชาการน้อย โดยตัวชี้วัดที่นำมาใช้ส่วนใหญ่พิจารณาจากโครงการ QOF ประเทศอังกฤษ แม้มีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่อาจขาดการมีส่วนร่วมจากบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับผลการดำเนินโครงการ QOF ในช่วงแรกของประเทศไทยยังขาดความชัดเจนเรื่องการสื่อสารนโยบายลงไปถึงระดับปฏิบัติ โดยผู้ปฏิบัติอาจมีความเข้าใจไม่ตรงกัน บางประเด็น อย่างไรก็ตาม ผู้ปฏิบัติเห็นว่าโครงการ QOF มีประโยชน์สำหรับการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ แม้จะมีปัญหาอุปสรรคบางประการ ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดบางตัวอยู่นอกเหนือการควบคุมของผู้ให้บริการ เช่น การมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ การมาฝากครรภ์ 5 ครั้ง 2) ข้อมูลที่ใช้จัดสรรงบประมาณ QOF ไม่น่าเชื่อถือ ขาดความครบถ้วน สมบูรณ์

ผู้เข้าร่วมประชุม สอบถามว่าโครงการฯ นี้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบุคลากร การจัดการโรค (disease management) และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอย่างไร ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงว่าจากผลการศึกษาพบว่าโครงการ QOF ช่วยให้หน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Unit for Primary Care) หรือที่เรียกกันว่า CUPs มีความกระตือรือร้นในการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิมากขึ้น มีการวางแผนทำงานร่วมกันในระดับเขตมากขึ้น นอกจากนี้ โครงการ QOF ยังสอดคล้องกับทิศทางนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น จากประสบการณ์ในต่างประเทศพบว่าตัวชี้วัด QOF สามารถสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรได้ ในกรณีนี้ ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส์ ให้ข้อมูลด้านผลการศึกษาศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของโครงการ QOF เพิ่มเติมว่าตัวชี้วัดที่ใช้ในโครงการ QOF ระยะแรกแม้มีการคัดเลือกโดยไม่ผ่านกระบวนการศึกษาอย่างเป็นระบบ แต่ สปสช. มีเกณฑ์การคัดเลือกตัวชี้วัด เช่น ไม่เป็นภาระในการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม โดยเลือกใช้ตัวชี้วัดเดิมที่มีในระบบรายงานข้อมูลไปยังกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้ว สอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและปัญหาสุขภาพของประเทศ และต้องการให้มีการจัดบริการเชิงรุกในด้านนั้นมากขึ้น เช่น การตรวจกรองต่างๆ อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบคือข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกในระบบขาดความสมบูรณ์ การขาดการสื่อสารด้านนโยบายระหว่าง สปสช. กับกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการสื่อสารภายในกระทรวงสาธารณสุข เช่น การสื่อสารถึงกรม/ผู้ตรวจราชการซึ่งมีหน้าที่กำกับดูแลหน่วยบริการในความรับผิดชอบ

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงต่อที่ประชุมเพิ่มเติมว่า การประชุมในวันนี้ ยังไม่ต้องการคัดเลือกตัวชี้วัด แต่ต้องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพสำหรับพัฒนาตัวชี้วัด และย้ำว่า QOF ไม่ใช่ magic bullet ที่จะสามารถใช้แก้ปัญหาได้ทุกอย่าง โดย QOF จะทำงานได้ดีเมื่อตัวชี้วัดนั้นอยู่ภายใต้การควบคุมหรือมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน สำหรับการประเมินสมรรถนะนั้นก็อาจไม่จำเป็นต้องประเมินที่ผลลัพธ์สุดท้าย แต่อาจประเมินกระบวนการ และ/หรือปัจจัยนำเข้าก็ได้ เช่น อัตรากำลังบุคลากร

### ระเบียบวาระที่ 2 นำเสนอผลการศึกษาเรื่องการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นทางสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการ

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ นำเสนอผลการศึกษาเรื่องการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นทางสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ประสบการณ์จากต่างประเทศในการจัดลำดับความสำคัญของงานพัฒนาคุณภาพบริการ และ 2) ผลการทบทวนปัญหาสุขภาพในประเทศไทย (รายละเอียดตามเอกสารประกอบ

การประชุม) จากการทบทวนประสบการณ์จากต่างประเทศพบว่า มีข้อบ่งชี้สำหรับจัดลำดับความสำคัญของงานพัฒนาคุณภาพบริการ 5 ประการ ได้แก่

1. Burden of the conditions
2. Seriousness of quality (reducing harm caused in the delivery of care)
3. Feasibility of quality assessment
4. Availability of clinical practice guideline (s)
5. Relevant to the national policy

ผลการทบทวนปัญหาสุขภาพในประเทศไทยจากข้อมูลต่างๆ เช่น ข้อมูลภาระโรค การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ สถิติด้านสาธารณสุข ฯลฯ พบว่าประเด็นปัญหาสุขภาพที่เข้าเกณฑ์สำหรับจัดลำดับความสำคัญของงานพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิมี 9 เรื่อง ได้แก่

1. การคัดกรองการตั้งครรภ์ สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด และบำบัดอย่างย่อ โดย ASSIST
2. การประเมินความเสี่ยงโดยรวม (global risk score) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. การป้องกันและการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน
4. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาอย่างทันที่
5. การคัดกรอง ให้คำปรึกษา และรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซี
6. การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม
7. การวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด (COPD and asthma)
8. การให้บริการมารดาก่อนคลอด รวมถึงการลดการผ่าคลอด (Antenatal care)
9. กำลังคน การฝึกอบรม และโครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการปฐมภูมิ

จากนั้นเป็นการเปิดเวทีอภิปรายผลการศึกษา โดยมีผู้สงสัยว่าประเด็นปัญหาสุขภาพข้อที่ 9 เรื่องกำลังคน การฝึกอบรม และโครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการปฐมภูมิ มีลักษณะแตกต่างจากข้อ 1-8 ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพ ดร.นพ. ยศ ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงว่าปัญหาข้อ 9 เป็น cross cutting theme ที่อาจไม่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคใดๆ แต่เป็นปัญหาพื้นฐานของระบบบริการปฐมภูมิ เช่น อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร จำนวนครั้งที่แพทย์ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อสัปดาห์ เป็นต้น นพ.ชูชัย ศรชำนิ ยกตัวอย่างให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น โดยยกตัวอย่างกรณีการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืดว่าอาจต้องมีการพิจารณาว่าหน่วยบริการปฐมภูมิสมควรมีเครื่อง spirometer หรือไม่ ซึ่งต้องพิจารณาเรื่องงบประมาณ การบริหารจัดการ รวมถึงการฝึกอบรมบุคลากร เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมประชุม ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า แต่ละกรมอาจมีนโยบายการดำเนินการในเรื่องเดียวกันแตกต่างกัน เช่น การตรวจกรองมะเร็งปากมดลูก ควรใช้แนวทางใด pap smear หรือ VIA (visual inspection with acetic acid) สำหรับเรื่องการรณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมอาจทำได้ยากเพราะอาจไม่ได้รับการยอมรับจากบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากถ้อยคำที่ใช้มีความเป็นวิชาการมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนทางนโยบายได้ และเหมือนเป็นการกล่าวโทษว่าปัจจุบันนี้มีการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผล โดยในแต่ละประเทศมีการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะด้วยการกำหนดโควตาปริมาณการใช้ ส่วนเรื่องการคัดกรองการตั้งครรภ์ สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดนั้นมีความเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพจิต มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการในเรื่องนี้ เนื่องจากประมาณร้อยละ 5 เท่านั้นของผู้ที่ใช้สารเสพติดที่ต้องการการรักษา ส่วนที่เหลือต้องการเพียงคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ไม่ใช้การดำเนินคดีอาญา

ผู้เข้าร่วมประชุม ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีความเข้มแข็งในด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ควรมีการสื่อสารกับชุมชนที่ดี รวมถึงการเชื่อมโยงกับองค์กรในท้องถิ่น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารและให้คำปรึกษา

ผู้เข้าร่วมประชุม ให้ข้อมูลด้านบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 4 ประการ ประการแรกคือ รพ.สต.มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังบุคลากร แต่มีภาระงานจำนวนมาก จึงไม่สามารถดำเนินการตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดได้ทั้งหมด และอาจไม่มีศักยภาพด้านการบริหารจัดการข้อมูลหรือเทคโนโลยีมากนัก ประการที่สองคือแต่ละพื้นที่มีปัญหาสุขภาพแตกต่างกัน ควรจัดบุคลากรตามความเหมาะสม ไม่ควรใช้มาตรฐานเดียวกันสำหรับหน่วยบริการทุกแห่ง ประการที่สามคือตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นควรเป็นสิ่งที่มียอยู่แล้วในระบบการรายงานข้อมูล โดยไม่ควรเพิ่มภาระงานการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ปฏิบัติงาน ประการที่สี่คือความรู้สึกรู้สึกของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ซึ่งรู้สึกว่าได้รับมอบหมายงานเป็นจำนวนมาก แต่ไม่ค่อยได้รับผลตอบแทน ดังนั้น การกำหนดปัญหาสุขภาพ หรือการพัฒนาตัวชี้วัดใดๆ ควรคำนึงถึงบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มาก โดยปีแรกอาจกำหนดเกณฑ์ง่ายๆ ที่พื้นที่สามารถดำเนินการได้ และได้ผลตอบแทนจริงเพื่อจะได้มีกำลังใจ จากนั้น ในปีถัดไปจึงจะเพิ่มจำนวนตัวชี้วัดหรือปรับระดับเกณฑ์ตัวชี้วัดตามความเหมาะสม

ผู้เข้าร่วมประชุม สอบถามว่าตัวชี้วัดที่จะพัฒนานั้นจะนำไปใช้กับหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทใด เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทยปัจจุบันมีหลายประเภท เช่น รพ.สต. หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit, PCU) ในโรงพยาบาล คลินิกชุมชนอบอุ่น ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงว่าปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิทุกประเภทใช้ตัวชี้วัด QOF ชุดเดียวกันทั้งหมด แต่จากผลศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของโครงการ QOF พบปัญหาหลายประการที่เกี่ยวกับความเหมาะสมของตัวชี้วัดในหน่วยบริการแต่ละประเภท ทำให้คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดมีแนวคิดสำหรับปัญหาสุขภาพเดียวกันอาจจะมีการแยกตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับลักษณะงานของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละประเภท เนื่องจากหน่วยบริการแต่ละประเภทมีความแตกต่างกันหลายเรื่อง เช่น ประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงาน การมีตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับหน่วยบริการแต่ละประเภทจะช่วยให้การบริหารจัดการงบประมาณง่ายและชัดเจนขึ้น ซึ่งสามารถสร้างแรงจูงใจสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้แล้ว โครงการ QOF เป็นเรื่องของการลงทุนที่จะเห็นผลในระยะยาวจะต้องมีการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในขณะนั้น ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ดันติเวสส์ชี้แจงว่าตัวชี้วัดที่คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจะพัฒนาแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือตัวชี้วัดหลัก (core indicator) และตัวชี้วัดพื้นที่ที่สามารถเลือกได้จากรายการตัวชี้วัด (shopping list) ดังนั้น แต่ละพื้นที่จึงมีโอกาสที่จะเลือกตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับพื้นที่ได้

ผู้เข้าร่วมประชุม ให้ข้อมูลแก่ที่ประชุมเพิ่มเติมในด้านการออกแบบตัวชี้วัด โดยข้อมูลตัวชี้วัดควรเป็นสิ่งที่มียอยู่แล้วในระบบการรายงานข้อมูล ไม่ควรเพิ่มภาระงานการเก็บข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติงาน จากปัญหาสุขภาพ 9 รายการที่คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจัดลำดับความสำคัญ รายการที่ไม่มีในระบบฐานข้อมูล ได้แก่ การคัดกรอง ให้คำปรึกษา และรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซี การคัดกรองการตีมีสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การคัดกรองบางประเภทที่ไม่ใช่การตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจไม่มีการบันทึกในระบบฐานข้อมูล ในกรณีนี้ ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงว่าการพัฒนาตัวชี้วัดจะมีการพิจารณาอย่างรอบด้าน โดยจะไม่เพิ่มภาระงานการเก็บข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติงาน โดยข้อมูลตัวชี้วัดอาจได้มาจากหลายแหล่งข้อมูล นอกเหนือจากระบบรายงานข้อมูล 43 แฟ้ม เช่น ข้อมูลการเบิกจ่ายยาปฏิชีวนะ ปัจจัยนำเข้าต่างๆ ข้อมูลด้านกระบวนการ แต่หากมีความจำเป็นที่จะต้องเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ข้อมูลนั้นจะต้องเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานด้วย

ผู้เข้าร่วมประชุม มีข้อสังเกต 4 ข้อ ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพแต่ละรายการมีรายละเอียดของการดำเนินการอย่างไรบ้าง และ 2) ทำไมเรื่อง HIV/AIDS ไม่อยู่ในรายการปัญหาสุขภาพที่จัดลำดับความสำคัญ 3) เกณฑ์การคัดเลือกปัญหาสุขภาพได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มคนด้อยโอกาส เช่น ผู้พิการ หรือไม่ 4) เกณฑ์การคัดเลือกปัญหาสุขภาพได้พิจารณาเรื่อง risk reduction ซึ่งเป็นบริบทที่สำคัญสำหรับประเทศไทยหรือไม่ เช่น ปัญหาเรื่องการใช้อย่างไม่เหมาะสมเหตุผลซึ่งพบมากที่ร้านขายของชำและร้านขายยา ปัญหาการปลอมปนสเตียรอยด์ในอาหารและยา ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงสำหรับข้อสังเกตข้อแรกว่า คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดต้องการให้ผู้เข้าร่วมประชุมมองภาพปัญหาสุขภาพเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ตั้งแต่การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ทั้งนี้ ในขั้นตอนการพัฒนาตัวชี้วัดจะมีการพิจารณาความเหมาะสมของตัวชี้วัดสำหรับแต่ละปัญหาสุขภาพสำหรับบริการปฐมภูมิอีกครั้ง อีกทั้งจะมีการนำตัวชี้วัดที่

พัฒนาไปทดสอบการใช้งานจริงในสถานพยาบาล ส่วนข้อสังเกตข้อที่สอง การตรวจกรองและการดูแลรักษาผู้ป่วย HIV/AIDS นั้นไม่สามารถดำเนินงานได้ที่ รพ.สต. โดยจะต้องดำเนินการที่โรงพยาบาลเท่านั้น ตัวชี้วัด QOF ควรจะสามารถเชื่อมโยงการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ ไม่พบปัญหาการเข้าถึงการตรวจกรองหรือปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ หากมีตัวชี้วัดด้าน HIV/AIDS อาจทำให้งบประมาณ QOF ไม่กระจายลงสู่ รพ.สต. ข้อสังเกตข้อที่สี่ ควรมีการดำเนินการด้าน risk reduction ด้วยแนวทางอื่น เช่น การควบคุมกำกับ เพราะเรื่องดังกล่าวไม่ใช่งานบริการปฐมภูมิ และการจัดการปัญหาดังกล่าวเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่หน้าที่ของ สปสช นอกจากนี้ วัตถุประสงค์ของ QOF คือเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการปฐมภูมิ ไม่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาสุขภาพในด้านอื่นได้ ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส ชี้แจงเพิ่มเติมว่าการแก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่นในพื้นที่นอกเหนือจากการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการสามารถใช้งบประมาณอื่น เช่น งบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพ (งบ PP) กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล งบประมาณจากหน่วยงานในท้องถิ่น ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส ได้ตอบข้อสังเกตข้อที่สามว่าการดูแลผู้พิการต้องอาศัยการดำเนินงานจากหลายภาคส่วน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สปสช ฯลฯ ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าระบบการดูแลผู้พิการในปัจจุบันมีการสร้างแรงจูงใจอยู่แล้ว โดยผู้พิการที่มากขึ้นทะเบียนจะได้รับเบี้ยยังชีพ และผู้ให้บริการที่รับขึ้นทะเบียนได้รับงบประมาณเพิ่ม ดังนั้นจึงไม่ควรนำงบ QOF มาดำเนินการในส่วนนี้

ผู้เข้าร่วมประชุม มีข้อกังวลเรื่องการคัดกรองโรคต่างๆ ว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอาจมีความเข้าใจในวิธีการดำเนินงานที่แตกต่างกัน โดยผู้ปฏิบัติงานอาจจะดำเนินงานเพียงการคัดกรองอย่างเดียว โดยไม่ดำเนินการด้านอื่นที่ควรจะต้องดำเนินการร่วมด้วย เช่น การแจ้งผลตรวจ การให้คำปรึกษา การดำเนินการหากผลตรวจเป็นบวก ฯลฯ นอกจากนี้ นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการทำงานจริงในพื้นที่ว่า ยังขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดการประสานงานกันอย่างเป็นระบบ โดยบุคลากรจะปฏิบัติงานเฉพาะหน้าที่ของตนเองเท่านั้น เช่น ผู้ที่คัดกรองก็จะคัดกรองเพียงอย่างเดียวโดยไม่สนใจเรื่องการส่งต่อไปรักษา ในกรณี ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส แนะนำให้ปรับคำที่ใช้จาก “การคัดกรอง” เป็น “การป้องกัน” พร้อมทั้งตั้งข้อสังเกตว่าแนวทางเวชปฏิบัติได้กำหนดแนวทางการดำเนินการคัดกรองและการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจนเพียงใด ซึ่งคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดที่จะไปเรียนรู้การพัฒนาตัวชี้วัดที่ประเทศอังกฤษควรศึกษาแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับปัญหาสุขภาพที่จะพัฒนาตัวชี้วัดให้ชัดเจน

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงเรื่องคุณลักษณะของ QOF ให้ที่ประชุมทราบ ดังนี้

- QOF เป็นเครื่องมือที่ใช้พัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ โดยเน้นเรื่อง “บริการ” ที่มีคุณภาพ
- จำนวนตัวชี้วัดต้องไม่มากเกินไป เพื่อที่จะได้ไม่เป็นภาระ และสามารถสร้างแรงจูงใจให้กับเจ้าหน้าที่ได้
- ตัวชี้วัดควรมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในขณะนั้น
- หากพบว่าตัวชี้วัดที่สามารถเชื่อมต่อการทำงานระหว่างหน่วยงานแต่ละระดับได้ ตัวชี้วัดนั้นเป็นที่น่าสนใจที่จะนำมาใช้ เช่น ตัวชี้วัดที่สามารถทำให้ผู้ที่ผลการคัดกรองเป็นบวกได้รับการดูแลหรือรักษาต่อเนื่อง
- QOF ไม่ใช่เครื่องมือที่จะสามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ทุกอย่าง เนื่องจาก QOF เป็นเครื่องมือที่ใช้พัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ดังนั้น จึงควรพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับปัญหาสุขภาพที่สำคัญเท่านั้น

นอกจากนี้ ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงเรื่องแนวทางการจัดทำข้อเสนอแนะด้านการบริหารจัดการโครงการ QOF ดังนี้

- ข้อเสนอแนะที่คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดนำเสนอจะให้ความสำคัญกับบริบทประเทศไทย โดยไม่ได้คัดลอกแนวทางมาจากประเทศอังกฤษ
- คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจะเสนอแนวทางการบริหารจัดการเงิน QOF ที่จัดสรรไปที่ CUPs เพื่อให้งบประมาณที่ รพ.สต. และโรงพยาบาลได้รับมีความสมดุลกัน

- เงิน QOF ไม่ควรแบ่งมาจากงบเหมาจ่ายรายหัว โดยควรของงบประมาณเพิ่มจากกระทรวงการคลังโดยควรชี้แจงให้เห็นว่าเงิน QOF จะช่วยเพิ่มคุณภาพบริการได้อย่างไร
- การดำเนินโครงการ QOF ต้องอาศัยเวลาในการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยหากมีการใช้หลักวิชาการในการพิจารณาจะช่วยลดข้อขัดแย้งระหว่างกลุ่มคนหรือหน่วยงานต่างๆ ได้

นพ.ชูชัย ศรชำนิ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องตัวชี้วัด QOF ว่าประเทศอังกฤษมีการใช้ตัวชี้วัดด้านการประสานกัน (coordination) และ patient experience อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ตัวชี้วัดด้านกลุ่มโรคมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ

หลังจากที่ประชุมได้อภิปรายเสร็จสิ้น ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมประชุมเลือกปัญหาสุขภาพ 3 เรื่องโดยไม่ต้องเรียงลำดับ จากนั้นจะรวมคะแนนและจัดลำดับปัญหาสุขภาพที่ได้คะแนนจากมากไปน้อย คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจะนำผลการจัดลำดับจากที่ประชุมนี้ซึ่งเป็นผู้ทำงานด้านนโยบายไปวิเคราะห์ร่วมกับผลการจัดลำดับโดยผู้ปฏิบัติงาน จากนั้นคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจะดำเนินการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับปัญหาสุขภาพที่ได้คะแนนมากที่สุดลำดับแรกก่อน จากนั้นจึงจะพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับปัญหาสุขภาพลำดับถัดไปเรื่อยๆ ตามระยะเวลาและงบประมาณที่มีโดยจำนวนตัวชี้วัดสำหรับแต่ละปัญหาสุขภาพอาจมีความแตกต่างกัน

ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ พบว่าเรื่องที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ เรื่องกำลังคน การฝึกอบรม และโครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการปฐมภูมิ (12 คะแนน) รองลงไปคือ เรื่องการป้องกันและการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน (11 คะแนน) โดยมีรายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ปัญหาสุขภาพ	คะแนน
1. กำลังคน การฝึกอบรม และโครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการปฐมภูมิ	12
2. การป้องกันและการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	11
3. การให้บริการมารดาก่อนคลอด รวมถึงการลดการผ่าคลอด (Antenatal care)	7
4. การประเมินความเสี่ยงโดยรวม (global risk score) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	6
5. การคัดกรองการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด และบำบัดอย่างย่อ โดย ASSIST	5
6. การวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด (COPD and asthma)	2
7. การคัดกรอง ให้คำปรึกษา และรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซี	1
8. การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม	1
9. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาอย่างทันที่	0

ผู้เข้าร่วมประชุม ให้ข้อมูลเพิ่มเติมต่อที่ประชุมว่า เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดในต่างประเทศมีความแม่นยำเพียงร้อยละ 50 โดยข้อผิดพลาดที่พบคือ การรายงานตัวเลขสูงเกินจริง ดังนั้น จึงมีคำแนะนำในเรื่องการตรวจกรองเบาหวานคือ ควรใช้เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับการตรวจเบื้องต้น เมื่อพบความผิดปกติควรตรวจยืนยันผลด้วยวิธีอื่นต่อไป การใช้เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อติดตามระดับน้ำตาลเพื่อการปรับขนาดยาอาจมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้

ผู้เข้าร่วมประชุม เสนอแนะให้คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจัดทำตัวชี้วัดเฉพาะพื้นที่ให้ครบทุกด้าน เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน

ผู้เข้าร่วมประชุม ให้ข้อเสนอแนะต่อคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดถึงกระบวนการให้ได้มาของปัญหาสุขภาพ 9 เรื่อง สำหรับจัดลำดับความสำคัญโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ควรมีการนำเสนอวิธีการคัดเลือกที่โปร่งใส และชัดเจน

**ปิดการประชุมเวลา 12.00 น.**

.....  
ดร.กาญจน์ทนา พัฒนภัสซ์  
ผู้บันทึกการประชุม

.....  
ดร.กาญจน์เพ็ญ ตันติเวสส  
ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม



## ภาคผนวก v.

### รายงานการประชุม

# การคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญประเด็นปัญหาสุขภาพและบริการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ “ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาโครงการรณรงค์ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcomes Framework, QOF) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

วันอังคารที่ 28 กรกฎาคม 2558 เวลา 13.00–16.00

ณ โรงแรมริชมอนด์ สโตนีซ คอนเวนชั่น จ.นนทบุรี (ห้องทิพวรรณบอลกรม)

### ผู้เข้าร่วมประชุม

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1. นพ.ชูชัย ศรีขำ                 | สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                            |
| 2. พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์           | โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก                       |
| 3. ดร.ศิริขวัญ บริหาร             | สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่                                |
| 4. นางศศิธร ไชยลัจ                | สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ                                 |
| 5. นายสุพจน์ สงวนกิตติพันธ์ุ      | สถาบันประชาคมภูเก็ต                                      |
| 6. นายปรเมษฐ์ จินา                | สาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี              |
| 7. นายชัยณรงค์ สังข์จำง           | สาธารณสุขอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร                       |
| 8. นายทวีศิลป์ ชัยชนะ             | สาธารณสุขอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่                     |
| 9. นายสมโชค พูลสุข                | สาธารณสุขอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี                 |
| 10. นายไพโรจน์ กวินเลิศวัฒนา      | สาธารณสุขอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก                      |
| 11. นายสมทบ สอนราช                | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช |
| 12. นายสาคร นาดี                  | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้อม จังหวัดพะเยา         |
| 13. Dr.Paramjit Gill              | University of Birmingham                                 |
| 14. Dr.Francoise Cluzeau          | National Institute for Health and Care Excellence (NICE) |
| 15. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์        | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ               |
| 16. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ดันติเวสส       | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ               |
| 17. ดร.ภญ.จันทนา พัฒนเกษัช        | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ               |
| 18. นางสาวรักมณี บุตรชน           | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ               |
| 19. นางสาวรุ่งนภา คำพาง           | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ               |
| 20. นางสาวสโรชา ชุตินวงศ์ชัยวัฒน์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ               |
| 21. นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง         | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ               |
| 22. นางสาวบุณชริกา รัชตเศรษฐนันท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ               |
| 23. นางสาวพรพิมล แสนสะอาด         | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ               |
| 24. นางสาวสุชฎิตี ด้วงโคตะ        | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ               |
| 25. นางสาวอนงค์วดี ต่านปาน        | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ               |
| 26. นายนรินทร์ธร จันทรไพจิตร      | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ               |

## เริ่มประชุมเวลา 13.00 น.

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ กล่าวเปิดประชุม และเริ่มดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุม ดังนี้

### ระเบียบวาระที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการประชุมว่า ต้องการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อนำไปพัฒนาตัวชี้วัดและทดสอบตัวชี้วัดในลำดับถัดไป จากนั้นเริ่มดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุมดังนี้

### ระเบียบวาระที่ 2 การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาทางสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการ

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ นำเสนอการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาทางสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการ (รายละเอียดตามเอกสารประกอบการประชุม) ผลการทบทวนปัญหาสุขภาพในประเทศไทยจากข้อมูลทุติยภูมิต่างๆ เช่น ข้อมูลภาระโรค การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ สถิติด้านสาธารณสุข ฯลฯ พบว่า ประเด็นปัญหาสุขภาพที่เข้าเกณฑ์สำหรับจัดลำดับความสำคัญของงานพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิมี 9 เรื่อง ได้แก่

1. การคัดกรองการติดเชื้อรา สิวบู่หรี และใช้สารเสพติด และบำบัดอย่างย่อ โดย ASSIST
2. การประเมินความเสี่ยงโดยรวม (global risk score) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. การป้องกันและการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน
4. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาอย่างทันที่
5. การคัดกรอง ให้คำปรึกษา และรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซี
6. การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม
7. การวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด (COPD and asthma)
8. การให้บริการมารดาก่อนคลอด รวมถึงการลดการผ่าคลอด (Antenatal care)
9. กำลังคน การฝึกอบรม และโครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการปฐมภูมิ

### ระเบียบวาระที่ 3 การอภิปรายเพื่อจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพและบริการสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมประชุมมีข้อเสนอแนะดังนี้

- การคัดกรองการติดเชื้อราและสิวบู่หรี มีตัวชี้วัดที่เป็นนโยบายของกรมควบคุมโรคอยู่แล้ว เสนอให้มีตัวชี้วัดที่สามารถพัฒนาในระดับครอบครัว เพื่อให้มีความเข้มแข็ง และบ่มเพาะให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
- การประเมินปัจจัยเสี่ยงโดยรวมที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ควรเป็นรูปธรรม และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ที่ประชุมเสนอให้มีการประเมินร่วมกับชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น
- การดำเนินการเรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีข้อจำกัด เช่น case manager ไม่ได้อยู่ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ ควรมีการคัดกรองร่วมกับชุมชน เพื่อให้ประชาชนรับรู้ความเสี่ยงต่างๆ และมีความตระหนักในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น
- การคัดกรองเรื่องมะเร็งปากมดลูก และไวรัสตับอักเสบบีและซี ไม่ควรเป็นการรักษา เพราะไม่ตอบโจทย์บริการปฐมภูมิ ควรเปลี่ยนจากการรักษาเป็นการให้วัคซีน
- การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม ปัญหาไม่ได้อยู่ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรรวมถึงคลินิกเอกชน และร้านขายยา ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบาย antibiotic smart use สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่แล้ว
- ปัญหาสุขภาพที่ควรพัฒนาตัวชี้วัดเพิ่มเติม มีดังนี้ 1) เรื่องอาหารปลอดภัย ซึ่งจะเชื่อมโยงกับโรคมะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคติดต่อทางเดินอาหาร 2) เรื่องอุบัติเหตุที่เฉพาะเทศกาล ที่ประชุมเสนอให้ร่วมมือกันระหว่างกระทรวงให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง 3) เรื่องการควบคุมโรคติดต่อ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก ควรมีตัวชี้วัดสำหรับโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก 4) เรื่องพัฒนาการเด็ก ทำได้น้อยเนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเวลา 5.) เรื่องทันตกรรมเบื้องต้น

- ควรพิจารณาการเข้าถึงบริการปฐมภูมิของประชาชน โดยคำนวณจากสัดส่วนผู้มาใช้บริการเทียบกับผู้ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด เพื่อสะท้อนถึงความคร่ำครึในบริการปฐมภูมิ และจะทำอย่างไรให้เกิดความคร่ำครึต่อบริการปฐมภูมิมากยิ่งขึ้น

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

- ด้านบุคลากร ปัญหาที่พบคือ แต่ละหน่วยบริการมีจำนวนและประเภทบุคลากรแตกต่างกัน และมีการทำงานแยกส่วนโดยไม่เชื่อมต่อกัน ที่ประชุมเสนอให้มีการพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถเทียบเคียงกัน
- ด้านโครงสร้างของระบบบริการ และทรัพยากร ที่ประชุมเสนอให้มีการพัฒนาตามบริบทพื้นที่ และให้มีการทำงานเป็นโชนในการจัดการสุขภาพ สามารถเกลี่ยทรัพยากร และบูรณาการร่วมกันได้ โดยใช้ สสอ. เป็นตัวเชื่อม เพราะการพัฒนาบางประเด็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยบริการในการวางมาตรการร่วมกัน

ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัด QOF ดังนี้

- ตัวชี้วัดคุณภาพบางตัวไม่เหมาะสม ที่ประชุมเสนอให้มีการกำหนดตัวชี้วัดเป็นแบบ bottom up คือให้พื้นที่ที่กำหนดตัวชี้วัดเอง และควรแยกตัวชี้วัดของระดับ รพช. และ รพ.สต.
- ควรมีการกำหนดระยะเวลาในการใช้ตัวชี้วัดที่แน่นอน เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิใช้เป็นข้อมูลสำหรับพิจารณาลงทุนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น การจ้างบุคลากรเพิ่ม

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ตั้งประเด็นคำถามว่า ถ้าให้เงินอีกก้อนเพื่อเพิ่มคุณภาพสำหรับ รพ.สต. ตามรายหัวประชากรในพื้นที่ที่จะเกิดแรงจูงใจในการเพิ่มคุณภาพหรือไม่ เงินจะถูกใช้ตามวัตถุประสงค์หรือไม่ และจะมีผลดีหรือผลเสียมากกว่ากัน ที่ประชุมให้ความเห็น ดังนี้

- รพ.สต. ต้องการกลยุทธ์เข้าไปจัดการมากกว่าเงิน อาจจะต้องเตรียมทีมเข้าไปสนับสนุน ปรับปรุงสมรรถนะของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ดีขึ้น และควรเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข
- สปสช. ควรปรับเปลี่ยนจากผู้ซื้อบริการเป็นผู้ร่วมลงทุนในการจัดบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขควรปรับเปลี่ยนจากผู้บริหาร มาเป็นผู้ร่วมสนับสนุน และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ตั้งประเด็นคำถามเพิ่มเติมว่า ที่ประชุมมีความเห็นอย่างไร หากกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการงบประมาณ QOF

- งบ QOF ควรแยกออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว เพราะถ้ามีเงินขึ้นต่ำในการจัดบริการ ผู้ให้บริการก็ให้บริการได้เต็มที่ เพราะมีหลักประกันว่าสามารถจัดบริการได้
- เรื่องของระบบบริการสุขภาพเป็นเรื่องใหญ่ กลไกเรื่องของการบริหารจัดการการเงินการคลัง อาจจะต้องมีการพัฒนาระบบเพื่อให้สอดคล้องกัน ไม่ควรเอาเงินเป็นตัวตั้ง แล้วทำงานให้ตอบโจทย์ แต่ต้องเอางานเป็นตัวตั้ง และเอาเงินมาตอบโจทย์ จะทำให้ทุกอย่างเป็นไปอย่างราบรื่น

#### ระเบียบวาระที่ 4 ผลการจัดลำดับความสำคัญ และสรุปการประชุม

หลังจากที่ประชุมได้อภิปรายเสร็จสิ้น ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมเลือกปัญหาสุขภาพ 3 เรื่องโดยไม่ต้องเรียงลำดับ จากนั้นรวมคะแนนและจัดลำดับปัญหาสุขภาพที่ได้คะแนนจากมากไปน้อย คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจะนำผลการจัดลำดับจากที่ประชุมนี้ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงาน (จากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รพ.สต.) และองค์กรไม่แสวงกำไร ไปผนวกกับผลการจัดลำดับโดยผู้ทำงานด้านนโยบาย/วิชาการ ซึ่งจัดประชุมวันที่ 27 ก.ค. 2558 เพื่อนำเสนอคณะกรรมการกำกับทิศเพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อผลการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกปัญหาสุขภาพสำหรับพัฒนาตัวชี้วัด จากนั้นคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจะดำเนินการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับปัญหาสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกลำดับแรกๆ ก่อน จากนั้นจึงจะพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับปัญหาสุขภาพลำดับถัดไป ตามระยะเวลาและงบประมาณที่มี โดยจำนวน

ตัวชี้วัดสำหรับแต่ละปัญหาสุขภาพอาจมีความแตกต่างกัน และจะมีการทดสอบการใช้ตัวชี้วัดในพื้นที่จริง 3 เดือน และนำเสนอผลการทดสอบต่อทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร เพื่อร่วมกันตัดสินใจว่าตัวชี้วัดสามารถใช้ได้จริง มีประโยชน์ และสามารถทำให้คุณภาพบริการปฐมภูมิดีขึ้น ผลการจัดลำดับความสำคัญสำหรับประเด็นปัญหาสุขภาพที่จะพัฒนาตัวชี้วัดเป็นดังตาราง

ปัญหาสุขภาพ	คะแนน
การประเมินความเสี่ยงโดยรวม (global risk score) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	8
กำลังคน การฝึกอบรม และโครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการปฐมภูมิ	7
การป้องกันและการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	6
การคัดกรองการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด และบำบัดอย่างย่อ โดย ASSIST	3
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาอย่างทันที่	2
การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม	2
การวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด (COPD and asthma)	2
การให้บริการมารดาก่อนคลอด รวมถึงการลดการผ่าคลอด (Antenatal care)	1
การคัดกรอง ให้คำปรึกษา และรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซี	0

#### ปิดการประชุม เวลา 15.00 น.

.....

นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง  
ผู้บันทึกการประชุม

.....

ดร. ภาณุ.จันทนา พัฒนเกษัช  
ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม

## ภาคผนวก ก.

### รายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศ ครั้งที่ 2 โครงการบงจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

วันศุกร์ที่ 14 สิงหาคม 2558 เวลา 16.00–18.00 น.

ณ ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

#### กรรมการที่เข้าร่วมประชุม

1. นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	ประธาน
2. ดร.นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
3. นพ.จักรกริช ใจวงศ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
4. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	โรงพยาบาลแก่งคอย จ.สระบุรี	กรรมการ
5. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	มูลนิธิวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	กรรมการ
6. รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
7. นพ.พนา พงศ์ขำณะภัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์	กรรมการ
8. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	กรรมการ
9. พญ.ขจีรัตน์ ปรีกเอโก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
10. นางจุฬาดา สุขุมาลวรรณ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	เลขานุการ
11. นางบำรุง ชลอเดช	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	เลขานุการ
12. ดร.ภญ.จันทนา พัฒนภัส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	เลขานุการ

#### ผู้ที่ไม่เข้าร่วมประชุม

1. นพ.ทรง พิวาลัย	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
2. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
3. นางกาญจนา ศิริโกมล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. นางสาวรุ่งนภา คำพวง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
5. นางสาวรักมณี บุตรชน	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
6. นางสาวโรชา ชูติพงศ์ชัยวัฒน์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
7. นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
8. ดร.พญ.ฉัญฉวีรัตน์ อโนทัยสินทวี	โรงพยาบาลรามาริบัติ

#### ผู้ที่ไม่มาประชุม

1. นพ.อำนาจ กาจันะ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
2. นพ.ชูชัย ศรชำนิ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
3. นพ.ปิยะ หาญวรวงค์ชัย	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
4. นายนิมิตร เทียนอุดม	ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์	กรรมการ

#### เริ่มประชุมเวลา 16.00 น.

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ประธานคณะกรรมการฯ กล่าวเปิดการประชุม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม ซึ่งเป็นการคัดเลือกปัญหาสุขภาพสำหรับพัฒนาตัวชี้วัด จากนั้นดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุมดังนี้

## ระเบียบวาระที่ 1 รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศครั้งที่ 1

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศครั้งที่ 1 ที่จัดขึ้นเมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2558 โดยไม่มีข้อแก้ไข

## ระเบียบวาระที่ 2 ผลการศึกษาเบื้องต้นสถานการณ์ปัจจุบันของโครงการ QOF

นางสาวรุ่งนภา คำพวง นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นสถานการณ์ปัจจุบันของโครงการ QOF ในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คณะกรรมการกำกับทิศอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะ สรุปได้ดังนี้

จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่าโครงการ QOF บรรลุวัตถุประสงค์เนื่องจากหน่วยบริการเกิดการประสานงานระหว่างเครือข่าย ในส่วนที่ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์เนื่องจากหน่วยบริการรู้สึกว่างงบประมาณ QOF เป็นเงินของหน่วยบริการอยู่แล้ว การออกแบบตัวชี้วัด และหลักเกณฑ์ต่างๆ ยังไม่เหมาะสม และการจัดสรรงบประมาณยังไม่สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรเท่าที่ควร โดยคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดได้จัดทำข้อเสนอแนะ คือ 1) สปสข. และกระทรวงสาธารณสุขควรร่วมกันบริหารโครงการในระดับนโยบาย 2) ปรับปรุงกลวิธีดำเนินงาน เช่น แยกงบประมาณ QOF จากงบเหมาจ่ายรายหัวในวงเงินที่เหมาะสม ควรมีตัวชี้วัดเฉพาะสำหรับ รพ.สต. และ หน่วยบริการปฐมภูมิในรพ. จัดสรรงบประมาณตามคะแนนไปยัง รพ.สต. โดยตรง มีกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดที่โปร่งใส มีส่วนร่วม และมีหลักฐานวิชาการรองรับ และควรพัฒนาระบบกำกับติดตามประเมินผล 3) พัฒนาระบบสนับสนุน เช่น ระบบสารสนเทศ บุคลากร และระบบข้อมูลข่าวสาร จากนั้น ผู้เข้าร่วมประชุมอภิปรายผลการศึกษา มีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

### ด้านตัวชี้วัดคุณภาพ

- จากผลการศึกษา พบว่าผู้ปฏิบัติงานต้องการให้แยกตัวชี้วัดระหว่าง รพ.สต. และ รพ. เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการจัดสรรงบประมาณ อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่าไม่ควรแยกตัวชี้วัดระหว่าง รพ.สต. กับ รพ. เนื่องจากงานบริการปฐมภูมิเป็นงานที่ต้องทำงานร่วมกัน และ ณ เวลาคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสนับสนุนว่าการแยกตัวชี้วัดระหว่าง รพ. และ รพ.สต. จะช่วยให้การบริหารจัดการดีขึ้นจริง อย่างไรก็ตาม โครงการศึกษานี้จะมีทดสอบตัวชี้วัดในพื้นที่และประเมินในประเด็นดังกล่าวเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับตัดสินใจเชิงนโยบาย ดังนั้นคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจะพัฒนาตัวชี้วัดให้มีความสมดุลกันระหว่าง รพ. และ รพ.สต. และเสนอแนวทางการจัดสรรเงินสำหรับพื้นที่เพื่อให้การจัดสรรเงินมีความโปร่งใส ตอบสนองความต้องการแก้ไขปัญหาสุขภาพของ CUPs โดยแนวทางฯ ควรมีความยืดหยุ่นเนื่องจากแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันในหลายด้าน เช่น ปัญหาสุขภาพ บริบท แนวทางบริหารจัดการ
- การพัฒนาตัวชี้วัด QOF เป็นเรื่องที่ต้องวางแผนดำเนินการในระยะยาว โดยในระยะแรก ตัวชี้วัดอาจเกี่ยวข้องกับ structural (input) และ process และในระยะต่อไปจึงจะพัฒนาตัวชี้วัดด้าน outcome และ output
- การพัฒนาตัวชี้วัดควรคำนึงบริบทงานบริการปฐมภูมิในประเทศไทย เนื่องจากงานบริการปฐมภูมิของประเทศไทยอังกฤษเป็น primary medical care ที่มุ่งเน้นการรักษา ในขณะที่ประเทศไทยเป็น primary health care ที่เน้นการดูแลแบบต่อเนื่องและองค์รวม ดังนั้น สำหรับประเทศไทยอาจมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการทำงานในชุมชน
- ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ซึ่งแต่ละเขตเลือกใช้กันมาก อาจไม่สามารถนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดระดับประเทศได้ เช่น ตัวชี้วัดด้านทันตกรรม เนื่องจากพบว่าเป็นเรื่องที่ทำได้ดีอยู่แล้ว การคัดเลือกตัวชี้วัดระดับพื้นที่อาจไม่ได้คัดเลือกจากปัญหาสุขภาพที่แท้จริง

### ด้านงบประมาณและการบริหารจัดการ

- คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดเสนอให้แยกงบประมาณ QOF ออกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว อย่างไรก็ตาม อาจเป็นการยากในทางปฏิบัติและอาจไม่สามารถดำเนินการได้ในเวลานี้ คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดควรมีข้อเสนอแนะแนวทางการบริหารจัดการหากไม่สามารถแยกงบ QOF ออกจากงบเหมาจ่ายรายหัวได้

- โครงการ QOF ใช้กลไกทางการเงินจูงใจให้เจ้าหน้าที่และหน่วยบริการเพิ่มคุณภาพการบริการ อย่างไรก็ตามอาจต้องทบทวนว่าการจ่ายเงินให้กับหน่วยงาน โดยเจ้าหน้าที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น สามารถก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเพิ่มคุณภาพบริการได้มากน้อยเพียงใด
- โครงการ QOF เป็นโครงการที่ต้องดำเนินการระยะยาว จึงควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในเรื่องต่างๆ เช่น การพัฒนาตัวชี้วัด การคัดเลือกตัวชี้วัด การจัดสรรเงิน เพื่อให้การบริหารจัดการโครงการมีความชัดเจนมากขึ้น
- ที่ประชุมอภิปรายเรื่องวัตถุประสงค์ของโครงการ QOF ว่ามุ่งเน้นพัฒนาระบบสุขภาพหรือพัฒนาคุณภาพบริการ ที่ประชุมเห็นว่าโครงการ QOF ต้องการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ ส่วนบทบาทการพัฒนาระบบสุขภาพอาจเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือ สปสช. โดยใช้งบประมาณส่วนอื่น นอกจากนี้ ตัวชี้วัดคุณภาพ QOF เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับพัฒนาคุณภาพบริการมากกว่าพัฒนาระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตามประเด็นเรื่องกำลังคนและระบบโครงสร้างพื้นฐานยังเป็นสิ่งที่มองข้ามไม่ได้ เนื่องจากเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับการคุณภาพสำหรับงานบริการปฐมภูมิสำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน

### ระเบียบวาระที่ 3 ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการ

ดร.ภญ.จันทนา พัฒนภัสส์ นำเสนอผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คณะกรรมการกำกับทิศคัดเลือกปัญหาสุขภาพสำหรับพัฒนาตัวชี้วัด ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 กลุ่ม มีดังนี้

ปัญหาสุขภาพ	คะแนน	
	กลุ่มผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ (n=15)	กลุ่ม ผู้ปฏิบัติงาน (n=10)
กำลังคน และโครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการปฐมภูมิ	12	7
การป้องกันและการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	11	6
การให้บริการมารดาก่อนคลอด รวมถึงการลดการผ่าคลอด (Antenatal care)	7	1
การประเมินความเสี่ยงโดยรวม (global risk score) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	6	8
การคัดกรองการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด และบำบัดอย่างย่อ โดย ASSIST	5	3
การวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด (COPD and asthma)	2	2
การคัดกรอง ให้คำปรึกษา และรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซี	1	0
การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม	1	2
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาอย่างทันที่	0	2

จากนั้น ผู้เข้าร่วมประชุมอภิปรายผลการศึกษา มีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

- งานบริการปฐมภูมิเป็น health approach มากกว่า disease approach เนื่องจากงานบริการปฐมภูมิเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมซึ่งรวมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และมีความต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การวัดคุณภาพงานบริการปฐมภูมิที่แท้จริงอาจทำได้ยาก ใช้เวลานาน และอาจไม่มีข้อมูลตัวชี้วัดในระบบรายงานปกติ ดังนั้นจึงควรผสมผสานทั้งสองแนวคิด (health and disease approach) โดยอาจใช้ประเด็นปัญหาสุขภาพ (disease) เป็นตัวแทนของการวัดมิติคุณภาพเพื่อให้การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพดำเนินต่อไปได้ ซึ่งอาจไม่สามารถวัดสิ่งที่ต้องการได้ทั้งหมด
- หัวข้อ “กำลังคนและโครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการปฐมภูมิ” ไม่ควรอยู่ในกรอบสำหรับการพัฒนาตัวชี้วัด QOF เนื่องจากเรื่องดังกล่าวเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข หรือ สปสช. โดยใช้งบประมาณในส่วนอื่น
- ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอให้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพและสำรวจด้วยวิธี Delphi เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยอาจเกิดอคติในการเลือกปัญหาสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีระยะเวลาจำกัด จึงยังไม่สามารถสำรวจด้วยวิธีการดังกล่าวได้
- คณะที่ได้ตามตารางข้างต้นขาดความน่าเชื่อถือเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีน้อย นอกจากนี้แนวทางสำหรับพิจารณาคัดเลือกปัญหาสุขภาพควรใช้เพียง 3 รายการ ได้แก่ 1) burden of the condition; 2) seriousness of quality; และ 3) feasibility of quality assessment โดยให้คะแนนเป็นรายชื่อสำหรับแต่ละปัญหาสุขภาพ และควรมีการถ่วงน้ำหนักสำหรับแนวทางแต่ละข้อ เพื่อให้ได้ผลคะแนนที่ชัดเจนมากขึ้น สำหรับการตัดสินใจ
- ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอปัญหาสุขภาพบางรายการที่น่าจะเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญและควรพัฒนาตัวชี้วัด ได้แก่ HIV/AIDs คนใช้ติดเตียง วัณโรค มะเร็ง ดร.นพ.ยศ ชี้แจงว่าเรื่องวัณโรคไม่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในเวลานี้เนื่องจากความครอบคลุมของการให้วัคซีนเกินร้อยละ 90 ส่วนเรื่อง HIV/AIDs นั้นการดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ที่หน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ส่วนเรื่องคนใช้ติดเตียง คณะกรรมการกำกับทิศทางสามารถพิจารณาคัดเลือกให้เป็นปัญหาสุขภาพสำหรับพัฒนาตัวชี้วัดได้หากเห็นสมควร ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมให้ข้อมูลสนับสนุนว่าควรดำเนินการเรื่องคนใช้ติดเตียงเนื่องจากมีความสอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
- ผู้เข้าร่วมประชุมมีมติเลือกปัญหาสุขภาพสำหรับพัฒนาตัวชี้วัด QOF ได้แก่ 1) โรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด) 2) แม่และเด็ก 3) คนใช้ติดเตียง 4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล 5) โรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประธานนัดหมายการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางต่อไปคือวันจันทร์ที่ 19 ตุลาคม 2558 เวลา 16.00-19.00 น.

.....

ดร.ภญ.จันทนา พัฒนภัสช์  
ผู้บันทึกรายงานการประชุม

.....

นางสาวรุ่งนภา คำผาง  
ผู้ตรวจรายงานการประชุม



## ภาคผนวก ง.

### แนวทางเวชปฏิบัติที่ใช้อ้างอิงในการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ

#### โรคเรื้อรัง

1. แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2556  
โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
2. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2557  
โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี  
สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ
3. แนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปีงบประมาณ 2558  
โดย ผศ.ศุภวรรณ มโนสุนทร และคณะ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
4. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบ  
การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2553  
โดย พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
5. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ไม่ระบุปี)  
โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

#### อนามัยแม่และเด็ก

1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก  
โดย กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
2. แนวทางการปฏิบัติเรื่องการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ พ.ศ.2555  
โดย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
3. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn 2013  
โดย องค์การอนามัยโลก

#### ผู้ป่วยติดเตียง

1. ทีมหมอบครอบครัว (Family Care Team: FCT) พ.ศ. 2557  
โดย สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. การจัดการความรู้และสังเคราะห์ แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการ  
บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2553  
โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

#### การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

1. แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2554)  
โดย สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

## โรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. การพัฒนาระบบการดูแลโรคหืด เครื่องช่วยหน่วยบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (CUP) และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2554  
โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
2. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย v.5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555  
โดย สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย
3. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553  
โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

## ภาคผนวก จ.

### ผลการประเมินแนวทางเวชปฏิบัติ

## AGREE II-Global Rating Scale (AGREE II-GRS) Instrument

### Instructions

The AGREE II-GRS Instrument consists of 5 items assessing how well the guideline is reported. The AGREE II-GRS is a reasonable guideline assessment tool alternative to, AGREE II, especially when time and resources are limited.

**Table 1: AGREE II-Global Rating Scale Item Descriptions** provides information about the contents in each item category.

**Table 1: AGREE II-Global Rating Scale Item Descriptions**

Element	Description
<b>Process of Development</b>	Rate the quality of the development process. Consider: Were the appropriate stakeholders involved in the development of the guideline? Was the evidentiary base developed systematically? Were recommendations consistent with the literature? Was there consideration of alternatives, health benefits, harms, risks, and costs?
<b>Presentation Style</b>	Rate the quality of the guideline presentation style. Consider: Was the guideline well organized? Were the recommendations easy to find?
<b>Completeness of Reporting</b>	Rate the quality of reporting. Consider: 1) The transparency and reproducibility of the guideline development process. 2) The completeness of information to inform decision making.
<b>Clinical Validity</b>	Rate the quality of the guideline recommendations. Consider: Are the recommendations clinically sound? Are the recommendations appropriate for the intended patients?
<b>Overall Quality</b>	Rate the overall quality of the guideline. Consider: Your response to the above four items.

## AGREE II-Global Rating Scale (AGREE II-GRS) Instrument

**Instructions:** For each item, please choose the response on the 7 point scale which best characterizes the clinical practice guideline.

Item	Description	Lowest Quality (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Highest Quality (7)
1. Rate the overall quality of the guideline development methods	Consider: <i>Were the appropriate stakeholders involved in the development of the guideline?</i> <i>Was the evidentiary base developed systematically?</i> <i>Were recommendations consistent with the literature?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rate the overall quality of the guideline presentation	Consider: <i>Was the guideline well organized?</i> <i>Were the recommendations easy to find?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rate the completeness of reporting.	Consider: <i>Was the guideline development process transparent and reproducible?</i> <i>How complete was the information to inform decision making?</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rate the overall quality of the guideline recommendations	Consider: <i>Are the recommendations clinically sound?</i> <i>Are the recommendations appropriate for the intended patients?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Rate the overall quality of the guideline.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## General Questions: Overall Guideline Assessment

**Instructions:** For each item, please choose the response on the 7 point scale which best characterizes the clinical practice guideline.

Item	Strongly Disagree (1)	Disagree (2)	Disagree Slightly (3)	Neither Agree or Disagree (4)	Agree Slightly (5)	Agree (6)	Strongly Agree (7)
1. I would recommend this guideline for use in practice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I would make use of a guideline of this quality in my professional decisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### AGREE II-Global Rating Scale (AGREE II-GRS) Instrument

**Instructions:** For each item, please choose the response on the 7 point scale which best characterizes the clinical practice guideline.

Item	Description	Lowest Quality (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Highest Quality (7)
1. Rate the overall quality of the guideline development methods	Consider: <i>Were the appropriate stakeholders involved in the development of the guideline?</i> <i>Was the evidentiary base developed systematically?</i> <i>Were recommendations consistent with the literature?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rate the overall quality of the guideline presentation	Consider: <i>Was the guideline well organized?</i> <i>Were the recommendations easy to find?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rate the completeness of reporting.	Consider: <i>Was the guideline development process transparent and reproducible?</i> <i>How complete was the information to inform decision making?</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rate the overall quality of the guideline recommendations	Consider: <i>Are the recommendations clinically sound?</i> <i>Are the recommendations appropriate for the intended patients?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Rate the overall quality of the guideline.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### General Questions: Overall Guideline Assessment

**Instructions:** For each item, please choose the response on the 7 point scale which best characterizes the clinical practice guideline.

Item	Strongly Disagree (1)	Disagree (2)	Disagree Slightly (3)	Neither Agree or Disagree (4)	Agree Slightly (5)	Agree (6)	Strongly Agree (7)
1. I would recommend this guideline for use in practice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I would make use of a guideline <u>of this quality</u> in my professional decisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

### AGREE II-Global Rating Scale (AGREE II-GRS) Instrument

**Instructions:** For each item, please choose the response on the 7 point scale which best characterizes the clinical practice guideline.

Item	Description	Lowest Quality (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Highest Quality (7)
1. Rate the overall quality of the guideline development methods	Consider: <i>Were the appropriate stakeholders involved in the development of the guideline?</i> <i>Was the evidentiary base developed systematically?</i> <i>Were recommendations consistent with the literature?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rate the overall quality of the guideline presentation	Consider: <i>Was the guideline well organized?</i> <i>Were the recommendations easy to find?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rate the completeness of reporting.	Consider: <i>Was the guideline development process transparent and reproducible?</i> <i>How complete was the information to inform decision making?</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rate the overall quality of the guideline recommendations	Consider: <i>Are the recommendations clinically sound?</i> <i>Are the recommendations appropriate for the intended patients?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rate the overall quality of the guideline.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### General Questions: Overall Guideline Assessment

**Instructions:** For each item, please choose the response on the 7 point scale which best characterizes the clinical practice guideline.

Item	Strongly Disagree (1)	Disagree (2)	Disagree Slightly (3)	Neither Agree or Disagree (4)	Agree Slightly (5)	Agree (6)	Strongly Agree (7)
1. I would recommend this guideline for use in practice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I would make use of a guideline <u>of this quality</u> in my professional decisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## AGREE II-Global Rating Scale (AGREE II-GRS) Instrument

**Instructions:** For each item, please choose the response on the 7 point scale which best characterizes the clinical practice guideline.

Item	Description	Lowest Quality (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Highest Quality (7)
1. Rate the overall quality of the guideline development methods	Consider: <i>Were the appropriate stakeholders involved in the development of the guideline?</i> <i>Was the evidentiary base developed systematically?</i> <i>Were recommendations consistent with the literature?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rate the overall quality of the guideline presentation	Consider: <i>Was the guideline well organized?</i> <i>Were the recommendations easy to find?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rate the completeness of reporting.	Consider: <i>Was the guideline development process transparent and reproducible?</i> <i>How complete was the information to inform decision making?</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rate the overall quality of the guideline recommendations	Consider: <i>Are the recommendations clinically sound?</i> <i>Are the recommendations appropriate for the intended patients?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Rate the overall quality of the guideline.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## General Questions: Overall Guideline Assessment

**Instructions:** For each item, please choose the response on the 7 point scale which best characterizes the clinical practice guideline.

Item	Strongly Disagree (1)	Disagree (2)	Disagree Slightly (3)	Neither Agree or Disagree (4)	Agree Slightly (5)	Agree (6)	Strongly Agree (7)
1. I would recommend this guideline for use in practice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I would make use of a guideline <u>of this quality</u> in my professional decisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การพัฒนากระบวนการดูแลโรคหืด เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (CUP)  
 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2554

### AGREE II-Global Rating Scale (AGREE II-GRS) Instrument

**Instructions:** For each item, please choose the response on the 7 point scale which best characterizes the clinical practice guideline.

Item	Description	Lowest Quality (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Highest Quality (7)
1. Rate the overall quality of the guideline development methods	Consider: Were the appropriate stakeholders involved in the development of the guideline? Was the evidentiary base developed systematically? Were recommendations consistent with the literature?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rate the overall quality of the guideline presentation	Consider: Was the guideline well organized? Were the recommendations easy to find?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rate the completeness of reporting.	Consider: Was the guideline development process transparent and reproducible? How complete was the information to inform decision making?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rate the overall quality of the guideline recommendations	Consider: Are the recommendations clinically sound? Are the recommendations appropriate for the intended patients?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Rate the overall quality of the guideline.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### General Questions: Overall Guideline Assessment

**Instructions:** For each item, please choose the response on the 7 point scale which best characterizes the clinical practice guideline.

Item	Strongly Disagree (1)	Disagree (2)	Disagree Slightly (3)	Neither Agree or Disagree (4)	Agree Slightly (5)	Agree (6)	Strongly Agree (7)
1. I would recommend this guideline for use in practice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I would make use of a guideline of this quality in my professional decisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### AGREE II-Global Rating Scale (AGREE II-GRS) Instrument

**Instructions:** For each item, please choose the response on the 7 point scale which best characterizes the clinical practice guideline.

Item	Description	Lowest Quality (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Highest Quality (7)
1. Rate the overall quality of the guideline development methods	Consider: <i>Were the appropriate stakeholders involved in the development of the guideline?</i> <i>Was the evidentiary base developed systematically?</i> <i>Were recommendations consistent with the literature?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rate the overall quality of the guideline presentation	Consider: <i>Was the guideline well organized?</i> <i>Were the recommendations easy to find?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rate the completeness of reporting.	Consider: <i>Was the guideline development process transparent and reproducible?</i> <i>How complete was the information to inform decision making?</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rate the overall quality of the guideline recommendations	Consider: <i>Are the recommendations clinically sound?</i> <i>Are the recommendations appropriate for the intended patients?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Rate the overall quality of the guideline.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### General Questions: Overall Guideline Assessment

**Instructions:** For each item, please choose the response on the 7 point scale which best characterizes the clinical practice guideline.

Item	Strongly Disagree (1)	Disagree (2)	Disagree Slightly (3)	Neither Agree or Disagree (4)	Agree Slightly (5)	Agree (6)	Strongly Agree (7)
1. I would recommend this guideline for use in practice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I would make use of a guideline <u>of this quality</u> in my professional decisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ภาคผนวก ก.

### รายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศ ครั้งที่ 3 โครงการบ่งชี้ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

วันจันทร์ที่ 19 ตุลาคม 2558 เวลา 16.00–19.00 น.

ณ ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

#### กรรมการที่เข้าร่วมประชุม

1. นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	ประธาน
2. นพ.อำนาจ กาจันะ	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.ชจีรัตน์ ปรักเอโก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	เลขานุการ

#### ผู้เข้าร่วมประชุม

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

#### ผู้ที่ไม่มาประชุม

1. รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร	ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ
2. นพ.พนา พงศ์ขำนะภัย	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
3. นพ.จักรกริช ใจวงศ์	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 ศุภชุติกุล ประธานคณะกรรมการฯ กล่าวเปิดการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม และเริ่มดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุมดังนี้

### ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

-

### ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศครั้งที่ 2

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศครั้งที่ 2 ที่จัดขึ้นเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558 โดยไม่มีข้อแก้ไข

### ระเบียบวาระที่ 3 นำเสนอตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับปัญหาสุขภาพที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญ และแผนการทดสอบตัวชี้วัด

ดร.รุ่งนภา คำพวง นำเสนอรายการตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับปัญหาสุขภาพที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญจำนวน 26 ตัวชี้วัด ดังนี้

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

- HT1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 3 ปี
- HT2 ร้อยละของประชากรไทยที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงระหว่าง 130-139/85-89 mmHg ได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- HT3 ร้อยละของประชากรไทยที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมีค่า  $\geq 140/90$  mmHg ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 1 เดือน
- HT4 การลงทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการปฐมภูมิ
- DM1 ร้อยละของประชากรไทยที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (random capillary blood glucose) ในรอบ 3 ปี
- DM2 ร้อยละของประชากรไทยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ได้รับการคำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- DM3 ร้อยละของประชากรไทยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ได้รับการส่งต่อเพื่อวัดระดับ fasting plasma glucose ซ้ำ
- DM4 การลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ
- DM5 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้า
- CVD1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยโปรแกรม Thai CV risk score

#### (2) อนามัยแม่และเด็ก

- MCH1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์
- MCH2 ร้อยละของมารดาหลังคลอดได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 7 วัน
- 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 ร้อยละของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยติดเตียงได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

### (4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล

RUA1 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

RUA2 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

### (5) โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Asthma1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด

Asthma2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสุศึกษา

Asthma3 ร้อยละของการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ในผู้ป่วยโรคหืด

Asthma4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถาม

Asthma5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์ภายใน 1 เดือน

COPD1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

COPD2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่

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

## ระเบียบวาระที่ 4 อภิปรายผลการศึกษา และคัดเลือกตัวชี้วัดสำหรับนำไปทดสอบที่หน่วยบริการ

### 4.1 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาตัวชี้วัดในภาพรวม

- คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดควรจัดทำรายการตัวชี้วัดที่สมบูรณ์ โดยประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านกระบวนการและผลลัพธ์ แม้ว่าบางตัวชี้วัดอาจยังไม่สามารถนำมาใช้ได้ในระยะเริ่มต้นของโครงการ QOF แต่อาจมีประโยชน์สำหรับการดำเนินโครงการระยะถัดไป
- ควรวัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในภาพรวม CUP ไม่ควรพิจารณาราย รพ.สต. ตัวอย่างเช่น การพิจารณา ร้อยละผู้มารับบริการที่ถูกส่งต่อจาก รพ.สต. ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลอาจมีประโยชน์น้อย แต่หากพิจารณาการให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปที่โรงพยาบาลในระดับ CUP น่าจะมีประโยชน์มากกว่า เนื่องจากบริการปฐมภูมิคือการทำงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาล
- กระบวนการคัดเลือกตัวชี้วัดอาจมีข้อดี เนื่องจากมีการพิจารณาความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลโดยผู้ให้บริการเป็นส่วนใหญ่ ตัวชี้วัดบางตัวอาจถูกตัดออกไปหากพบว่าไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ที่ประชุมแนะนำให้พิจารณาตัดเลือกตัวชี้วัดจากมุมมองของประชาชน หากเป็นไปได้ ควรมีตัวแทนภาคประชาชนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในกระบวนการคัดเลือกตัวชี้วัด

- การคัดเลือกตัวชี้วัดควรพิจารณาความสามารถในการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลในระบบ และสถานการณ์ที่ผ่านมา ตัวชี้วัดด้านกระบวนการบางรายการ เช่น ร้อยละความครอบคลุมของการคัดกรองโรคหรือการฉีดวัคซีน พบว่าหน่วยบริการเกือบทุกแห่งรายงานตัวเลขร้อยละความครอบคลุมฯ ค่อนข้างสูง ตัวเลขดังกล่าวอาจไม่สามารถบ่งบอกความแตกต่างในด้านคุณภาพบริการได้จริง ดังนั้นในบางกรณี อาจจำเป็นต้องพิจารณาเลือกใช้ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์สุขภาพ นอกจากนี้ ตัวชี้วัดบางรายการที่มีการใช้อยู่แล้ว อาจทำการทบทวนสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ผ่านมา และนำเสนอได้โดยไม่จำเป็นต้องนำไปทดสอบในพื้นที่
- คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดควรพิจารณาถึงวัตถุประสงค์และผลที่ได้รับจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูล 3 เดือนใน 36 PCUs เทียบกับการวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัด QOF ที่ผ่านมา 2-3 ปี ซึ่งเป็นข้อมูลของทั้งประเทศ ซึ่งอาจประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายมากกว่า ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากกว่า และน่าจะสามารถบ่งชี้ sensitive to change ได้ดีกว่า ในการนี้ ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การลงพื้นที่ทดสอบตัวชี้วัดว่าเป็นการพิจารณาความสามารถของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิว่าสามารถให้บริการตามตัวชี้วัดได้หรือไม่ บันทึกข้อมูลได้ถูกต้องหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร ใช้เวลาและต้นทุนการดำเนินงานมากน้อยเพียงใด ผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์มีอะไรบ้าง ฯลฯ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ไม่มีในฐานข้อมูล จึงมีความจำเป็นต้องเก็บจากพื้นที่
- มีข้อสังเกตว่าตัวชี้วัดที่นำเสนอเป็น disease approach เนื่องจากวัดร่างกาย โดยยังไม่มีการพัฒนาตัวชี้วัดที่เป็น health approach เช่น การเสริมพลังให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ (empowerment) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care) ซึ่งถือเป็นลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ
- ปัจจุบัน ประเทศไทยมีปัญหาด้านคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยพบว่ามีการบันทึกรหัสการวินิจฉัยโรคถูกต้องเพียงร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่าหน่วยบริการบางแห่งไม่ลงบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่ฐานข้อมูลมีโครงสร้างรองรับ สิ่งเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อความน่าเชื่อถือของผลการประเมินคุณภาพบริการของโครงการ QOF ดังนั้น การพัฒนาตัวชี้วัด QOF ให้ประสบผลสำเร็จ จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบและการบริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพควบคู่ไปด้วยกัน นอกจากนี้ การกำหนดรายละเอียด “ข้อยกเว้น” สำหรับตัวชี้วัดบางรายการ อาจทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ เนื่องจากระบบฐานข้อมูลไม่มีตัวแปรสำหรับข้อยกเว้นดังกล่าว

#### 4.2 ข้อเสนอแนะต่อตัวชี้วัด

##### 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 ที่ประชุมเห็นควรให้ทดสอบตัวชี้วัดนี้ในกลุ่มประชากรปกติตามที่คณะผู้พัฒนา

#### ตัวชี้วัดเสนอ

- รอบเวลาการเก็บข้อมูลสำหรับตัวชี้วัด QOF ควรเป็นมาตรฐานเดียวกันกับตัวชี้วัดที่รายงานต่อกระทรวงสาธารณสุข

### 2) อนามัยแม่และเด็ก

- ดัชนี MCH 2 เพราะการเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอด เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว อีกทั้งประเด็นดังกล่าวอาจไม่ใช่ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย
- ให้เพิ่มตัวชี้วัดเรื่องการวินิจฉัยและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

### 3) ผู้ป่วยติดเตียง

- ดัชนี BR 2 เพราะมีปัญหาในการวัด การเก็บข้อมูล และมีความเป็นไปได้สูงที่จะมีการรายงานข้อมูลเท็จ
- ควรเพิ่มตัวชี้วัดเรื่องการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

### 4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

- ตัวชี้วัดเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลมีความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการ อย่างไรก็ตาม ฐานข้อมูลของ รพ.สต. อาจยังไม่สมบูรณ์ ขอให้คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดตรวจสอบระหว่างการทดสอบตัวชี้วัด

### 5) โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- ผู้ป่วยหืดสมควรได้รับการดูแลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ปัจจุบันคือบุคลากรระดับ รพ.สต. มีทัศนคติว่าการดูแลผู้ป่วยหืดเป็นภารกิจของโรงพยาบาล ดังนั้น การมีตัวชี้วัดสำหรับโรคหืดอาจช่วยสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหืดให้กับบุคลากรได้
- Asthma 3 และ Asthma 4 ฐานข้อมูล 43 แพ้มไม่รองรับการบันทึกข้อมูล 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 สูงและต่ำละกัน
- 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)

- HT1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 3 ปี
- HT2 ร้อยละของประชากรไทยที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูง  $\geq 140/90$  mmHg ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 1 เดือน
- HT3 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
- DM1 ร้อยละของประชากรไทยที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose) ในรอบ 3 ปี
- DM2 ร้อยละของประชากรไทยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการส่งต่อเพื่อวัดระดับ fasting plasma glucose ซ้ำภายใน 2 เดือน
- DM3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
- CVD1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยโปรแกรม Thai CV risk score ในรอบ 3 ปี

##### (2) อนามัยแม่และเด็ก (maternal and child health)

- 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 (bedridden)

- BR1 การลงทะเบียนผู้ป่วยติดเตียงของหน่วยบริการปฐมภูมิ
- BR2 ร้อยละของผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

##### (4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (rational use of antibiotics)

- RUA1 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
- RUA2 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

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

- Asthma1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด
- Asthma2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสุศึกษา

- Asthma3 ร้อยละของการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ในผู้ป่วยโรคหืด
- Asthma4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถาม
- Asthma5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์ ภายใน 1 เดือน
- Asthma6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลัน
- COPD1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- COPD2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

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

ประธานนัดหมายการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศครั้งต่อไปคือวันพฤหัสบดีที่ 3 มีนาคม 2559 เวลา 13.00–16.30 น.

**ปิดการประชุม เวลา 19.30 น.**

.....  
นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง  
ผู้บันทึกรายงานการประชุม

.....  
ดร.กาญจนา พัฒนาเภสัช  
ผู้ตรวจรายงานการประชุม



## ภาคผนวก ช.

### รายงานการประชุม

# การให้ความเห็นต่อการพัฒนาตัวชี้วัดโครงการบ่งชี้วัดตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (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.ชลิรัตน์ ติเรกวัฒนชัย     | โรงพยาบาลรามารามาศิป์   |
| 2. นางสาวนพวรรณ อัศวรัตน์          | สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข               |
| 3. นายสัมฤทธิ์ สุขทวี              | ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. ภก.ไตรเทพ พงทอง                 | 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 เสตะปุตะ           | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ จังหวัดปทุมธานี           |
| 12. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ดันติเวส         | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 13. พญ.ธัญญรัตน์ อินทชัยสินทวี     | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 14. ดร.ภญ.จันทนา พัฒนเกสัช         | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 15. นางสาวรุ่งนภา คามาง            | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 16. นางสาวรักมณี บุตรชน            | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 17. นางสาวสุโรชา ชุตินวงศ์ชัยวัฒน์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 18. นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง          | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 19. นางสาวสุธิษุ ตั้งสถิตกุลชัย    | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 20. นายศุภวรรธน เพิ่มผลสุข         | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |
| 21. นางสาวอรพินท์ นพมาก            | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ                    |

### เริ่มประชุมเวลา 09.30 น.

ดร.ภญ.จันทนา พัฒนเกสัช กล่าวเปิดการประชุม และแนะนำวัตถุประสงค์ของการประชุมเพื่อให้ความเห็นต่อการพัฒนาตัวชี้วัดโครงการบ่งชี้วัดตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcomes Framework, QOF) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากนั้นเริ่มดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุมดังนี้

### ระเบียบวาระที่ 1 พิจารณาร่างตัวชี้วัดคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

พิจารณาร่างตัวชี้วัดคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ 24 ตัวชี้วัดในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ความจำเป็นของตัวชี้วัดในการเพิ่มคุณภาพการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และเหตุผล (ตัวชี้วัดมีความจำเป็นเมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิที่ปฏิบัติตามตัวชี้วัดสามารถให้บริการที่มีคุณภาพมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ได้ปฏิบัติตามตัวชี้วัด)

2. ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือไม่ เพราะเหตุใด
3. ท่านคิดว่าคำอธิบายของหัวข้อต่อไปนี้มีที่ความชัดเจนหรือไม่ เพราะเหตุใด
  - ชื่อตัวชี้วัด
  - ตัวหาร
  - ตัวตั้ง
  - ข้อยกเว้น
4. ท่านคิดว่าข้อมูลในระบบรายงานสำหรับตัวชี้วัดดังกล่าว (เช่น ข้อมูล 43 แพ้ม) มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือหรือไม่ 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 เพื่อความไม่สับสนของผู้ปฏิบัติงาน และรอบการตัดข้อมูลอาจมีปัญหา เพราะถ้าตัดในรอบ 3 ปี ทุกๆ 1 ปีจะมีคนที่อายุ 35 ปีเพิ่มขึ้น
- กลุ่มเป้าหมายทุกสิทธิ์ประชากร ควรมีเกณฑ์ที่ชัดเจน เช่น จัดคนให้อยู่ในกลุ่ม type 1-5 ใน 43 แพ้ม แล้วเลือกใช้ type ในการตัดข้อมูล
- ข้อยกเว้นตัวหาร “ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด” ควรยกเว้นเฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ยังเป็นกลุ่มเป้าหมายอยู่
- 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 แพ้ม 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 แพ้ม แล้วเลือกใช้ type ในการตัดข้อมูล

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

ข้อเสนอแนะ

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

DM3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ข้อเสนอแนะ

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

CVD1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยโปรแกรม Thai CV risk score

ข้อเสนอแนะ

- การตัดกรองโดยปกติจะคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 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 ทำให้มีบางพื้นที่ที่มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ มีจำนวนน้อยมาก เพราะรอให้ลูกดิ้นก่อนถึงจะเข้ามาฝากครรภ์
  - หญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่พึงประสงค์ เก็บตัว ทำให้ไม่ยอมมาฝากครรภ์ในระยะเวลาที่กำหนด ควรกำหนดช่วงอายุ เช่น ยกเว้นหญิงมีครรภ์ที่อายุ  $< 20$  ปี
  - สิทธิ์ในการฝากครรภ์ 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

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

MCH4 ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่มีค่า hemoglobin และ hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในเดือนที่ 3 หลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

- ตัวชี้วัดโดยปกติแล้วจะไม่วัดซ้ำกัน 2 ตัว ให้ระบุมาว่าควรจะวัดค่าจากตัวใด ระหว่าง hemoglobin กับ hematocrit หากสามารถวัดได้ทั้งคู่ ควรเปลี่ยนค่า จาก “hematocrit และ hemoglobin” เป็น “hematocrit หรือ hemoglobin” เป็นต้น
- ในบางพื้นที่ไม่พบกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง 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 และข้อมูลภาวะโภชนาการผิดปกติในกรณีเด็กอ่อน

### (3) ผู้ป่วยติดเตียง

BR1 การลงทะเบียนผู้ป่วยติดเตียงของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะ

- รพ.สต มีทะเบียนอยู่แล้ว ตัวชี้วัดนี้ไม่มีประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพ
- ในกรณี refer กลับมาตายที่บ้าน จะทำให้เกิดความสับสน และยุ่งยาก
- คำจำกัดความของคำสำคัญไม่ควรคลุม เพราะนโยบายของหมอครอบครัวจะรวมถึงผู้สูงอายุที่ติดเตียง หรือกลุ่มที่ไม่ได้มีปัญหากจากโรคดังกล่าว
- เสนอให้ตัวชี้วัดเป็นเชิงคุณภาพ เช่น มีการลงทะเบียน มี CPG ในการดูแล มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ลงเยี่ยม ถ้าเป็นการประเมินในเชิงปริมาณนั้นทำยาก เพราะขึ้นอยู่กับรูปแบบ และ ประสิทธิภาพของสหวิชาชีพในภาพของ CUP

- ระบบนี้เป็นลักษณะ service plan คือตั้งแต่ รพศ. ส่งต่อไปให้ รพช. และส่งต่อไปยัง รพ.สต. ต้องใช้ศักยภาพในการประเมินระบบค่อนข้างเยอะ
- ในระบบ 43 แพ้มไม่มีการบันทึกข้อมูล ตัวชี้วัดนี้จะอยู่ในระบบของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) (หมอคอบคร้ว)

BR2 ร้อยละของผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะ

- “ทีมสหสาขาวิชาชีพ” เสนอให้เป็น ทีมหมอคอบคร้ว
- จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ขึ้นอยู่กับอาการของแต่ละคน
- เสนอให้รวมทั้ง 2 ตัวชี้วัดให้เป็นตัวเดียวกัน และใช้กระบวนการประเมินเหมือนที่หมอคอบคร้วทำอยู่ตอนนี้

#### (4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

RUA1 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับการยาปฏิชีวนะ และ

RUA 2 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจุลจากร่องเย็บแผลที่ได้รับการยาปฏิชีวนะ

ข้อเสนอแนะ

- บาง รพ.สต. ไม่มีทางเลือก ต้องให้ไปตามอาการ เพราะคนไข้ต้องขึ้นเขาลงเขามาหาหมอ การชะลอการให้ยาอาจทำให้คนไข้ติดเชื้อได้จริงๆ
- บางกรณีหมออาจถูกกดดันจากคนไข้ จึงยอมให้ เพราะกลัวการร้องเรียน เนื่องจากคนไข้เห็นว่าเกิดความไม่เท่าเทียมในการจ่ายยาของสถานพยาบาล
- แนะนำให้ประเมินในระดับ CUP และเสนอให้มีการแก้ปัญหาที่ร้านขายยา หรือภาคเอกชนไปพร้อมๆ กัน
- เสนอให้มีการอบรมผู้ให้บริการในเรื่องความรู้ ความแม่นยำในการวินิจฉัย การให้รหัสโรค และให้ความรู้ สร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนด้วย

#### (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 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสุศึกษา

ข้อเสนอแนะ

- การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่จะให้ในโรงพยาบาล และให้แบบ Individual โดยแพทย์ และควรเน้นให้สุศึกษาในครั้งแรกที่มาขึ้นทะเบียน
- ในกรณีที่ผู้ป่วยถูกส่งกลับมาให้ รพ.สต. ดูแล ควรได้รับสุศึกษาอีกครั้ง และเสนอให้ประเมินผลที่ รพ.สต. เท่านั้น

Asthma3 ร้อยละของการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ในผู้ป่วยโรคหืด

ข้อเสนอแนะ

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

Asthma4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถาม

ข้อเสนอแนะ

- การประเมินผลการควบคุมโรคหืดด้วยแบบสอบถาม ทาง รพ.สต. ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน แต่มีการประเมินผลการควบคุมโรคหืดที่โรงพยาบาล
- ในฐานะข้อมูล 43 แพ้ม ไม่มี filed ในการลงบันทึกข้อมูลการประเมินผลการควบคุมโรคหืด และไม่มีรหัสการให้หัตถการ

Asthma5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรค ได้รับการส่งต่อพบแพทย์ภายใน 1 เดือน

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 มีเพียงแต่เปลี่ยนค่า หรือเพิ่ม/ลดข้อมูลต่างๆ 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 ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยโปรแกรม Thai CV risk score

### (2) อณามัยแม่และเด็ก

- 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 ร้อยละของผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

### (4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

- RUA1 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
- RUA2 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

### (5) โรคหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- Asthma1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด
- Asthma2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสูดศึกษา

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

.....  
ดร.ภญ.จันทนา พัฒนเกิ้ลซ์  
ผู้ตรวจรายงานการประชุม





บทที่

# 3

การทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

## บทที่ 3 การทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

3.1	ที่มาและความสำคัญ	91
3.2	การทบทวนวรรณกรรม	92
3.3	วัตถุประสงค์	93
3.4	กรอบแนวคิดการศึกษา	94
3.5	ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิที่นำมาศึกษา	94
3.6	พื้นที่ศึกษา	97
3.7	วิธีการเก็บข้อมูล	97
3.7.1	การทบทวนเอกสาร	97
3.7.2	การสัมภาษณ์เชิงลึก	97
3.7.3	การสนทนากลุ่ม	97
3.7.4	การรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ	98
3.8	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	98
3.8.1	วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	98
3.8.2	วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	98
3.9	การประกันคุณภาพของงานวิจัย	98
3.10	ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย	99
3.11	ผลการศึกษา	99
3.11.1	ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการที่ร่วมทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	99
3.11.2	การยอมรับตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการ	100
3.11.3	การมีอยู่ของข้อมูล	104
3.11.4	ความน่าเชื่อถือของข้อมูล	104
3.11.5	ผลงานก่อนทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	105
3.11.6	ต้นทุนและภาระงาน	112
3.12	อภิปรายผลการศึกษา	113
3.13	เอกสารอ้างอิง	115
3.14	ภาคผนวก	116

### สารบัญตาราง

ตารางที่ 3.1	รายการตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	95
ตารางที่ 3.2	กลุ่มและเกณฑ์ในการยอมรับตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการ	100
ตารางที่ 3.3	ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิแบ่งตามกลุ่มการยอมรับในบริบทจังหวัดอื่นๆ	100
ตารางที่ 3.4	ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิแบ่งตามกลุ่มการยอมรับในบริบทกรุงเทพมหานครฯ	101
ตารางที่ 3.5	การมีอยู่ของข้อมูลเพื่อประมวลผลงานตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในบริบทจังหวัดอื่นๆ	104
ตารางที่ 3.6	การมีอยู่ของข้อมูลในบริบทกรุงเทพมหานครฯ	104

## สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 3.1	กรอบแนวคิดการศึกษา	94
รูปที่ 3.2	แสดงช่วงเวลาการดึงข้อมูล	98
รูปที่ 3.3	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในรอบ 3 ปี	106
รูปที่ 3.4	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในรอบ 3 ปี เฉพาะประชากร Type I และ Type III	106
รูปที่ 3.5	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน โดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วในรอบ 3 ปี	106
รูปที่ 3.6	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วในรอบ 3 ปี เฉพาะประชากร Type I และ Type III	107
รูปที่ 3.7	ร้อยละกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงได้พบแพทย์ใน 1 เดือน	107
รูปที่ 3.8	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดได้ดี	108
รูปที่ 3.9	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดได้ดี	108
รูปที่ 3.10	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เกิน 12 สัปดาห์ จำแนกราย CUPs	109
รูปที่ 3.11	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้รับการส่งต่อพบแพทย์ จำแนกราย CUP	109
รูปที่ 3.12	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	110
รูปที่ 3.13	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	110
รูปที่ 3.14	จำนวนผู้ป่วยโรคหืดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบจำแนกราย PCU	111
รูปที่ 3.15	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสุขศึกษาจำแนกราย PCU	111
รูปที่ 3.16	ระยะเวลาในการให้บริการตามตัวชี้วัด	112
รูปที่ 3.17	จำนวนต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ จำแนกรายตัวชี้วัด	113

## บทที่ 3 การทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ



### 3.1 ที่มาและความสำคัญ

การทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิเป็นกระบวนการสำคัญ เนื่องจากการทดลองใช้ตัวชี้วัด ก่อนการดำเนินการจริง ซึ่งจะทำให้ทราบปัญหาอุปสรรค รวมทั้งผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินการตามตัวชี้วัด ในโครงการ QOF (1) บทเรียนของการดำเนินงานในสหราชอาณาจักร เมื่อปี พ.ศ. 2547 ที่เริ่มโครงการ QOF โดยใช้ตัวชี้วัด ซึ่งประกอบไปด้วยตัวชี้วัดเชิงโครงสร้างและตัวชี้วัดที่แสดงผลลัพธ์ทางคลินิก จำนวน 146 ตัวชี้วัด (2) อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัด เหล่านี้ไม่ได้ผ่านการทดสอบในพื้นที่ ทำให้เกิดปัญหาในเชิงปฏิบัติ เช่น ปัญหาด้านระบบการบันทึกข้อมูล โดยพบว่าตัวชี้วัด บางตัวไม่สามารถบันทึกข้อมูลในระบบได้ ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตามตัวชี้วัด และผู้ปฏิบัติงานใช้เวลามากกว่าที่คาดการณ์ล่วงหน้าในการปฏิบัติตามตัวชี้วัด เป็นต้น (3-5) ปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคของความสำเร็จในการดำเนินงาน (6)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 NICE ได้ริเริ่มกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัด แบบใหม่ขึ้น โดยเน้นกระบวนการที่โปร่งใส มีหลักฐานทางวิชาการประกอบ สร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และจัดให้มีการทดสอบตัวชี้วัด ก่อนการดำเนินการจริง การศึกษาของ Lester และคณะ เมื่อปี พ.ศ. 2554 พบว่าผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการทดสอบตัวชี้วัด ในพื้นที่ ที่ทำให้ทราบถึงข้อดีและข้อเสียของการดำเนินงานจริง และผู้ปฏิบัติงานสามารถหาช่องทางการดำเนินงานเพื่อบูรณาการการทำงานให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด ที่กำหนดขึ้น ทำให้สามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ (7) ประการสำคัญคือ ผลการทดสอบตัวชี้วัด ได้ถูกใช้ประโยชน์สำหรับผู้กำหนดนโยบายในการคัดเลือกตัวชี้วัด ที่วางอยู่บนข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยเพิ่มความชอบธรรมและประสิทธิภาพของการดำเนินโครงการ QOF ให้มากขึ้นไปอีก

## 3.2 การทบทวนวรรณกรรม

ถึงแม้การทดสอบตัวชี้วัดฯ จะไม่ได้เป็นเรื่องใหม่ในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ที่มีหลายหน่วยงานมีประสบการณ์ในการทดสอบตัวชี้วัดฯ ได้แก่ Physician Consortium for Performance Improvement (PCPI) ภายใต้ American Medical Association (AMA) (8) หรือ National Committee for Quality Assurance (NCQA) ซึ่งเป็นผู้พัฒนา Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) (9) และการพัฒนาตัวชี้วัดฯ ของ Veterans Administration (10) แต่ยังไม่เคยมีรายงานผลการทดสอบตัวชี้วัดฯ จากประเทศไทยหรือประเทศกำลังพัฒนาในฐานะข้อมูลวิชาการ Medline มาก่อน เนื่องจากโครงการ QOF ของประเทศไทยมีจุดกำเนิดมาจากการดำเนินงานในสหราชอาณาจักร คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ จึงขอสรุปแนวทางการทดสอบตัวชี้วัดฯ ในพื้นที่ที่แนะนำโดย Campbell และคณะเมื่อปี พ.ศ. 2554 (5) ดังต่อไปนี้

- ชื่อและรายละเอียดตัวชี้วัดฯ ควรได้รับการแก้ไขก่อนนำไปทดสอบในพื้นที่ โดยพิจารณาความชัดเจนของตัวชี้วัดฯ เช่น ชื่อตัวชี้วัดฯ ควรมีความชัดเจน เข้าใจได้ง่าย เป็นไปในทางเดียวกัน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพิจารณาประเด็นความตรง (validity) ของเนื้อหาตัวชี้วัดฯ กล่าวคือ ตัวชี้วัดฯ ต้องสามารถแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างคุณภาพของการให้บริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้น โดยพิจารณาว่าตัวชี้วัดฯ นั้นสอดคล้องกับคำแนะนำในแนวปฏิบัติทางคลินิกของ NICE หรือไม่
- นอกจากนี้ยังพิจารณาความสำคัญ (necessity) ของตัวชี้วัดฯ โดยใช้ RAND/UCLA appropriateness method ซึ่งดำเนินการในรูปแบบของการใช้หลักฐานทางวิชาการประกอบกับมติเอกฉันท์ของผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง กระบวนการเริ่มด้วยการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงส่งเอกสารเกี่ยวกับตัวชี้วัดฯ ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา และแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งให้คะแนนความสำคัญของตัวชี้วัดฯ (คะแนน 1-9) หลังจากนั้นคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ ได้ทำการประมวลผล และจัดประชุมรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาผลคะแนนในรอบแรกอภิปรายร่วมกัน และให้คะแนนอีกครั้ง โดยคะแนนครั้งที่ 2 จะถือว่าเป็นมติของที่ประชุม
- การทดสอบตัวชี้วัดฯ คือ การทดลองนำตัวชี้วัดฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่สมัครใจร่วมทดสอบตัวชี้วัดฯ เป็นเวลา 6 เดือน แล้วรวบรวมข้อมูลตามประเด็นต่อไปนี้
  - ความเป็นไปได้และความน่าเชื่อถือของข้อมูล (technical feasibility and reliability) โดยพิจารณาว่าข้อมูลที่บันทึกและรวบรวมได้ในระบบฐานข้อมูลมีความน่าเชื่อถือหรือไม่ วิธีการดึงข้อมูลเพื่อประเมินผลตัวชี้วัดฯ เหมาะสมหรือไม่ ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบข้อมูลสารสนเทศจะเป็นผู้เขียนคำสั่ง หลักการ และวิธีการดึงข้อมูล จากนั้นทดสอบว่าคำสั่งเหล่านี้สามารถดำเนินการได้จริงหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคส่วนไหน และควรแก้ไขอย่างไร
  - ภาระงาน (workload) การรวบรวมข้อมูลภาระงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดฯ แต่ละตัวดำเนินการโดยการขอความร่วมมือให้หน่วยบริการที่ร่วมทดสอบตัวชี้วัดฯ บันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในทุกวัน ตั้งแต่เริ่มทดสอบตัวชี้วัดฯ จนถึงสิ้นสุดการทดสอบตัวชี้วัดฯ ต่อมานำข้อมูลเหล่านี้มาคำนวณเป็นภาระงานและต้นทุน เพื่อใช้ในการประเมินความคุ้มค่าของตัวชี้วัดฯ สำหรับความไวในการเปลี่ยนแปลงผลงานบริการ (sensitivity to change) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลงานบริการตามตัวชี้วัดฯ ก่อนและหลังการทดสอบ เพื่อตรวจสอบว่าผลงานบริการมีโอกาสเพิ่มขึ้นหรือลดลงหลังจากที่ประกาศใช้ตัวชี้วัดฯ นี้แล้ว หากผลงานบริการเพิ่มขึ้นมากแสดงให้เห็นว่าตัวชี้วัดฯ นี้มีแนวโน้มทำให้ผู้ปฏิบัติงานเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการให้บริการมาก นอกจากนี้ ผลงานเหล่านี้ยังนำมาใช้ในการตั้งเป้าหมายสำหรับตัวชี้วัดฯ และคำนวณคะแนนที่เกี่ยวข้อง
  - การยอมรับตัวชี้วัด (acceptability) พิจารณาว่าตัวชี้วัดฯ สอดคล้องกับปัญหา หรือความต้องการของผู้ปฏิบัติงานหรือไม่ และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อผู้รับบริการ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการทดสอบ ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในแต่ละ

ตัวชี้วัดฯ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ธุรการ เป็นต้น ทั้งระหว่างและหลังการทดสอบตัวชี้วัดฯ

- การประเมินความคุ้มค่า (cost-effectiveness) เป็นการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของตัวชี้วัดฯ โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ เพื่อประเมินว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากตัวชี้วัดมีมูลค่ามากกว่าต้นทุนสำหรับดำเนินกิจกรรมบริการที่เกี่ยวข้องหรือไม่ และเพื่อพิจารณาจำนวนเงินที่เหมาะสมสำหรับแต่ละตัวชี้วัดฯ ในโครงการ QOF การประเมินในส่วนนี้จะดำเนินการคู่ขนานไปกับการทดสอบตัวชี้วัดฯ โดยทีมผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

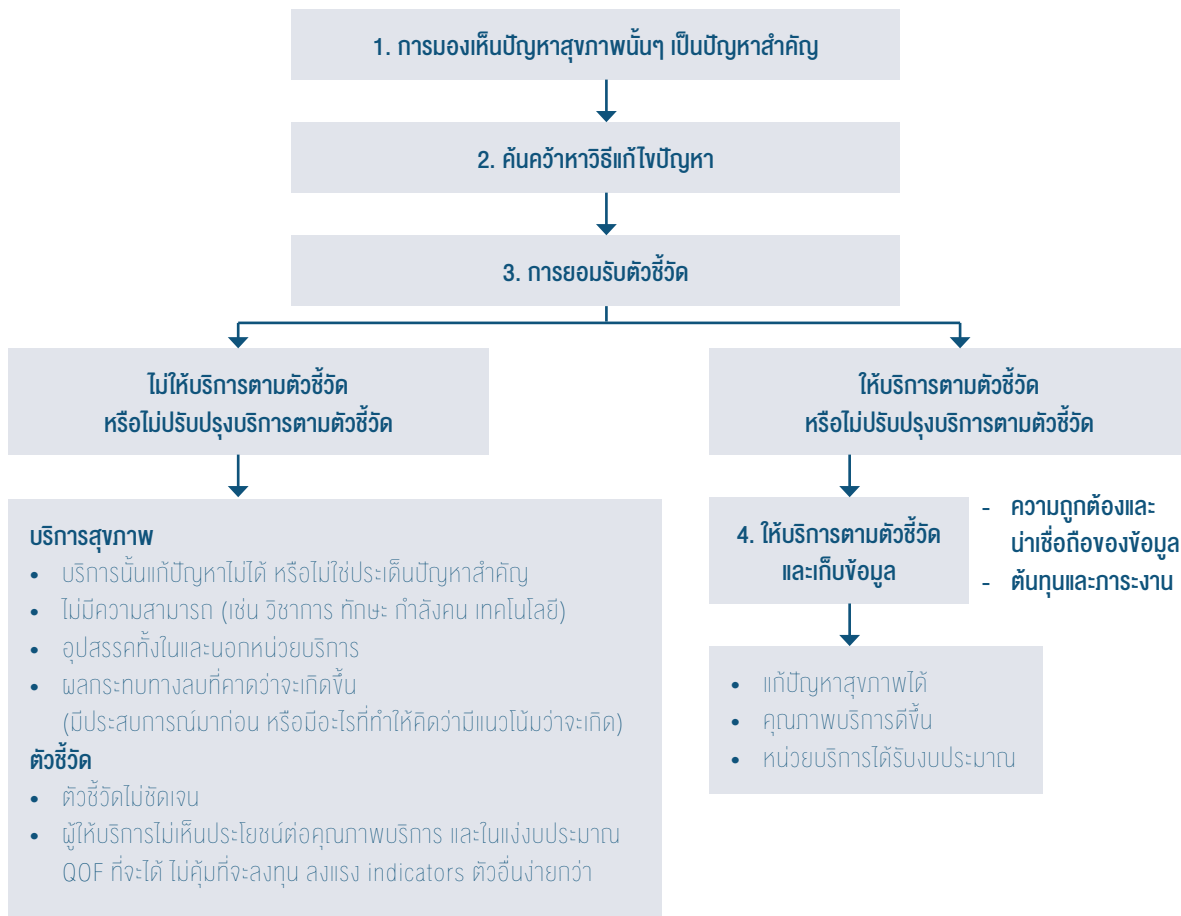
การทดสอบตัวชี้วัดฯ ในประเด็นต่างๆ ข้างต้นเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้โครงการ QOF ในสหราชอาณาจักรประสบผลสำเร็จ อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าการทดสอบตัวชี้วัดฯ ต้องการเวลาและทรัพยากรที่เพียงพอและเหมาะสม ทั้งนี้ในสหราชอาณาจักรมีหน่วยงานวิชาการ เช่น มหาวิทยาลัย Birmingham หรือ มหาวิทยาลัย Manchester ที่รับผิดชอบงานด้านนี้โดยตรง และดำเนินการอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการดำเนินการตามตัวชี้วัดฯ แม้จะมีตัวชี้วัดฯ ใหม่เกิดขึ้นทุกปี แต่สหราชอาณาจักรมีกระบวนการยกเลิกตัวชี้วัดฯ หน่วยบริการสามารถประเมินและติดตามผลของโครงการ QOF อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจได้ว่านโยบายดังกล่าวก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการ มีความเหมาะสม และคุ้มค่ากับการลงทุนของภาครัฐอย่างแท้จริง

### 3.3 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษานี้ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับคณะกรรมการกำกับทิศทาง ในการคัดเลือกตัวชี้วัดฯ สำหรับเสนอให้ผู้กำหนดนโยบาย ได้แก่ คณะกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตัดสินใจและประกาศใช้ตัวชี้วัดฯ สำหรับปีงบประมาณ 2560 ต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังต่อไปนี้

1. เพื่อทดสอบการยอมรับและความสามารถในการปฏิบัติตามตัวชี้วัด (acceptability)
2. เพื่อทดสอบการมีอยู่ของข้อมูล เพื่อประมวลผลงานตามตัวชี้วัด (availability of data)
3. เพื่อทดสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (reliability) ที่ใช้ในการพิจารณาผลงานตามตัวชี้วัด
4. เพื่อศึกษาภาระงานและต้นทุนของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการตามตัวชี้วัด (workload and cost)

### 3.4 กรอบแนวคิดการศึกษา



รูปที่ 3.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

### 3.5 ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิที่นำมาศึกษา

ตัวชี้วัดฯ ในการศึกษาได้ถูกพัฒนาขึ้นตามขั้นตอนการพัฒนาตัวชี้วัดฯ (รายละเอียดในบทที่ 2) จำนวน 24 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย ตัวชี้วัดเชิงโครงสร้าง จำนวน 3 ตัว ได้แก่ BR1 Asthma1 COPD1 ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ จำนวน 16 ตัว ได้แก่ HT1 HT2 DM1 DM2 CVD1 MCH1 MCH2 MCH5 BR2 RUA1 RUA2 Asthma2 Asthma3 Asthma4 Asthma5 COPD2 และตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำนวน 5 ตัว ได้แก่ HT3 DM3 MCH3 MCH4 Asthma6 รายละเอียดดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 รายการตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	ตัวชี้วัด		
	โครงสร้าง	กระบวนการ	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<b>ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด</b>			
1. ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในรอบ 3 ปี (HT1)		/	
2. ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ได้พบแพทย์ภายใน 1 เดือน (HT2)		/	
3. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (HT3)			/
4. ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose หรือ random capillary blood glucose) ในรอบ 3 ปี (DM1)		/	
5. ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรได้รับการส่งต่อเพื่อวัดระดับ fasting plasma glucose ซ้ำ ภายใน 1 เดือน (DM2)		/	
6. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (DM3)			/
7. ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย โปรแกรม Thai CV risk score ในรอบ 3 ปี (CVD1)		/	
<b>แม่และเด็ก</b>			
8. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เกิน 12 สัปดาห์ (MCH1)		/	
9. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้พบแพทย์ (MCH2)		/	
10. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในช่วงเดือนที่ 7-9 ของการตั้งครรภ์ (MCH3)			/
11. ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในเดือนที่ 3 หลังคลอด (MCH4)			/
12. ร้อยละของทารกอายุ 0-1 ปี ซึ่งคลอดครบกำหนดที่สงสัยว่ามีภาวะโภชนาการผิดปกติ ได้รับการส่งต่อพบแพทย์ในรอบ 12 เดือน (MCH5)		/	



ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	ตัวชี้วัด		
	โครงสร้าง	กระบวนการ	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ
<b>ผู้ป่วยติดเตียง</b>			
13. การลงทะเบียนผู้ป่วยติดเตียงของหน่วยบริการปฐมภูมิ (BR1)	/		
14. ร้อยละของผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (BR2)		/	
<b>การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล</b>			
15. ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (RUA1)		/	
16. ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจุลจากระวังเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ (RUA2)		/	
<b>โรคหืด</b>			
17. หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด (Asthma1)	/		
18. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสูดศึกษา (Asthma2)		/	
19. ร้อยละของการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ในผู้ป่วยโรคหืด (Asthma3)		/	
20. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถาม (Asthma4)		/	
21. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้พบแพทย์ (Asthma5)		/	
22. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลัน (Asthma6)			/
<b>โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</b>			
23. หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD1)	/		
24. ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ (COPD2)		/	

## 3.6 พื้นที่ศึกษา (เกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก)

ร่างตัวชี้วัดฯ ที่พัฒนาขึ้นถูกนำไปทดลองใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 36 แห่ง โดยคัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิตามขั้นตอน ดังนี้

1. คัดเลือกจังหวัดสำหรับทดสอบตัวชี้วัดฯ อย่างเจาะจง จำนวน 3 จังหวัด ใน 3 ภาคของประเทศ โดยขอคำแนะนำจาก สปสช. และสอบถามความสมัครใจจากผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่รับผิดชอบหลักของจังหวัดที่ถูกคัดเลือก
2. คัดเลือกหน่วยบริการประจำ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ หน่วยบริการประจำในอำเภอเมือง 1 แห่ง (โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)/โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)) และอำเภออื่นๆ 2 แห่ง (โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)) โดยพิจารณาคะแนน QOF ขนาดของหน่วยบริการประจำตามจำนวนประชากรสิทธิ Universal Coverage scheme (UC) และตำแหน่งที่ตั้งของหน่วยบริการประจำ โดยให้คุณลักษณะเหล่านี้คละกัน
3. คัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 3 แห่ง ต่อ 1 หน่วยบริการประจำ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล 1 แห่ง และ รพ.สต. 2 แห่ง โดยพิจารณาตำแหน่งที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ทั้งที่ห่างไกลและใกล้โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำ)
4. สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ กทม. ดำเนินการคัดเลือกโดยใช้เกณฑ์ขนาดและที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหลัก

## 3.7 วิธีการเก็บข้อมูล

### 3.7.1 การทบทวนเอกสาร

เอกสารที่นำมาทบทวนประกอบด้วย รายงานผลการปฏิบัติงาน รายงานการวิจัย คู่มือ แนวทางปฏิบัติงาน เอกสารประกอบการประชุม รายงานการประชุม และเว็บไซต์ที่จัดทำโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. สำนักงานเขตของ สปสช. สธ. หน่วยงานในสังกัด สธ. สถาบันวิจัยต่างๆ เป็นต้น

### 3.7.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึก (เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2559) คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ เป็นผู้สัมภาษณ์ โดยกำหนดแนวคำถามไว้ล่วงหน้า (ภาคผนวก ก.) รวมถึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล รพ.สต. และคลินิก ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดฯ และผู้บันทึก รวบรวม และส่งออกข้อมูล รวมทั้งสิ้น 176 คน ดังนี้

- ผู้บริหารโรงพยาบาล รพ.สต. และคลินิก จำนวน 33 คน
- ผู้ปฏิบัติงานในที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดฯ จำนวน 121 คน
- ผู้บันทึก รวบรวม และส่งออกข้อมูล จำนวน 22 คน

### 3.7.3 การสนทนากลุ่ม

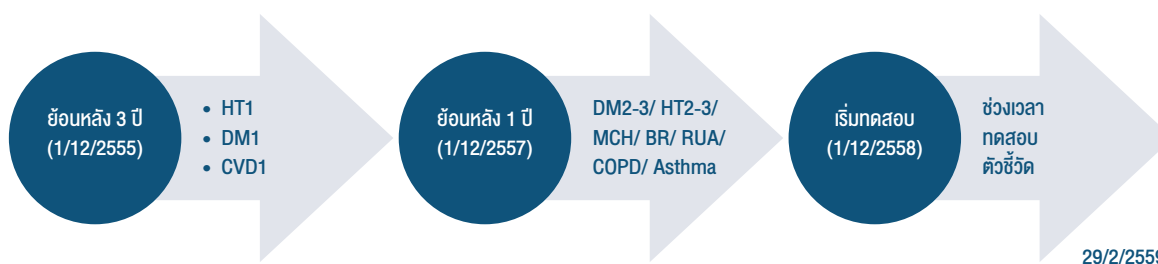
คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยกำหนดประเด็นการสนทนาไว้ล่วงหน้า (ภาคผนวก ก.) โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 96 คน

ในการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ บันทึกเสียงการสัมภาษณ์และการสนทนาโดยใช้เครื่องอัดเสียง และเก็บเป็นไฟล์เสียงในรูปแบบ MP3 โดยได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล

### 3.7.4 การรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ

ข้อมูลที่น่ามาใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้มที่ได้จาก 2 แหล่ง คือ จากฐานข้อมูลของ สปสช. และจากหน่วยบริการที่เข้าร่วมทดสอบ โดยในการลงพื้นที่เพื่อชี้แจงตัวชี้วัดฯ คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ ได้ชี้แจงเกี่ยวกับตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลตัวชี้วัดฯ รวมทั้งช่วงเวลาการดึงข้อมูล (รายละเอียดดังคู่มือการทดสอบตัวชี้วัดในพื้นที่และคู่มือการบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดในพื้นที่) โดยการดึงข้อมูลย้อนหลังหรือดึงข้อมูลก่อนช่วงการทดสอบ (baseline) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม (รูปที่ 3-2) ได้แก่

1. ตัวชี้วัดฯ เกี่ยวกับการคัดกรองรอบ 3 ปี (HT1/DM1/CVD1) ดึงข้อมูลระหว่างวันที่ 1/12/2555 ถึง 30/11/2558
2. ตัวชี้วัดฯ ทัวไปรอบการประเมินผลงาน 1 ปี ดึงข้อมูลระหว่างวันที่ 1/12/2557 ถึง 30/11/2558



รูปที่ 3. 2 แสดงช่วงเวลาการดึงข้อมูล

## 3.8 วิเคราะห์ข้อมูล

### 3.8.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากบทสัมภาษณ์ทั้งหมด และวิเคราะห์รายละเอียดที่สอดคล้องกับแต่ละประเด็นหลัก

### 3.8.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวนและร้อยละ ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์โครงสร้างข้อมูลตามฐานข้อมูล และพิจารณาการมีอยู่ของข้อมูล
2. การคิดคะแนนก่อนการทดสอบตัวชี้วัดฯ ซึ่งใช้เงื่อนไขและหลักการตามเอกสารชี้แจงตัวชี้วัดฯ (รายละเอียดดังคู่มือการบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดในพื้นที่)

## 3.9 การประกันคุณภาพองงานวิจัย

คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ทั้งที่เป็นเอกสารและบุคคล จนมั่นใจว่าเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ และนำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้นในการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการ QOF จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 จัดขึ้นเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2559 เวลา 09.00 น.-12.00 น. ที่ห้องประชุม HITAP ผู้เข้าประชุม ประกอบด้วย ผู้แทนจาก สสจ. ผู้แทนจาก สสอ. ผู้อำนวยการ รพ.สต. ผู้แทนจาก รพช. ผู้แทนจากสถานพยาบาลภาคเอกชน รวม 15 ท่าน

- ครั้งที่ 2 จัดขึ้นเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2559 เวลา 13.30 น.-16.30 น. ที่ห้องประชุม HITAP ผู้เข้าประชุมประกอบด้วย ผู้แทนจาก สนย. ผู้แทนจากกรมวิชาการ สธ. นักวิชาการ ผู้แทนจาก สปสช. ส่วนกลางและระดับเขต รวม 14 ท่าน

คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ จึงได้นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้เข้าร่วมประชุมมาพิจารณา และใช้ประกอบการแก้ไขปรับปรุงรายงาน เพื่อจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

### 3.10 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2 นี้ได้รับการอนุมัติเพื่อดำเนินโครงการฯ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ สคม.1629/2558 ก่อนการสัมภาษณ์ คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ ได้อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโครงการฯ สิทธิของอาสาสมัครในการเข้าร่วมโครงการฯ สิทธิในการไม่ตอบคำถามหากรู้สึกไม่สบายใจ และการรักษาความลับของข้อมูล หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความยินยอมในการให้ข้อมูล โดยลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการฯ

### 3.11 ผลการศึกษา

#### 3.11.1 ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการที่ร่วมทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

การศึกษานี้ทำการทดสอบตัวชี้วัดฯ ในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด 35 แห่ง ประกอบด้วย รพ.สต. หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล คลินิกชุมชนอบอุ่น ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน เมื่อจำแนกตามขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดที่มีใช้ กทม. ตามขนาดของประชากรทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ สามารถจำแนกขนาดได้ 4 ประเภท (อ้างอิงจากสำนักยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข) ดังนี้

1. หน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็ก รับผิดชอบประชากรน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 คน จำนวน 5 แห่ง
2. หน่วยบริการปฐมภูมิตกกลาง รับผิดชอบประชากรตั้งแต่ 3,001-7,000 คน จำนวน 13 แห่ง
3. หน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่ รับผิดชอบประชากรตั้งแต่ 7,001-10,000 คน จำนวน 5 แห่ง
4. หน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่มาก รับผิดชอบประชากรตั้งแต่ 10,000 คน จำนวน 5 แห่ง

ส่วนใน กทม. ใช้เกณฑ์ในการแบ่งประเภทที่แตกต่างกัน สามารถแบ่งได้ 3 ระดับ คือ หน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิตกกลาง จำนวน 3 แห่ง และหน่วยบริการขนาดใหญ่จำนวน 1 แห่ง (ขอถอนตัว 2 แห่ง)

บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิต่างกันตามประเภทและขนาด กล่าวคือ บุคลากรใน รพ.สต. ประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติ 1-2 คน นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 1-4 คน และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1 คน หากหน่วยบริการนั้นมีขนาดใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการของ รพช. รพท. หรือ รพศ. พบว่ามีแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักทันตสาธารณสุขด้วย (ตารางผนวกที่ 3.2ค.) ซึ่งแตกต่างจากหน่วยบริการปฐมภูมิใน กทม. ที่มีองค์ประกอบของบุคลากรครบถ้วนกว่า (ตารางผนวกที่ 3.3ค.) เมื่อพิจารณาปัญหาสุขภาพในพื้นที่พบว่าโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รวมทั้งปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และการย่อยอาหาร และระบบกล้ามเนื้อ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งจังหวัดอื่นๆ และ กทม. (ตารางผนวกที่ 3.4ค.)

### 3.11.2 การยอมรับตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการ

การยอมรับตัวชี้วัดของผู้ให้บริการในการศึกษานี้ สามารถแบ่งได้เป็นสี่กลุ่มตามร้อยละของการยอมรับ ดังตารางที่ 3.2 ทั้งนี้การยอมรับตัวชี้วัดของผู้ปฏิบัติงานในต่างจังหวัดและใน กทม. มีความแตกต่างกัน คณะผู้พัฒนา ตัวชี้วัดฯ จึงขอเสนอรายละเอียดของการยอมรับตัวชี้วัดฯ แยกจากกันในส่วนต่อไปของรายงาน

การยอมรับตัวชี้วัดฯ ของหน่วยบริการในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามร้อยละของการยอมรับ ดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 กลุ่มและเกณฑ์ในการยอมรับตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการ

กลุ่ม	เกณฑ์
กลุ่ม 1	ตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไปของหน่วยบริการยอมรับตัวชี้วัดฯ
กลุ่ม 2	ร้อยละ 60-69 ของหน่วยบริการยอมรับตัวชี้วัดฯ
กลุ่ม 3	ร้อยละ 50-59 ของหน่วยบริการยอมรับตัวชี้วัดฯ
กลุ่ม 4	ต่ำกว่าร้อยละ 50 ของหน่วยบริการยอมรับตัวชี้วัดฯ

ตัวชี้วัดฯ ได้ถูกแบ่งเป็นสองกลุ่มตามความสามารถในการจัดบริการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและ หน่วยบริการประจำจากการเก็บข้อมูล ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่สะท้อนว่า ตัวชี้วัดฯ บางตัว หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีการ บริการ ไม่มีศักยภาพ อุปกรณ์ หรือกำลังคนที่เพียงพอ จึงมีการทำเพียงในระดับ รพช. หรือหน่วยบริการประจำเท่านั้น

#### จังหวัดอื่นๆ ที่มีใช้กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 3.3 ตัวชี้วัดฯ แบ่งตามกลุ่มการยอมรับในบริบทจังหวัดอื่นๆ ที่มีใช้กรุงเทพมหานคร

กลุ่ม	ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	
	ตัวชี้วัดฯ ที่สอดคล้องกับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ	ตัวชี้วัดฯ ที่สอดคล้องกับบริการในระดับ CUP
กลุ่ม 1	HT1, HT2*, HT3, DM1, DM2*, DM3, MCH2, MCH5, BR1, BR2	MCH3, Asthma1, Asthma3, Asthma4, COPD1, COPD2
กลุ่ม 2	MCH1, RUA1, RUA2	-
กลุ่ม 3	-	Asthma2, Asthma6
กลุ่ม 4	CVD1	MCH4, Asthma5

\* ยอมรับตัวชี้วัดแบบมีเงื่อนไข โดย HT2: ขยายระยะเวลาส่งต่อเป็น ภายใน 3-6 เดือน DM2: ส่งต่อพบแพทย์ ภายใน 1 เดือน

กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 3.4 ตัวชี้วัดแบ่งตามกลุ่มการยอมรับในบริบทกรุงเทพมหานคร

กลุ่ม	ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ	
	ตัวชี้วัดฯ ที่สอดคล้องกับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ	ตัวชี้วัดฯ ที่สอดคล้องกับบริการในระดับ CUP
กลุ่ม 1	HT2*, HT3, DM2*, DM3, MCH5, BR1, BR2	Asthma1, Asthma2, Asthma3, Asthma4, Asthma5, Asthma6, COPD1, COPD2
กลุ่ม 2	-	-
กลุ่ม 3	HT1, DM1, MCH1, MCH3, RUA1, RUA2	-
กลุ่ม 4	MCH2, MCH4	-

เหตุผลในการยอมรับตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

เหตุผลหลักในการยอมรับตัวชี้วัดฯ มีหลายประการด้วยกัน ได้แก่ ความเป็นไปได้ ซึ่งกลุ่มผู้ปฏิบัติงานมองว่าการจัดบริการนั้นๆ มีความเป็นไปได้ในเชิงของศักยภาพของหน่วยบริการเอง เช่น มีกำลังคนเพียงพอ มีเทคโนโลยีบุคลากรมีทักษะ และมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ รวมถึงในแง่ของการเห็นประโยชน์ของตัวชี้วัดฯ นั้นๆ เช่น ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้รับการแก้ไข และประโยชน์แก่หน่วยบริการในแง่ของงบประมาณ ทั้งนี้ประเด็นปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับบางตัวชี้วัดฯ ถูกมองว่าเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง จึงมีความต้องการให้เกิดการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานยังมองว่ากลุ่มตัวชี้วัดฯ เป็นเหมือนเข็มทิศที่ช่วยกำหนดทิศทางในการทำงาน

อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ปฏิบัติงานยอมรับตัวชี้วัดฯ แต่ยังมีประเด็นกังวลในแต่ละตัวชี้วัดฯ แตกต่างกันไป ได้แก่ HT1 DM1 มีปัญหาเรื่องกรอบเวลาในการดำเนินงาน โดยตามนโยบายของ สธ. แนะนำให้คัดกรองทุกหนึ่งปี แต่จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2554 (11) แนะนำให้คัดกรองทุกสามปี ผู้ปฏิบัติงานจึงแสดงความกังวลในเรื่องของการเก็บข้อมูล ซึ่งจากการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทางครั้งที่ 4 โครงการรบบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (12) มีข้อสรุปในประเด็นนี้ว่า ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรองทุก 1 ปี และ 3 ปีและนำมาเปรียบเทียบกันเพื่อดูความแตกต่างของคะแนนที่ได้ ทั้งนี้การยอมรับตัวชี้วัดฯ ในกลุ่ม HT1 DM1 ในบริบทของ กทม. นั้นมีร้อยละและเหตุผลต่างจากบริบทต่างจังหวัดค่อนข้างมาก โดยได้รับการยอมรับในกลุ่ม 3 ผู้ปฏิบัติงานในส่วนของหน่วยบริการภาครัฐประสบปัญหาคือ การคัดกรองในบริบทเมืองนั้นมีความยากลำบาก เพราะเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายยาก เช่น ประชากรแฝง กลุ่มคนมีฐานะ หมู่บ้านจัดสรร วิทยาลัย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องบุคลากรไม่เพียงพออีกด้วยสำหรับภาคเอกชนมีความกังวล คือ ตามกฎหมายแล้วไม่สามารถทำการคัดกรองในชุมชนได้ เป็นการตั้งรับรอประชาชนเพียงอย่างเดียว อีกทั้งประชาชนบางกลุ่มยังขาดความตระหนัก ไม่มารับการคัดกรองที่สถานพยาบาล

สำหรับตัวชี้วัดฯ เรื่องการส่งต่อพบแพทย์ในกรณีความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน HT2 DM2 ในบริบทต่างจังหวัดมีข้อกังวลเรื่องระยะเวลาในการส่งต่อของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เนื่องจากบาง รพ.สต. มีอุปกรณ์ เช่น ความล่าช้าในการรอใบส่งตัวผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาล ความสะดวกในการเดินทางของผู้ป่วยเพื่อไปพบแพทย์ทำให้ต้องตรวจซ้ำและอนุญาตให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนส่งตัวซึ่งใช้เวลามากกว่า 1 เดือน จึงมีข้อเสนอแนะให้เลื่อนกรอบระยะเวลาออกไป เป็น 3-6 เดือนแทน สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในบริบท รพ.สต. ไม่มีการเจาะแบบ fasting venous blood glucose เนื่องจากไม่มีเทคโนโลยีและบุคลากรยังไม่มีทักษะ ไม่ได้รับการอบรม จึงมีข้อเสนอแนะให้เปลี่ยนเป็นการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (Dextrostix (DTX)/Capillary blood glucose test) แทน เนื่องจากการเจาะเลือดแบบ fasting

venous blood glucose กับเจาะ DTX ให้ผลที่ไม่แตกต่างกัน (13) สำหรับบริบท กทม. นั้นตัวชี้วัด HT2 DM2 มีบางพื้นที่ แสดงความกังวลเล็กน้อยถึงกลุ่มเป้าหมาย ว่าในบางครั้งอาจมีความลำบากในการเดินทางมารับบริการ

ตัวชี้วัด HT3 DM3 หน่วยบริการปฐมภูมิต่างจังหวัดมีข้อกังวลในเรื่องของวิธีการวัดผลและจุดเวลาในการประเมินผลงาน และเรื่องความไม่ยุติธรรมกับหน่วยบริการที่รับผิดชอบผู้ป่วยจำนวนมาก เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดฯ ที่นอกเหนือการควบคุมของหน่วยบริการ ผู้ป่วยบางคนไม่ทำตามคำแนะนำของผู้ให้บริการ ในส่วนของ กทม. ตัวชี้วัด HT3 DM3 นั้นมีความกังวลคล้ายกับหน่วยบริการต่างจังหวัด ว่าอยู่นอกเหนือการควบคุมของหน่วยบริการ เพราะการควบคุมโรคได้จะต้องขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยด้วยส่วนหนึ่ง เช่น พฤติกรรม ศาสนา โรคประจำตัวหรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆ แต่โดยรวมแล้วคิดว่าตัวชี้วัดมีประโยชน์

สำหรับ CVD1 นั้นเป็นตัวชี้วัดฯ ที่ไม่สามารถทำได้ในระดับปฐมภูมิ ทั้งที่มีการประกาศนโยบายไปแล้ว แต่ผู้ปฏิบัติงานในหลายที่ยังไม่ได้รับทราบ เช่น แนวทางการคัดกรอง กระบวนการ หรือผลประโยชน์ที่จะได้รับ หลายที่ยังไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือชิ้นนี้ อัตราการยอมรับจึงมีต่ำ ใน กทม. ไม่มีการปฏิบัติงาน จึงไม่ได้มีการสอบถามเรื่องการยอมรับตัวชี้วัดฯ

ตัวชี้วัด MCH 1 นั้น หน่วยบริการส่วนมากในต่างจังหวัดเห็นว่ามีความสำคัญและควรเป็นตัวชี้วัดฯ ทั้งนี้ บางหน่วยบริการแสดงความกังวลถึงปัจจัยหลายอย่างที่น่าจะนอกเหนือการควบคุมของหน่วยบริการเอง เช่น หญิงตั้งครรภ์ขาดความตระหนักเกี่ยวกับประโยชน์ของการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประชากรย้ายถิ่นหรือประชากรแฝง รวมถึงการย้ายถิ่นชั่วคราวของประชากรในพื้นที่โดยไม่ขอย้ายสิทธิ UC จึงทำให้ตามหาตัวหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ได้ยาก เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเหล่านี้มักหลบซ่อนหรือขาดความกระตือรือร้นในการให้ความร่วมมือผู้ปฏิบัติงานจึงทำผลงานในส่วนนี้ไม่ได้เท่าที่ควร มักทำได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ สธ. ตั้งไว้ และเมื่อหญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์จึงทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแล นอกจากนี้ยังมีประเด็นกังวล คือ การติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกที่หน่วยบริการอื่น เช่น คลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลนอกเขตนั้นเป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงานสำหรับพื้นที่ กทม. นั้นมีความกังวลในเรื่องผลงาน โดยผู้ปฏิบัติงานกล่าวว่า ผลงานที่ได้จะขึ้นอยู่กับผู้รับบริการ และอาจมีปัญหาที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง คล้ายกับบริบทต่างจังหวัด เช่น ไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ ปกปิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ไม่มีความรู้ความตระหนักเกี่ยวกับประโยชน์ของการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ เป็นต้น

ตัวชี้วัด MCH2 ในต่างจังหวัดนั้นผู้ปฏิบัติงานไม่มีประเด็นกังวล เพราะสามารถปฏิบัติตามได้และมีการดำเนินงานเป็นปกติอยู่แล้ว นอกจากนี้มีประเด็นสงสัยเล็กน้อยว่า ในเมื่อการปฏิบัติงานมีกระบวนการนี้ดำเนินการอยู่เป็นปกติ หากเป็นตัวชี้วัดฯ อาจไม่เกิดประโยชน์ ในขณะเดียวกัน บริบท กทม. ตัวชี้วัด MCH2 ได้รับการยอมรับในกลุ่ม 4 ซึ่งน้อยที่สุด โดยผู้ปฏิบัติงานให้เหตุผลคล้ายกับต่างจังหวัดว่า หญิงตั้งครรภ์จะต้องได้พบแพทย์ทุกราย เพราะฉะนั้นถ้าเป็นตัวชี้วัดฯ จะไม่มีประโยชน์ เนื่องจากเป็นกระบวนการดูแลอยู่แล้ว

MCH3 มีข้อเสนอให้วัดระดับ CUP เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีศักยภาพเพียงพอทั้งในแง่เทคโนโลยีและทักษะในห้องปฏิบัติการ ไม่สามารถตรวจ hematocrit ได้ ดังนั้น จึงเป็นบทบาทของ รพช. ในการให้บริการตามตัวชี้วัดฯ สำหรับพื้นที่ กทม. นั้น ตัวชี้วัด MCH3 มีความยากลำบากในการติดตามข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ เพราะส่วนใหญ่การเจาะเลือดครั้งที่ 2 หญิงตั้งครรภ์จะถูกส่งไปเจาะที่ รพ. ที่ตนจะคลอด หรือหญิงตั้งครรภ์อาจมีการย้ายถิ่นโดยไม่แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ รวมถึงผลงานที่หน่วยบริการทำได้ยังขึ้นอยู่กับผู้รับบริการเป็นหลัก เช่น พฤติกรรมการกิน โรคประจำตัวหรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆ (ธาลัสซีเมียหรือพาหะ) หญิงตั้งครรภ์ขาดนัด เป็นต้น

ในขณะที่ MCH4 ไม่มีการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดฯ ที่หน่วยบริการ ทั้งนี้ โดยปกติจะมีการเยี่ยมบ้านหลังคลอดภายใน 14 วันอยู่แล้ว แต่จะไม่มีการเจาะเลือดเพื่อติดตามภาวะโลหิตจางในมารดา ในเขต กทม. มีประเด็นกังวลในเรื่องของการติดตามหญิงหลังคลอดเช่นกันเพราะสามารถดำเนินการได้ยากในบริบทเมือง และที่หน่วยบริการไม่มีบริการเจาะ hematocrit ติดตามหลังคลอด รวมถึงผลงานส่วนใหญ่ยังขึ้นอยู่กับผู้รับบริการ เช่น พฤติกรรมการกิน โรคประจำตัวหรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆ (ธาลัสซีเมียหรือพาหะ) เป็นต้น

ส่วนตัวชี้วัด MCH5 เรื่องภาวะทุพโภชนาการ ในพื้นที่ต่างจังหวัดมักไม่พบเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนใหญ่จะพบเด็กเล็กอายุ 0-5 ปีที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มากกว่า ขณะที่ กทม. มีความกังวลในประเด็นของการติดตามแม่และเด็ก

สำหรับตัวชี้วัด RUA1 RUA2 นั้น ในบริบทต่างจังหวัดมีประเด็นกังวลในเรื่องของผู้ป่วยมักร้องขอยาปฏิชีวนะเมื่อหน่วยบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อ รพ.สต. ไม่จ่ายยาให้ตามการร้องขอซึ่งจะกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนในชุมชน ดังนั้นการจ่ายยาปฏิชีวนะจึงสามารถควบคุมได้ยาก หรือหากคนไข้ไม่ได้รับยาที่หน่วยบริการจะสามารถไปหาซื้อได้ตามร้านขายยาทั่วไปหรือเข้าคลินิกเอกชน ทำให้ไม่สามารถควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะได้จริง นอกจากนี้ยังมีประเด็นกังวลเรื่องรหัสยาที่ยังไม่มีมาตรฐาน โดยคณะกรรมการกำกับทิศทางฯ เสนอให้มีการทำรหัสยาให้เป็นมาตรฐาน และสร้างความเข้าใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในส่วนของ กทม. มีความกังวลในเรื่องของการไม่มีนโยบายที่ชัดเจน มีเพียงแนวทางการจ่ายยาปฏิชีวนะแต่ไม่มีการประเมินผลใดๆ จากส่วนกลาง รวมถึงการปฏิบัติตามนโยบายมีความยากลำบากโดยเฉพาะในคลินิกที่มีแพทย์ทำงานไม่เต็มเวลาจำนวนมาก เนื่องจากแพทย์อาจไม่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องของการจ่ายยาปฏิชีวนะมากเท่าแพทย์ทำงานเต็มเวลา

ในแง่ของตัวชี้วัดเรื่องการลงทะเบียนผู้ป่วยติดเชื้อและการเยี่ยมบ้าน BR1 BR2 โดยรวมแล้วผู้ปฏิบัติงานต่างจังหวัดเห็นด้วยกับการมีตัวชี้วัดฯ นี้ เพราะการเยี่ยมบ้านทำได้ไม่ยาก เพียงแต่มีประเด็นกังวลเล็กน้อยในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยของคนในครอบครัว ซึ่งนอกเหนือการทำงานของหน่วยบริการ อีกทั้งยังแสดงความกังวลเกี่ยวกับการจัดทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน ซึ่งมักจะทำโดยพิจารณาตามความจำเป็นของผู้ป่วย ไม่ได้จัดลงไปทั้งทีมสำหรับผู้ป่วยทุกราย ทั้งนี้ ในบริบท กทม. หน่วยบริการภาครัฐได้แสดงความกังวลคล้ายกับบริบทต่างจังหวัดเช่นกัน ในแง่ของการจัดทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากมีภาระงานมาก โดยจะเลือกจัดตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นหลัก อีกทั้งชุมชนเมืองมักเป็นชุมชนปิด เข้าถึงยาก ประชาชนไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ในส่วนของหน่วยบริการภาคเอกชนยังมีความกังวลในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชนที่มีไข้ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลซึ่งปกติแล้วมักเป็นบทบาทหน้าที่ของภาครัฐ หากดำเนินการจะเป็นการทำงานซ้ำซ้อนกัน แต่หน่วยบริการภาคเอกชนมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการของตนเท่านั้น

ในบริบทต่างจังหวัด ตัวชี้วัดฯ ที่เสนอให้ดำเนินการในระดับ CUP ได้แก่ Asthma1-6 และ COPD1-2 เนื่องจากไม่มีการดำเนินงานในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ มีเพียงในระดับ รพช. เท่านั้น ส่วนใน กทม. กลุ่มตัวชี้วัดฯ นี้ จะสามารถทำได้ในหน่วยบริการขนาดใหญ่ โดยผู้ปฏิบัติงานได้แสดงความกังวลในเรื่องของข้อมูลเป็นหลัก เช่น ไม่มีการบันทึกในฐานข้อมูล ทำให้การวัดผลมีความยากลำบาก หรืออาจมีการบันทึกข้อมูลเท็จ รวมถึงความสามารถในการดำเนินงาน เนื่องจากหลายหน่วยบริการไม่มีคลินิกเฉพาะ เป็นการรักษาที่ OPD เพียงอย่างเดียว

ทั้งนี้ การยอมรับในตัวชี้วัดฯ สองกลุ่มนี้แตกต่างกันออกไปในบริบทต่างจังหวัด Asthma2 การให้สุขศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดและการส่งตัวมาที่ห้องฉุกเฉินนั้น ได้รับการยอมรับในกลุ่ม 3 โดยผู้ปฏิบัติงานให้เหตุผลว่าเป็นขั้นตอนกระบวนการปกติที่ต้องทำในผู้ป่วยโรคหืดอยู่แล้ว จึงคิดว่าไม่มีความจำเป็นต้องเป็นตัวชี้วัดฯ อีกทั้งยังมีประเด็นเรื่องการเปิดเผยข้อมูลของตัวชี้วัดด้วย สำหรับ Asthma2 ในกทม. ผู้ปฏิบัติงานแสดงความกังวลว่าเป็นตัวชี้วัดฯ ที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขศึกษา จึงวัดและติดตามได้ยาก

ตัวชี้วัด Asthma5 ได้รับการยอมรับน้อยในบริบทต่างจังหวัด เพราะถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริการ ผู้ป่วยได้พบแพทย์ทุกรายอยู่แล้ว จึงไม่คิดว่าจำเป็นต้องเป็นตัวชี้วัดฯ



### 3.11.3 การมีอยู่ของข้อมูล

จากการศึกษาโครงสร้างตัวแปรและข้อมูลในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เพื่อศึกษาการมีอยู่ของข้อมูล สามารถจำแนกตัวชี้วัดฯ ออกมาได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ มีโครงสร้างตัวแปรใน 43 แฟ้ม และสามารถวิเคราะห์ตามตัวชี้วัดได้ ประกอบด้วยตัวชี้วัด HT1 HT2 HT3 DM1 DM3 MCH1 MCH2 MCH5 RUA1 RUA2 กลุ่มที่ 2 คือ มีโครงสร้างตัวแปรใน 43 แฟ้ม แต่ไม่มีบันทึกการให้บริการตามตัวชี้วัด ประกอบด้วยตัวชี้วัด DM2 MCH3 MCH4 Asthma1 Asthma2 Asthma6 COPD1 COPD2 และกลุ่มที่ 3 คือ ไม่มีโครงสร้างตัวแปรใน 43 แฟ้ม ประกอบด้วย BR1 BR2 Asthma3 Asthma4 Asthma5 CVD1 (ดังตารางที่ 3.5)

ตารางที่ 3.5 การมีอยู่ของข้อมูลเพื่อประมวลผลงานตามตัวชี้วัดฯ ในบริบทจังหวัดอื่นๆ ที่มีใช้กรุงเทพมหานครฯ

กลุ่มที่	คำอธิบาย	ตัวชี้วัด
1	มีโครงสร้างตัวแปรใน 43 แฟ้ม และสามารถวิเคราะห์ตามตัวชี้วัดได้	HT1, HT2, HT3, DM1, DM3, MCH1, MCH2, MCH5, RUA1, RUA2
2	มีโครงสร้างตัวแปรใน 43 แฟ้ม แต่ไม่มีบันทึกการให้บริการตามตัวชี้วัด	DM2, MCH3, MCH4, Asthma1, Asthma2, Asthma6, COPD1, COPD2
3	ไม่มีโครงสร้างตัวแปรใน 43 แฟ้ม	BR1, BR2, Asthma3, Asthma4, Asthma5, CVD1

เนื่องจาก กทม. มีโครงสร้างข้อมูลที่ใช้เฉพาะซึ่งแตกต่างจากโครงสร้าง 43 แฟ้ม แต่อย่างไรก็ตาม คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ ได้พิจารณาจัดกลุ่มตัวชี้วัดตามการมีอยู่ของข้อมูล ดังตารางที่ 3.10

ตารางที่ 3.6 การมีอยู่ของข้อมูลเพื่อประมวลผลงานตามตัวชี้วัดฯ ในบริบทกรุงเทพมหานครฯ

กลุ่มที่	คำอธิบาย	ตัวชี้วัด
1	มีโครงสร้างตัวแปรในฐานข้อมูล สปสช. กทม.	HT1, DM1, HT2, HT3, DM2, DM3, MCH1, MCH2, MCH3, MCH5, BR2, RUA1, RUA2
2	ไม่มีโครงสร้างตัวแปรในฐานข้อมูลของ สปสช. กทม.	CVD1, MCH4, BR1, Asthma

### 3.11.4 ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

จากการเปรียบเทียบผลงานของหน่วยบริการปฐมภูมิระหว่างข้อมูลจากฐานข้อมูล สปสช. และข้อมูลจาก PCUs พบว่า คะแนนที่คิดจากข้อมูลที่ได้รับจาก PCUs เทียบกับข้อมูลที่คิดจากฐานข้อมูล สปสช. แตกต่างกันทั้งที่มีผลงานเพิ่มขึ้นและลดลง (ค่าระหว่าง +35 ถึง -19) (ตารางผนวกที่ 3.5ค.)

จากการศึกษาเปรียบเทียบดังกล่าว มีข้อค้นพบสำคัญดังนี้ (รายละเอียดใน ตารางผนวกที่ 3.6ค. - 3.8ค.)

1. ทะเบียนบุคคล (PID) ที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ มีเลขซ้ำกันในสถานบริการเดียวกัน (จากแฟ้ม PERSON) นอกจากนั้น ยังพบว่ามีการขึ้นทะเบียนบุคคลใหม่ในรายเดิมที่เลขประจำตัวประชาชน (CID) ซ้ำ ประมาณร้อยละ 0.2 – 3

2. ข้อผิดพลาดในการลงวันเดือนปีเกิดจากฐานข้อมูล Health data Center หรือ HDC จังหวัดและข้อมูลจากฐานข้อมูล สปสช. ประมาณร้อยละ 0.1 ในขณะที่ข้อมูลจากฐานข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ไม่พบข้อผิดพลาดในการบันทึกวันเดือนปีเกิดหรือพบเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับข้อมูลที่ได้จาก HDC จังหวัดหรือ สปสช.
3. ตัวชี้วัดการคัดกรองความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่า มีการคัดกรองในประชากรที่เป็นโรคนั้นอยู่แล้ว กล่าวคือ ประชากรที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานได้รับการคัดกรองซ้ำ (วันที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคเกิดขึ้นก่อนวันที่รับการคัดกรอง) ประมาณร้อยละ 0.3 – 10
4. อัตราการคัดกรองในประชากรที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง (Type 2) มีอัตราสูงมากในบางพื้นที่ ประมาณร้อยละ 0.3 – 12 ของผลงานการคัดกรอง
5. การคัดกรองในประชากรที่เสียชีวิต กล่าวคือ วันที่เสียชีวิต (DDISCHATE) เกิดขึ้นก่อนวันที่คัดกรอง (DATE\_SERVICE) ประมาณร้อยละ 0.2 ของผลงานการคัดกรอง
6. การคัดกรองซ้ำภายใน 1 ปี กล่าวคือ ประมาณร้อยละ 14 ของประชากรในเขตรับผิดชอบได้รับการคัดกรองซ้ำภายในปีเดียวกัน โดยการคัดกรองครั้งแรกเกิดขึ้นในช่วงต้นปี และปลายปี
7. การระบุรหัสการวินิจฉัยไม่ถูกต้อง เช่น รหัสวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งมีการใส่รหัสภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับคนทั่วไป เป็นต้น
8. การลงรหัสยาที่มีความผิดพลาด เนื่องจากรหัสยาที่บันทึกในฐานข้อมูล 43 แฟ้มเป็นรหัสยา 24 หลักหรือรหัสยาของสถานพยาบาล ซึ่งมีรหัสไม่สมบูรณ์และครบ 24 หลัก ประมาณร้อยละ 13

### 3.11.5 ผลงานก่อนทดสอบตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ

จากการศึกษาผลงานก่อนทดสอบตัวชี้วัดฯ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

1. ระยะก่อนการทดสอบ 3 ปี ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ HT1 DM1 และ CVD1
2. ระยะก่อนการทดสอบ 1 ปี ประกอบด้วย 18 ตัวชี้วัด ได้แก่ HT2-3 DM2-3 MCH1-5 RUA1-2 COPD1 Asthma1-6

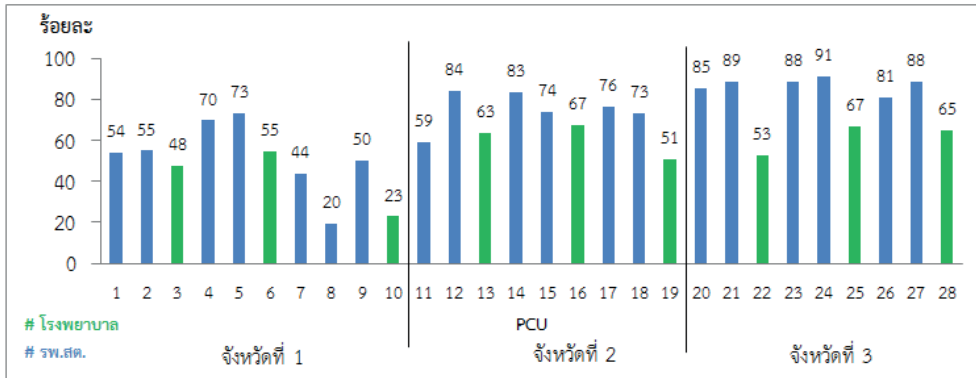
#### ผลการศึกษารายละเอียดดังนี้

##### ตัวชี้วัดฯ ประเภทการคัดกรอง

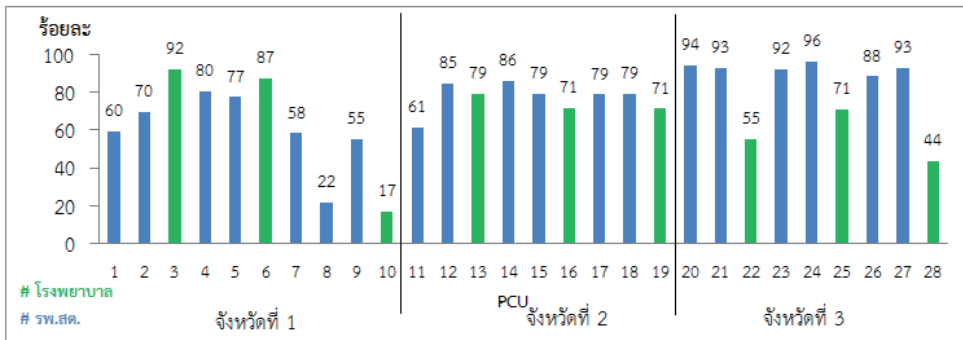
ตัวชี้วัดฯ ประเภทการคัดกรอง ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในรอบ 3 ปี (HT1) ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose หรือ random capillary blood glucose) ในรอบ 3 ปี (DM1) และ ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย โปรแกรม Thai CV risk score ในรอบ 3 ปี (CVD1)

จากการศึกษาร้อยละของการคัดกรองความดันโลหิตสูงในพื้นที่ทดสอบ จำนวน 28 PCU ใน 3 จังหวัด พบว่า ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบจำนวนมากกว่าครึ่งได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 58 เท่ากัน) โดยอัตราการคัดกรองความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่างร้อยละ 20-91 (ดังรูปที่ 3.3) และโรคเบาหวานอยู่ระหว่างร้อยละ 22-91 (ดังรูปที่ 3.5) เมื่อพิจารณาเฉพาะประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบจริง ทั้งคนที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (Type I) และคนที่มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ (Type III) พบว่า จำนวน 3 ใน 4 ราย ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 75 และ 76 ตามลำดับ) อัตราการคัดกรองความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่างร้อยละ 17-97 และโรคเบาหวานอยู่ระหว่างร้อยละ 17-95 (ดังรูปที่ 3.4 และ 3.6)

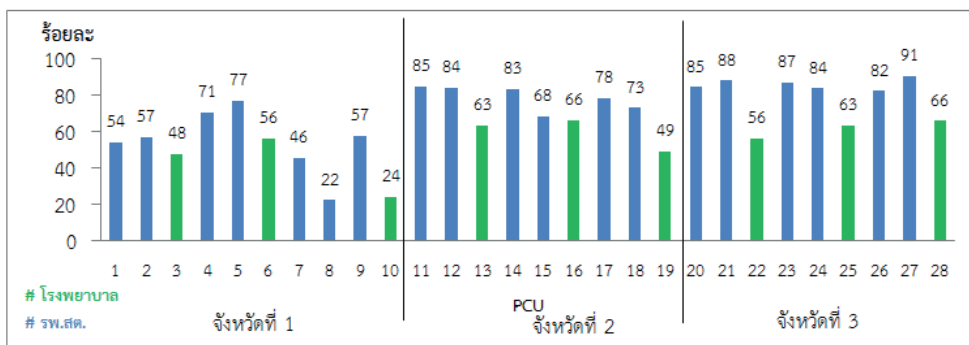
จากการเปรียบเทียบอัตราการคัดกรองความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยการใช้ตัวหารที่ต่างกัน ระหว่างประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบจริงกับประชากรทั้งหมดในเขตรับชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า อัตราการคัดกรองสูงเมื่อคิดตัวหารเฉพาะประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบจริง (ไม่รวมกลุ่มที่มีชื่อในทะเบียนบ้าน แต่ตัวไม่อยู่) อย่างไรก็ตาม พบว่ามีบางหน่วยบริการที่มีผลงานต่ำกว่าการคิดตัวหารจากประชากรทั้งหมด ซึ่งจำนวนที่ลดลงนี้อาจเนื่องมาจากมีข้อมูลการคัดกรองความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในประชากรที่มีชื่อในพื้นที่รับผิดชอบ แต่ตัวไม่ได้อยู่จริง (Type II) ในอัตราที่สูง ซึ่งอาจเกิดจากประชากรกลุ่มดังกล่าวไปใช้บริการที่อื่น และเกิดการนับซ้ำของข้อมูลทำให้การคิดตัวหารแบบนี้เป็นการดึงผลงานของหน่วยบริการอื่นมาคิดด้วย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 12 ของจำนวนการคัดกรองทั้งหมด



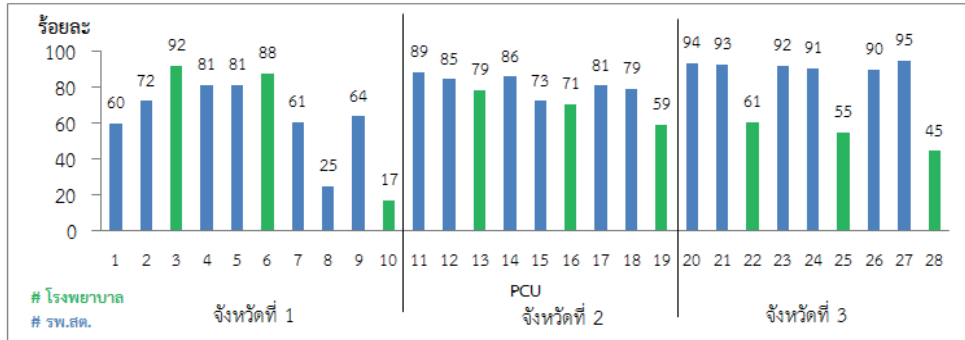
รูปที่ 3.3 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในรอบ 3 ปี (HT1)



รูปที่ 3.4 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในรอบ 3 ปี (HT1) เฉพาะประชากร Type I และ Type III



รูปที่ 3.5 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วในรอบ 3 ปี



รูปที่ 3.6 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน โดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วในรอบ 3 ปี เฉพาะประชากร Type I และ Type III

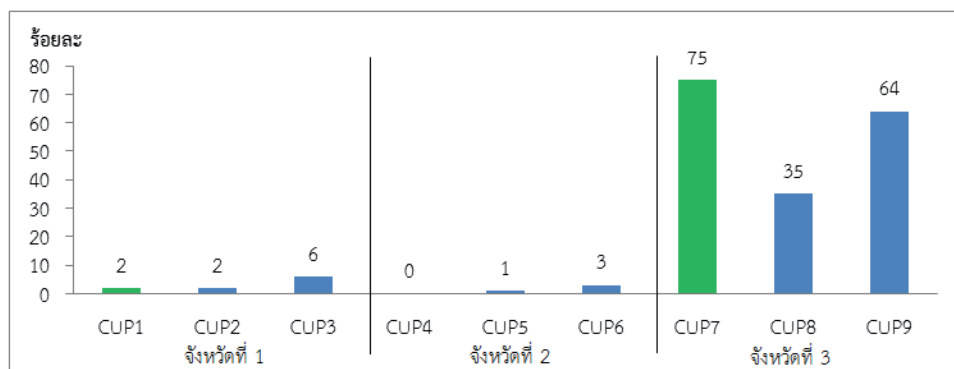
จากการศึกษาการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย โปรแกรม Thai CV risk score ในรอบ 3 ปี (CVD1) พบว่า พื้นที่ที่ทดสอบไม่มีดำเนินการตามตัวชี้วัดฯ ดังกล่าว จากฐานข้อมูล 43 แห่ง ของ PCUs ไม่มีข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยดังกล่าว

#### ตัวชี้วัดฯ รอบประเมินผลงาน 1 ปี

ตัวชี้วัดฯ ที่มีการประเมินผลงานรอบ 1 ปี ประกอบด้วย ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 1 เดือน (HT2) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (HT3) ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการส่งต่อเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำ (fasting plasma glucose หรือ fasting capillary blood glucose) ภายใน 1 เดือน (DM2) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (DM3)

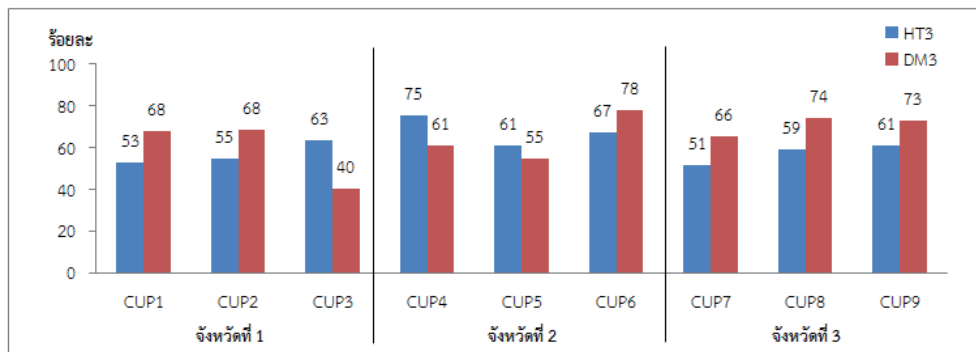
#### ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากการศึกษากลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานที่มีภาวะผิดปกติ พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg จำนวน 1 ใน 3 ราย ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 1 เดือน (ร้อยละ 36) โดยอัตราการได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 30 วัน มีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 0-75 (รูปที่ 3.7) ในขณะที่กลุ่มเป้าหมายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 3 ของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่เมื่อพิจารณาการส่งต่อเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำ (fasting plasma glucose หรือ fasting capillary blood glucose) ภายใน 1 เดือน ยังไม่พบการปฏิบัติตามตัวชี้วัดฯ ดังกล่าว

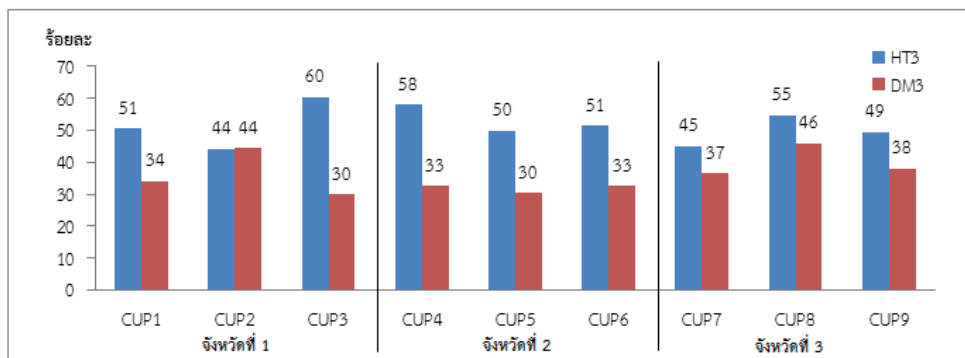


รูปที่ 3.7 ร้อยละกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงได้พบแพทย์ใน 1 เดือน

ในประเด็นความสามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในหน่วยบริการประจำ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการประจำ จำนวน 3 ใน 5 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี (ร้อยละ 62) เมื่อจำแนกราย CUPs พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีมีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 51-75 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 2 ใน 3 ราย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ร้อยละ 67) โดยมีค่าระหว่างร้อยละ 40-78 (รูปที่ 3.8) ซึ่งผลการศึกษาที่พิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการเท่านั้น หากพิจารณาผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแฟ้ม CHRONICS พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ดีมีสัดส่วนลดลง (รูปที่ 3.9)



รูปที่ 3.8 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดได้ดี

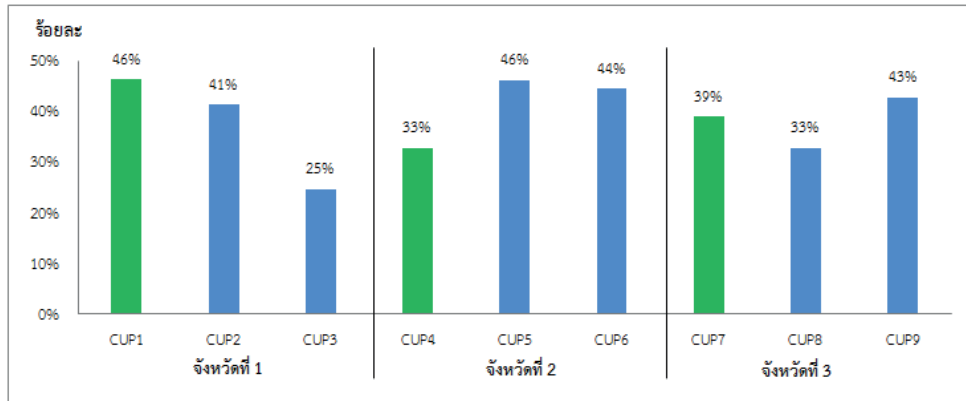


รูปที่ 3.9 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดได้ดี (เฉพาะที่ขึ้นทะเบียนในแฟ้ม CHRONIC)

#### แม่และเด็ก (MCH1-5)

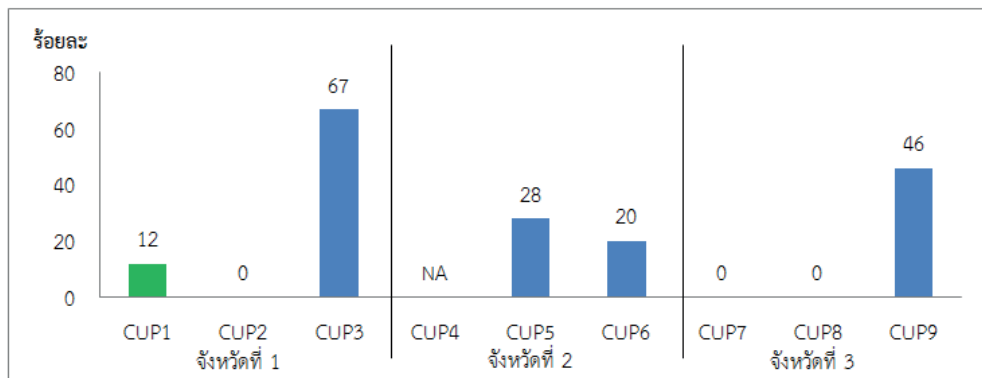
จากการศึกษาตัวชี้วัดฯ เกี่ยวกับแม่และเด็ก ซึ่งประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ไม่เกิน 12 สัปดาห์ (MCH1) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ได้พบแพทย์ (MCH2) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในช่วงเดือนที่ 7-9 ของการตั้งครรภ์ (MCH3) ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในเดือนที่ 3 หลังคลอด (MCH4) ร้อยละของทารกอายุ 0-1 ปี ซึ่งคลอดครบกำหนดที่สงสัยว่ามีภาวะโภชนาการผิดปกติ ได้รับการส่งต่อพบแพทย์ในรอบ 12 เดือน (MCH5) มีรายละเอียดดังนี้

จากการศึกษาร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ไม่เกิน 12 สัปดาห์ (MCH1) พบว่า ร้อยละ 39 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เกิน 12 สัปดาห์ เมื่อจำแนกราย CUPs พบว่า ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เกิน 12 สัปดาห์ อยู่ระหว่างร้อยละ 25-46 (รูปที่ 3.10)



รูปที่ 3.10 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เกิน 12 สัปดาห์ (MCH1) จำแนกราย CUPs

สำหรับข้อมูลร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้พบแพทย์ (MCH2) พบว่า ร้อยละ 28 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้รับการส่งต่อแพทย์เพื่อวินิจฉัย และเมื่อจำแนกราย CUPs พบว่า CUP2 CUP7 และ CUP8 ไม่พบข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้รับการส่งต่อแพทย์เพื่อวินิจฉัย เมื่อสืบค้นเพิ่มเติม พบว่า ทั้ง 3 CUPs มีข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์และได้รับการส่งต่อแพทย์เพื่อวินิจฉัย อย่างไรก็ตามในบางพื้นที่ไม่มีการบันทึกการตรวจวินิจฉัยตามรหัสที่กำหนดจึงทำให้ทั้ง 3 CUPs มีผลลัพธ์ คือ 0 ราย (รูปที่ 3.11) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาข้อมูลจากทุก CUPs พบว่า มีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 0-67



รูปที่ 3.11 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้รับการส่งต่อพบแพทย์ (MCH2) จำแนกราย CUP

ในส่วน of ข้อมูลร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในช่วงเดือนที่ 7-9 ของการตั้งครรภ์ (MCH3) เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับยังขาดตัวแปรที่จะสามารถเชื่อมต่อกับข้อมูลอื่น ประกอบกับช่วงเวลาที่ทำการศึกษามีจำกัดจึงไม่สามารถทำการวิเคราะห์ตัวชี้วัดนี้ได้ ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถวิเคราะห์ผลงานตามตัวชี้วัด MCH4 คือ ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในเดือนที่ 3 หลังคลอดได้เช่นกัน ทั้งนี้ จากการศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แห่งของ สปสช. พบว่า การมีอยู่ของข้อมูลค่า hematocrit ของหญิงตั้งครรภ์ (จากแฟ้ม PRENATAL) มีอยู่เพียงร้อยละ 30 ของข้อมูลทั้งหมดเท่านั้น ส่วนวันที่ทำการวัดค่า hematocrit พบข้อมูลเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น ที่เหลือ คือ ข้อมูลสูญหาย (missing)

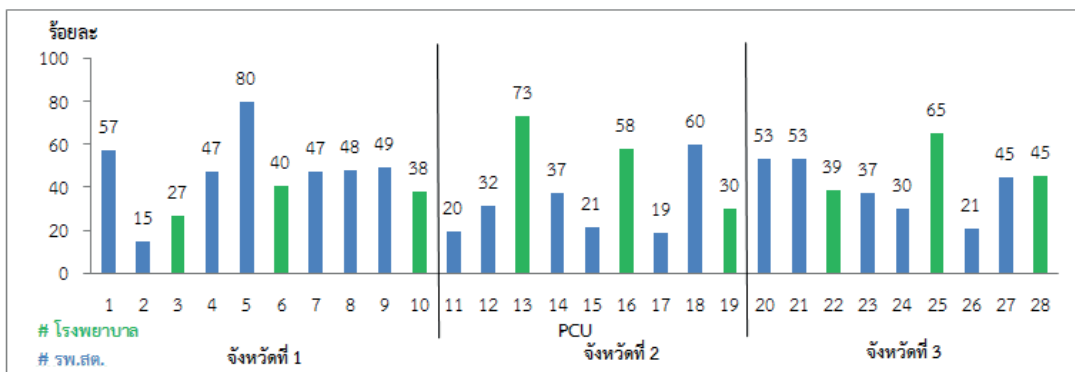
สำหรับตัวชี้วัดสุดท้ายในกลุ่มของแม่และเด็ก คือ ข้อมูลร้อยละของทารกอายุ 0-1 ปี ซึ่งคลอดครบกำหนดที่สงสัยว่ามีภาวะโภชนาการผิดปกติ ได้รับการส่งต่อพบแพทย์ในรอบ 12 เดือน (MCH5) จากการศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้มของ สปสช. พบว่า มีเพียง 4 รายเท่านั้น จากทั้งหมด 204 ราย ที่มีภาวะโภชนาการผิดปกติ โดยทั้ง 4 รายได้รับการส่งต่อพบแพทย์ อย่างไรก็ตาม ไม่มีการบันทึกการตรวจวินิจฉัยตามรหัสที่กำหนด จึงทำให้ข้อมูลร้อยละของทารกอายุ 0-1 ปี ซึ่งคลอดครบกำหนดที่สงสัยว่ามีภาวะโภชนาการผิดปกติ ได้รับการส่งต่อพบแพทย์ในรอบ 12 เดือน มีค่าเป็น 0

### ผู้ป่วยติดเชื้อ (BR1-2)

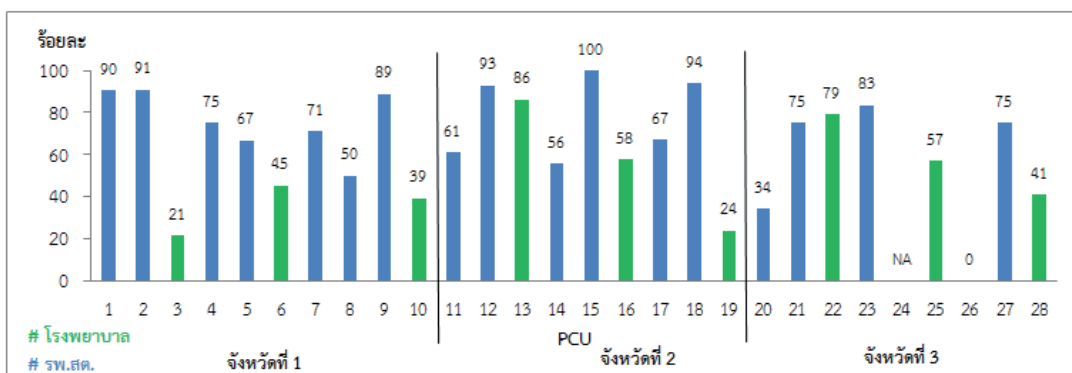
จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อพบว่า หน่วยบริการมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง แต่ไม่มีระบบการจัดเก็บที่ชัดเจน บางพื้นที่บันทึกในกระดาษ บางพื้นที่บันทึกในไฟล์ excel ในขณะที่ข้อมูลที่บันทึกในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ยังไม่ครอบคลุม ซึ่งเชื่อมโยงกับตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (BR2) ซึ่งไม่มีข้อมูลที่บันทึกไว้ คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจึงไม่สามารถวัดผลงานตัวชี้วัดฯ ดังกล่าวได้

### การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (RUA1-2)

จากการศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน (RUA1) และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (RUA2) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 2 ใน 5 ราย ได้รับยาปฏิชีวนะ (ร้อยละ 43 เท่ากัน) โดยผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนมีอัตราการได้รับยาปฏิชีวนะอยู่ระหว่างร้อยละ 15-80 ขณะที่ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันมีอัตราการได้รับยาปฏิชีวนะอยู่ระหว่างร้อยละ 0-100 (ดังรูปที่ 3.12 และ 3.13 ตามลำดับ) ซึ่งพบอัตราการใช้สูงในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง



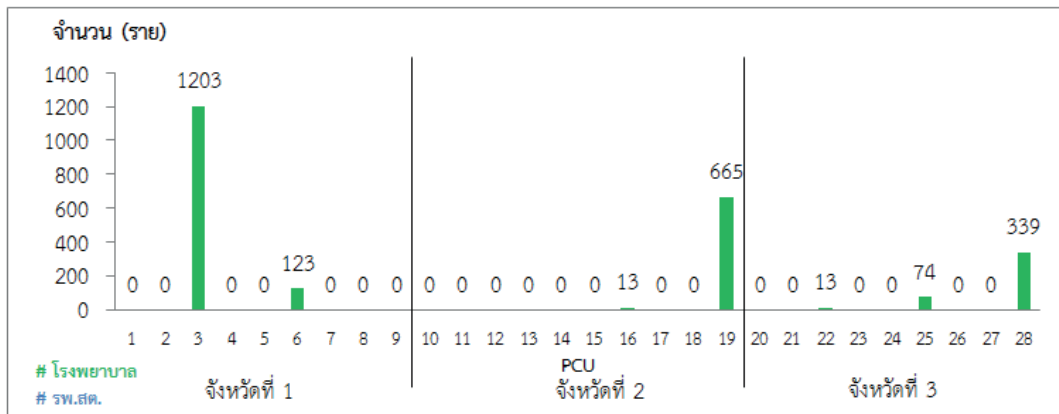
รูปที่ 3.12 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ



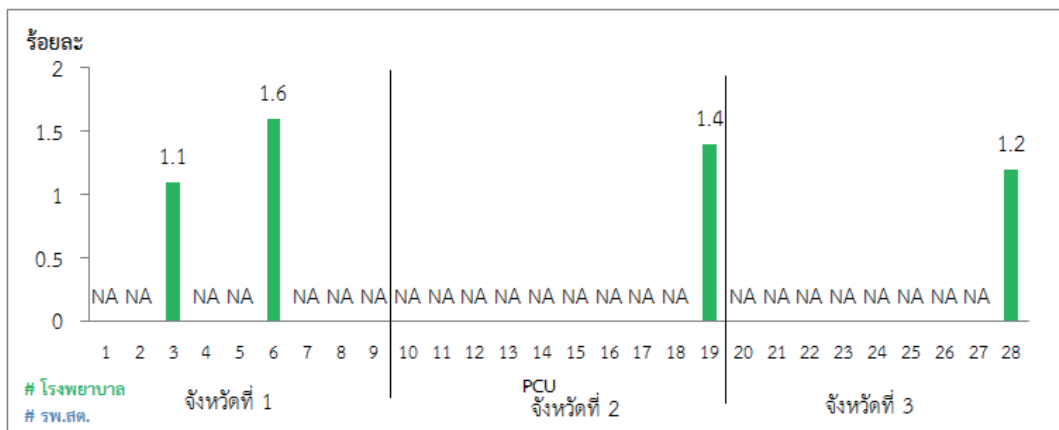
รูปที่ 3.13 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

### โรคหืด (Asthma 1-6)

การศึกษาตัวชี้วัดเกี่ยวกับโรคหืด ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด (Asthma1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสุขศึกษา (Asthma2) ร้อยละของการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ในผู้ป่วยโรคหืด (Asthma3) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถาม (Asthma4) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้พบแพทย์ (Asthma5) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลัน (Asthma6) พบว่า การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืดในแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ (CHRONIC) มีข้อมูลเฉพาะ PCU โรงพยาบาลเท่านั้น (รูปที่ 3.14) ซึ่งถ้าเทียบกับข้อมูลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในแฟ้ม DIAGNOSIS มีจำนวนน้อยมาก ขณะที่ผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการจำนวนเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่ได้รับสุขศึกษาอย่างน้อย 1 ครั้งภายในรอบปี (รูปที่ 3.15) ส่วนตัวชี้วัด Asthma3 4 และ 5 ไม่มีการปฏิบัติตามตัวชี้วัดทั้งใน รพ.สต. และ โรงพยาบาลด้วยเช่นกัน ส่วนตัวชี้วัด Asthma6 คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ พบว่า การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหืดเฉียบพลันมีส่วนน้อยที่แผนกฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD)



รูปที่ 3.14 จำนวนผู้ป่วยโรคหืดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบจำแนกราย PCU



รูปที่ 3.15 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสุขศึกษาจำแนกราย PCU



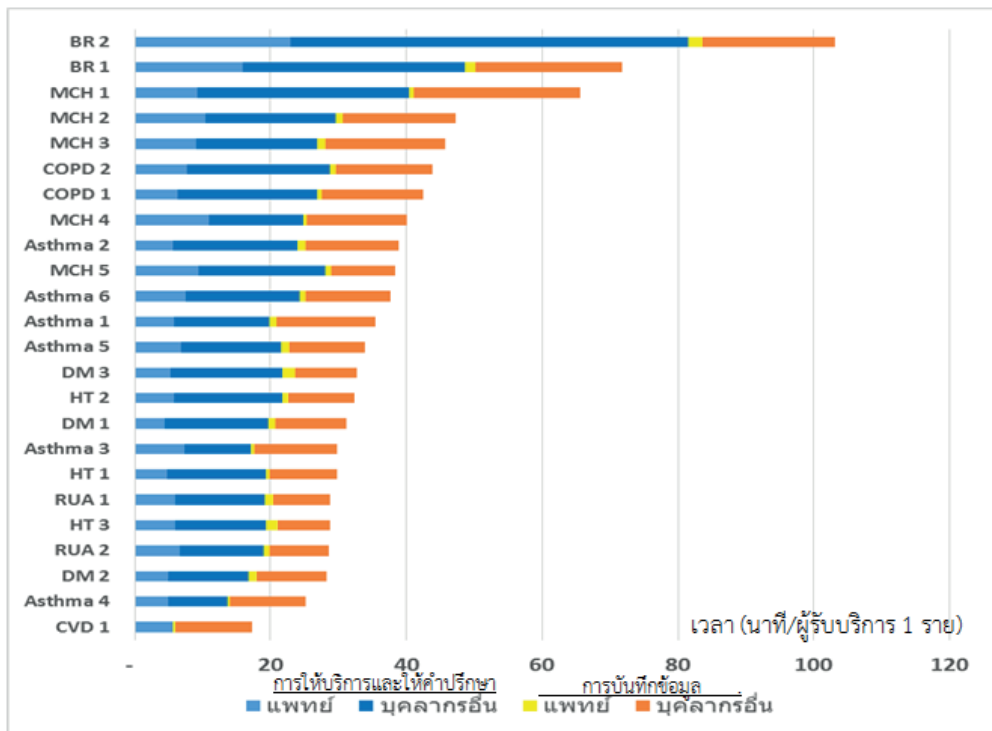
## โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการขึ้นทะเบียน) การขึ้นทะเบียนอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลบางแห่งเท่านั้น เช่นเดียวกับการศึกษาร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ (COPD2) ไม่พบว่ามีการบันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบันของสถานะการสูบบุหรี่มีเพียงประวัติการสูบบุหรี่เท่านั้น

### 3.11.6 ต้นทุนและการะงาบ

#### การะงาบ

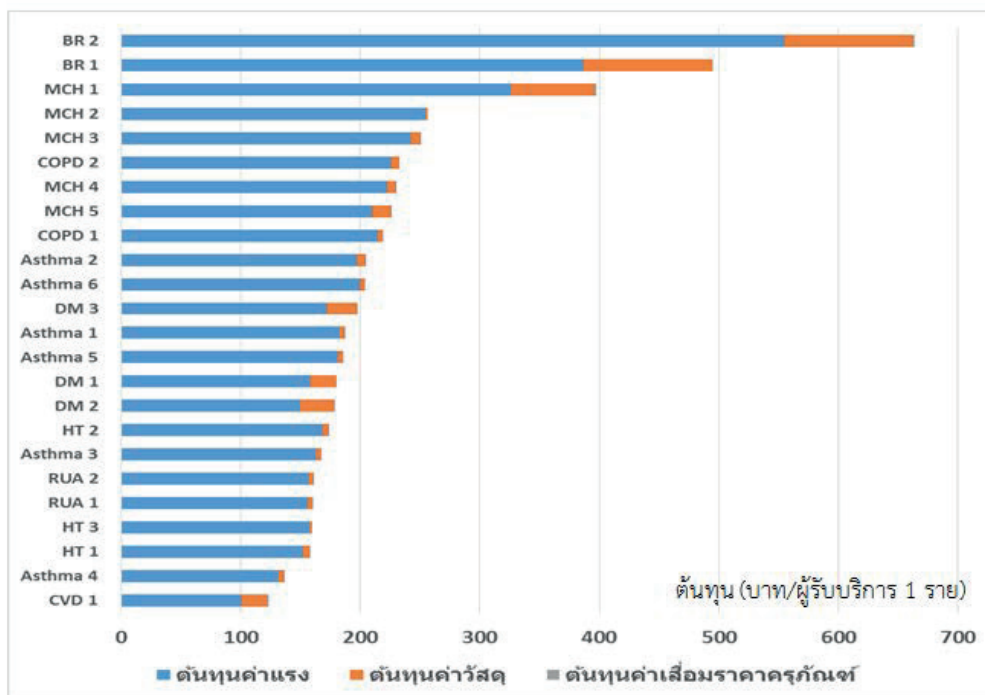
ภาระงานของบุคลากรในการให้บริการตามตัวชี้วัดฯ คำนวณจากเวลา (หน่วย: นาทีต่อผู้รับบริการ 1 ราย) ของบุคลากรในการให้บริการตามตัวชี้วัดฯ รวมถึงเวลาการให้คำปรึกษา (ถ้ามี) และการบันทึกข้อมูล ข้อมูลเหล่านี้ได้จากการตอบแบบสอบถามของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นพื้นที่ตัวอย่างของการศึกษานี้และมีการให้บริการตามตัวชี้วัดฯ จากรูปที่ 3.16 แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (BR2) ก่อให้เกิดภาระงานแก่บุคลากรมากที่สุด รองลงมาเป็นการลงทะเบียนผู้ป่วยติดเตียง (BR1) และการให้บริการฝากครรภ์ครั้งแรก (MCH1)



รูปที่ 3.16 ระยะเวลาในการให้บริการตามตัวชี้วัดฯ (นาทีต่อผู้รับบริการ 1 ราย)

#### ต้นทุน

ต้นทุนของหน่วยบริการปฐมภูมิในการให้บริการตามตัวชี้วัดฯ คำนวณจากต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ โดยมีหน่วยเป็นบาทต่อผู้รับบริการ 1 ราย ข้อมูลเหล่านี้ได้จากการตอบแบบสอบถามของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นพื้นที่ตัวอย่างของการศึกษานี้และมีการให้บริการตามตัวชี้วัดฯ รูปที่ 3.17 แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (BR2) ใช้ต้นทุนในการให้บริการมากที่สุด รองลงมาเป็นการลงทะเบียนผู้ป่วยติดเตียง (BR1) และการให้บริการฝากครรภ์ครั้งแรก (MCH1)



รูปที่ 3.17 จำนวนต้นกุนค่าแรง คำวิสัย และค่าเสื่อมราคาครกักณฑ์ จำแนกรายตัวชี้วัดฯ (บาทต่อผู้รับบริการ 1 ราย)

### 3.12 อภิปรายผลการศึกษา

การทดสอบตัวชี้วัดฯ ครั้งนี้ทำให้เห็นความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการใช้ตัวชี้วัดฯ เหล่านี้ในโครงการ QOF ของประเทศไทย ซึ่งพบว่า ตัวชี้วัดฯ บางกลุ่มมีความเป็นไปได้และความเหมาะสมมากกว่าตัวชี้วัดฯ บางกลุ่ม ทั้งนี้ ตัวชี้วัดฯ สำหรับหน่วยบริการในต่างจังหวัดและ กทม. มีความเหมาะสมแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่และระบบบริการ คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ จึงเสนอให้แยกการวัดตัวชี้วัดฯ ที่ใช้ในโครงการ QOF สำหรับต่างจังหวัดและ กทม. ออกจากกัน ตัวชี้วัดฯ ส่วนใหญ่ที่คัดเลือกลมาและมีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ผลงานได้พบว่า มีความเหมาะสมสำหรับโครงการ QOF ในแง่ที่ผู้ปฏิบัติงานยังไม่สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน มีความแตกต่างของผลงานระหว่างสถานบริการเดียวกันมาก สะท้อนให้เห็นว่าโครงการ QOF น่าจะเป็นประโยชน์ในการยกระดับคุณภาพของบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

การศึกษานี้พบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับของตัวชี้วัดฯ ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้พบว่า ความรู้ ความเข้าใจในวัตถุประสงค์และการดำเนินงานโครงการ QOF ความสำคัญของตัวชี้วัดฯ และบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานมีผลสำคัญเป็นอย่างมาก ผู้ที่ดำเนินโครงการควรสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ผู้ปฏิบัติงานตั้งแต่เริ่มต้น เพราะนอกจากจะทำให้โครงการ QOF ประสบความสำเร็จแล้ว ยังช่วยให้เกิดความยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ คือ เกิดการยกระดับคุณภาพของบริการสุขภาพในระยะยาวถึงแม้จะยุติตัวชี้วัดฯ เหล่านั้นไปแล้วก็ตาม เช่นเดียวกับเรื่องของเวลาและต้นทุนในการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดฯ ข้อมูลที่ได้อาจไม่สะท้อนการทำงานจริงหากมีการคัดเลือกเป็นตัวชี้วัดฯ ในโครงการ QOF ในอนาคต เพราะปัจจุบันผู้ปฏิบัติงานบางส่วนมิได้ให้บริการตามตัวชี้วัดฯ เหล่านี้ทำให้ไม่มีทักษะ ความชำนาญ หากมีการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดฯ อย่างสม่ำเสมอในอนาคตย่อมส่งผลให้เกิดความเชี่ยวชาญลดระยะเวลาในการปฏิบัติงานและต้นทุนได้เช่นกัน

ทั้งนี้จากการทดสอบตัวชี้วัดฯ คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ พิจารณาว่าตัวชี้วัดฯ ที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินโครงการ QOF ปีงบประมาณ 2560 ได้แก่ HT1 HT2 HT3 DM1 DM3 MCH2 และ MCH5 เพราะตัวชี้วัดฯ ดังกล่าวได้รับการยอมรับจากผู้ให้บริการมากกว่าร้อยละ 70 รวมทั้งมีการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกขนาด และมีการบันทึกข้อมูลใน

ฐานข้อมูล 43 แพ้ม ซึ่งสามารถนำมาคำนวณผลงานของหน่วยบริการได้ ทั้งนี้คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ ได้นำเสนอต่อคณะกรรมการกำกับทิศทาง เพื่อพิจารณาคัดเลือกและให้ข้อเสนอแนะ (รายละเอียดในบทที่ 5)

ฐานข้อมูล 43 แพ้มที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ผลงานตามตัวชี้วัดฯ นับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งในการดำเนินโครงการ QOF อย่างไรก็ตามคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ พบว่า ความครบถ้วนและคุณภาพข้อมูล ยังเป็นปัญหาที่น่ากังวลใจ ซึ่งพบว่า มีความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลเป็นจำนวนมาก จึงควรมีระบบการตรวจสอบความผิดพลาดของข้อมูล และสามารถสะท้อนรายละเอียดดังกล่าวให้แก่ผู้ลงข้อมูลในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้ทราบก่อนที่จะมีการส่งข้อมูลมายังกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป การอบรมและแจกคู่มือการลงข้อมูลเป็นเรื่องที่ควรมีการดำเนินการ เพราะพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่งบันทึกรหัสวินิจฉัยไม่ถูกต้อง เช่น การบันทึกรหัสหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับวินิจฉัยความดันโลหิตสูงใส่รหัสวินิจฉัยเช่นเดียวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไป เป็นต้น

ความเหมาะสมของการวิเคราะห์ผลงานตามตัวชี้วัดฯ ควรมีการระบุวิธีการคิดผลงาน ตัวแปรที่ใช้ รวมถึงช่วงเวลาการดึงข้อมูล เกณฑ์การตัดเข้าหรือตัดออกของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ถูกต้อง ชัดเจน และเหมาะสมกับพื้นที่บริการ เช่น การคัดกรองความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีความยากลำบากในการทำงานในบางพื้นที่ ซึ่งการเลือกตัวหารที่แตกต่างกัน เช่น หน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร ไม่สามารถทราบประชากรในเขตรับผิดชอบที่แน่ชัด รวมทั้งมีประชากรแฝงจำนวนมาก การใช้ตัวหารเช่นเดียวกับจังหวัดอื่นๆ จะไม่สามารถทำได้

เช่นเดียวกันกับเรื่องตัวหารของการคำนวณร้อยละของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ระยะเวลาของการวิเคราะห์ เช่น ในการคัดกรองโรค ก็มีผลสำคัญต่อการคำนวณผลงานตามตัวชี้วัดฯ ทั้งนี้การวิเคราะห์ต้องสามารถตัดผลงานการคัดกรองโรคในบุคคลเดียวกันภายในช่วงเวลาที่กำหนดเพื่อมิให้มีการนับซ้ำ ซึ่งอาจทำให้ผลงานบางตัวเกินร้อยละ 100 ได้ และเป็นการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้เข้าถึงการคัดกรองโรคที่สำคัญได้อย่างทั่วถึง

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ 1) ข้อจำกัดด้านเวลาทำให้การทดสอบตัวชี้วัดฯ ครั้งนี้ใช้เวลาเพียง 3 เดือน ทั้งที่ควรใช้เวลานานกว่านี้ ทำให้การพิจารณาประสิทธิภาพของการคัดเลือกตัวชี้วัดฯ ต่อผลการปฏิบัติงานซึ่งเป็นการเปรียบเทียบผลงานก่อนและหลังการทดสอบครั้งนี้ไม่สามารถดำเนินการได้ 2) วันที่และเวลาในการตัดข้อมูลการทดสอบจากฐานข้อมูล สปสช. และ PCUs ไม่เท่ากันทำให้การคำนวณผลงานจากทั้งสองฐานข้อมูลอาจไม่เท่ากันได้ 3) การส่งข้อมูลจากหน่วยบริการไม่สามารถกระทำได้ทันทีแต่จำเป็นต้องใช้เวลาในการลงข้อมูล ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่เป็นข้อมูลปัจจุบันแต่เป็นข้อมูลย้อนหลัง 1 เดือนเป็นอย่างน้อย ซึ่งย่อมส่งผลต่อการวิเคราะห์ผลงานและการดำเนินโครงการ QOF

### 3.13 เอกสารอ้างอิง

1. Roland M. Pay-for-performance: too much of a good thing? A conversation with Martin Roland. Interview by Robert Galvin. *Health affairs (Project Hope)*. 2006 Sep-Oct;25 (5):w412-9.
2. Lester H, Campbell S. Developing Quality and Outcomes Framework (QOF) indicators and the concept of 'QOFability'. *Quality in primary care*. 2010;18 (2):103-9.
3. Lester H, Hobbs FD. Major policy changes for primary care: potential lessons for the US New Model of family medicine from the quality and outcomes framework in the United Kingdom. *Family medicine*. 2007 Feb;39 (2):96-102.
4. Lester H, Roland M. Future of quality measurement. *BMJ (Clinical research ed)*. 2007 Dec 1;335 (7630):1130-1.
5. Campbell SM, Kontopantelis E, Hannon K, Burke M, Barber A, Lester HE. Framework and indicator testing protocol for developing and piloting quality indicators for the UK quality and outcomes framework. *BMC family practice*. 2011;12:85.
6. Department of Health. Developing the Quality and Outcomes Framework: proposal for a new, independent process. London Department of Health. 2008.
7. Lester HE, Hannon KL, Campbell SM. Identifying unintended consequences of quality indicators: a qualitative study. *BMJ quality & safety*. 2011 Dec;20 (12):1057-61.
8. Association AM. Physician Consortium for Performance Improvement® (PCPI) Performance Measures 2010 [cited 25 February 2011]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/370/pcpi-testing-protocol.pdf>.
9. HEDIS. Technical Specifications for physician measurement. Washington DC: NCQA; 2009.
10. Young GJ, Charns MP, Barbour GL. Quality improvement in the US Veterans Health Administration. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. 1997 Jun;9 (3):183-8.
11. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อไ้ร่ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2554. 2554.
12. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. รายงานการประชุมคณะกรรมการกำกับทิศ ครั้งที่ 4 โครงการบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2559.
13. Priya M, Mohan Anjana R, Pradeepa R, Jayashri R, Deepa M, Bhansali A, et al. Comparison of capillary whole blood versus venous plasma glucose estimations in screening for diabetes mellitus in epidemiological studies in developing countries. *Diabetes technology & therapeutics*. 2011;13 (5):586-91.

## 3.14 ภาคผนวก

### ภาคผนวก ก.

#### ประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

##### 1. การสัมภาษณ์เชิงลึก

###### 1.1 ประเด็นคำถามสำหรับผู้บริหาร

- 1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับโครงการ QOF (ประวัติ/ประสบการณ์/ทัศนคติเกี่ยวกับ QOF)
  - คิดว่าโครงการ QOF มีส่วนช่วยพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิหรือไม่ (ทำให้เกิดการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัด แก้ปัญหาสำคัญของพื้นที่)
  - โครงการ QOF มีข้อดี ข้อเสีย ต่อสถานพยาบาลท่านอย่างไร (เงิน QOF คຸ້ມທີ່จะลงทุนลงแรงเทียบกับตัวชี้วัดอื่นแล้วเป็นอย่างไร ยากหรือง่ายกว่ากัน ภาระงาน การบันทึกข้อมูล)
  - การแบ่งเงิน QOF ทำอย่างไร มีเกณฑ์อะไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ
- 2) CUP ของท่านมีความร่วมมือ และประสานงานกันอย่างไร เพื่อให้สามารถดำเนินการตามตัวชี้วัด QOF ได้ (ความสัมพันธ์ ระหว่าง รพสต. รพช. สสอ.)
- 3) สถานะการเงินของสถานพยาบาลท่าน (PCU) เป็นอย่างไร (แคร่หรือไม่กับเงิน QOF)
- 4) สถานพยาบาลของท่านมีระบบสนับสนุนเพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามตัวชี้วัดอย่างไร
- 5) สถานพยาบาลของท่านมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดอย่างไร
- 6) ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรเพื่อให้โครงการ QOF มีประสิทธิภาพมากขึ้น

###### 1.2 ประเด็นคำถามสำหรับผู้บันทึก รวบรวม และส่งออกข้อมูล

- 1) สถานพยาบาลของท่านมีการบริหารจัดการอย่างไรเกี่ยวกับข้อมูลการให้บริการ (บันทึก รวบรวม ส่งออก)
- 2) สถานพยาบาลของท่านมีความถี่ในการบันทึกข้อมูล รวบรวม ส่งออกอย่างไร
- 3) ท่านคิดว่าข้อมูลในระบบรายงานสำหรับตัวชี้วัดสะท้อนการให้บริการจริงหรือไม่ อย่างไร
- 4) ท่านมีปัญหาอุปสรรคใดบ้าง ในการบันทึก รวบรวม ส่งออกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดที่ทำการทดสอบ
- 5) ท่านมีปัญหาอุปสรรคในภาพรวม/เชิงระบบหรือไม่ อย่างไร
- 6) ท่านมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบข้อมูลสำหรับโครงการ QOF อย่างไร

###### 1.3 ประเด็นคำถามสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

- 1) อะไรคือปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 5 อันดับแรก ในพื้นที่ของท่าน และใช้เกณฑ์ใดในการจัดลำดับความสำคัญ (ขนาดของปัญหา เช่น มีผู้ป่วยมาก ขนาดความรุนแรงของโรค)
- 2) มีการบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพเหล่านี้

## ตัวชี้วัด HT/DM

### การคัดกรอง HT1

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีการให้บริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองความดันโลหิตสูง
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด
- 3) ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)
  - บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
  - Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
  - ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

#### ให้บริการตามตัวชี้วัด

- บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ
  - นโยบายผู้บริหาร
- 1) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดสถานพยาบาลของท่านดำเนินการตามตัวชี้วัดนี้อย่างไร? (กระบวนการและวิธีการในการคัดกรอง ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม.ช่วงเวลาในการคัดกรอง แผนการคัดกรองเป็นอย่างไร)
    - การค้นหา case อย่างไร วิธีการกระตุ้นให้ case มารับบริการ เช่น ค้นหาในชุมชน รู้ได้อย่างไรว่าคนเหล่านั้นอายุ 35 ปี หรือมากกว่า
    - วัดความดันโลหิตสูงอย่างไร ต้องให้ผู้ถูกคัดกรองพักก่อนอย่างน้อย 15 นาที
    - มีการวัดซ้ำกี่ครั้ง มีระยะเวลาในการวัดซ้ำอย่างไร
    - การ calibrate เครื่องวัดความดันอย่างไร บ่อยแค่ไหน
    - มีการวัดความดันโลหิตสูงที่บ้านหรือไม่
    - คัดกรองประชากรเป้าหมายที่เข้าถึงยาก เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ อย่างไร
    - แจ้งผลการคัดกรองอย่างไร ให้ข้อมูลอะไรบ้าง
    - เมื่อคัดกรองเสร็จสิ้นแล้ว มีการดำเนินงานต่ออย่างไร (กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งต่อ)
  - 2) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU เช่น ประชากรเป้าหมาย ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
  - 3) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหาอย่างไร
  - 4) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
  - 5) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### การคัดกรอง DM1

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองเบาหวาน
  - 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด
- ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)
- บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
  - Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)

- ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า)
- ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

#### ให้บริการตามตัวชี้วัด

- บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดสถานพยาบาลของท่านดำเนินการตามตัวชี้วัดนี้อย่างไร? (กระบวนการและวิธีการในการคัดกรอง (fasting หรือ random capillary) ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม. ช่วงเวลาในการคัดกรองแผนการคัดกรองเป็นอย่างไร)
- การค้นหา case อย่างไร วิธีการกระตุ้นให้ case มารับบริการ เช่น ค้นหาในชุมชน รู้ได้อย่างไรว่าคนเหล่านั้นอายุ 35 ปี หรือมากกว่า
  - ใครเป็นคนวัดระดับน้ำตาล
  - วัดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไร (DTX คือการวัดโดยอดอาหาร random คือไม่อดอาหาร) ต้องให้ผู้ถูกคัดกรองอดอาหารหรือไม่ อดอาหารก่อนกี่ชั่วโมง (DTX อย่างน้อย 8 ชั่วโมง)
  - มีการวัดซ้ำกี่ครั้ง มีระยะเวลาในการวัดซ้ำอย่างไร
  - การ calibrate เครื่องวัดระดับน้ำตาลอย่างไร บ่อยแค่ไหน
  - คัดกรองประชากรเป้าหมายที่เข้าถึงยาก เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ อย่างไร
  - แจ้งผลการคัดกรองอย่างไร ให้ข้อมูลอะไรบ้าง
  - เมื่อคัดกรองเสร็จสิ้นแล้ว มีการดำเนินงานต่ออย่างไร (กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งต่อ)
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU เช่น ประชากรเป้าหมาย ที่ไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหาอย่างไร
- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

#### ตัวชี้วัด HT2 และ DM2

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (เช่น ส่งต่อพบแพทย์ ตรวจยืนยันระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีการอื่น)
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด  
ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)
  - บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช่ priority
  - Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า)
  - ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

### ให้บริการตามตัวชี้วัด

- บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ่มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ )
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดสถานพยาบาลของท่านดำเนินการตามตัวชี้วัดนี้อย่างไร?
- ก่อนส่งต่อ ท่านมีการวัดผลอย่างไร (ระดับน้ำตาล / ค่าความดันโลหิตสูง)
  - กระบวนการก่อนส่งต่อ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
  - ส่งต่อผู้ที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg พบแพทย์อย่างไร เมื่อใด ถ้าส่งเมื่อค่าความดันโลหิตสูงเป็นค่าอื่น เพราะอะไร อ้างอิงจาก guideline อะไร
  - ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรได้รับการวัดระดับ fasting plasma glucose ซ้ำ อย่างไร เมื่อใด ถ้าวัดซ้ำเมื่อระดับน้ำตาลเป็นค่าอื่น หรือไม่วัดซ้ำ เพราะอะไร อ้างอิงจาก guideline อะไร
  - วิธีการส่งต่อ เป็นอย่างไร (ติดต่อประสานงานอย่างไร ให้คนใช้ถือใบ refer ไปเอง)
  - ให้ข้อมูลผู้ป่วยอะไรบ้าง การอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับความสำคัญของปัญหาว่าทำไมต้องมีการส่งต่อ
  - บันทึกข้อมูลการส่งต่ออย่างไร
  - การติดตามว่าคนไข้ที่ส่งต่อแล้วไปพบแพทย์จริง
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU เช่น ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย เช่น เดินทางลำบาก ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหาอย่างไร
- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### **ตัวชี้วัด HT3 และ DM3**

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงและระดับน้ำตาลในเลือด
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด
- ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)

• บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority

- Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
- ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
- ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

### ให้บริการตามตัวชี้วัด

- บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
- Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
- ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ่มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
- นโยบายผู้บริหาร



- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
  - บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้เรื่องโรค
  - มีการประเมิน compliance ของการกินยาของผู้ป่วย
  - มีการประเมิน side effect ของยา
  - มีการวัดระดับน้ำตาล วัด BP เพื่อติดตาม
  - หากค่า BP หรือระดับน้ำตาล มากกว่าปกติ ดำเนินการอย่างไร
  - ก่อนวัดระดับน้ำตาล สอบถามผู้ป่วยว่ากินยามาหรือไม่
  - มี home monitoring blood glucose หรือไม่
  - ประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรักษา
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU เช่น ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย เช่น เดินทางลำบาก ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหาอย่างไร
- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### ตัวชี้วัด CVD1

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
  - 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด
- ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)
- บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
  - Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดไม่มีความคุ้มค่า (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า)
  - ไม่เข้าใจตัวชี้วัด
- ให้บริการตามตัวชี้วัด
- บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีความคุ้มค่า (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
    - เข้าถึง application สำหรับคัดกรองหรือไม่ เพราะเหตุใด
    - ได้ข้อมูลมาใส่ application อย่างไร เช่น วัดรอบเอวอย่างไร วัดคอเลสเตอรอลอย่างไร
    - การค้นหา case อย่างไร วิธีการกระตุ้นให้ case มารับบริการ เช่น ค้นหาในชุมชน รู้ได้อย่างไรว่าคนเหล่านั้นอายุ 35 ปี หรือมากกว่า
    - แจ้งผลการประเมินต่อคนไข้อย่างไร ให้ข้อมูลอะไรบ้าง
    - มีความคิดเห็นอย่างไรในการขยายกลุ่มประชากรเป็น 35-70 ปี จากเดิมที่ให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย เช่น เดินทางลำบาก ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหานี้อย่างไร
- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### ตัวชี้วัด MCH1

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มารับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)

- บริการนั้นแก้ปัญหไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
- Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
- ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
- ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

ให้บริการตามตัวชี้วัด

- บริการนั้นแก้ปัญหได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
    - วิธีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน วิธีการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์
    - ดำเนินการอย่างไรหากพบหญิงตั้งครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์/หรือเกิน 12 สัปดาห์
    - ให้ข้อมูลอะไรบ้างแก่หญิงตั้งครรภ์ (ประโยชน์ของ ANC
    - กระบวนการฝากครรภ์ตามมาตรฐาน ANC ครั้งแรก (ประเมินการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง, ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง, วัดความดันโลหิต, ตรวจร่างกายทั่วไป เช่น ตรวจเสียงปอดและหัวใจ ตรวจปัสสาวะ ตรวจ Hemoglobin/Hematocrit/Osmolarity Fragility/DCIP/VDAL/Anti HIV/blood group/Rh typing/ HbsAg, การได้รับวัคซีน Tetanus Toxiod ครั้งที่ 1, การได้รับธาตุเหล็ก โพลีคหรือ Iodine, ได้รับคำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อฉุกเฉินได้, \*ตรวจภายใน)
  - 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย เช่น เดินทางลำบาก ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
  - 5) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหานี้อย่างไร
  - 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
  - 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

## ตัวชี้วัด MCH2

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด  
ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)
  - บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
  - Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
  - ไม่เข้าใจตัวชี้วัดให้บริการตามตัวชี้วัด
  - บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
  - ท่านพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างไร
  - หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ได้รับการวัดความดันโลหิตตอนไหนบ้าง วัดทุกคน ทุกครั้งหรือไม่
  - ถ้ามีประวัติตั้งครรภ์มาก่อน สอบถามเรื่องการชักประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษ preeclampsia
  - มีการตรวจโปรตีน โดยใช้ urine dipstick หรือไม่ ทำบ่อยแค่ไหน (ทุกครั้ง) วัดทุกคนหรือไม่
  - เมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแล้วท่านดำเนินการอย่างไร
  - วิธีการส่งต่อ เป็นอย่างไร (ติดต่อประสานงานอย่างไร ให้คนใช้ถือใบ refer ไปเอง)
  - ให้ข้อมูลผู้ป่วยอะไรบ้าง การอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับความสำคัญของปัญหาว่าทำไมต้องมีการส่งต่อ
  - บันทึกข้อมูลการส่งต่ออย่างไร
  - การติดตามว่าคนไข้ที่ส่งต่อแล้วไปพบแพทย์จริง
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย เช่น เดินทางลำบาก ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควร/แก้ปัญหาได้อย่างไร
- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

## ตัวชี้วัด MCH 3

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด  
ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)
  - บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
  - Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้ม

ที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า

- ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

#### ให้บริการตามตัวชี้วัด

- บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ่มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
- ถ้าเจอเหตุตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ดำเนินการอย่างไร (ให้ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก หาสาเหตุของภาวะโลหิตจาง)
  - ประเมินการมีเลือดออกทางช่องคลอด
  - ถามเกี่ยวกับโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์
  - ให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์อย่างไร เช่น การปฏิบัติตัว ความสำคัญของภาวะโลหิตจางต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์
  - การตรวจติดตามหลังจากให้ธาตุเหล็กและโฟลิกเสริม ตรวจซ้ำบ่อยแค่ไหน
  - ประเมิน compliance ของคนใช้ต่อการกินธาตุเหล็กและโฟลิกเสริม
  - ประเมิน acceptability ของคนใช้ต่อการกินธาตุเหล็กและโฟลิกเสริม
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหาอย่างไร
- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### **ตัวชี้วัด MCH 4**

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงหลังคลอด
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

#### ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)

- บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
- Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
- ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
- ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

#### ให้บริการตามตัวชี้วัด

- บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
- Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
- ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ่มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
- นโยบายผู้บริหาร

- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
  - ถ้าเจอหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ดำเนินการอย่างไร (ให้ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก หาสาเหตุของภาวะโลหิตจาง)
  - ประเมินภาวะตกเลือดขณะคลอด
  - ถ้ามเกี่ยวกับโภชนาการของมารดาหลังคลอด
  - ให้คำแนะนำอย่างไร เช่น การปฏิบัติตัว ความสำคัญของภาวะโลหิตจางต่อทารกในครรภ์
  - การตรวจติดตามหลังจากให้ธาตุเหล็กและโฟลิกเสริม ตรวจซ้ำบ่อยแค่ไหน ตรวจหลังคลอดหรือไม่เมื่อใด
  - ประเมิน compliance ของคนใช้ต่อการกินธาตุเหล็กและโฟลิกเสริม
  - ประเมิน acceptability ของคนใช้ต่อการกินธาตุเหล็กและโฟลิกเสริม
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหาอย่างไร
- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

#### ตัวชี้วัด MCH 5

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะโภชนาการผิดปกติในทารก 0-1 ปี
  - 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด
- ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)
- บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
  - Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดไม่มีความประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
  - ไม่เข้าใจตัวชี้วัด
- ให้บริการตามตัวชี้วัด
- บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีความประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
    - มีวิธีการค้นหา และกระตุ้นให้เด็กมาตรวจภาวะโภชนาการอย่างไร
    - เด็ก 0-1 ปี มาตรวจ well baby บ่อยแค่ไหน
    - การประเมินภาวะโภชนาการผิดปกติ ทำอย่างไร (ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศรีษะ) ทุกคนไหม
    - บันทึกผลการตรวจอย่างไร เขาไป plot graph ที่ไหน
    - เกณฑ์สำหรับตัดสินว่าเด็กมีภาวะโภชนาการผิดปกติ ดูที่ trend หรือดูแค่ครั้งเดียว
    - อธิบายความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการผิดปกติ และการเจริญเติบโต ภูมิคุ้มกันของเด็ก แก่แม่เด็ก

- ประเมินการเลี้ยงดู การให้นมแม่
  - ประเมินพัฒนาการด้านอื่นๆ
  - วิธีการส่งต่อ เป็นอย่างไร (ติดต่อประสานงานอย่างไร ให้คนใช้ถือใบ refer ไปเอง)
  - ให้ข้อมูลผู้ป่วยอะไรบ้าง การอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับความสำคัญของปัญหาว่าทำไมต้องมีการส่งต่อ
  - บันทึกข้อมูลการส่งต่ออย่างไร
  - การติดตามว่าคนไข้ที่ส่งต่อแล้วไปพบแพทย์จริง
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
  - 5) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหานี้อย่างไร
  - 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
  - 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### ตัวชี้วัด BR1

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยติดเตียง
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด  
ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)
  - บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
  - Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
  - ไม่เข้าใจตัวชี้วัดให้บริการตามตัวชี้วัด
  - บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
  - มีวิธีการค้นหาหรือได้ข้อมูลผู้ป่วยติดเตียงอย่างไร (รับ refer จาก รพ. หรือค้นหาผู้ป่วยในชุมชนใครเป็นผู้ค้นหา
  - ผู้ป่วยติดเตียงประกอบด้วยกลุ่มคนประเภทใดบ้าง เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง คนชรา ฯลฯ
  - ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยติดเตียงอย่างไร มีข้อมูลอะไรบ้าง บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลหรือไม่ เพราะเหตุใด
  - ดำเนินการอย่างไรหากพบผู้ป่วยติดเตียง
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหานี้อย่างไร

- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### ตัวชี้วัด BR2

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดูแลดูแลผู้ป่วยติดเตียง
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด  
ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)
  - บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
  - Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
  - ไม่เข้าใจตัวชี้วัดให้บริการตามตัวชี้วัด
  - บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
  - ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีองค์ประกอบอย่างไร
  - กิจกรรมที่ทำเมื่อไปเยี่ยมบ้านมีอะไรบ้าง (การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพกายและจิตจากการเป็นผู้ป่วยติดเตียง (UTI ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ภาวะซึมเศร้า) การประเมินและให้ความรู้ care givers)
  - การเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ไปโรงพยาบาล
  - เยี่ยมบ้านบ่อยไหม เยี่ยมทุก case หรือไม่
  - เกณฑ์ในการกำหนดบุคลากรทางการแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นอย่างไร
  - บันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านอย่างไร
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควร/แก้ปัญหานี้อย่างไร
- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### ตัวชี้วัด RUA 1

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงระบบทางเดินหายใจส่วนบน
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

### ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)

- บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
- Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
- ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
- ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

### ให้บริการตามตัวชี้วัด

- บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
- กระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้ระบบทางเดินหายใจส่วนบน การประเมินก่อนการจ่ายยาปฏิชีวนะ การแยกระหว่างติดเชื้อจากไวรัสหรือแบคทีเรีย
  - เกณฑ์ในการจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ระบบทางเดินหายใจส่วนบน เลือกยาตัวใดเป็นตัวแรก ให้ยานานกี่วัน ยึดตาม guideline อะไร
  - การอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยา
  - Acceptability ของคนไข้ต่อการจ่ายยา การร้องขอ
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย เช่น การร้องขอจากคนไข้ คนไข้ได้รับยาปฏิชีวนะจากที่อื่นมาก่อน ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควร/แก้ปัญหาได้อย่างไร
- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### **ตัวชี้วัด RUA 2**

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

### ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)

- บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
- Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
- ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
- ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

### ให้บริการตามตัวชี้วัด

- บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
- Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
- ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะ



ลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)

- นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
    - กระบวนการดูแลผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การประเมินก่อนการจ่ายยาปฏิชีวนะ การแยกระหว่างติดเชื้อจากไวรัสหรือแบคทีเรีย
    - เกณฑ์ในการจ่ายยาปฏิชีวนะสำหรับผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เลือกยาตัวใดเป็นตัวแรก ให้ยานานกี่วัน ยึดตาม guideline อะไร
    - การอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยา
    - Acceptability ของคนไข้ต่อการจ่ายยา การร้องขอยา
  - 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย เช่น การร้องขอยาจากคนไข้ คนไข้ได้รับยาปฏิชีวนะจากที่อื่นมาก่อน ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
  - 5) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหานี้อย่างไร
  - 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
  - 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

#### ตัวชี้วัด Asthma 1

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด  
ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)
  - บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
  - Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดไม่มีความหมาย (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
  - ไม่เข้าใจตัวชี้วัดให้บริการตามตัวชี้วัด
  - บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีความหมาย (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
  - มีวิธีการค้นหาหรือได้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหืดอย่างไร (รับ refer จาก รพ. หรือค้นหาผู้ป่วยในชุมชน ใครเป็นผู้ค้นหา
  - ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืดอย่างไร มีข้อมูลอะไรบ้าง บันทึกข้อมูลในฐานะข้อมูลหรือไม่ เพราะเหตุใด
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหานี้อย่างไร

- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### ตัวชี้วัด Asthma 2

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหืด
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)

- บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
- Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
- ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
- ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

ให้บริการตามตัวชี้วัด

- บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
    - ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหืดดำเนินการอย่างไร (กลุ่ม หรือรายบุคคล ความถี่) ครอบคลุมประเด็นใดบ้าง (ความรู้เรื่องทั่วไปของโรค ธรรมชาติของโรค การพ่นยา ปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดการกำเริบของโรค แนะนำการเลิกบุหรี่ การใช้ยาให้ถูกวิธี และอาการข้างเคียงของยา)
    - ประเมินความเข้าใจของคนใช้ต่อการให้ความรู้
    - สาธิตการพ่นยา ให้คนไข้แสดงการพ่นยาให้ดู
    - บันทึกข้อมูลการให้สุขศึกษาอย่างไร
  - 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
  - 5) ท่านคิดว่าควร/แก้ปัญหาได้อย่างไร
  - 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
  - 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### ตัวชี้วัด Asthma 3

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการวัดสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคหืด
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)

- บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
- Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)

- ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
- ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

#### ให้บริการตามตัวชี้วัด

- บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
    - การวัดสมรรถภาพปอดทำอะไร ทำทุกครั้ง ทุกคนไหม
    - ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการวัดสมรรถภาพปอดหรือไม่ อย่างไร
    - ผู้ป่วยยินยอมให้วัดสมรรถภาพปอดหรือไม่ เพราะอะไร
    - หลังจากการประเมินแล้ว หากพบว่าผิดปกติ มีการดำเนินการต่ออย่างไร (ปรับยา ให้ความรู้)
  - 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่ง ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
  - 5) ท่านคิดว่าควร/แก้ปัญหาได้อย่างไร
  - 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
  - 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

#### ตัวชี้วัด Asthma 4

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการควบคุมโรคหืด
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

#### ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)

- บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช่ priority
- Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
- ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
- ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

#### ให้บริการตามตัวชี้วัด

- บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
- Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
- ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
- นโยบายผู้บริหาร

- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
  - ประเมินการควบคุมโรคหืดอย่างไร ใช้เครื่องมืออะไร
  - เข้าถึงเครื่องมือสำหรับประเมินโรคหืดหรือไม่ เพราะเหตุใด
  - คิดว่าเครื่องมือใช้ได้ไหม ยาวเกินไป สั้นเกินไป มีข้อมูลมาใส่ในแบบประเมินไหม
  - ท่านบันทึกข้อมูลอย่างไร
  - ท่านดำเนินการอย่างไรหลังจากประเมินโรคหืด
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัด อื่นๆ จากฝั่ง ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหานี้อย่างไร
- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไร ที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### ตัวชี้วัด Asthma 5

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด
 

ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)

  - บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
  - Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
  - ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

ให้บริการตามตัวชี้วัด

  - บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่ได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
  - วิธีการส่งต่อ เป็นอย่างไร (ติดต่อประสานงานอย่างไร ให้คนใช้ถือใบ refer ไปเอง)
  - ให้ข้อมูลผู้ป่วยอะไรบ้าง การอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับความสำคัญของปัญหาว่าทำไมต้องมีการพบแพทย์
  - บันทึกข้อมูลการส่งต่ออย่างไร
  - การติดตามว่าคนไข้ที่ส่งต่อแล้วไปพบแพทย์จริง
  - แพทย์ดำเนินการต่ออย่างไร
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัด อื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหานี้อย่างไร

- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### ตัวชี้วัด Asthma 6

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการการดูแลผู้ป่วยโรคหืด
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด  
ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)
  - บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
  - Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า ไม่เห็นด้วยที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร การวัดอัตราการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลันไม่สะท้อนการดูแลผู้ป่วยโรคหืด)
  - ไม่เข้าใจตัวชี้วัดให้บริการตามตัวชี้วัด
  - บริการนั้นแก้ปัญหาได้ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ้มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร การวัดอัตราการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลันสะท้อนการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ท่านเห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
  - กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเป็นอย่างไร
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควร/แก้ปัญหานี้อย่างไร
- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### ตัวชี้วัด COPD1

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด  
ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)
  - บริการนั้นแก้ปัญหาไม่ได้ หรือไม่ใช้ priority
  - Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ้มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
  - ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

### ให้บริการตามตัวชี้วัด

- บริการนั้นแก้ปัญหาคือ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ่มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
- มีวิธีการค้นหาหรือได้ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างไร (รับ refer จาก รพ. หรือค้นหาผู้ป่วยในชุมชน ใครเป็นผู้ค้นหา
  - ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างไร มีข้อมูลอะไรบ้าง บันทึกข้อมูลในฐานะข้อมูลหรือไม่ เพราะเหตุใด
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 5) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหานี้อย่างไร
- 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
- 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

### **ตัวชี้วัด COPD2**

- 1) ก่อนมีตัวชี้วัดนี้ มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการแนะนำการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 2) หลังจากมีตัวชี้วัดนี้ มีการปรับปรุงบริการตามตัวชี้วัดหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด

### ไม่ให้บริการตามตัวชี้วัด หรือไม่ปรับปรุงบริการ (ข้ามไปข้อ 6)

- บริการนั้นแก้ปัญหาคือ หรือไม่ใช่ priority
- Feasibility ไม่มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
- ตัวชี้วัดไม่มีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ ไม่คุ่มที่จะลงทุนลงแรง indicators ตัวอื่นๆ ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับตัวชี้วัดในกลุ่มเดียวกัน มีประโยชน์น้อยกว่า
- ไม่เข้าใจตัวชี้วัด

### ให้บริการตามตัวชี้วัด

- บริการนั้นแก้ปัญหาคือ หรือเป็น priority ของพื้นที่
  - Feasibility มีความสามารถในการให้บริการ (เช่น วิชาการ ทักษะ กำลังคน เทคโนโลยี)
  - ตัวชี้วัดมีประโยชน์ (ประโยชน์ต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ ประโยชน์ในแง่เงิน QOF ที่จะได้รับ คุ่มที่จะลงทุนลงแรง เมื่อเทียบกับ indicators ตัวอื่นๆ เห็นด้วยหรือไม่ที่ตัวชี้วัดนี้วัดผลงานในภาพรวม CUP เพราะอะไร)
  - นโยบายผู้บริหาร
- 3) ในระหว่างทดสอบตัวชี้วัดท่านดำเนินการอย่างไร
- ประเมินสถานะของการสูบบุหรี่อย่างไร ใช้เครื่องมืออะไร ป้อยแคไหน ทุกคน ทุกครั้ง
  - ตรวจสอบว่าข้อมูลการสูบบุหรี่เป็นจริง/เป็นเท็จ อย่างไร
  - ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่อย่างไร (กลุ่ม หรือรายบุคคล ความถี่) เนื้อหาของคำแนะนำ เช่น ความสำคัญของการเลิกบุหรี่ อาการ nicotine withdrawal
  - อธิบายตัวเลือกสำหรับการเลิกบุหรี่ หรือ ส่งต่อไปคลินิกอดบุหรี่ เช่น nicotine replacement therapy หมากฝรั่ง ยา

- ประเมิน state of change
  - ประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากให้คำแนะนำ
- 4) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้หรือไม่ (อุปสรรค ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก PCU ข้อจำกัดอื่นๆ จากฝั่งผู้ป่วย ทีมไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
  - 5) ท่านคิดว่าควร/แก้ปัญหาได้อย่างไร
  - 6) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางลบอย่างไร (มีประสบการณ์มาก่อน หรือมีอะไรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิด)
  - 7) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดนี้ควรเป็นตัวชี้วัดในโครงการ QOF หรือไม่

## 2. การสนทนากลุ่ม

### 2.1 ประเด็นคำถามสำหรับ อสม.

- 1) ท่านมีบทบาทหน้าที่อย่างไรในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในหมู่บ้าน
- 2) วิธีการทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่ รพสต. และ อสม. การวางแผนการทำงาน ระบบสนับสนุนจาก รพสต. (การฝึกอบรม เทคโนโลยี) เป็นอย่างไร

## ตัวชี้วัด HT/DM

### การคัดกรอง HT1

- 1) ท่านทำหน้าที่อะไรเกี่ยวกับการคัดกรองความดันโลหิตสูง
- 2) กระบวนการคัดกรองเป็นอย่างไร มีกิจกรรมอะไรบ้าง ? (กระบวนการและวิธีการในการคัดกรอง ช่วงเวลาในการคัดกรอง แผนการคัดกรองเป็นอย่างไร)
  - การค้นหา case อย่างไร วิธีการกระตุ้นให้ case มารับบริการ เช่น ค้นหาในชุมชน รู้ได้อย่างไรว่าคนเหล่านั้นอายุ 35 ปี หรือมากกว่า
  - วัดความดันโลหิตสูงอย่างไร วัดเองหรือไม่ หรือส่งต่อไปที่ รพสต. ต้องให้ผู้ถูกคัดกรองพักก่อนอย่างน้อย 15 นาที
  - มีการวัดซ้ำกี่ครั้ง มีระยะเวลาในการวัดซ้ำอย่างไร
  - คัดกรองประชากรเป้าหมายที่เข้าถึงยาก เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ อย่างไร
  - แจ้งผลการคัดกรองอย่างไร ให้ข้อมูลอะไรบ้าง
  - เมื่อคัดกรองเสร็จสิ้นแล้ว มีการดำเนินงานต่ออย่างไร
  - มีการติดตามผู้ป่วย/กลุ่มเป้าหมายหรือไม่ เมื่อใด บ่อยแค่ไหน
- 3) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานหรือไม่ (อุปสรรค เช่น ประชากรเป้าหมาย) อย่างไร
- 4) ท่านคิดว่าควร/แก้ปัญหาได้อย่างไร

### การคัดกรอง DM

- 1) ท่านทำหน้าที่อะไรเกี่ยวกับการคัดกรองเบาหวาน
- 2) กระบวนการคัดกรองเป็นอย่างไร มีกิจกรรมอะไรบ้าง ? (กระบวนการและวิธีการในการคัดกรอง ช่วงเวลาในการคัดกรอง แผนการคัดกรองเป็นอย่างไร)
  - การค้นหา case อย่างไร วิธีการกระตุ้นให้ case มารับบริการ เช่น ค้นหาในชุมชน รู้ได้อย่างไรว่าคนเหล่านั้นอายุ 35 ปี หรือมากกว่า
  - วัดระดับน้ำตาลอย่างไร วัดเองหรือไม่ หรือส่งต่อไปที่ รพสต. ต้องให้ผู้ถูกคัดกรองอดอาหาร

- มีการวัดซ้ำกี่ครั้ง มีระยะเวลาในการวัดซ้ำอย่างไร
  - คัดกรองประชากรเป้าหมายที่เข้าถึงยาก เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ อย่างไร
  - แจ้งผลการคัดกรองอย่างไร ให้ข้อมูลอะไรบ้าง
  - เมื่อคัดกรองเสร็จสิ้นแล้ว มีการดำเนินงานต่ออย่างไร
  - มีการติดตามผู้ป่วย/กลุ่มเป้าหมายหรือไม่ เมื่อใด บ่อยแค่ไหน
- 3) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานหรือไม่ (อุปสรรค เช่น ประชากรเป้าหมาย) อย่างไร
  - 4) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหาอย่างไร

### ตัวชี้วัด MCH1

- 1) ท่านทำหน้าที่อะไรเกี่ยวกับการค้นหาหญิงตั้งครรภ์
  - วิธีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน วิธีการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์
  - ดำเนินการอย่างไรหากพบหญิงตั้งครรภ์
  - ให้ข้อมูลอะไรบ้างแก่หญิงตั้งครรภ์ (การนัดหมาย)
  - ติดตามหลังจากไปฝากครรภ์
- 2) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานหรือไม่ (อุปสรรค เช่น ประชากรเป้าหมาย ทักษะหรือความไว้วางใจของชุมชน) อย่างไร
- 3) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหาอย่างไร

### ตัวชี้วัด MCH5

- 1) ท่านทำหน้าที่อะไรเกี่ยวกับการค้นหาและกระตุ้นให้เด็กมารับตรวจโภชนาการ
  - มีวิธีการค้นหา และกระตุ้นให้เด็กมาตรวจภาวะโภชนาการอย่างไร (ตามมารับวัคซีน)
  - ให้ข้อมูลอะไรบ้างแก่มารดา (การนัดหมาย)
  - ติดตามหลังจากไปรับวัคซีน
- 2) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานหรือไม่ (อุปสรรค เช่น ประชากรเป้าหมาย ทักษะหรือความไว้วางใจของชุมชน) อย่างไร
- 3) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหาอย่างไร

### ตัวชี้วัด BR1 และ BR 2

- 1) ท่านทำหน้าที่อะไรเกี่ยวกับการค้นหาและดูแลผู้ป่วยติดเตียง
  - มีวิธีการค้นหาผู้ป่วยติดเตียงอย่างไร
  - ดำเนินการอย่างไรหากพบผู้ป่วยติดเตียง
  - ติดต่อ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อไปเยี่ยมบ้าน
- 2) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานหรือไม่ (อุปสรรค เช่น ประชากรเป้าหมาย ทักษะหรือความไว้วางใจของชุมชน) อย่างไร
- 3) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหาอย่างไร



## ภาคผนวก V.

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและข้อเสนอแนะทั่วไป จำแนกรายตัวชี้วัด

#### ตัวชี้วัด HT1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในรอบ 3 ปี

##### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- ในแต่ละปีงบประมาณ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะดำเนินการจัดพิมพ์รายชื่อกลุ่มเป้าหมายอายุ 15-60 ปี และจัดประชุมภายใน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ในเขตรับผิดชอบ เพื่อวางแผนการคัดกรอง โดยจัดอบรม อสม. เกี่ยวกับการคัดกรองโรคต่างๆ เช่น สอบถามประวัติการป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว และประเมินความเสี่ยง (verbal screening) วิธีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิตสูง และแจ้ง อสม. เกี่ยวกับแผนการลงพื้นที่คัดกรอง ซึ่งดำเนินการระหว่าง ตุลาคม - ธันวาคม
- คัดกรองในหมู่บ้านที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในเดือน พ.ย. อสม. ช่วยซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต (พัก 15 นาที ถ้าวัดแล้วผิดปกติ (ตั้งแต่ 140/90 ขึ้นไป) พักอีก 15 นาที ค่อยวัดซ้ำ) ส่งมาพบเจ้าหน้าที่เพื่อวัดระดับน้ำตาลและให้สุขศึกษารายบุคคล
- แยกกลุ่มตามความเสี่ยง FCG น้อยกว่า 100 มก./ดล. เป็นกลุ่มปกติ ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค พร้อมทั้งแจ้งว่าจะมีการวัดอีกครั้งในปีถัดไป
- ถ้า FCG 100-125 มก./ดล. เป็นกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำเพื่อปรับพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยง และติดตามทุก 1 ปี
- FCG 126 หรือมากกว่า ค่าความดัน 140/90 ขึ้นไป เป็นกลุ่มที่ต้องส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยโดยแพทย์ แต่ก่อนที่จะส่งพบแพทย์ จะนัดผู้มีความเสี่ยงสูงมาวัดซ้ำที่ รพ.สต. ภายใน 1 เดือน
- หากบางคนที่มีระดับน้ำตาลสูงมาก มากกว่า 150 มก./ดล. ไม่เกิน 180 มก./ดล. และมีค่าความดัน 150/90 ไม่เกิน 180 จะนัดตรวจซ้ำภายใน 1 สัปดาห์และส่งต่อทันที
- มีการ calibrate เครื่องปีละ 1 ครั้งโดยโรงพยาบาล
- หากประชากรเป้าหมายไม่มาตรวจ ให้ อสม. ติดตามที่บ้านและนัดหมายมาตรวจที่ รพ.สต.
- ผู้ป่วยติดเตียง พิการ ตรวจคัดกรองตอนลงเยี่ยมบ้าน โดยทีม อสม. และเจ้าหน้าที่
- หากกลุ่มเป้าหมายไม่มา รพ.สต. ตามกำหนดเวลาที่นัดหมาย จะมีการแจ้งให้ อสม. ทราบและติดตามว่าไม่มาเพราะอะไร และนัดหมายอีกครั้ง (โดยสื่อสารในที่ประชุม หรือทางไลน์)

##### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

###### ปัจจัยภายนอก

- บริบทชุมชนเมืองมีการโยกย้ายถิ่นฐานของประชากรบ่อยครั้ง
  - กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ไม่อยู่
  - ประชากรแฝงมารับบริการ (เพิ่มภาระงาน)
- บริบทชุมชนนอกเมืองพื้นที่กว้าง ทำให้มีความยากลำบากในการติดตามกลุ่มเป้าหมาย
- กลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากคือ วัยทำงาน
- กลุ่มประชากรที่มักไม่ให้ความร่วมมือคือข้าราชการ คนฐานะดี (ในเขตเมือง)
- ประชาชนส่วนมากมักไม่ตระหนัก ไม่ใส่ใจสุขภาพตนเอง
- บาง รพ.สต. ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก CUP

### ปัจจัยภายใน

- ภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลมีมาก
- อุปกรณ์ไม่เพียงพอ
- งบประมาณไม่เพียงพอ ต้องขอสนับสนุนจากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ซึ่งต้องใช้เวลาในการพิจารณาอนุมัติงบประมาณ ทำให้ดำเนินงานไม่ทันรอบเวลา QOF

### ข้อเสนอแนะในการแก้ไขตัวชี้วัด

- ควรลดจำนวนตัวหารลง
- ควรแยกเกณฑ์ของชุมชนเมืองและชนบท
- ควรแยกเกณฑ์ของ รพ. และ รพ.สต.
- ควรโอนงบประมาณ QOF ให้ รพ.สต. โดยตรง

## ตัวชี้วัด HT2 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 1 เดือน

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- ในกรณีที่มีค่าความดันโลหิต เป็น 140/90 mmHg ก่อนส่งต่อมีการวัดค่าความดันโลหิตซ้ำที่หน่วยบริการ
- ในบางพื้นที่จะดำเนินการส่งต่อให้แพทย์ที่ออกตรวจในคลินิกความดัน โดยนัดหมาย 2 แห่ง ใน 1 เดือน เพราะเป็นตำบลใหญ่ พื้นที่ห่างกัน มีจำนวนผู้ป่วยมาก จำเป็นต้องจัดคลินิก 2 วัน เพื่อเพิ่มความสะดวกให้กับผู้ป่วย
- การให้ข้อมูลตามความเสี่ยง: กลุ่มปกติ ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความดัน กลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนัดหมายตรวจติดตามทุก 3 เดือนที่ รพ.สต. หรือนัดหมายเป็นกลุ่มในชุมชนเพื่อให้ความรู้ในการเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตาม กลุ่มป่วยส่งพบแพทย์

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

#### ปัจจัยภายนอก

- ผู้ป่วยไม่ใส่ใจสุขภาพ ไม่ไปรับบริการที่ รพ.
- ผู้ป่วยเลือกไปรับบริการที่เอกชน

#### ปัจจัยภายใน

- ภาระงานด้านการบันทึกข้อมูล
- หน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถจัดการได้ เพราะการวินิจฉัยขึ้นอยู่กับวิจักษณ์ของแพทย์

### ข้อเสนอแนะในการแก้ไขตัวชี้วัด

- เพิ่มการสนับสนุนด้านอัตราค่าจ้าง

## ตัวชี้วัด HT3 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่จากการตรวจคัดกรองในพื้นที่ ตรวจวินิจฉัยและสั่งยาและปรับยาโดยแพทย์
- พยาบาลเป็นผู้ให้สุขศึกษา และนัดหมายตรวจติดตาม
- เกสเซอร์จะดูแลเรื่องการชั่งประวัติการกินยา ประเมิน compliance (ให้คนใช้เอายามาด้วยทุกครั้ง) ประเมินความเข้าใจต่อการกินยา อธิบายเรื่องผลข้างเคียง

- มีคลินิกเบาหวานความดัน 2 วันต่อสัปดาห์
- กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงและระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ นัดติดตามรายการที่โรงพยาบาล (ทุกเดือน/ทุกสองเดือน)
- หากพบว่าผู้ป่วยควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้หลายครั้ง จะมีการลงเยี่ยมบ้านเพื่อพูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล และให้สุขศึกษา
- หากพบว่าผู้ป่วยขาดนัดกลับมาตรวจสอบข้อมูลการรับบริการที่โรงพยาบาล แล้วประสานที่ รพ.สต.

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

#### ปัจจัยภายนอก

- ผู้ป่วยไม่มาตามนัด เนื่องจากมีความลำบากในการเดินทาง
- ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา
- ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (อยู่นอกเหนือการจัดการของเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ)
- พื้นที่ที่มีผู้ป่วยสูงอายุ จัดการปัญหาได้ยาก การใช้เกณฑ์เดียวกันทำให้ไม่ยุติธรรม

#### ปัจจัยภายใน

- ภาระงานเยอะ มีบุคลากรน้อย
- ไม่มีคลินิกเฉพาะใน รพ.สต.

### ข้อเสนอแนะในการแก้ไขตัวชี้วัด

- ควรมีการคิดเกณฑ์แยกตามกลุ่มอายุ
- ควรคำนึงถึงระยะเวลาในการรักษา และอายุของผู้ป่วยประกอบ

## ตัวชี้วัด DM1 ร้อยละของประชากรไทยที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose หรือ random capillary blood glucose) ในรอบ 3 ปี

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- การค้นหาในกลุ่มคนที่อายุ 35 ปีขึ้นไปโดย อสม. เป็นผู้ค้นหาในชุมชน เริ่มในช่วงเดือนตุลาคมเพื่อวางแผน และนัดประชุมอสม. ในการเตรียมสถานที่และนัดกลุ่มคนเหล่านั้น
- การวัดความดันโลหิตสูง อสม. เป็นผู้ดำเนินการ มีเจ้าหน้าที่รพ.สต.เป็นผู้ควบคุมดูแลข้างๆ และให้ผู้ถูกคัดกรองพักก่อนอย่างน้อย 15 นาที วัดโดยเครื่องวัดความดันดิจิตอล มีหมู่บ้านละ 2 เครื่อง มีการ calibrate เครื่องวัดความดันปีละ 1 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เป็นผู้รวบรวมให้ทาง รพ.
- แจ้งผลการคัดกรอง ณ จุดคัดกรอง โดยให้ข้อมูลค่าความดันของผู้ถูกคัดกรองและแจ้งผลว่าปกติ เสี่ยง หรือผิดปกติ หากเสี่ยงหรือผิดปกติให้เข้าพบเจ้าหน้าที่เพื่อให้ความรู้ในการบริโภคอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกาย และนัดวันที่ไปรพ.สต.อีกครั้ง โดยค่าความดัน 130/80 จะแยกให้ความรู้เป็นกลุ่ม ค่าความดัน 140/90 ให้ความรู้รายบุคคล
- ค่าระดับน้ำตาล หากเกิน 100 จะนัดที่ 2 เดือนให้กลับมาเจาะซ้ำที่ รพ.สต. แต่หากหมู่บ้านไหนมีเครื่องเจาะระดับน้ำตาลจะให้เจาะที่หมู่บ้านแจ้งกับ อสม. แล้วให้ อสม. มาแจ้งเจ้าหน้าที่อีกครั้ง แต่หากคนไข้มีค่าระดับน้ำตาล 126 ขึ้นไป ส่งต่อ รพ. เพื่อพบแพทย์

- **การส่งต่อ**

- ให้คนใช้ถือใบ Refer ไปเอง และเจ้าหน้าที่ก็มีการติดต่อทางรพ.ทางโทรศัพท์ด้วย หลังจากนั้นจะบันทึกลงในโปรแกรม Hos xp (แต่การลงในโปรแกรม ยังไม่ครอบคลุม บางครั้งทาง รพ. อาจยังไม่ได้เปิดดู เพราะเนื่องจากภาระหน้าที่งาน) การส่งต่อจะพยายามส่งภายในวันเดียวกันเพื่อการติดตามคนไข้ที่ง่ายและสะดวก

- **การติดตามคนไข้**

- ให้ อสม. ผู้รับผิดชอบไปตามที่บ้านเพื่อช่วยดูแลอีกครั้งแล้วกลับมาแจ้งเจ้าหน้าที่ เพื่อติดตาม แต่หากพบว่าคนไข้ยังไม่ไป รพ. เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ลงไปตามคนไข้ที่บ้านเองเพื่อสอบถามถึงเหตุผล
- ในกรณีคนไข้โรคเรื้อรัง หากคนไข้ผิดนัด จะโทรตามและถามเหตุผล หากไม่มาได้จะรับยาจากหมอให้ และครั้งต่อไปต้องคุยกันเพื่อหาทางแก้ไข เพื่อให้คนไข้ได้รับการรักษาที่ดี

### **ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด**

#### **ปัจจัยภายนอก**

- บริบทชุมชนเมืองมีการโยกย้ายถิ่นฐานของประชากรบ่อยครั้ง
  - กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ไม่อยู่
  - ประชากรแฝงมารับบริการ (เพิ่มภาระงาน)
- บริบทชุมชนนอกเมืองพื้นที่กว้าง ทำให้มีความยากลำบากในการติดตามกลุ่มเป้าหมาย
- กลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากคือ วัยทำงาน
- กลุ่มประชากรที่ไม่ให้ความร่วมมือคือข้าราชการ คนฐานะดี (ในเขตเมือง) กลัวการเจาะเลือด และไม่ยอมรับการเจาะเลือดจาก อสม.
- ประชาชนไม่ตระหนัก ไม่ใส่ใจสุขภาพ
- ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก CUP

#### **ปัจจัยภายใน**

- ภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลมีมาก
- อุปกรณ์ไม่เพียงพอ
- งบประมาณไม่เพียงพอ ต้องขอสนับสนุนจากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ซึ่งต้องใช้เวลาในการพิจารณาอนุมัติงบประมาณ ทำให้ดำเนินงานไม่ทันรอบเวลา QOF

### **ผลกระทบทางลบที่เกิดจากการดำเนินงานตามตัวชี้วัด**

เป็นการวัดผลงานแบบหยาบๆ ที่ไม่สะท้อนการดำเนินงานจริง การตั้งเกณฑ์ที่สูงเกินไปทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถดำเนินการได้ จึงต้องแก้ปัญหาด้วยการบันทึกข้อมูลเท็จ สุดท้ายไม่ได้เน้นเรื่องคุณภาพของการให้บริการ

#### **ข้อเสนอแนะในการแก้ไขตัวชี้วัด**

- ควรลดจำนวนตัวหารลง
- ควรแยกเกณฑ์ของชุมชนเมืองและชนบท
- ควรแยกเกณฑ์ของ รพ. และ รพ.สต.
- ควรสนับสนุนอุปกรณ์ (test strip)
- ควรโอนงบประมาณ QOF ให้ รพ.สต. โดยตรง

## ตัวชี้วัด DM2 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการวัดระดับ fasting plasma glucose ซ้ำ ภายใน 1 เดือน

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- ในกรณีที่มิมีระดับน้ำตาล 126 มก./ดล.ขึ้นไป ก่อนส่งต่อมีการวัดระดับน้ำตาลซ้ำโดยเจ้าหน้าที่ (DTX) ในวันที่แพทย์ออกตรวจ
- ส่งต่อให้แพทย์ที่ออกตรวจในคลินิกเบาหวาน ในพื้นที่ตำบลแก่่นทราย จะนัดหมาย 2 แห่ง ใน 1 เดือน เพราะเป็นตำบลใหญ่ พื้นที่ห่างกัน มีจำนวนผู้ป่วยมาก จำเป็นต้องจัดคลินิก 2 วัน เพื่อเพิ่มความสะดวกให้กับผู้ป่วย
- การให้ข้อมูลตามความเสี่ยง: กลุ่มปกติ ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเบาหวาน กลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนัดหมายตรวจติดตามทุก 3 เดือน ที่ รพ.สต. หรือนัดหมายเป็นกลุ่มในชุมชนเพื่อให้ความรู้ในการเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตาม กลุ่มป่วยส่งพบแพทย์
- ตามปกติหากมีค่าน้ำตาล 126 มก./ดล. แพทย์จะยังไม่วินิจฉัยผู้ป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับการวัด fasting plasma glucose ซ้ำ ภายใน 1 เดือน แต่แพทย์จะแนะนำผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน แต่หากมีค่าน้ำตาลสูงมาก แพทย์จะวินิจฉัยและรักษาเลย โดยไม่ต้องเจาะ fasting plasma glucose ก่อน การเจาะเส้นเลือดจะทำเพื่อติดตามผลการรักษา

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

#### ปัจจัยภายนอก

- ผู้ป่วยไม่ใส่ใจสุขภาพ ไม่ไปรับบริการที่ รพ.
- ผู้ป่วยเลือกไปรับบริการที่เอกชน

#### ปัจจัยภายใน

- ภาระงานด้านการบันทึกข้อมูล
- หน่วยงานบริการปฐมภูมิไม่สามารถจัดการได้ เพราะการวินิจฉัยขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของแพทย์

### ข้อเสนอแนะในการแก้ไขตัวชี้วัด

- เพิ่มการสนับสนุนด้านอัตรากำลัง

## ตัวชี้วัด DM3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่จากการตรวจคัดกรองในพื้นที่ ตรวจวินิจฉัยและสั่งยาและปรับยาโดยแพทย์
- พยาบาลให้สุขศึกษา และนัดหมายตรวจติดตาม
- เกสเซอร์ ชักประวัติการกินยา ประเมิน compliance (ให้คนไข้เอายามาด้วยทุกครั้ง) ประเมินความเข้าใจต่อการกินยา อธิบายเรื่องผลข้างเคียง
- มีคลินิกเบาหวานความดัน 2 วันต่อสัปดาห์
- กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ส่งกลับไปรับยาที่ รพ.สต. เมื่อครบ 6 เดือนนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจ complete lab ได้แก่ ตา ไต เท้า เลือด และให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ นัดติดตามรายการที่โรงพยาบาล (ทุกเดือน/ทุกสองเดือน)
- หากพบว่าผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หลายครั้ง ลงเยี่ยมบ้านเพื่อพูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล และให้สุขศึกษา
- หากพบว่าผู้ป่วยขาดนัดกลับมาตรวจสอบข้อมูลการรับบริการที่โรงพยาบาล จะประสานที่ รพ.สต.

- มีการวัดผล FBG และ HbA1c ปีละครั้ง เพื่อติดตามการรักษา ดังนั้นจึงไม่สามารถประเมินผลงานร้อยละ 50 ได้

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

#### ปัจจัยภายนอก

- ผู้ป่วยไม่มาตามนัด เนื่องจากมีความลำบากในการเดินทาง
- ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา
- ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (อยู่นอกเหนือการจัดการของเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ)
- พื้นที่ที่มีผู้ป่วยสูงอายุ จัดการปัญหาได้ยาก การใช้เกณฑ์เดียวกันทำให้ไม่ยุติธรรม

#### ปัจจัยภายใน

- ภาระงานเยอะ มีบุคลากรน้อย
- ไม่มีคลินิกเฉพาะใน รพ.สต.

### ข้อเสนอแนะในการแก้ไขตัวชี้วัด

- ควรมีการคิดเกณฑ์แยกตามกลุ่มอายุ
- ควรคำนึงถึงระยะเวลาในการรักษา และอายุของผู้ป่วยประกอบ

## ตัวชี้วัด CVD1 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยโปรแกรม Thai CV risk score ในรอบ 3 ปี

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

ไม่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

#### ปัจจัยภายนอก

- การดำเนินงานตามตัวชี้วัด CVD1 นั้นมีการประกาศนโยบายจากระดับประเทศสู่ในพื้นที่ไปแล้ว แต่จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในหลายที่ยังไม่ได้รับทราบ จึงไม่สามารถดำเนินงานตามตัวชี้วัดได้เนื่องจากไม่ทราบเรื่องรายละเอียดของการคัดกรอง กระบวนการ หรือผลประโยชน์ที่จะได้รับ หลายที่จึงไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือคัดกรองชนิดนี้

#### ปัจจัยภายใน

- ผู้ปฏิบัติงานบางที่มองว่า การคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองนั้นไม่มีความจำเป็น เนื่องจากปัจจุบันมีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในขั้นต้นไปแล้ว ซึ่งเป็นการคอยเฝ้าระวังและป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิที่จะนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจและสมองอยู่แล้ว

### ข้อเสนอแนะในการแก้ไขตัวชี้วัด

- ควรมีการประกาศนโยบายให้ทั่วถึง พร้อมจัดอบรมผู้ปฏิบัติงานให้เข้าใจการดำเนินงานตามตัวชี้วัดนี้

## ตัวชี้วัด MCH1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เกิน 12 สัปดาห์

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

รพ.สต.

- ในบริบท รพ.สต. จะมีการประชุมอสม. หากหญิงตั้งครรภ์เปิดเผยจะให้ อสม. กระตุ้นให้ฝากครรภ์ หากเลือกฝากที่ รพ.สต. จะทำการเปิดสมุดสีชมพูและดูแลจนกว่าจะคลอด แต่หากเจอผู้ที่มีความเสี่ยงสูงก็จะฝากต่อที่รพ. หากหญิงตั้งครรภ์ยืนยันจะฝากที่รพ.จะให้ อสม. ตามไปฝากก่อน 12 สัปดาห์และคอยดูแลสมุด เพื่อเอากลับมาตีความครอบคลุม โดยมีการส่งแฟ้มทุกเดือน
- มีกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด ได้แก่ การจัดทำโครงการให้สูขศึกษา และอบรมให้ อสม. กระตุ้นแต่ไม่ได้ทำทุกปี เนื่องจากไม่ค่อยมีหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ ปีนี้ 2-3 คน ปีหนึ่งๆ โดยประมาณไม่ถึงสิบคน
- กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ปกติมีหลายกรณี เช่น ท้องไม่พร้อม ไม่ได้ฝากก่อน 12 สัปดาห์ กรณีท้องในวัยรุ่นมัก จะควบคุมได้ ส่วนใหญ่จะยอมมาฝาก

รพ.

- สำหรับบริบทโรงพยาบาล มีวิธีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนโดยดำเนินการเชิงรับที่รพ. และเชิงรุกโดยให้อสม. ค้นหาในเขตที่รับผิดชอบ ประชาสัมพันธ์ ธารรงค์ กระตุ้นให้มาฝากครรภ์เร็วที่สุด โดยมีการแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาฝากครรภ์เร็ว ที่เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และผลกระทบต่อสุขภาพของลูกที่อาจจะเกิดขึ้น
- มีการดำเนินงานตามกระบวนการฝากครรภ์ตามมาตรฐาน ANC ครั้งแรก ได้แก่ ชักประวัติประเมินความเสี่ยง ตรวจร่างกายทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เจาะเลือด Lab1 ให้วัคซีน ให้ยาเสริม หลังจากนั้น 1 อาทิตย์จะนัดมาฟังผลเลือด เข้าโครงการโรงเรียนพ่อแม่ ให้สมุดสีชมพู พบโภชนากร นักจิตวิทยา และหมอฟัน

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ปัจจัยภายนอก

- หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเหล่านี้มักหลบซ่อนหรือขาดความกระตือรือร้นในการให้ความร่วมมือ:
  - หญิงตั้งครรภ์ที่ขาดความตระหนักเกี่ยวกับประโยชน์ของการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์
  - วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์
  - ประชากรแฝงเข้ามารับบริการแต่ไม่มีสิทธิในเขตพื้นที่
  - การย้ายถิ่นชั่วคราวของประชากรในพื้นที่โดยไม่ขอย้ายสิทธิ UC
  - หญิงตั้งครรภ์ที่มี ANC ครั้งแรกทีอื่น เช่น คลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลนอกเขตนั้นเป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน

ปัจจัยภายใน

- ผู้ปฏิบัติจึงทำผลงานในส่วนนี้ไม่ดีเท่าที่ควรโดยส่วนมากเนื่องมาจากปัจจัยภายนอก จึงมักทำได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงฯ ตั้งไว้

### ข้อเสนอแนะในการแก้ไขตัวชี้วัด

- ควรขยายเวลาเป็น 12-16 สัปดาห์

## ตัวชี้วัด MCH2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้พบแพทย์

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

รพ.สต.

- หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกรายจะได้รับการวัดความดันโลหิตสูงและตรวจโปรตีนทุกครั้ง รวมทั้งการซักประวัติการตั้งครรภ์ในครั้งแรก
- หากมีความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 จะให้พัก 15 นาที วัดซ้ำ หากยังสูง จะส่งตัวมาที่ รพ. โดยเขียนใบ refer ให้คนไข้ และโทรประสานกับทางรพ. เพื่อแจ้งว่าคนไข้รายนี้มีภาวะความดันโลหิตสูง และโทรติดตามหลังจากที่คนไข้มา รพ. แล้ว หากพบว่ามีความดันโลหิตสูงจริง แพทย์จะนัดฝากครรภ์ครั้งต่อไปที่ รพ. เพื่อเฝ้าระวัง

รพ.

- หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกรายจะได้รับการวัดความดันโลหิตสูงและตรวจโปรตีนทุกครั้ง รวมทั้งการซักประวัติการตั้งครรภ์ในครั้งแรกเช่นเดียวกับที่รพ.สต.
- หากมีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง (ความดัน 130/80 ให้พัก 15 นาที วัดซ้ำ) ให้เข้าพบแพทย์ตามระบบ และมีการซักประวัติการตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ประเมินน้ำหนักแม่ ประเมินพฤติกรรมทารกในครรภ์ เช่น อาหารโซเดียมสูง
- หากพบว่ามีความดันโลหิตสูงจริง แพทย์จะนัดฝากครรภ์ครั้งต่อไปที่ รพ. ภายใน 1 สัปดาห์ เพื่อเฝ้าระวัง และมีการโทรติดตามการได้รับยาลดความดัน การกินยา สังเกตอาการผิดปกติ

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ปัจจัยภายนอก

- หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเหล่านี้มักหลบซ่อนหรือขาดความกระตือรือร้นในการให้ความร่วมมือ:
  - หญิงตั้งครรภ์ที่ขาดความตระหนักเกี่ยวกับประโยชน์ของการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์
  - วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์
  - ประชากรแฝงเข้ามารับบริการแต่ไม่มีสิทธิในเขตพื้นที่
  - การย้ายถิ่นชั่วคราวของประชากรในพื้นที่โดยไม่ขอย้ายสิทธิ UC
  - หญิงตั้งครรภ์ที่มี ANC ครั้งแรกทีอื่น เช่น คลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลนอกเขตนั้นเป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน

## ตัวชี้วัด MCH3 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในช่วงสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ที่มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในช่วงเดือนที่ 7-9 ของการตั้งครรภ์

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

รพ.สต.

- บริบทรพ.สต. ไม่สามารถตรวจ hematocrit ได้
- หากพบหญิงตั้งครรภ์ ที่มี hematocrit ต่ำกว่าร้อยละ 33 (ดูจากในสมุดบันทึกสีชมพู) ประกอบกับสอบถามเรื่องการกินธาตุเหล็กและกรดโฟลิกเสริม และสังเกตอาการ ว่าตัวซีด ตาเหลือง เหนื่อย อึด จะส่งต่อไปที่ รพ.



รพ.

- มีการเจาะ routine lab ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ทุกครั้ง รวมถึงการเก็บข้อมูลและทำวิจัย เจอภาวะซีดประมาณร้อยละ 7 ในหญิงตั้งครรภ์ หากรวมหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะธาลัสซีเมียด้วยจะสูงถึงร้อยละ 20
- ถ้าเจอหญิงตั้งครรภ์ที่มี hematocrit ต่ำกว่าร้อยละ 33 หากสาเหตุของภาวะโลหิตจาง (ตรวจธาลัสซีเมีย และสอบถามเกี่ยวกับโภชนาการ) แล้วจึงให้ธาตุเหล็กและกรดโฟลิกเสริม ให้แนะนำเกี่ยวกับโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ และการดูแลตนเอง เช่น การปฏิบัติตน ความสำคัญของภาวะโลหิตจางต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังมีการตรวจติดตามหลังจากให้ธาตุเหล็กและโฟลิกเสริม ตรวจสัปดาห์ที่ 32-36 หากยังมีภาวะซีด จะตรวจเดือนสุดท้ายก่อนคลอดและก่อนเข้าห้องคลอด หากมีภาวะตกเลือดหลังคลอด จะนัดตรวจติดตามหลังคลอด โดยนัดเป็นรายกรณีไป และอธิบายเกี่ยวกับยาเสริม มีการประเมิน compliance ของคนใช้ต่อการกินธาตุเหล็กและโฟลิกเสริมโดยเภสัชกร
- โดยรวมแล้วมีกรณีโลหิตจากรุนแรงประมาณ 2 รายในพื้นที่

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ปัจจัยภายนอก

- มีความยากลำบากในการติดตามข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ เพราะส่วนใหญ่การเจาะ lab 2 หญิงตั้งครรภ์จะถูกส่งไปเจาะที่ รพ. ที่ตนจะคลอด หรือหญิงตั้งครรภ์อาจมีการย้ายถิ่นโดยไม่แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ
- ผลงานที่หน่วยบริการทำได้ขึ้นอยู่กับผู้รับบริการเป็นหลัก เช่น พฤติกรรมการกิน โรคประจำตัวหรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆ (ธาลัสซีเมียหรือพาหะ) หญิงตั้งครรภ์ขาดนัด เป็นต้น

## ตัวชี้วัด MCH4 ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในเดือนที่ 3 หลังคลอด

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

รพ.สต.

- บริบทรพ.สต. ไม่สามารถตรวจ hematocrit ได้
- หากพบหญิงตั้งครรภ์ ที่มี hematocrit ต่ำกว่าร้อยละ 33 (ดูจากในสมุดบันทึกสีชมพู) ประกอบกับสอบถามเรื่องการกินธาตุเหล็กและกรดโฟลิกเสริม และสังเกตอาการ ว่าตัวซีด ตาเหลือง เหนื่อยอึด จะส่งต่อไปที่ รพ.
- ไม่ได้มีการติดตาม 3 เดือนหลังคลอด มีเพียงเยี่ยมหลังคลอดภายใน 2 อาทิตย์

รพ.

- หญิงหลังคลอดทุกรายจะได้รับธาตุเหล็กและโฟลิกเสริม 6 เดือน
- ถ้าหญิงหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด มีภาวะโลหิตจาง แนะนำเกี่ยวกับโภชนาการและการดูแลตนเอง เช่น การปฏิบัติตัว ความสำคัญของภาวะโลหิตจางต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ มีการตรวจติดตามหลังคลอด โดยเป็นการนัดเป็นรายกรณีไป ถ้ามีความรุนแรงมากนัดติดตามหลังคลอดภายใน 2 สัปดาห์ ตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ทุกราย และอธิบายเกี่ยวกับยาเสริม มีการประเมิน compliance ของคนใช้ต่อการกินธาตุเหล็กและโฟลิกเสริมโดยเภสัชกร

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ปัจจัยภายนอก

- การติดตามหญิงหลังคลอดสามารถดำเนินการได้ยากในบริบทเมือง และที่หน่วยบริการไม่มีบริการเจาะ hematocrit ติดตามหลังคลอด

- ผลงานส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับผู้รับบริการ เช่น พฤติกรรมการกิน โรคประจำตัวหรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆ (ดาวน์ซินโดรม หรือพาหะ) เป็นต้น

## ตัวชี้วัด MCH5 ร้อยละของการกาย 0-1 ปีซึ่งสอดคล้องกับกำหนดที่สงสัยว่ามีภาวะโภชนาการผิดปกติ ได้พบแพทย์ใน สอบ 12 เดือน

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

รพ.สต.

- รพ.สต. จะรับรายชื่อหญิงหลังคลอดจากโรงพยาบาล เพื่อให้เยี่ยมติดตามหลังคลอด
- โดยเมื่อพบตัวแล้ว จะแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการ การดูแลตนเอง และนัดหมายการฉีดวัคซีน หากเมื่อครบกำหนดวัคซีน แล้วมารดาไม่ได้พาบุตรมาฉีดวัคซีน จะมีการส่งรายชื่อให้ อสม. ติดตาม
- หากมารับบริการ เจ้าหน้าที่จะชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะเด็กที่มารับวัคซีนทุกคน ทุกครั้ง และบันทึกข้อมูลในสมุดสีชมพูเพื่อให้แม่เด็ก และบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXp รวมถึงแจ้งข้อมูลภาวะโภชนาการแก่ผู้ปกครองเด็ก โดยแสดงกราฟในสมุดสีชมพูให้ดู รวมทั้งแนะนำวิธีการดูแลเด็ก การป้อนอาหาร การให้นม ชักประวัติความเจ็บป่วย ถ้าอยู่ในเกณฑ์เฝ้าระวังจะเป็นสีเหลือง และรอติดตามในการรับวัคซีนครั้งต่อไป ถ้าสีแดง ทำการส่งต่อภายใน 1 สัปดาห์
- สำหรับเด็ก จะมีการตรวจพัฒนาการตามช่วงอายุ ชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ปี ทุก 3 เดือน ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ในคลินิก well-baby หลังจากนั้นอสม. จะสรุปว่าเด็กคนใดที่มีปัญหาแล้วนัดมาตรวจซ้ำเพื่อค้นหาสาเหตุ โดยให้ผู้ปกครองพามาที่ รพ.สต. หากมีปัญหาจริงจะส่งต่อรพ. ภายใน 1 สัปดาห์ ทั้งนี้พบกรณีเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์น้อยมาก

รพ.

- ทำหน้าที่คล้ายรพ.สต. โดยมีคลินิก well-baby ดำเนินการตามปกติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินพัฒนาการ ในการตรวจหลังคลอดครั้งแรก 6 สัปดาห์ วัดภาวะโภชนาการผิดปกติ สำหรับเด็กที่มาฉีดวัคซีน จะนำข้อมูล มาลงกราฟในสมุดสีชมพูเพื่อประเมินว่าเด็กสมส่วนหรือไม่ ถ้าไม่ จะให้คำแนะนำในการดูแล โภชนาการของ มารดาให้นมบุตร การให้อาหารแก่เด็ก ให้วิตามินเสริม
- ประสานกับอสม. ในเรื่องการลงชุมชน โดยจะชั่งน้ำหนักเด็กทุก 3 เดือน ประเมินน้ำหนัก เทียบส่วนสูง ส่งข้อมูลให้ รพ. หากพบว่าเด็กต่ำกว่าเกณฑ์มากๆ ให้ติดต่อปรึกษาทีมหมอครอบครัวแล้วจึงแจ้ง อสม. ทราบ ให้แนะนำแม่และเด็กมาที่คลินิก MCH เพื่อประเมินซ้ำและให้คำแนะนำรายการอื่น รวมถึงมีการติดตาม ภาวะโภชนาการผิดปกติทุก 1 เดือน ให้ปรับเปลี่ยนอาหาร เสริมวิตามินและนม หากสภาวะเรื่องน้ำหนัก ไม่ดีขึ้นจะส่งพบแพทย์ต่อ

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ปัจจัยภายนอก

- การติดตามมีความลำบากในบริบทชุมชนเมือง

## ตัวชี้วัด BR1 การลงทะเบียนผู้ป่วยติดเตียงของหน่วยบริการปฐมภูมิ

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

รพ.สต.

- การค้นหาผู้ป่วยติดเตียง มีดังนี้คือ
  - ข้อมูลในทะเบียนปีที่แล้ว

- การรับผู้ป่วยส่งต่อกลับจากโรงพยาบาล
- การสำรวจ โดย อสม. สำรวจประชากรตามครัวเรือนที่รับผิดชอบ เก็บข้อมูลผู้ป่วยติดเตียง (ผู้ที่กลับมาอยู่บ้านโดยไม่ผ่านการส่งต่อ/คนชรา ประเมินด้วย ADL)
- เมื่อพบผู้ป่วยติดเตียงจะประสานให้ อสม. เข้าไปประเมินก่อน และรายงานต่อที่ประชุมประจำเดือนจากนั้นเจ้าหน้าที่จะลงเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผู้ป่วยติดเตียง (ชั่วคราว สามารถฟื้นฟูได้หรือถาวร) ปัญหาต่างๆ ที่ต้องการความช่วยเหลือในด้านใดเป็นพิเศษ
- เก็บข้อมูลใส่โปรแกรม excel ประกอบด้วย ชื่อ อายุ ที่อยู่ เลขประจำตัว โรคประจำตัว การวินิจฉัย ระยะเวลาที่ติดเตียง

รพ.

- การค้นหาผู้ป่วยติดเตียงโดยเครือข่าย อสม. สำรวจ และรับส่งตัวมาจาก โรงพยาบาลศูนย์
- ผู้ป่วยติดเตียงประกอบด้วย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เส้นเลือดในสมองแตก อุบัติเหตุ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ
- มีสมุดทะเบียนบันทึกข้อมูลผู้ป่วยติดเตียงไว้
- เมื่อผู้ป่วยติดเตียง จะประเมินสภาพเพื่อให้ความช่วยเหลือ และประสานบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมไปเยี่ยม ประเมินผู้ป่วยก่อนว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือแบบใด จึงพบบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมไป

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ปัจจัยภายนอก

- ยังไม่มีการขึ้นทะเบียนอย่างเป็นทางการเป็นระบบในฐานข้อมูล

ปัจจัยภายใน

- เป็นการเพิ่มภาระในการบันทึกข้อมูล

### ตัวชี้วัด BR2 ร้อยละของผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างน้อยปีละ

1 ครั้ง

#### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- การเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงเบื้องต้นโดยทีม รพ.สต. พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และหน่วยงาน อปท. โดยเยี่ยมทุกราย แต่ไม่เต็มทีม
- กิจกรรมที่ทำการเยี่ยมบ้านคือ
  - การประเมินเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน ADL
  - ประเมินสิ่งแวดล้อม
  - ประเมินความต้องการส่วนบุคคล เช่น สายสวน แผลกดทับ โภชนาการ
  - ประเมินผู้ดูแล แนะนำผู้ดูแลในการดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วย
- เกณฑ์ในการกำหนดบุคลากรทางการแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพดูตามสภาพของผู้ป่วยใช้หลักการ in home med เป็นการประเมินผู้ป่วยก่อนว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือแบบใด จึงพบบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมไป
- ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ นอกเหนือความสามารถของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะแจ้งทีมเยี่ยมบ้าน (ทีมหมอครอบครัว) จาก รพ. ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพ โภชนาการ พยาบาล
- ผู้ดูแลจะมีเบอร์โทรของทีมหมอครอบครัวไว้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน

- การเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะโทร 1669 มีรถโรงพยาบาลไปรับในรายที่ไม่สะดวกเดินทาง

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

#### ปัจจัยภายนอก

- งบประมาณในการดำเนินงาน เช่น ค่าของเยี่ยม ค่าเดินทาง เป็นต้น
- ผู้ปฏิบัติงานต้องใช้รถส่วนตัวในการปฏิบัติงาน ไม่มีรถของ รพ.สต. และเมื่อรถเกิดความเสียหายในเวลาดำเนินงานไม่สามารถเบิกค่าซ่อมแซมได้

#### ปัจจัยภายใน

- บุคลากรมีน้อย

### ข้อเสนอแนะในการแก้ไขตัวชี้วัด

- ไม่จำเป็นต้องครบทีม ควรดูตามความเหมาะสมของผู้ป่วย

## ตัวชี้วัด RUA1 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- กระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน การประเมินก่อนการจ่ายยาปฏิชีวนะ การแยกระหว่างติดเชื้อจากไวรัสหรือแบคทีเรีย ไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจน ตรวจสอบใช้ตามอาการ vital signs และซักประวัติการรับยามาก่อน
- ถ้าตรวจร่างกายแล้วบ่งบอกถึงอาการอักเสบหรือติดเชื้อชัดเจน โดยอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ หรือพยาบาล (รพ.สต.) และอาจจะมีคู่มือแนวทางของโรงพยาบาลประกอบจึงให้ยาปฏิชีวนะโดยเลือกยา Amoxicillin เป็นตัวแรก แต่ถ้าหากอาการไม่ชัดเจนจะแนะนำวิธีปฏิบัติตัว
- การอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยา เกสซ์กร หรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าทำไมถึงได้ยา มีอาการอะไร ใช้ยาอย่างไร และควรปฏิบัติตัวอย่างไร
- มีการนัดติดตาม ว่าหากรับยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ให้กลับมาพบเจ้าหน้าที่ใหม่
- มีร้องขอยาจากผู้ป่วยบ้าง แต่เมื่อได้รับคำอธิบายถึงความจำเป็นในการใช้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยก็ยอมรับได้

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

#### ปัจจัยภายนอก

- ผู้ป่วยบางคนร้องขอยานอกเหนือจากแพทย์สั่ง เมื่อไม่ได้ตามต้องการก็ร้องเรียน

#### ปัจจัยภายใน

- รหัลยายังไม่เป็นมาตรฐาน

## ตัวชี้วัด RUA2 ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- กระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน การประเมินก่อนการจ่ายยาปฏิชีวนะ การแยกระหว่างติดเชื้อจากไวรัสหรือแบคทีเรีย ไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจน ตรวจสอบใช้ตามอาการ vital signs และซักประวัติการรับยามาก่อน

- ถ้าตรวจร่างกายแล้วบ่งบอกถึงอาการอักเสบหรือติดเชื้อชัดเจน โดยอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ หรือพยาบาล (รพ.สต.) และอาจจะมีคู่มือแนวทางของโรงพยาบาลประกอบจึงให้ยาปฏิชีวนะโดยเลือกยา Norfloxacin เป็นตัวแรก แต่ถ้าหากอาการไม่ชัดเจนจะแนะนำวิธีปฏิบัติตัว
- การอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยา เภสัชกร หรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าทำไมถึงได้ยา มีอาการอะไร ใช้ยาอย่างไร และควรปฏิบัติตัวอย่างไร
- มีการนัดติดตาม ว่าหากรับยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ให้กลับมาพบเจ้าหน้าที่ใหม่
- มีร้องขอมาจากผู้ป่วยบ้าง แต่เมื่อได้รับคำอธิบายถึงความจำเป็นในการใช้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยก็ยอมรับได้

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ปัจจัยภายนอก

- ผู้ป่วยบางคนร้องขอยานอกเหนือจากแพทย์สั่ง เมื่อไม่ได้ตามต้องการก็ร้องเรียน

ปัจจัยภายใน

- รหัลยายังไม่เป็นมาตรฐาน

### ตัวชี้วัด Asthma1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการจับทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด

#### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

รพ.สต.

- มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยอาการ wheezing แล้วนัดติดตาม 2-3 วัน หากอาการไม่ดีขึ้นจะส่งต่อพบแพทย์ ถ้าหากเป็นรายที่ต้องรับการพ่นยาจะส่งต่อทันที

รพ.

- การค้นหาผู้ป่วยโรคหืดคือ ผู้ป่วยจะเข้ามาด้วยอาการต้องสงสัยว่าเป็นโรคหืด เข้ารับการรักษาโรคหืด หรือโรคอื่นๆ หากมีประวัติจะขึ้นทะเบียนทันที แต่หากมีอาการมาต้องให้แพทย์วินิจฉัยก่อนว่าเป็นโรคหืดจึงจะขึ้นทะเบียน
- การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด บันทึกทั้งในโปรแกรม Hos xp สมุดทะเบียน และขึ้นทะเบียนในโปรแกรม Easy Asthma Clinic โดยมีรายละเอียดประกอบด้วย เลขที่ผู้ป่วย ชื่อ อายุ โรคประจำตัว รหัลโรงพยาบาล สิทธิ วันนัด แพทย์ผู้รับผิดชอบ ยาที่ใช้

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ปัจจัยภายนอก

- ผู้ป่วยบางรายมารับการรักษานอกเขต (สิทธิการรักษาที่อื่น)

ปัจจัยภายใน

- มีความล่าช้าในการขึ้นทะเบียน เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก แต่บุคลากรทางการแพทย์มีน้อยทำให้ไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้ในวันที่มารับบริการ
- ยังไม่มีคลินิกพิเศษ Asthma COPD ในโรงพยาบาล

## ตัวชี้วัด Asthma2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับสุศึกษา

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- ให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหืดเป็นรายกลุ่มในทุกวันที่มีคลินิก และรายบุคคลในผู้ป่วยที่ควบคุมอาการไม่ได้
- มีการประเมินการพ่นยา และการใช้ยาโดยเภสัชกร
- หากเป็นผู้ป่วยรายใหม่มีการจัดอบรมเข้มในการปฏิบัติตัว การใช้ยา การพ่นยา ฯลฯ
- การบันทึกข้อมูลการให้สุศึกษา บันทึกในโปรแกรม Hos xp และ Easy Asthma Clinic

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

#### ปัจจัยภายนอก

- มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถให้สุศึกษาได้เต็มที่ ให้ได้เฉพาะแค่ประเด็นที่สำคัญ

#### ปัจจัยภายใน

- มีการบันทึกข้อมูลบิดเบือนจากความจริง
- บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ
- การลงรหัส ใช้ Z719 (ไม่มีจุด) เป็นรหัสแค่บอกว่าให้สุศึกษา แต่ไม่ได้บอกว่าให้สุศึกษาของโรคอะไร จึงทำให้ยังไม่ชัดเจน

## ตัวชี้วัด Asthma3 ร้อยละของการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ในผู้ป่วยโรคหืด

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- มีการวัดสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคหืดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ทุกคน ทุกครั้งที่มารับบริการ
- หลังจากการประเมินแล้ว หากพบว่าผิดปกติ แพทย์จะปรับยา พยาบาลจะให้ความรู้รายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และดูแลตัวเองมากขึ้น

### ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

#### ปัจจัยภายนอก

- ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กและผู้สูงอายุ อาจมีปัญหาในเป่าเครื่อง peak expiratory flow meter
- ผู้พิการทางการได้ยิน จะไม่เข้าใจในการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่

#### ปัจจัยภายใน

- บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ
- เครื่องมือมีน้อย ถ้าเสียก็จะมีไม่ใช้งานเลย การจัดหาเครื่องมือใหม่ใช้เวลานาน

## ตัวชี้วัด Asthma4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถาม

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- มีการประเมินการควบคุมโรคหืดโดยใช้แบบสอบถาม ACT และ EAC
- บันทึกข้อมูลใน Hos xp EAC และ OPD card
- ถ้ายังไม่สามารถควบคุมอาการได้ จะให้สุศึกษาเป็นรายบุคคลเพิ่ม

## ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

### ปัจจัยภายนอก

- คำถามที่ใช้ประเมินผู้ป่วย บางข้อไม่ชัดเจน กำกวม ทำให้ผู้ป่วยตอบคำถามไม่ได้หรืออาจตอบไม่ถูกต้อง เพราะไม่เข้าใจแบบสอบถาม เน้นย้ำหลายครั้งก็ไม่เข้าใจ ภาษาที่ใช้เข้าใจได้ยาก

### ปัจจัยภายใน

- ไม่มีการอบรมเจ้าหน้าที่เรื่องการใช้แบบสอบถาม

## ข้อเสนอแนะในการแก้ไขตัวชี้วัด

- แบบสอบถามควรชัดเจน และเข้าใจได้ง่ายกว่านี้

## ตัวชี้วัด Asthma5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้พบแพทย์

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- ผู้ป่วยโรคหืดทุกคนจะได้พบแพทย์ทุกครั้งที่มาตามนัดหมาย
- หากเป็นงานของห้องฉุกเฉิน ถ้ามีคนไข้ฉุกเฉินมาจะพ่นยาก่อน ถ้าไม่ดีขึ้นใช้ยาฉีด ไม่ดีขึ้นอีกส่งต่อ
- วิธีการส่งต่อ ถ้าอยู่ในภาวะที่ดูแลได้จะให้นอนที่ รพ. ถ้าอาการรุนแรงจะส่งต่อโดยให้รถ รพ. ไปส่ง รพ.แม่ข่าย เขียนใบส่งต่อไป
- บันทึกข้อมูลการส่งต่อใน Hos xp และ OPD card
- การติดตามว่าคนไข้ที่ส่งต่อ รอใบส่งต่อตอบกลับ และติดตามทาง line
- หากควบคุมไม่ได้จริงๆ มีการตามลงไปเยี่ยมที่บ้าน โดยหน่วยเวชกรรมสังคม เพื่อประเมินสภาพแวดล้อม การใช้ยา ฯลฯ

## ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

### ปัจจัยภายนอก

- อาการกำเริบของโรคหืดเกิดจากหลายปัจจัยทำให้ไม่สามารถควบคุมได้
- เตียงใน รพ. ไม่พอ หรือ เตียงที่ รพ. แม่ข่ายไม่เพียงพอต่อผู้ป่วย
- ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดจะไม่ได้พบแพทย์

### ปัจจัยภายใน

- บาง รพ. ไม่มีคลินิกพิเศษเฉพาะผู้ป่วยโรคหืด

## ตัวชี้วัด Asthma6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลัน

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- ดูแลเป็นปกติพยายามไม่ให้คนไข้มาห้องฉุกเฉิน ดูแลให้คนไข้ควบคุมอาการหืดได้ โดยมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหืดตามแนวทางปฏิบัติของ รพ.
- หากเป็นงานของห้องฉุกเฉิน ถ้ามีคนไข้ฉุกเฉินมาจะพ่นยาก่อน ถ้าไม่ดีขึ้นใช้ยาฉีด ไม่ดีขึ้นอีกส่งต่อ

## ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

### ปัจจัยภายนอก

- อาการกำเริบของโรคที่เกิดจากหลายปัจจัยทำให้ไม่สามารถควบคุมได้
- ไม่มีระบบส่งข้อมูล หากผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ต้องตามข้อมูลเองทำให้ล่าช้า อาจทำให้ไม่สามารถขึ้นทะเบียนผู้ป่วยนั้นๆ
- อาการที่ดกำเริบมีหลายปัจจัย ไม่สามารถควบคุมได้

## ตัวชี้วัด COPD1 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

#### รพ.สต.

- มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยอาการ wheezing แล้วนัดติดตาม 2-3 วัน หากอาการไม่ดีขึ้นจะส่งต่อพบแพทย์ ถ้าหากเป็นรายที่ต้องรับการพินยาจะส่งต่อทันที

#### รพ.

- การค้นหาผู้ป่วยโรคหืดคือ ผู้ป่วยจะเข้ามาด้วยอาการต้องสงสัยว่าเป็นโรคหืด เข้ารับการรักษาโรคหืด หรือโรคอื่นๆ หากมีประวัติจะขึ้นทะเบียนทันที แต่หากมีอาการมาต้องให้แพทย์วินิจฉัยก่อนว่าเป็นโรคหืดจึงจะขึ้นทะเบียน
- การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด บันทึกทั้งในโปรแกรม Hos xp, สมุดทะเบียน และขึ้นทะเบียนในโปรแกรม Easy Asthma Clinic โดยมีรายละเอียดประกอบด้วย เลขที่ผู้ป่วย ชื่อ อายุ โรคประจำตัว รหัสโรงพยาบาล สิทธิ วันนัด แพทย์ผู้รับผิดชอบ ยาที่ใช้

## ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

### ปัจจัยภายนอก

- ผู้ป่วยบางรายมารับการรักษานอกเขต (สิทธิการรักษาที่อื่น)

### ปัจจัยภายใน

- มีความล่าช้าในการขึ้นทะเบียน เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก แต่บุคลากรทางการแพทย์มีน้อยทำให้ไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้ในวันที่มารับบริการ
- ยังไม่มีคลินิกพิเศษ Asthma COPD ในโรงพยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการแก้ไขตัวชี้วัด

- ควรบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลเดียว

## ตัวชี้วัด COPD2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่

### การปฏิบัติตามตัวชี้วัด

- ประเมินสถานะของการสูบบุหรี่ ใช้แบบฟอร์มการให้สุศึกษา ทำทุกคน ทุกครั้งที่มารับบริการ
- ตรวจสอบว่าข้อมูลการสูบบุหรี่เป็นจริง/เป็นเท็จ โดยการสังเกตผู้ป่วย แต่โดยส่วนใหญ่คนไข้จะไม่ค่อยโกหก แต่หากโกหกจะดูจากค่าการเป่า peak flow
- ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ แนะนำเป็นรายคน และถามความสมัครใจในการเข้าคลินิกเลิกบุหรี่
- คลินิกเลิกบุหรี่ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ยาตามอาการ การเป่า CO<sub>2</sub> level วัดค่า O<sub>2</sub> ในปอด



- มีการประเมิน state of change ประเมินความพร้อมของคนไข้
- ประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากให้คำแนะนำนัดสัปดาห์ละครั้ง

### **ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด**

#### ปัจจัยภายนอก

- การเข้าคลินิกอดบุหรี่ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ป่วย
- มีผู้ป่วยบางรายโกหกเรื่องการสูบบุหรี่
- มีผู้ป่วยบางรายไม่มาตามนัด ทำให้การรักษาขาดหายไป

## ภาคผนวก ค.

### ตารางผนวก

ตารางผนวกที่ 3.1 ค. จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมทดสอบตัวชี้วัดจำแนกตามขนาดประชากร

ประเภทและขนาดหน่วยบริการ	จำนวนประชากรทั้งหมด	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ	ร้อยละ
จังหวัดอื่นที่มีใช้ กทม. (n=28)			
รพ.สต หรือศูนย์สุขภาพชุมชนขนาดเล็ก	≤ 3000 คน	5	18
รพ.สต หรือศูนย์สุขภาพชุมชนขนาดกลาง	3001-7001 คน	13	46
รพ.สต หรือศูนย์สุขภาพชุมชนขนาดใหญ่	7001-10,000 คน	5	18
รพ.สต หรือศูนย์สุขภาพชุมชนขนาดใหญ่มาก	> 10,000 คน	5	18
กรุงเทพมหานคร (n=7)	จำนวนประชากรลัทธิ UC		
คลินิกชุมชนอบอุ่น/ศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดเล็ก	≤ 15,000 คน	3	43
คลินิกชุมชนอบอุ่น/ศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดกลาง	15,001-50,000 คน	3	43
โรงพยาบาลเอกชน/ศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดใหญ่	> 50,000 คน	3 (2 แห่ง ถอนตัวจากการศึกษา)	14

ตารางผนวกที่ 3.2 ค. จำนวนบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามประเภทและขนาดหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอื่นที่มีใช้ กทม. (n=28)

ประเภทและขนาดหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต หรือศูนย์สุขภาพชุมชน)	บุคลากรสาธารณสุข						
	แพทย์	พยาบาลเวชปฏิบัติ	พยาบาลวิชาชีพ	นักวิชาการสาธารณสุข	นักกายภาพบำบัด	ทันตสาธารณสุข	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล
ขนาดเล็ก	ไม่มี	1 แห่งไม่มี 4 แห่ง 1-2 คน	ไม่มี	1 แห่ง 2 คน 4 แห่ง 1 คน	ไม่มี	ไม่มี	4 แห่ง ไม่มี 1 แห่ง 1 คน
ขนาดกลาง	10 แห่ง ไม่มี 3 แห่ง 1-7 คน	13 แห่ง ส่วนใหญ่ 1-2 คน	11 แห่ง ไม่มี 2 แห่ง 10 คน	5 แห่ง 1 คน 7 แห่ง 2 คน 1 แห่ง 6 คน	9 แห่ง ไม่มี 4 แห่ง 1-3 คน	4 แห่ง ไม่มี 9 แห่ง 1-3 คน	7 แห่ง ไม่มี 6 แห่ง 1-3 คน
ขนาดใหญ่	4 แห่ง ไม่มี 1 แห่ง 4 คน	5 แห่ง 1-3 คน	4 แห่ง ไม่มี 1 แห่ง 1 คน	2 แห่ง 1 คน 2 แห่ง 2 คน	ไม่มี	3 แห่ง ไม่มี 2 แห่ง 1 คน	2 แห่ง ไม่มี 3 แห่ง 1 คน
ขนาดใหญ่มาก	1 แห่ง ไม่มี 4 แห่ง 1 คน	5 แห่ง 3-10 คน	3 แห่ง ไม่มี 2 แห่ง 4-5 คน	1 แห่งไม่มี 4 แห่ง 2-5 คน	4 แห่งไม่มี 1 แห่ง 1 คน	2 แห่ง ไม่มี 3 แห่ง 1 คน	3 แห่งไม่มี 2 แห่ง 1 คน

ตารางผนวกที่ 3.3 ค. จำนวนบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามประเภทและขนาดหน่วยบริการปฐมภูมิ กรุงเทพมหานคร (n=7)

ประเภทและขนาดหน่วยบริการ	บุคลากรสาธารณสุข						
	แพทย์	พยาบาลเวชปฏิบัติ	พยาบาลวิชาชีพ	นักวิชาการสาธารณสุข	นักกายภาพบำบัด	ทันตสาธารณสุข	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล
คลินิกชุมชนอบอุ่น ศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดเล็ก	3 แห่ง 1 คน	1 แห่ง ไม่มี 1 แห่ง 1 คน 1 แห่ง 2 คน	1 แห่ง 1 คน 1 แห่ง 2 คน 1 แห่ง 11 คน	1 แห่ง ไม่มี 1 แห่ง 5 คน 1 แห่ง 6 คน	2 แห่ง 1 คน 1 แห่ง 2 คน	2 แห่ง ไม่มี 1 แห่ง 1 คน	1 แห่ง ไม่มี 2 แห่ง 1 คน
คลินิกชุมชนอบอุ่น หรือศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดกลาง	3 แห่ง 2-5 คน	1 แห่ง 1 คน 1 แห่ง 4 คน 1 แห่ง 6 คน	1 แห่ง 3 คน 1 แห่ง 6 คน 1 แห่ง 13 คน	1 แห่ง 3 คน 1 แห่ง 6 คน 1 แห่ง 13 คน	2 แห่ง ไม่มี 1 แห่ง 2 คน	1 แห่ง ไม่มี 1 แห่ง 1 คน 1 แห่ง 2 คน	2 แห่ง 3 คน 1 แห่ง 4 คน
โรงพยาบาลเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดใหญ่	1 แห่ง 19 คน	1 แห่ง 1 คน	1 แห่ง 30 คน	1 แห่ง 30 คน	1 แห่ง 3 คน	1 แห่ง 1 คน	1 แห่ง 2 คน

ตารางผนวกที่ 3.4 ค. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 5 ลำดับแรก

ลำดับที่	ปัญหาสุขภาพ	ความถี่ (แห่ง)	ร้อยละ
จังหวัดอื่นที่มีใช้ กทม. (n=28)			
1	ระบบทางเดินหายใจ	21	75
2	ความดันโลหิตสูง	19	68
3	เบาหวาน	18	64
4	ระบบทางเดินอาหารและระบบย่อยอาหาร	16	57
5	ระบบกล้ามเนื้อ	8	29
กรุงเทพมหานคร (n=7)			
1	ความดันโลหิตสูง	7	100
2	ระบบทางเดินหายใจ	7	100
3	เบาหวาน	7	100
4	ระบบทางเดินอาหารและระบบย่อยอาหาร	3	43
5	ระบบกล้ามเนื้อ	3	43

ตารางผนวกที่ 3.5 ค. ร้อยละของความแตกต่างระหว่างข้อมูลที่ได้จาก PCU และข้อมูลจาก สปสช.

PCU	HT1	DM1	MCH1	MCH5	RUA1	RUA2
2					4%	0%
3			7%	11%	1%	-2%
4					-6%	-5%
5					0%	-10%
6					1%	10%
7					1%	1%
8					-1%	-5%
9					1%	5%
10					-1%	-4%
11					2%	-1%
13	15%	15%				
14	-14%	-14%			1%	8%
15	42%	35%			19%	33%
16					11%	31%
21					1%	1%
22					1%	-2%

ตารางผนวกที่ 3.6 ค. แสดงค่าคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

แฟ้ม	ตัวแปร	คำอธิบาย	เงื่อนไข	% Error
PERSON	CID	เลขที่บัตรประชาชน	ซ้ำในหน่วยบริการเดียวกัน	0.2-3%
	PID	ทะเบียนบุคคล	ซ้ำในหน่วยบริการเดียวกัน	0.5-2%
	BIRTH	วันเดือนปีเกิด	อายุระหว่าง 0 - 120 ปี	0.1%
NCD-SCREEN	SBP	ความดันโลหิต ซิสโตลิก	ค่าอยู่ระหว่าง 40 - 250 mmHg	11%
	DBP	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก	ค่าอยู่ระหว่าง 20 - 150 mmHg	3%
	BSTEST/BSLEVEL	วิธีการตรวจน้ำตาลในเลือด	Missing	4%
	BSLEVEL	ระดับน้ำตาลในเลือด	ค่าอยู่ระหว่าง 0 - 410	0.1%
SERVICE	SMOKE	ประวัติการสูบบุหรี่	Missing	51%
	REFERINHOSP	สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	Missing	98%
	CAUSEIN	สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	Missing	51%

แฟ้ม	ตัวแปร	คำอธิบาย	เงื่อนไข	% Error
CHRONIC	CHRONIC	รหัสวินิจฉัยโรคเรื้อรัง	รหัส ICD10	0.01%
	DATE_DIAG	วันที่ตรวจพบครั้งแรก	รูปแบบวันเดือนปี (ค.ศ.)	0.2%
DRUG_OPD	DIDSTD	รหัสยา 24 หลัก	บันทึกเลข 24 หลัก	<13%

ตารางผนวกที่ 3.7 ค. แสดงค่าคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากฐานข้อมูล สปสช. เขต กทม.

แฟ้ม	ตัวแปร	เงื่อนไข	% Error
DMHT	ages	อายุระหว่าง 0 – 120 ปี	< 0.01%
	hbsystolic	ค่าอยู่ระหว่าง 40 – 250 mmHg	0.4%
Risk	maininscl	สิทธิว่าง	0.1%
OPBKKCLAIM2559	dob	ไม่ระบุวันเดือนปีเกิด	1%
	typeout	ไม่ระบุ	12.3%
	diagtype	ไม่ระบุ	< 0.01%
	pid	Missing	0.03%
	did	Missing	2%
	didstd	Missing	5%
	tmtcode	Missing	64%

ตารางผนวกที่ 3.8 ค. จำนวนและร้อยละของการคัดกรองในกลุ่มยกเว้น (วินิจฉัยโรคและเสียชีวิตก่อนคัดกรอง) ศึกษาเฉพาะข้อมูลระหว่าง 1 ธ.ค. 2557 ถึง 30 ต.ค. 2558

PCU	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	คัดกรองความดันโลหิตสูง		คัดกรองเบาหวาน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	2949	2	0.1	2	0.1
2	1136	1	0.1	0	0.0
3	38228	869	2.3	373	1.0
4	2462	3	0.1	1	0.0
5	4746	6	0.1	6	0.1
6	10268	28	0.3	2	0.0
7	3241	0	0.0	1	0.0
8	1147	1	0.1	2	0.2

PCU	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	คัดกรองความดันโลหิตสูง		คัดกรองเบาหวาน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9	1326	67	5.1	21	1.6
10	13333	0	0.0	0	0.0
11	8705	6	0.1	10	0.1
12	3954	7	0.2	4	0.1
13	9572	4	0.0	3	0.0
14	3791	4	0.1	2	0.1
15	1052	7	0.7	4	0.4
16	21774	17	0.1	10	0.0
17	2366	23	1.0	7	0.3
18	1155	0	0.0	0	0.0
19	45274	578	1.3	49	0.1
20	2635	31	1.2	2	0.1
21	3771	135	3.6	67	1.8
22	2565	21	0.8	4	0.2
23	841	41	4.9	13	1.5
24	1586	138	8.7	4	0.3
25	6463	16	0.2	6	0.1
26	2572	183	7.1	40	1.6
27	3118	246	7.9	73	2.3
28	21376	5	0.0	1	0.0
รวม	221406	2439	1.1	707	0.3

ตารางผนวกที่ 3.9 ก. จำนวนและร้อยละประชากรเป้าหมายได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

PGU	จำนวนประชากรเป้าหมาย						จำนวนการคัดกรอง						ร้อยละของประชากรที่ได้รับการคัดกรอง						
	TYPEAREA					Total	TYPEAREA					Total	TYPEAREA					Total	Type I & Type III
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		
1	2514	77	17	340	0	2948	1499	5	7	73	0	1584	60	6	41	21	NA	54	60
2	721	86	39	287	0	1133	504	10	25	83	0	622	70	12	64	29	NA	55	70
3	9488	37	516	26686	1527	38254	8730	33	472	8534	510	18279	92	89	91	32	33	48	92
4	1951	445	6	33	0	2435	1566	114	5	13	0	1698	80	26	83	39	NA	70	80
5	3907	606	3	227	1	4744	3030	407	0	45	0	3482	78	67	0	20	0	73	77
6	1952	44	62	7990	5	10053	1730	32	28	3708	5	5503	89	73	45	46	100	55	87
7	2260	711	9	245	0	3225	1320	40	3	45	0	1408	58	6	33	18	NA	44	58
8	1007	108	0	28	0	1143	217	4	0	3	0	224	22	4	NA	11	NA	20	22
9	1132	77	10	107	0	1326	629	6	1	27	0	663	56	8	10	25	NA	50	55
10	2330	27	160	10903	0	13420	406	2	10	2654	0	3072	17	7	6	24	NA	23	17
11	7876	336	329	160	0	8701	4847	52	189	55	0	5143	62	15	57	34	NA	59	61
12	3672	185	7	80	0	3944	3106	161	6	41	0	3314	85	87	86	51	NA	84	85
13	4645	322	305	4303	0	9575	3672	71	235	2102	0	6080	79	22	77	49	NA	63	79
14	3529	105	36	75	0	3745	3041	11	27	40	0	3119	86	10	75	53	NA	83	86
15	881	103	3	63	0	1050	697	47	2	30	0	776	79	46	67	48	NA	74	79
16	13835	164	8	7661	0	21668	9888	107	7	4599	0	14601	71	65	88	60	NA	67	71
17	2160	91	40	53	0	2344	1701	38	32	19	0	1790	79	42	80	36	NA	76	79
18	915	59	1	172	0	1147	725	11	1	101	0	838	79	19	100	59	NA	73	79

ตารางผนวกที่ 3.9. จำนวนและร้อยละประชากรเป้าหมายได้รับการจัดการความคับคองที่สูง (ต่อ)

PCU	จำนวนประชากรเป้าหมาย					จำนวนการคัดกรอง					ร้อยละประชากรที่ได้รับการคัดกรอง						
	TYPEAREA					TYPEAREA					TYPEAREA						
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Total	Type I & Type III
19	7992	2137	37	34560	1	5703	925	19	16019	1	22667	71	45	51	46	100	51
20	1972	98	122	390	0	1879	82	90	148	0	2199	95	84	74	38	NA	85
21	2895	24	397	409	0	2756	20	304	221	0	3301	95	83	77	54	NA	89
22	976	56	91	4984	2	702	39	55	3275	1	4072	72	70	60	66	50	67
23	674	53	7	97	0	625	49	4	56	0	734	93	92	57	58	NA	88
24	1196	43	3	318	0	1152	42	2	223	0	1419	96	98	67	70	NA	91
25	2802	127	68	17045	486	1222	45	27	11845	137	13276	44	35	40	70	28	65
26	2064	122	96	255	0	1826	76	83	71	0	2056	88	62	86	28	NA	81
27	2645	47	189	194	0	2454	32	173	62	0	2721	93	68	92	32	NA	88
28	1327	24	176	1018	0	738	14	93	500	0	1345	56	58	53	49	NA	53
Total	89318	6314	2737	118681	2022	66365	2475	1900	54592	654	125986	74	39	69	46	32	58

หมายเหตุ TYPEAREA คือ สถานะบุคคล จำแนกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

- Type I คือ ผู้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง
- Type II คือ ผู้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง
- Type III คือ มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ) แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
- Type IV คือ ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามารับบริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
- Type V คือ มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ไม่ได้ลงทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ เช่น คนเร่ร่อน ไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น



ตารางผนวกที่ 3.10 ค. จำนวนและร้อยละประชากรเป้าหมายได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน

PCU	จำนวนประชากรเป้าหมาย						จำนวนการคัดกรอง						ร้อยละของประชากรที่ได้รับการคัดกรอง						
	TYPEAREA					Total	TYPEAREA					Total	TYPEAREA					Total	Type I & Type III
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		
1	2514	77	17	340	0	2,948	1509	5	7	74	0	1,595	60	6	41	22	NA	54	60
2	724	86	39	285	0	1,134	528	11	25	81	0	645	73	13	64	28	NA	57	72
3	9434	36	503	26675	1526	38,174	8677	32	458	8554	512	18,233	92	89	91	32	34	48	92
4	1967	446	6	37	0	2,456	1600	116	5	18	0	1,739	81	26	83	49	NA	71	81
5	3909	606	3	227	1	4,746	3184	429	0	45	0	3,658	81	71	0	20	0	77	81
6	1993	46	63	8083	5	10,190	1773	34	29	3870	5	5,711	89	74	46	48	100	56	88
7	2273	711	9	245	0	3,238	1385	41	3	46	0	1,475	61	6	33	19	NA	46	61
8	1011	108	0	28	0	1,147	250	4	0	3	0	257	25	4	NA	11	NA	22	25
9	1132	77	10	107	0	1,326	729	6	1	26	0	762	64	8	10	24	NA	57	64
10	2328	27	160	10906	0	13,421	411	2	10	2807	0	3,230	18	7	6	26	NA	24	17
11	7873	336	329	160	0	8,698	6971	53	313	51	0	7,388	89	16	95	32	NA	85	89
12	3675	185	7	80	0	3,947	3109	161	6	41	0	3,317	85	87	86	51	NA	84	85
13	4651	322	304	4290	0	9,567	3666	74	231	2084	0	6,055	79	23	76	49	NA	63	79
14	3555	104	36	75	0	3,770	3063	10	28	39	0	3,140	86	10	78	52	NA	83	86
15	878	103	3	63	0	1,047	636	45	3	32	0	716	72	44	100	51	NA	68	73
16	13976	168	8	7685	0	21,837	9870	118	7	4433	0	14,428	71	70	88	58	NA	66	71
17	2165	92	40	53	0	2,350	1755	39	31	17	0	1,842	81	42	78	32	NA	78	81
18	915	59	1	172	0	1,147	725	11	1	101	0	838	79	19	100	59	NA	73	79

ตารางผนวกที่ 3.10 ค. จำนวนและร้อยละประชากรเป้าหมายได้รับการศึกษองโรคเบาหวาน (ต่อ)

PCU	จำนวนประชากรเป้าหมาย					จำนวนการศึกษอง					ร้อยละของประชากรที่ได้รับการศึกษอง								
	TYPEAREA					Total	TYPEAREA					Total	TYPEAREA					Total	
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		
19	8192	2152	37	34715	1	45,097	4868	741	11	16597	1	22,218	59	34	30	48	100	49	59
20	2003	99	122	391	0	2,615	1903	75	88	144	0	2,210	95	76	72	37	NA	85	94
21	2917	24	397	410	0	3,748	2773	21	301	207	0	3,302	95	88	76	50	NA	88	93
22	1338	24	176	1019	0	2,557	819	14	98	511	0	1,442	61	58	56	50	NA	56	61
23	675	53	7	99	0	834	623	45	4	55	0	727	92	85	57	56	NA	87	92
24	1203	44	3	327	0	1,577	1095	14	2	211	0	1,322	91	32	67	65	NA	84	91
25	990	56	94	5222	2	6,364	544	22	52	3410	1	4,029	55	39	55	65	50	63	55
26	2073	122	99	254	0	2,548	1864	77	88	71	0	2,100	90	63	89	28	NA	82	90
27	2628	47	190	194	0	3,059	2500	35	181	63	0	2,779	95	74	95	32	NA	91	95
28	2826	126	69	17517	496	21,034	1263	45	28	12381	144	13,861	45	36	41	71	29	66	45
Total	89,818	6,336	2,732	119,659	2,031	220,576	68,093	2,280	2,011	55,972	663	129,019	76	36	74	47	33	58	76

หมายเหตุ TYPEAREA คือ สถานะบุคคล จำแนกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

- Type I คือ มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง
- Type II คือ มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง
- Type III คือ มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ) แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
- Type IV คือ ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามาใช้บริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
- Type V คือ มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ไม่ได้ปฏิบัติตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ เช่น คนเร่ร่อน ไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น

ตารางผนวกที่ 3.11 ค. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับความดันและระดับน้ำตาลในเลือดได้

GUPs	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน						ผู้ป่วยโรคเบาหวาน					
	มารับบริการทั้งหมด			เฉพาะที่ขึ้นทะเบียนในเพิ่ม CHRONIC			มารับบริการทั้งหมด			เฉพาะที่ขึ้นทะเบียนในเพิ่ม CHRONIC		
	จำนวน	ควบคุมได้	ร้อยละ	จำนวน	ควบคุมได้	ร้อยละ	จำนวน	ควบคุมได้	ร้อยละ	จำนวน	ควบคุมได้	ร้อยละ
1	2,340	1,236	53	451	228	51	6,657	4,516	68	1,688	576	34
2	2,782	1,531	55	2,046	903	44	3,374	2,306	68	1,281	569	44
3	1,563	989	63	1,085	655	60	1,020	409	40	671	201	30
4	10,452	7,860	75	5,142	2,986	58	17,674	10,786	61	4,998	1,630	33
5	4,906	3,007	61	2,366	1,178	50	6,155	3,374	55	3,089	937	30
6	9,745	6,531	67	6,065	3,120	51	16,797	13,078	78	4,154	1,353	33
7	11,721	6,022	51	4,692	2,112	45	8,412	5,527	66	2,351	859	37
8	1,255	744	59	668	365	55	1,085	804	74	385	177	46
9	6,349	3,884	61	4,467	2,203	49	6,168	4,488	73	2,424	923	38
รวม	51,113	31,804	62	26,982	13,750	51	67,342	45,288	67	21,041	7,225	34





บทที่

# 4

ข้อเสนอแนะและแนวทาง  
สำหรับการบริหารจัดการโครงการ QOF

## บทที่ 4 ข้อเสนอแนะและแนวทางสำหรับการบริหารจัดการโครงการ QOF

4.1	คุณลักษณะและองค์ประกอบสำคัญ	167
4.2	ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงการ QOF ในประเทศไทย	168
4.2.1	การอภิบาลระบบ	169
4.2.2	กรอบเวลาการดำเนินงาน	169
4.2.3	งบประมาณและการบริหารงบประมาณ	172
4.2.4	ตัวชี้วัดและการประเมินผลงาน	177
4.2.5	ระบบสนับสนุนการดำเนินโครงการ QOF	178
4.3	เอกสารอ้างอิง	179

### สารบัญรูปร่างภาพ

รูปที่ 4.1	คุณลักษณะของ QOF ที่ดี และวงจรสนับสนุนการเพิ่มคุณภาพบริการด้วยแรงจูงใจที่เหมาะสม	168
รูปที่ 4.2	กรอบเวลาในการดำเนินโครงการ QOF	169
รูปที่ 4.3	กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดฯ สำหรับโครงการ QOF	171
รูปที่ 4.4	แผนผังการจัดสรรงบประมาณโครงการ QOF	175



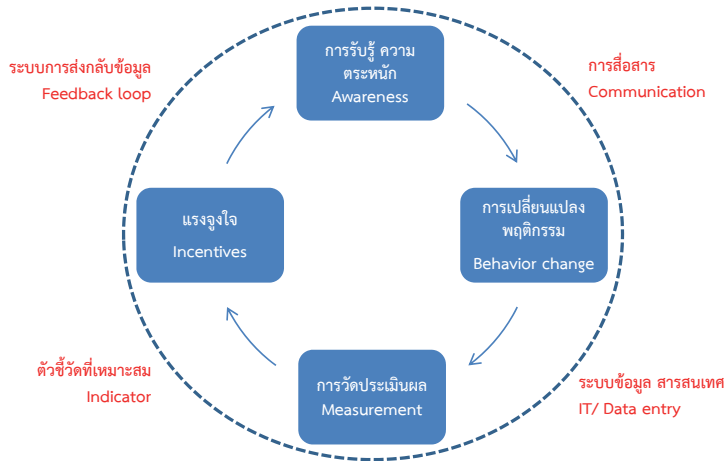
## บทที่ 4 ข้อเสนอแนะและแนวทาง สำหรับการบริหารจัดการโครงการ QOF



### 4.1 คุณลักษณะและองค์ประกอบสำคัญ

ผลการศึกษาระยะที่ 1 (1) แสดงให้เห็นว่า กลวิธีการดำเนินโครงการ QOF รวมทั้งแนวทางการบริหารจัดการ ควรได้รับการปรับปรุงเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด ในรายงานดังกล่าว คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดได้เสนอคุณลักษณะที่ดีของโครงการ QOF ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญดังแสดงในรูปที่ 1 เริ่มจากการสร้างความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการฯ ด้วยการสื่อสารให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบถึงวัตถุประสงค์ของโครงการ และประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสังคมโดยรวม รวมทั้งตัวชี้วัดต่างๆ ที่กำหนดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง และอยู่บนหลักฐานทางวิชาการ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ให้บริการเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการให้บริการตามที่ต้องการ จากนั้นจึงทำการประเมินผลลัพธ์ในด้านคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ที่กำหนดขึ้นก่อนหน้า ซึ่งการประเมินคุณภาพและผลงานบริการนั้นจะต้องได้รับการสนับสนุนจากระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และสะท้อนคุณภาพการให้บริการจริง จากนั้นจึงมาถึงขั้นตอนการคำนวณ และการจัดสรรค่าตอบแทนตามข้อตกลงล่วงหน้าอย่างเป็นธรรมและมีความโปร่งใส และขั้นตอนสุดท้าย คือการสะท้อนข้อมูลกลับไปให้หน่วยบริการเพื่อสร้างความตระหนัก และทำให้การเรียนรู้เพื่อปรับปรุงพัฒนาบริการให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต จะเห็นได้ว่าขั้นตอนเหล่านี้ทุกขั้นตอนมีความสำคัญยิ่ง ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร และเกิดขึ้นตามลำดับก่อนหลังตามที่ได้อธิบายไว้ ทั้งนี้บทเรียนที่ผ่านมามีแสดงให้เห็นว่า หากมีการดำเนินงานไม่ครบทั้งวงจรหรือลำดับก่อนหลัง เช่น การกำหนดตัวชี้วัด เกิดขึ้นภายหลังการเริ่มดำเนินงานใน ปีงบประมาณ การประเมินผลงานเป็นการประเมินผลงานแบบย้อนหลัง ผู้ให้บริการย่อมไม่มีโอกาสปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ ทำให้การสร้างแรงจูงใจของโครงการ QOF ไม่ประสบผลสำเร็จ





รูปที่ 4.1 คุณลักษณะของ QOF ที่ดี และวงจรสนับสนุนการเพิ่มคุณภาพบริการด้วยแรงจูงใจที่เหมาะสม

นอกจากนี้คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดได้สรุปองค์ประกอบสำคัญของโครงการ QOF ไว้ดังนี้

- 1) มีสิ่งตอบแทนจูงใจ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมบริการที่พึงประสงค์โดยอาจเป็นเงินหรือแรงจูงใจในรูปแบบอื่น
- 2) ยึดหลักธรรมาภิบาล (good governance) คือ ความโปร่งใส วางอยู่บนพื้นฐานข้อมูลวิชาการ และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
- 3) การจ่ายค่าตอบแทนควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณภาพบริการ โดยอาศัยระบบข้อมูลที่ถูกต้อง
- 4) การบริหารจัดการที่ดี เช่น มีการประกาศตัวชี้วัดฯ ในช่วงเวลาที่เหมาะสม มีการสะท้อนข้อมูลกลับอย่างสม่ำเสมอเพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้บริการเกิดการเรียนรู้ มีการให้แรงจูงใจที่เหมาะสมและตรงเวลา เป็นต้น
- 5) พัฒนาตัวชี้วัดฯ โดยใช้ข้อมูลวิชาการประกอบ ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทดสอบตัวชี้วัดฯ ก่อนใช้งานจริง ประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- 6) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรตระหนักว่าโครงการ QOF เป็นการลงทุนระยะยาว ผลสำเร็จของโครงการจะชัดเจนมากขึ้นหลังการดำเนินงานไปแล้ว 3-5 ปี เพราะต้องการการดำเนินงานจนครบทั้งวงจรในรูปที่ 4.1 รวมทั้งตัวชี้วัดฯ ในระยะแรกอาจเน้นที่ตัวชี้วัดประเภทโครงสร้างและกระบวนการ ขณะที่ตัวชี้วัดประเภทยุทธศาสตร์ทางสุขภาพอาจต้องการเวลาให้ผู้ให้บริการพัฒนาบริการและองค์ประกอบพื้นฐาน หรือรอเวลาจนผู้รับบริการได้รับประโยชน์จากบริการที่มีคุณภาพที่ดีขึ้น จึงจะสามารถวัดผลออกมาได้อย่างเป็นรูปธรรม
- 7) มีการสื่อสารที่ดีตั้งแต่ระดับนโยบายถึงผู้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงาน

## 4.2 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงการ QOF ในประเทศไทย

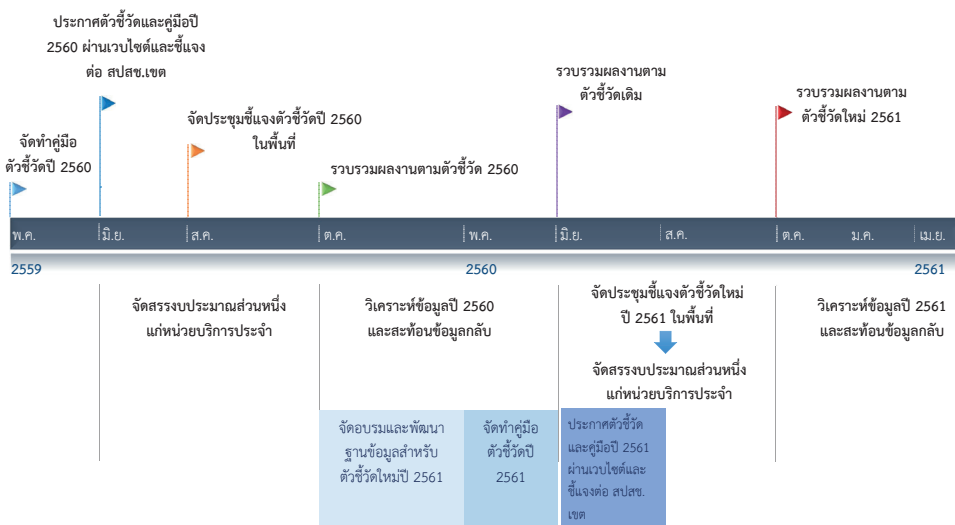
จากกรอบแนวคิดข้างต้น คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการปรับปรุงโครงการ QOF 5 ส่วน คือ การอภิบาลระบบ กรอบเวลาการดำเนินงาน งบประมาณและการบริหารงบประมาณ ตัวชี้วัดและการประเมินผลงาน และระบบสนับสนุน ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดดังต่อไปนี้ ทั้งนี้ในแต่ละส่วน คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดได้สรุปประสบการณ์ของการดำเนินงานโครงการ QOF ในสหราชอาณาจักรไว้ในส่วนต้นของแต่ละหัวข้อเพื่อให้ผู้อ่านสามารถเปรียบเทียบข้อเสนอแนะที่คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจัดทำขึ้นว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างจากการดำเนินงานโครงการ QOF ในสหราชอาณาจักร ซึ่งเป็นต้นแบบ หรือไม่ อย่างไร

## 4.2.1 การอภิบาลระบบ

การดำเนินโครงการ QOF ในสหราชอาณาจักรเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (National Health Service) โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีการจัดสรรหน้าที่/ความรับผิดชอบกันอย่างชัดเจน โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) คณะกรรมการที่ปรึกษา (advisory committee) ของ Department of Health ซึ่งมีหน้าที่ในการจัดลำดับความสำคัญตัวชี้วัดฯ ทบทวนผลการทดสอบตัวชี้วัดฯ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับตัวชี้วัดฯ 2) คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัด (NICE indicator team) มีบทบาทในการจัดทำหลักฐานทางวิชาการ และเสนอข้อคิดเห็นต่อตัวชี้วัดฯ 3) คณะผู้ประเมินงบประมาณ (costing and commissioning team) รับผิดชอบเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบงบประมาณของตัวชี้วัดฯ และ 4) คณะผู้ประเมินผลกระทบโครงการ (impact and evaluation team) เป็นผู้รับผิดชอบในการเก็บและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการนำตัวชี้วัดฯ ไปใช้ 5) หน่วยงานอื่นๆ เช่น หน่วยงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ เป็นต้น (2)

สำหรับประเทศไทย ระบบอภิบาลของโครงการ QOF ควรดำเนินการร่วมกันระหว่าง สธ. และ สปสช. เพราะทั้งสององค์กรมีเป้าประสงค์ที่เหมือนกัน แต่มีหน้าที่แตกต่างกันในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้งผู้บริหารสูงสุดของ สธ. และเป็นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น ผู้บริหาร สปสช. ควรพิจารณาและขอคำปรึกษาจากผู้บริหารทั้งสองและคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถึงความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการเป็นผู้ควบคุมการบริหารจัดการโครงการ QOF หรือควรแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเฉพาะเพื่อทำหน้าที่นี้ ข้อดีของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ คือ ตรงกับภาระหน้าที่โดยตรงของคณะกรรมการฯ นี้ ซึ่งคณะกรรมการฯ มีองค์ประกอบทั้งผู้แทนจากสภาวิชาชีพ ผู้แทนจากราชวิทยาลัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และผู้แทนองค์กรเอกชน แต่ข้อเสียคือ คณะกรรมการฯ นี้มีภาระงานที่กว้างขวางกว่าการควบคุมดูแลโครงการ QOF มาก อาจไม่สามารถให้ความสำคัญและพิจารณารายละเอียดของโครงการ QOF ได้เท่าที่ควร และองค์ประกอบของคณะกรรมการนี้ก็ไม่ได้มีผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องกับโครงการ QOF ครบทุกภาคส่วน เช่น ไม่มีผู้แทนของผู้ให้บริการในระดับสถานพยาบาลปฐมภูมิ รพสต. และผู้แทนกลุ่มผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดพิจารณาว่าคณะกรรมการฯ หรือคณะอนุกรรมการฯ หรือคณะทำงานฯ ที่รับผิดชอบควบคุมดูแลโครงการ QOF ควรทำงานอย่างใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ สปสช. ที่บริหารจัดการโครงการและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยมีการประชุมติดตามเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ข้างต้นทุกเดือน

## 4.2.2 กรอบเวลาการดำเนินงาน

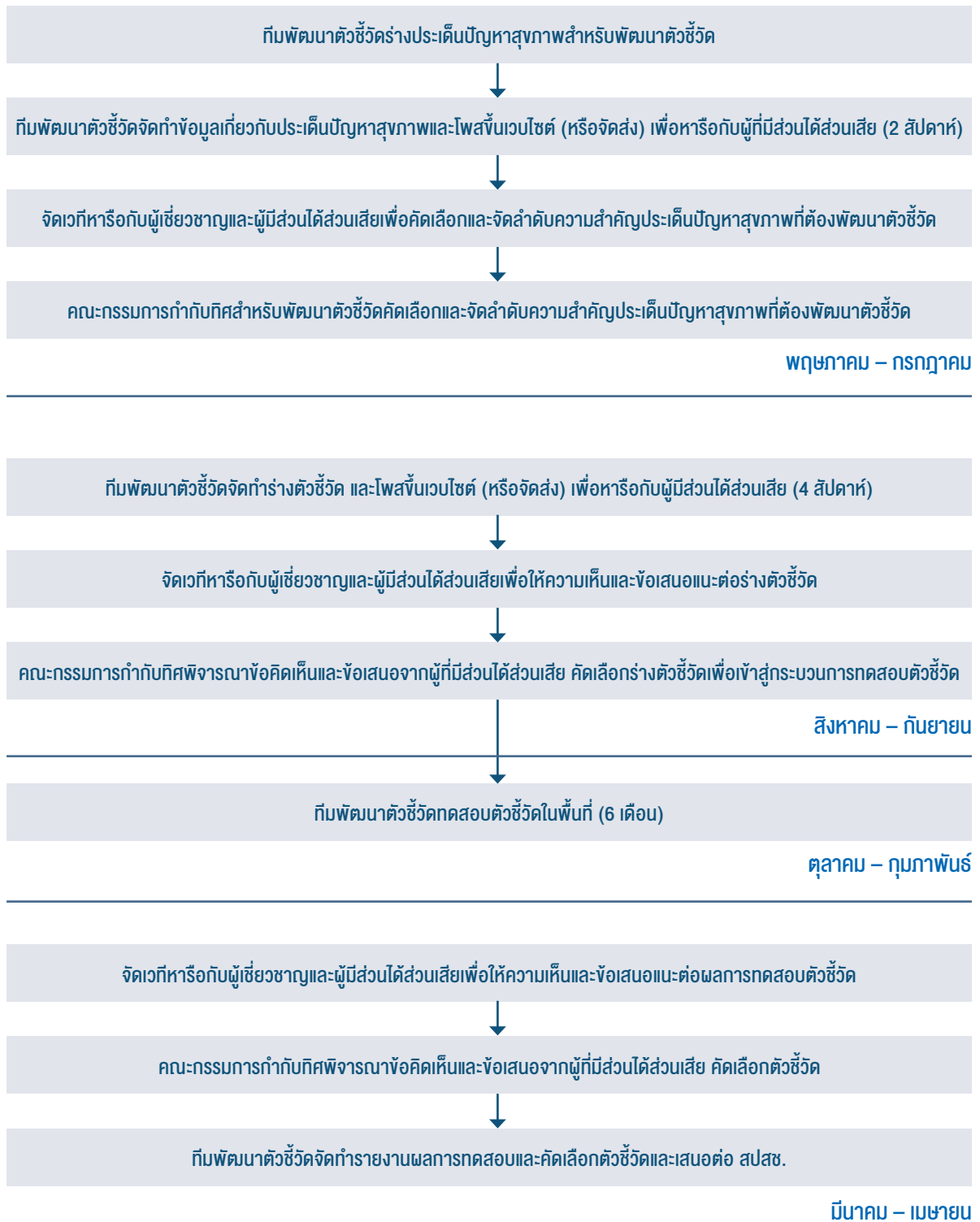


รูปที่ 4.2 กรอบเวลาในการดำเนินโครงการ QOF

สช. และ สปสช. ควรร่วมกันกำหนดเวลาในแต่ละปีงบประมาณสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโครงการให้เหมาะสม ชัดเจน และเป็นไปตามลำดับขั้นตอนที่ระบุไว้ข้างต้น รวมทั้งมีการประกาศให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายรับทราบ ตั้งแต่ต้นปีที่เริ่มดำเนินการ ทั้งนี้คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกรอบเวลาในการดำเนินโครงการ QOF ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 และปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ดังรูปที่ 4.2 สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ควรเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2559 โดย สปสช. และ สช. ร่วมกันจัดทำคู่มือตัวชี้วัดฯ สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ประกอบด้วยรายละเอียดตัวชี้วัดฯ ความสำคัญของตัวชี้วัดฯ วิธีการให้บริการสุขภาพตามตัวชี้วัดฯ วิธีการและตัวแปรในการเก็บข้อมูล วิธีการลงรหัสข้อมูลที่เกี่ยวข้อง วิธีการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดฯ การคิดคะแนน และแนวทางในการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้บางส่วนสามารถอ้างอิงได้จากคู่มือทดสอบตัวชี้วัดฯ ที่คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ ได้พัฒนาขึ้น ต่อมาในเดือนมิถุนายน สปสช. ส่วนกลางควรประกาศตัวชี้วัดฯ และคู่มือตัวชี้วัดฯ สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ผ่านเว็บไซต์ และจัดประชุมชี้แจงแก่ สปสช. เขต ในเดือนสิงหาคม สปสช. เขต ควรจัดประชุมชี้แจงตัวชี้วัดฯ และคู่มือสำหรับตัวชี้วัดฯ แก่ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ในเดือนตุลาคม 2559 เริ่มรวบรวมผลงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ พร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งให้กับหน่วยบริการประจำ และในช่วงเวลาเดียวกันหาก สปสช. มีแผนจะประกาศใช้ตัวชี้วัดฯ ที่ยังไม่ถูกคัดเลือก เช่น ตัวชี้วัดเรื่องการประเมินความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทย อายุ 35-70 ปี ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น ควรเตรียมอบรมและพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำ หรือพัฒนาฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ในเดือนมกราคม 2560 สปสช. ส่วนกลางควรวิเคราะห์ข้อมูลผลงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการประจำสะท้อนกลับให้แก่พื้นที่ โดยเปรียบเทียบระหว่างจังหวัด เขต และประเทศ เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้หน่วยบริการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ในเดือนพฤษภาคม 2560 สิ้นสุดการรวบรวมข้อมูล จากนั้น สปสช. เริ่มประมวลผลงานตามตัวชี้วัดฯ เพื่อจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 นี้มีเวลาสำหรับหน่วยบริการในการดำเนินการตามตัวชี้วัดฯ ทั้งสิ้น 8 เดือน ในเดือนมิถุนายนเริ่มดำเนินการรวบรวมผลงานตามตัวชี้วัดฯ เดิม หากในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 สปสช. จะเพิ่มตัวชี้วัดฯ ใหม่ควรดำเนินการจัดทำคู่มือสื่อสารกับพื้นที่ และดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาเดียวกันกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

หาก สปสช. มีแผนเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดฯ หรือเพิ่มตัวชี้วัดฯ ใหม่ ควรมีการขออนุมัติพัฒนาตัวชี้วัดฯ ที่โปร่งใส มีหลักฐานทางวิชาการรองรับ และสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ควรดำเนินการคู่ขนานกับการดำเนินโครงการ QOF โดยมีรอบเวลาในการพัฒนาตัวชี้วัดฯ 1 ปี ดังแสดงในรูปที่ 4.3 เริ่มจากกระบวนการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญประเด็นปัญหาสุขภาพโดยคณะกรรมการกำกับทิศทาง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 เดือน จัดทำร่างตัวชี้วัดฯ และหารือกับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 เดือน ทดสอบตัวชี้วัดฯ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 6 เดือน และรายงานผลการทดสอบตัวชี้วัดฯ รวมทั้งคัดเลือกตัวชี้วัดฯ 2 เดือน

กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับโครงการรับจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและบริการปฐมภูมิ



รูปที่ 4.3 กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดฯ สำหรับโครงการ QOF

\* ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วย ผู้กำหนดนโยบายทั้งในระดับประเทศ เขต และจังหวัด นักวิชาการ ผู้บริหารหน่วยบริการประจำ และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

### 4.2.3 งบประมาณและการบริหารงบประมาณ

งบประมาณสำหรับดำเนินโครงการ QOF ในสหราชอาณาจักรเป็นงบประมาณเฉพาะ มิได้รวมในส่วนของงบบริการระบบประกันสุขภาพ โดยงบของโครงการ QOF มีมูลค่าประมาณหนึ่งพันล้านปอนด์ในปี พ.ศ. 2553 คิดเป็นร้อยละ 15 ของรายได้หน่วยบริการทั้งหมด งบประมาณนี้จะจัดสรรตามคะแนน QOF ที่หน่วยบริการสามารถดำเนินการได้ คะแนนรวมมากที่สุดสำหรับโครงการ QOF ในปี พ.ศ. 2553 คือ 1,000 คะแนน หน่วยบริการสามารถเลือกปฏิบัติตามตัวชี้วัดที่สนใจได้ โดยทำสัญญาในต้นปีงบประมาณ แต่ละตัวชี้วัด มีคะแนนเต็มแตกต่างกัน (กำหนดโดยพิจารณาข้อมูลด้านต้นทุนประกอบ) หากหน่วยบริการต่างๆ เลือกปฏิบัติตามตัวชี้วัด ต่างกัน คะแนนรวมของตัวชี้วัด QOF จะแตกต่างกันด้วย การแปลงผลงานเป็นคะแนนของแต่ละตัวชี้วัด พิจารณาว่าเป็นตัวชี้วัด ด้านใดและมีเป้าหมายอย่างไร ตัวชี้วัดในด้านคลินิก มีการกำหนดค่าเป้าหมายขั้นต่ำไว้ หากหน่วยบริการไม่สามารถบรรลุเป้าหมายขั้นต่ำจะไม่ได้รับคะแนน แต่หากบรรลุขั้นต่ำ คิดคะแนนตามผลงานที่สามารถดำเนินการได้ โดยอนุญาตให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลข้อบกพร่องเว้นตัวตั้งและตัวหาร (exception reporting) ในฐานข้อมูลได้ กล่าวคือ เป็นการระบุว่าผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่ไม่นับเป็นตัวตั้งหรือตัวหาร แม้ว่าจะเข้าเกณฑ์ตัวชี้วัด เพราะเป้าหมายหลักของโครงการ QOF คือการสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการพัฒนาคุณภาพบริการตามตัวชี้วัด ที่กำหนด แต่ไม่ได้ต้องการลงโทษหน่วยบริการที่ไม่สามารถดำเนินการตามตัวชี้วัด ได้ เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ผู้ให้บริการไม่สามารถควบคุมได้ โดยกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับยกเว้นผู้ป่วยไว้ชัดเจน และมีการเผยแพร่หลักเกณฑ์นี้ให้กับทุกหน่วยบริการที่ร่วมโครงการ เมื่อคำนวณผลงานและแปลงเป็นคะแนนแล้ว ต่อมานำคะแนนที่ได้มาคูณกับจำนวนเงินต่อ 1 คะแนน และปรับค่าคะแนนด้วยความชุกของปัญหาสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ โดยความชุกของปัญหาสุขภาพประเมินจากจำนวนผู้ป่วยในทะเบียนของหน่วยบริการหารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการในแต่ละปี การนำความชุกประกอบการคำนวณงบประมาณทำให้เกิดความเป็นธรรมต่อหน่วยบริการที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก หากมีผู้ป่วยมากจะได้ค่าน้ำหนักมาก และได้รับงบประมาณ QOF เพิ่มขึ้น ซึ่งวิธีนี้เป็นกระตุ้นให้หน่วยบริการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยและให้การดูแลรักษาที่ดี (3, 4)

สำหรับประเทศไทย งบประมาณสำหรับโครงการ QOF ควรได้รับการจัดสรรเฉพาะเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการเช่นกัน ทั้งนี้โครงการ QOF ควรแยกออกจากงบเหมาจ่ายรายหัวซึ่งเป็นงบประมาณสำหรับการจัดบริการทั่วไป เพราะงบเหมาจ่ายรายหัวมีที่มาในการคำนวณโดยยังไม่คำนึงถึงการลงทุนที่เพิ่มขึ้นของหน่วยบริการในการเพิ่มคุณภาพบริการ และเพื่อให้ผู้ให้บริการเกิดแรงจูงใจและไม่รู้สึกว่าเป็นการถูกลงโทษจากโครงการ QOF ในกรณีที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ตามตัวชี้วัด ดังนั้น งบประมาณส่วนนี้จึงไม่ควรเป็นงบประมาณก้อนเดียวกับงบเหมาจ่ายรายหัวของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ สปสช. ควรชี้แจงให้สำนักงานงบประมาณเข้าใจว่าการลงทุนในโครงการ QOF น่าจะเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เพราะตัวชี้วัดต่างๆ ที่กำหนดขึ้นมีข้อมูลหลักฐานวิชาการสนับสนุนว่าเป็นบริการที่มีความคุ้มค่า เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และอาจประหยัดงบประมาณในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต หากโครงการ QOF สามารถวัดผล แสดงผลลัพธ์ได้จริงซึ่งตรงตามหลักการจัดสรรงบประมาณราชการแบบใหม่ที่เน้นการจัดสรรงบประมาณอิงผลลัพธ์การทำงาน ตามข้อเสนอของสภาปฏิรูปแห่งชาติ (5) สำหรับงบประมาณของโครงการ QOF ควรอยู่ในวงเงินที่เหมาะสม ไม่มากหรือน้อยเกินไป โดยต้องหาจุดสมดุลระหว่างการสร้างแรงจูงใจที่มากเกินไปจนทำให้ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญเฉพาะบริการที่มีแรงจูงใจในโครงการ QOF จนละเลยบริการอื่นๆ หรือน้อยเกินไปจนทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่สนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการตามโครงการ QOF เลย คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดพิจารณาว่าระดับงบประมาณที่ใช้สำหรับโครงการ QOF ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 คือ 3,200 ล้านบาทน่าจะเป็นงบประมาณที่มีความพอดี ทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการดำเนินงานอีกครั้งเพื่อจะตัดสินใจได้อย่างถูกต้องว่าควรปรับเพิ่ม ลด หรือคงระดับเงินงบประมาณนี้ไว้

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะในการจัดสรรงบประมาณที่แตกต่างจากเดิม ดังนี้

1. จัดสรรงบประมาณ 1/3 ของงบประมาณทั้งหมด เป็นงบประมาณแบบให้เปล่า (buffer) จัดสรรตามจำนวนประชากรเพื่อให้หน่วยบริการประจำมีงบประมาณเพียงพอในการจัดบริการ เพื่อเป็นทางออกในอนาคตสำหรับการเพิ่มตัวชี้วัดฯ และป้องกันปัญหาหน่วยบริการประจำได้รับงบประมาณต่างจากเดิมมาก เนื่องจากแหล่งที่มาของงบประมาณ QOF ในปัจจุบัน เป็นการกันเงินจากงบเหมาจ่ายรายหัวซึ่งเป็นเงินที่หน่วยบริการควรจะได้รับไปทั้งหมด การจัดสรรงบประมาณ QOF ที่ผ่านมาจึงอิงกับจำนวนประชากรมากกว่าคะแนน (ผลการศึกษาระยะที่ 1) หากยังไม่สามารถแยกงบประมาณ QOF ออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว การจัดสรรงบประมาณตามที่เสนอจะช่วยลดการต่อต้านจากหน่วยบริการประจำ
2. งบประมาณ 2 ส่วนที่เหลือเป็นงบประมาณสำหรับการดำเนินการตามตัวชี้วัดฯ สามารถจัดสรรเป็น 2 ส่วน ดังนี้
  - ก. จัดสรรงบประมาณร้อยละ 50 ตามเป้าหมายคะแนน QOF ของหน่วยบริการประจำในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 (aspiration payment) โดยในระหว่างการจัดตั้งตัวชี้วัดฯ ในพื้นที่ สปสช. เขตควรสำรวจเป้าหมายการให้บริการตามตัวชี้วัดฯ ซึ่งหน่วยบริการประจำคาดว่า จะสามารถดำเนินการได้ จากนั้นนำคะแนนส่วนนี้มาคำนวณเป็นงบประมาณที่ควรจัดสรร และจัดสรรตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ เพื่อให้หน่วยบริการมีงบประมาณในการจัดกิจกรรมบริการตามตัวชี้วัดฯ และทำให้หน่วยบริการเกิดความตระหนักและความรับผิดชอบต่อเป้าหมายที่กำหนดไว้ วิธีการคำนวณ (3) คือ

งบประมาณต้นปี = (คะแนนทั้งหมดที่หน่วยบริการประจำคาดว่าจะสามารถดำเนินการได้/2)\*งบประมาณต่อ 1 คะแนน \*ดัชนีจำนวนประชากรในหน่วยบริการประจำ (CPI: Contractor Population Index)

ดัชนีจำนวนประชากรในหน่วยบริการประจำ (CPI) =  
จำนวนประชากรทั้งหมดในหน่วยบริการประจำ/  
จำนวนประชากรทั้งหมดเฉลี่ยในหน่วยบริการประจำของประเทศ

- ข. จัดสรรงบประมาณที่เหลือตามผลงานจริงของหน่วยบริการประจำของปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ (ก.ค.-ก.ย.) การจัดสรรงบประมาณส่วนนี้ควรใช้ข้อมูลผลงานจริงและผลงานที่ตั้งเป้าไว้ประกอบกัน วิธีแปลงคะแนน QOF เป็นงบประมาณตามผลงาน (6) คือ
  - คำนวณงบประมาณรายตัวชี้วัดฯ โดยปรับด้วยความซุกของการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพ เพื่อให้เกิดความยุติธรรมกับพื้นที่ที่มีการเกิดโรค/ปัญหาสุขภาพนั้นมาก

งบประมาณรายตัวชี้วัดฯ = คะแนนของตัวชี้วัดฯ\*งบประมาณต่อ 1 คะแนน\* (ความซุกของการเกิดโรคในหน่วยบริการประจำ/ความซุกของการเกิดโรคในระดับประเทศ)

- คำนวณงบประมาณตามผลงานทั้งหมด โดยปรับด้วยดัชนีชี้วัดจำนวนประชากรในหน่วยบริการประจำ (CPI) ซึ่งคำนึงถึงจำนวนประชากรเป้าหมายที่หน่วยบริการประจำต้องดูแล หากหน่วยบริการมีคะแนนตามตัวชี้วัดฯ เท่ากัน หน่วยบริการที่รับผิดชอบ

ประชากรมากกว่าจะได้งบประมาณมากกว่าหน่วยบริการที่รับผิดชอบประชากร น้อยกว่า หลักการนี้สอดคล้องกับการดำเนินงานที่ผ่านมา แต่วิธีการคำนวณแบบใหม่ จะทำให้คะแนนผลงานมีค่าน้ำหนักมากกว่าจำนวนประชากร ซึ่งตรงตามวัตถุประสงค์หลักของโครงการ QOF

งบประมาณตามผลงานทั้งหมด = ผลรวมของงบประมาณรายตัวชี้วัด\*ค่าน้ำหนักประชากร  
ในหน่วยบริการประจำ (CPI)

- คำนวณงบประมาณที่หน่วยบริการจะได้รับในช่วงไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ

งบประมาณปลายปี = งบประมาณทั้งหมด-งบประมาณต้นปี

สำหรับการคิดคะแนน QOF คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. กำหนดคะแนนเต็มของตัวชี้วัดฯ กลางทั้งหมดที่จะดำเนินการภายใต้โครงการ QOF เช่น 600 คะแนน
2. กำหนดคะแนนของแต่ละตัวชี้วัดฯ ซึ่งคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดเสนอให้มีการนำหลักฐานทางวิชาการ ประกอบการพิจารณา เช่น หลักฐานวิชาการทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข  
  - ก. มูลค่ากำไรสุทธิ (Net Monetary Benefit; NMB) คือ ผลได้ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมบริการ ในรูปของตัวเงิน โดยหักลบด้วยต้นทุนของการจัดบริการนั้นๆ ไปแล้ว โดยค่า NMB สามารถหาได้จากการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการที่เกี่ยวข้อง กับตัวชี้วัดฯ นั้นๆ โดย NMB สามารถใช้ในการกำหนดสัดส่วนคะแนนหรือน้ำหนักที่จะ ให้แก่ตัวชี้วัดฯ โดยตัวชี้วัดฯ ที่มีค่า NMB มาก ควรได้คะแนนมาก
  - ข. เนื่องจากข้อมูล NMB จะมีการคำนวณตามประเด็นปัญหาสุขภาพ การแบ่งคะแนนให้ รายตัวชี้วัดฯ ในกลุ่มปัญหาสุขภาพเดียวกันจึงจำเป็นต้องพิจารณาข้อมูลภาระงานและ ต้นทุนประกอบ
3. กำหนดงบประมาณต่อ 1 คะแนน QOF โดยพิจารณาจากคะแนนเต็มประกอบกับงบประมาณ QOF ประจำปี และจำนวนหน่วยบริการทั้งหมด ดังนี้

งบประมาณต่อ 1 คะแนน = จำนวนงบประมาณรวม/จำนวนหน่วยบริการประจำทั้งหมด\*คะแนนเต็ม

4. คิดคะแนนตามลักษณะตัวชี้วัดฯ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวชี้วัดฯ แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

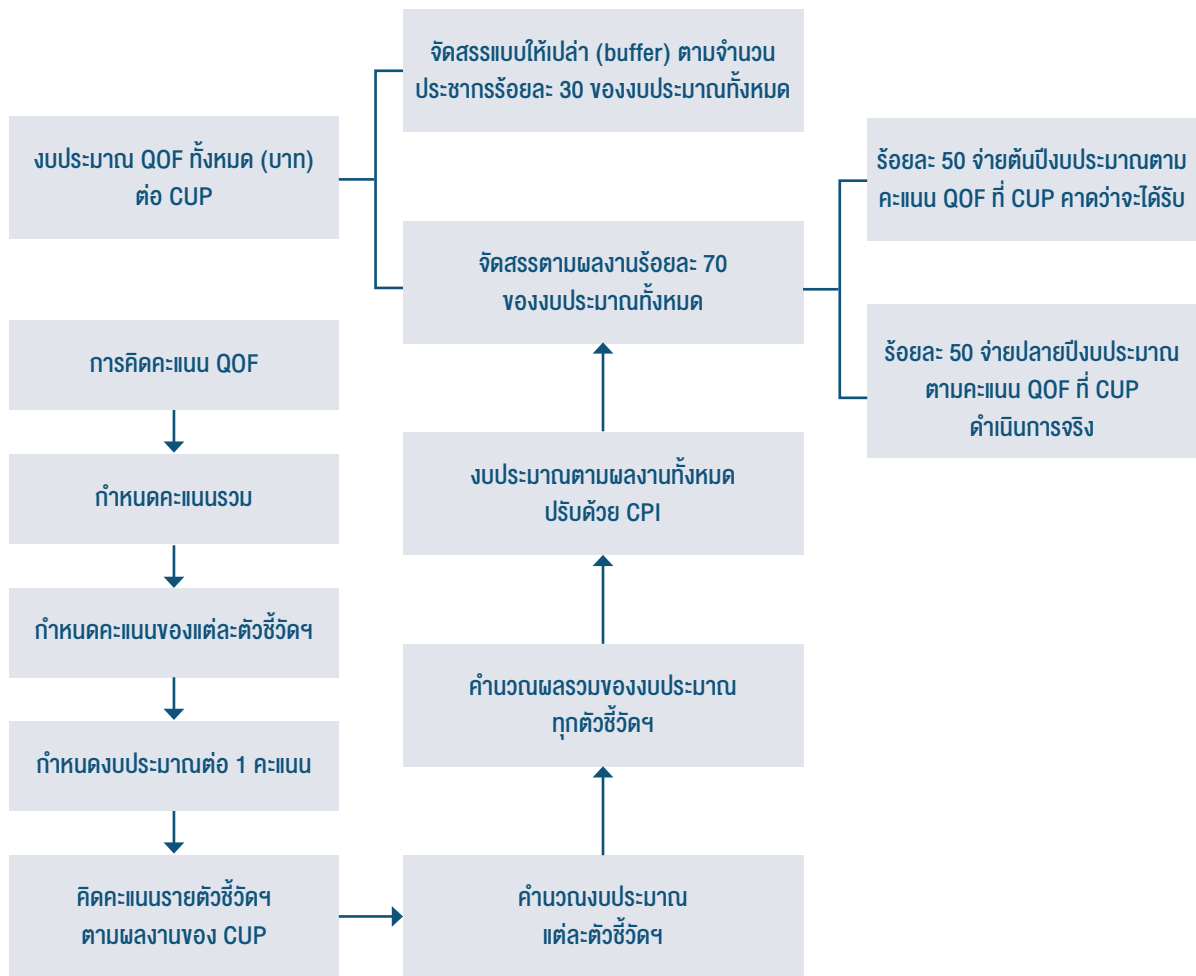
1. ตัวชี้วัดที่ไม่มีค่าเป้าหมาย เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด ถ้าทำได้ให้คะแนนเต็ม ถ้าทำไม่ได้ให้คะแนนเป็น 0
2. ตัวชี้วัดที่กำหนดค่าเป้าหมายเดียว เช่น ผู้ป่วยอายุ 45 ปีขึ้นไปได้รับการวัดความดันโลหิตในรอบ 5 ปี อย่างน้อยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด ถ้าทำได้ให้คะแนนเต็ม ถ้าทำไม่ได้ให้คะแนนเป็น 0
3. ตัวชี้วัดที่กำหนดค่าเป้าหมายหลายระดับ เช่น ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ซึ่งสามารถกำหนดเป้าหมายเป็นช่วงคะแนน โดยอาจ กำหนดจากผลงานที่ผ่านมาของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น เป้าหมายระหว่างร้อยละ

50-90 หากผลงานต่ำกว่าร้อยละ 50 ได้ 0 คะแนน หากมากกว่าร้อยละ 50 จึงจะ  
ได้คะแนน โดยคำนวณคะแนน คือ

$$\left( \frac{\text{ผลงาน-เป้าหมายต่ำสุด}}{\text{เป้าหมายสูงสุด-เป้าหมายต่ำสุด}} \right) * \text{คะแนนของตัวชี้วัด}$$

5. คำนวณงบประมาณตามผลงานทั้งหมดจากผลรวมของงบประมาณรายตัวชี้วัดฯ

### แผนผังการจัดสรรงบประมาณโครงการ QOF (ราย CUP)



รูปที่ 4.4 แผนผังการจัดสรรงบประมาณโครงการ QOF



## ตัวอย่าง

ในปีงบประมาณ พ.ศ. x มีงบประมาณสำหรับบริหารโครงการ QOF 3,200 ล้านบาท จัดสรรเป็น 2 ส่วน  
ส่วนที่ 1 จำนวน 1,000 ล้านบาทเป็นงบประมาณให้เปล่า (buffer) จัดสรรตามจำนวนประชากร  
ส่วนที่ 2 จำนวน 2,200 ล้านบาทจ่ายตามผลงาน (เป้าหมายผลงานและผลงานจริง) โดยร้อยละ 50 ของงบประมาณ  
จ่ายช่วงต้นปีงบประมาณ และร้อยละ 50 ที่เหลือจ่ายปลายปีงบประมาณ  
กำหนดคะแนนเต็มของตัวชี้วัด จำนวน 600 คะแนน และในปีงบประมาณนี้มีหน่วยบริการประจำทั่วประเทศ  
จำนวน 1,293 หน่วยบริการ  
ดังนั้นจำนวนงบประมาณต่อ 1 ตัวชี้วัด เท่ากับ

$$\text{งบประมาณต่อ 1 คะแนน} = 2,200 \text{ ล้านบาท} / (1,293 * 600) = 2,836 \text{ บาท}$$

CUP A ตั้งเป้าหมายว่าจะทำผลงานให้ได้ 400 คะแนน และมีประชากรสิทธิ UC ภายใน CUP A 40,000 คน  
ประชากรสิทธิ UC เฉลี่ยของประเทศภายใน CUP 49,000 คน

$$\text{งบประมาณต้นปี} = (400/2) * 2,836 * (40,000/49,000) = 463,020 \text{ บาท}$$

CUP A ได้ผลงานตามตัวชี้วัด HT 3 = ร้อยละ 80 เป้าหมายของตัวชี้วัดนี้ คือร้อยละ 50-90 และตัวชี้วัดนี้มี  
คะแนนเต็ม 100 คะแนน

วิธีการคำนวณคะแนนจากผลงานของ CUP A

$$\text{คะแนน QOF ของตัวชี้วัด HT3} = ((80-50)/40) * 100 = 75 \text{ คะแนน}$$

แปลงคะแนนตัวชี้วัดนี้เป็นงบประมาณ QOF ดังนี้

ความซุกความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการประจำ (ผู้ป่วยลงทะเบียน/ประชากรของ CUP) =  $2,000/40,000 =$   
ร้อยละ 20 ความซุกความดันโลหิตสูงระดับประเทศในปีเดียวกัน = ร้อยละ 21

$$\text{งบประมาณต่อตัวชี้วัด HT3} = 75 * 2,836 * (20/21) = 202,571 \text{ บาท}$$

จากนั้นใช้วิธีการคำนวณแบบเดียวกันจนครบทุกตัวชี้วัดฯ เมื่อคำนวณตามขั้นตอนดังกล่าวแล้ว CUP A จะได้  
งบประมาณ QOF รวม 1,300,000 บาท งบประมาณรวมนี้ต้องนำมาปรับด้วย CPI

ประชากรสิทธิ UC ภายใน CUP A 40,000 คน

ประชากรสิทธิ UC เฉลี่ยของประเทศภายใน CUP 49,000 คน

งบประมาณ QOF ที่จะได้รับ

$$1,300,000 * (40,000/49,000) = 1,061,224 \text{ บาท}$$

CUP A ได้เงินตามผลงานทั้งสิ้น 1,061,224 บาท เนื่องจากต้นปี CUP A ได้รับเงินไปแล้ว 463,020 บาท ดังนั้น  
ปลายปีงบประมาณต้องจัดสรรเพิ่มเติมให้ CUP A จำนวน =  $1,061,224 - 463,020 = 598,204$  บาท

## 4.2.4 ตัวชี้วัดและการประเมินผลงาน

ในสหราชอาณาจักร การพัฒนาตัวชี้วัดฯ เป็นหน้าที่ของ NICE ขณะที่การดำเนินโครงการและบริหารจัดการงบประมาณเป็นหน้าที่ของ NHS Primary Care Trusts หรือหน่วยงานที่มีหน้าที่ใกล้เคียงกัน เช่น Health Boards in Scotland หรือ Regional Boards in Northern Ireland ถึงแม้ว่าทั้งสองหน่วยงานเป็นหน่วยงานรัฐภายใต้กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) แต่มีความเป็นอิสระต่อกัน หลังจากมีการกำหนดตัวชี้วัดฯ และประกาศใช้อย่างเป็นทางการแล้ว หน่วยบริการมีหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลบริการตามตัวชี้วัดฯ ลงในฐานข้อมูล โดยที่มประเมินผลร่วมกับทีมพัฒนาตัวชี้วัดฯ จัดทำและเผยแพร่คู่มือสำหรับบันทึกข้อมูลและจัดการข้อมูล รวมทั้งวิธีการและลำดับขั้นในการดึงข้อมูลเพื่อประเมินตัวชี้วัดฯ แต่ละตัว (รวมทั้งวิธีการคำนวณผลงาน ทั้งตัวตั้ง ตัวหาร ข้อยกเว้นสำหรับตัวตั้งและข้อยกเว้นสำหรับตัวหาร) เพื่อให้หน่วยบริการมีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ข้อมูลเหล่านี้จะถูกจัดการและประมวลผลงานโดยระบบจัดการข้อมูลและประมวลผล (Quality and Outcomes Framework Management and Analysis System (QMAS)) เพื่อใช้ในการจัดสรรงบประมาณ และใช้ในการพัฒนานโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยระบบ QMAS ทำงานแยกเป็น 2 ส่วน คือ โปรแกรมสำหรับหน่วยบริการบันทึกข้อมูล เป็นระบบการดึงข้อมูลอัตโนมัติทุกเดือนจากฐานข้อมูลของหน่วยบริการ โดยไม่เปิดเผยเลขประจำตัวผู้ป่วย และระบบประมวลผลงานตามตัวชี้วัดฯ ซึ่งจะคิดผลงานและคำนวณคะแนนให้ โดยจัดทำเว็บไซต์ให้ทุกหน่วยบริการสามารถติดตามผลงานตนเองได้ และเทียบผลงานตนเองกับหน่วยบริการทั่วประเทศได้ตลอดทั้งปี นอกจากนี้ยังสามารถดาวน์โหลดข้อมูลมาวิเคราะห์ ซึ่งใช้ในการวางแผนเพื่อดำเนินงานให้สำเร็จตามเป้าหมายตัวชี้วัดฯ ในตอนท้ายปีระบบดังกล่าวจะประมวลผลงานและงบประมาณ QOF ที่หน่วยบริการได้รับ ส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณ QOF (4, 6) การประเมินผลและตรวจสอบการดำเนินโครงการซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ทราบว่าโครงการได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โครงการ QOF ในสหราชอาณาจักรดำเนินการในหลายรูปแบบ คือ 1) การใช้มาตรการอื่นร่วมกับ QOF โดย Primary Care Trust (PMT) และ Primary Care Organization (PCO) ทบทวนผลงานตามตัวชี้วัดฯ QOF ร่วมกับการติดตามเยี่ยมและประเมินคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิ หน่วยบริการจะได้รับประเมินอย่างน้อยปีละครั้ง 2) การตรวจสอบก่อนที่จะจัดสรรงบประมาณ QOF (pre-payment verification check) โดย PMT จะตรวจสอบคะแนนและงบประมาณของหน่วยบริการ หากเห็นว่าไม่เหมาะสมหรือไม่สอดคล้องกับผลการประเมินอื่นๆ PMT สามารถให้คะแนนใหม่ได้ แต่ต้องมีหลักฐานและเหตุผลประกอบ 3) การสุ่มตรวจสอบ (5% random check) โดยร้อยละ 5 ของหน่วยบริการทั้งหมดจะถูกสุ่มตรวจสอบ ทั้งนี้ไม่ใช้การตรวจสอบหน่วยบริการที่สงสัยว่ามีการรายงานผลงานที่ไม่จริง เพราะการดำเนินงานดังกล่าวไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อจับผิดหน่วยบริการ หากเกิดข้อสงสัยว่าหน่วยบริการไหนรายงานผลงานที่ไม่เป็นจริงจะต้องรายงานเข้าหน่วยงานที่รับผิดชอบ ตามระบบและกระบวนการปกติที่มีอยู่แล้ว (6)

การศึกษานี้ คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดมีข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการตัวชี้วัดฯ และการประเมินผลงานดังนี้

1. คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดมีความเห็นว่าไม่ควรเป็นตัวชี้วัดฯ พื้นที่ เพราะหลักการสำคัญของโครงการ QOF คือการเพิ่มคุณภาพบริการปฐมภูมิให้มีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ดำเนินงานโดยใช้กลไกทางการเงินเพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการที่มีผลงานบริการตามตัวชี้วัดฯ พัฒนาตนเอง เพื่อให้มีผลงานบริการตามตัวชี้วัดฯ เพิ่มขึ้น จนท้ายที่สุดทุกหน่วยบริการจะให้บริการปฐมภูมิที่มีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ หากมีตัวชี้วัดฯ พื้นที่อาจทำให้หลักการนี้บิดเบือนไป นอกจากนี้การดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ยังมีงบประมาณส่วนอื่นสนับสนุน เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กองทุนส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคสำหรับบริการระดับพื้นที่ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม หากสปสข. เห็นควรว่าควรมีตัวชี้วัดฯ พื้นที่ ควรแยกงบประมาณออกจากตัวชี้วัดฯ กลาง และพัฒนาตัวชี้วัดฯ โดยอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการ สร้างการมีส่วนร่วม และมีกระบวนการทดสอบตัวชี้วัดฯ ตามกรอบเวลาที่ได้นำเสนอไปแล้ว

2. จัดให้มีตัวชี้วัดฯ ทั้งระดับ รพ.สต. และหน่วยบริการประจำ เพื่อให้ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนในโครงการ รวมทั้งจัดให้มีการประเมินผลและสะท้อนข้อมูลกลับในภาพรวม CUP และแยกราย รพ.สต. เพื่อให้ รพ.สต.สามารถติดตามผลงานตนเองได้ และเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันภายใน CUP รวมทั้งทำให้ รพ.สต. มีอำนาจในการต่อรองเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ QOF ซึ่งจะทำให้กระบวนการดำเนินโครงการ QOF เกิดความโปร่งใสมากขึ้น
3. เพื่อให้การดำเนินโครงการ QOF เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ รวมทั้งสามารถนำข้อมูลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดฯ มาเปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการในกิจกรรมสำคัญได้ทั่วประเทศ สปสช. ส่วนกลางควรทำหน้าที่ในการบริหารจัดการตัวชี้วัดฯ กลางของทั้ง 12 เขตทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร โดยใช้กระบวนการกลางในการพัฒนาตัวชี้วัดฯ ประมวลผลงาน คิดคะแนน และจัดสรรงบประมาณตามคะแนนไปยัง สปสช. เขต เพื่อให้ สปสช. เขตจัดสรรต่อไปยังหน่วยบริการประจำตามคะแนน QOF ที่ได้รับ
4. การบริหารจัดการโครงการ QOF สำหรับเขต 13 กรุงเทพมหานคร ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของ สปสช. เขต 13 เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครมีโครงสร้างและศักยภาพ รวมทั้งบริบทการให้บริการ และคณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดฯ ได้เสนอให้มีการใช้ชุดตัวชี้วัดฯ แตกต่างจากเขตอื่นๆ (ในบทที่ 3)
5. เนื่องจากเป็นความรับผิดชอบของ สธ. ที่จะพัฒนาหน่วยบริการให้สามารถจัดบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด เพราะเป็นหน่วยงานต้นสังกัดของโรงพยาบาลในภาครัฐส่วนใหญ่ รวมทั้งเป็นผู้รับผิดชอบหลักฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ดังนั้น สธ. ควรร่วมมือกับ สปสช. จัดทำคู่มือการให้บริการตามตัวชี้วัดฯ การบันทึกรหัสวินิจฉัย การรวบรวมและส่งออกข้อมูล เพื่อเผยแพร่ให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลปฐมภูมิทุกแห่งได้รับทราบโดยทั่วกันก่อนเริ่มต้นโครงการในทุกๆ ปี
6. หากเขตบริการสุขภาพหรือหน่วยงานในระดับพื้นที่ต้องการพัฒนาตัวชี้วัดฯ สำหรับพื้นที่ ควรใช้แนวทางในการพัฒนาตัวชี้วัดฯ ให้วางอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์และมีส่วนร่วม มีการทดสอบตัวชี้วัดฯ จัดทำคู่มือ และบริหารจัดการตัวชี้วัดฯ ในทิศทางเดียวกันกับตัวชี้วัดฯ ที่กำหนดขึ้นจากส่วนกลาง
7. นอกเหนือจากการประเมินผลการดำเนินงานผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล ควรมีการเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์จากโครงการ ในการตรวจราชการของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การตรวจราชการมีประสิทธิภาพในการสนับสนุนนโยบายสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และมั่นใจได้ว่าผู้บริหารทุกระดับและผู้ให้บริการเห็นความสำคัญของโครงการ QOF

#### 4.2.5 ระบบสนับสนุนการดำเนินโครงการ QOF

โครงการ QOF ควรรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ให้แก่หน่วยบริการ ทั้งในรูปแบบของภาพรวมของ CUP เปรียบเทียบกับ CUPs อื่นๆ ในจังหวัดเดียวกัน ในเขตบริการสุขภาพ และในระดับประเทศ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดการแข่งขันในการพัฒนาคุณภาพบริการ นอกจากนี้ควรรายงานผลการดำเนินงานสำหรับหน่วยบริการใน CUP เดียวกันเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร CUP ในการจัดสรรงบประมาณในโครงการ QOF ต่อไป พัฒนาระบบติดตามประเมินผลของโครงการทั้งในภาพรวมและระดับพื้นที่ ทั้งนี้การที่โครงการ QOF ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้มของ สธ. เป็นข้อมูลหลักในการติดตามผลการดำเนินงานนับเป็นเรื่องดี เพราะจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญของฐานข้อมูลนี้ และทำให้ข้อมูลมีความถูกต้อง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ติดตาม และประเมินผลนโยบายอื่นๆ ของ สธ. ได้ดียิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม สปสช. ต้องมีความตระหนักว่าฐานข้อมูลดังกล่าวมิได้ออกแบบมาเพื่อโครงการ QOF เป็นการเฉพาะ ดังที่เห็นได้จากผลการทดสอบตัวชี้วัดฯ ในการศึกษา<sup>1</sup> ซึ่งพบว่า ยังมีกิจกรรมบริการหลายอย่างที่มีความสำคัญต่อโครงการ QOF แต่ยังไม่ได้ถูกรวมในฐานข้อมูลนี้ คณะผู้พัฒนาตัวชี้วัดจึงขอแนะนำให้มีการทำงานร่วมกันระหว่าง สปสช. และผู้เกี่ยวข้องกับฐานข้อมูล คือ สนย. ในการพัฒนาฐานข้อมูลให้สามารถสนับสนุนโครงการ QOF ให้ดียิ่งขึ้น

เพื่อลดช่องว่างด้านการสื่อสารเกี่ยวกับโครงการ QOF ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเพื่อให้ผู้ที่สนใจสามารถค้นหาข้อมูลได้ด้วยตนเอง สปสช. ควรพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการ QOF โดยจัดทำเว็บไซต์เพื่อสื่อสารเกี่ยวกับโครงการในประเด็นที่มา และความสำคัญของโครงการ เผยแพร่เอกสารที่เกี่ยวข้อง เผยแพร่กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดฯ และการปรึกษาหารือที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งติดตามผลงานระหว่างดำเนินโครงการตามตัวชี้วัดฯ

สุดท้าย สปสช. และ สนย. ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยที่จำเป็น ในประเด็นที่ไม่ครอบคลุมอยู่ในระบบติดตามประเมินผลปกติ จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องแนวปฏิบัติที่ดี นวัตกรรม/การประยุกต์แนวคิดให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และเผยแพร่ฐานข้อมูลการปฏิบัติงานของสถานบริการต่างๆ ตามตัวชี้วัดฯ และข้อมูลบริการและผลงานประเภทอื่นๆ เพื่อให้ทันวิชาการ นักศึกษา และผู้ที่สนใจสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการค้นคว้าวิจัยเพื่อทำให้เกิดองค์ความรู้ และนำกลับมาใช้ประโยชน์ในอนาคตต่อไป ทั้งนี้ควรมีระบบในการปิดบังข้อมูลที่มีความอ่อนไหวบางประเภท และป้องกันการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ ซึ่งอาจดำเนินการในรูปของการลงทะเบียนผู้ขอใช้ข้อมูล

## 4.3 เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งนภา คำผาง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, สโรชา ชูติพงศ์ชัยวัฒน์, จันทนา พัฒนเกสัช, รักมณี บุตรชน, ณัฐธิดา มาลาทอง, และคณะ. รายงานโครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1. นนทบุรี. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2558.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Health and Social care Directorate indicators process guide 2014, 2014.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Focus on QOF payment2013:[1-5].
4. NHS England. 2015/16 General Medical Services (GMS) contract Quality and Outcomes Framework (QOF): Guidance for GMS contract. 2015.
5. สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. การประชุมคณะกรรมการบริหารเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ 2559 [cited 2559]. Available from: [http://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament\\_parcy/ewt\\_news.php?nid=33280&filename=house2558\\_2](http://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_news.php?nid=33280&filename=house2558_2).
6. Leech P. QUALITY AND OUTCOMES FRAMEWORK (QOF) MANAGEMENT GUIDE2009; 1:[30-3 ].



บทที่

# 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

## บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.1 บทสรุปและมติคณะกรรมการกำกับทิศโครงการกระจายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและบริการปฐมภูมิ	183
5.2 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในอนาคต	186
5.3 เอกสารอ้างอิง	186

### สารบัญตาราง

ตารางที่ 5.1 ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560	184
ตารางที่ 5.2 ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิที่สามารถดำเนินการได้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	184
ตารางที่ 5.3 ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิที่สามารถดำเนินการได้	
หากมีการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการและพัฒนาฐานข้อมูล	185



# บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



## 5.1 บทสรุปและมติคณะกรรมการกำกับทิศโครงการบ่งจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและบริการปฐมภูมิ

ภายใต้โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2 คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ อันได้แก่ 1) เพื่อพัฒนาตัวชี้วัด สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 โดยมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ ใช้กระบวนการที่เป็นระบบ โปร่งใส และสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) เพื่อทดสอบตัวชี้วัด ในพื้นที่ตัวอย่างก่อนนำมาใช้จริง และ 3) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางการบริหารจัดการโครงการ QOF ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด ที่พัฒนาขึ้น โดยมีขั้นตอนต่างๆ ทั้งที่เป็นการศึกษาวิจัยที่ใช้ข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ การมีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการตัดสินใจของคณะกรรมการกำกับทิศ ซึ่งในขั้นตอนสุดท้าย คณะกรรมการกำกับทิศ ได้พิจารณาผลการทดสอบตัวชี้วัด ความพร้อมและข้อจำกัดที่พบระหว่างการทดสอบ รวมทั้งความคิดเห็นของผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว จึงเสนอแนะต่อ สป.สช. ให้ใช้ตัวชี้วัด จำนวน 10 ตัวชี้วัด ในโครงการ QOF ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 (ตารางที่ 5.1) โดยเหตุผลที่คัดเลือกตัวชี้วัด เหล่านี้เพราะเป็นตัวชี้วัด ที่ได้รับการยอมรับในกลุ่มที่ 1 (มากกว่าร้อยละ 70) มีการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งระดับ รพช. และ รพ.สต. และมีข้อมูลในฐานข้อมูล ได้แก่ HT1 HT2 HT3 DM1 DM3 MCH2 และ MCH5 และตัวชี้วัด ที่ได้รับการยอมรับในกลุ่ม 2 (ร้อยละ 60-69) ได้แก่ DM2 RUA1 และ RUA2 ถึงแม้จะได้รับการยอมรับน้อยกว่า แต่เป็นตัวชี้วัด ที่สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ รวมทั้งไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการมีอยู่ของข้อมูลในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และอีก 5 ตัวชี้วัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (ตารางที่ 5.2) เนื่องจากเป็นตัวชี้วัด ที่ได้รับการยอมรับน้อยกว่ากลุ่มที่ 1 ดำเนินการหรือประเมินผลได้ในระดับ รพช./รพท./รพศ. เท่านั้น และหากต้องการวัดผลในระดับรพ.สต.จำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรให้สามารถดำเนินการตามตัวชี้วัด



ก่อนการประเมินผล ส่วนที่เหลืออีก 9 ตัวชี้วัดฯ คณะกรรมการกำกับทิศทางฯ เสนอให้สามารถนำไปใช้ในปีงบประมาณถัดไปได้ หากมีการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการและพัฒนาฐานข้อมูลสำหรับบันทึกข้อมูลบริการที่เกี่ยวข้อง (ตารางที่ 5.3) เพราะมีข้อจำกัดเกี่ยวกับศักยภาพของบุคลากรระดับปฐมภูมิในการให้บริการตามตัวชี้วัดฯ กลุ่มนี้ รวมทั้งยังไม่มีตัวแปรในฐานข้อมูล 43 แฟ้มสำหรับประมวลผลงาน ตัวชี้วัดฯ และรายละเอียดตัวชี้วัดฯ ทั้งหมดแสดงในเอกสารคู่มือการทดสอบตัวชี้วัดฯ ในพื้นที่

ตารางที่ 5.1 ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

ลำดับที่	รหัสตัวชี้วัดฯ	ชื่อตัวชี้วัดฯ
1	HT1	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในรอบ 1 ปี
2	HT2	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ได้พบแพทย์ภายใน 1 เดือน
3	HT3	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
4	DM1	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose หรือ random capillary blood glucose) ในรอบ 3 ปี
5	DM2	ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการวัดระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำ (fasting plasma glucose หรือ fasting capillary blood glucose) ภายใน 1 เดือน
6	DM3	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
7	MCH2	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้พบแพทย์ (ภาพรวม CUP)
8	MCH5	ร้อยละของทารกอายุ 0-1 ปีซึ่งคลอดครบกำหนดที่สงสัยว่ามีภาวะโภชนาการผิดปกติ ได้พบแพทย์ในรอบ 12 เดือน
9	RUA1	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
10	RUA2	ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

ตารางที่ 5.2 ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิที่สามารถดำเนินการได้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ลำดับที่	รหัสตัวชี้วัดฯ	ชื่อตัวชี้วัดฯ
1	MCH1	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เกิน 12 สัปดาห์ (ภาพรวม CUP)
2	MCH3	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในช่วงสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ที่มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในช่วงเดือนที่ 7-9 ของการตั้งครรภ์ (ภาพรวม CUP)
3	Asthma1	หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหืด (ภาพรวม CUP)
4	COPD1	หน่วยบริการปฐมภูมิมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ภาพรวม CUP)
5	COPD2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ (ภาพรวม CUP)

ตารางที่ 5.3 ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิที่สามารถดำเนินการได้ หากมีการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการและพัฒนาฐานข้อมูล

ลำดับที่	รหัสตัวชี้วัดฯ	ชื่อตัวชี้วัดฯ
1	CVD1	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยโปรแกรม Thai CV risk score ในรอบ 3 ปี
2	MCH4	ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่มีค่า hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติในเดือนที่ 3 หลังคลอด
3	BR1	การลงทะเบียนผู้ป่วยติดเตียงของหน่วยบริการปฐมภูมิ
4	BR2	ร้อยละของผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
5	Asthma2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดได้รับสูดศึกษา
6	Asthma3	ร้อยละของการวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดด้วยเครื่อง peak expiratory flow meter ในผู้ป่วยโรคหืด
7	Asthma4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดได้รับการประเมินผลการควบคุมโรคด้วยแบบสอบถาม
8	Asthma5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้พบแพทย์
9	Asthma6	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหืดเฉียบพลัน

นอกจากข้อเสนอเกี่ยวกับตัวชี้วัดฯและรายละเอียดตัวชี้วัดที่กล่าวข้างต้น ภายใต้โครงการวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยได้พัฒนาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารจัดการโครงการ QOF ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ประกอบด้วยข้อเสนอแนะเรื่อง 1) การอภิบาลระบบ 2) กรอบเวลาการดำเนินงาน 3) งบประมาณและการบริหารงบประมาณ 4) ตัวชี้วัดฯ และการประเมินผลงาน และ 5) ระบบสนับสนุน (รายละเอียดในบทที่ 4) ซึ่งกล่าวได้ว่า ในการนำตัวชี้วัดฯ และรายละเอียดตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น สปสช. จำเป็นต้องปรับปรุงการบริหารจัดการโครงการ QOF ในหลายประเด็นเพื่อลดปัญหาอุปสรรคทั้งที่เกิดจากการขาดความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ระหว่าง สปสช. และ สธ. กรอบเวลาในการดำเนินงานไม่เหมาะสม ข้อจำกัดเกี่ยวกับการกำหนดแหล่งที่มาของงบประมาณและการบริหารงบประมาณ การพัฒนาตัวชี้วัดฯ โดยขาดการใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการเพื่อประกอบการพิจารณา การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาตัวชี้วัดฯ เป็นไปอย่างจำกัด และข้อจำกัดของระบบสนับสนุนการดำเนินโครงการ QOF ซึ่งเป็นข้อค้นพบจากผลการศึกษาในโครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1 (1) และระหว่างการพัฒนาและทดสอบตัวชี้วัดฯ ในโครงการระยะที่ 2 ทั้งนี้ ข้อเสนอแนะทั้งหมดได้ผ่านการหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินโครงการ QOF ในระยะแรก และนำเสนอต่อคณะกรรมการกำกับทิศทาง อย่างไรก็ตามคณะกรรมการกำกับทิศทาง มิได้มีมติรับรองแนวทางการบริหารจัดการโครงการ QOF ในประเด็นที่กล่าวมาในบทที่ 4 เพราะคณะกรรมการกำกับทิศทาง เห็นว่าประเด็นเหล่านี้อยู่นอกเหนือจากความเชี่ยวชาญของคณะกรรมการกำกับทิศทาง และเสนอแนะคณะผู้วิจัยให้จัดทำข้อเสนอในประเด็นเหล่านี้ต่อ สปสช. โดยตรง

## 5.2 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในอนาคต

โครงการบ่งชี้ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิควรได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินโครงการ QOF ในภาพรวม เพื่อให้ทราบว่าโครงการดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์หลักของโครงการหรือไม่ อย่างไร มีจุดแข็งและจุดอ่อนอย่างไร รวมถึงจะปรับปรุงการดำเนินโครงการให้ดีขึ้นได้อย่างไร หลังจากนำตัวชี้วัดฯ ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติ ควรมีการประเมินรายตัวชี้วัดฯ เพื่อให้ทราบปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดฯ ดังกล่าว รวมทั้งผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมตามตัวชี้วัดฯ ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต้องติดตามประเมินผลโครงการเป็นรายปี เช่น การติดตามผลงานตามตัวชี้วัดฯ เพื่อให้เกิดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ การประเมินผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามตัวชี้วัดฯ เป็นต้น และมีความจำเป็นต้องประเมินผลเฉพาะประเด็น เช่น การประเมินความคุ้มค่าของการดำเนินโครงการ QOF และการประเมินผลกระทบระยะยาวที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ QOF ต่อระบบสุขภาพไทยและสุขภาพของประชาชนไทย เป็นต้น

## 5.3 เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งนภา คำผาง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, สโรชา ชูติพงศ์ชัยวัฒน์, จันทนา พัฒนเกาส์, รักมณี บุตรชน, ญัฐธิดา มาลาทอง, และคณะ. รายงานโครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1. นนทบุรี. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2558.





**คู่มือการทดสอบตัวชี้วัดในพื้นที่**  
โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการบริการปฐมภูมิ  
โครงการพัฒนาศูนย์ข้อมูลคุณภาพบริการปฐมภูมิ  
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 2

