



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เกณฑ์คุณภาพบริการ และ แนวทางการประเมิน

เอกสารประกอบการดำเนินการ
งบกองทุนฯ ที่จัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพบริการ
ปี งบประมาณ 2553

โดย
กองทุนจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

หน้า

1. แนวคิดการจัดสรร	4
2. วัตถุประสงค์.....	4
3. กลุ่มเป้าหมาย.....	4
4. ผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ	4
5. กรอบการบริหารกองทุน	4
6. แนวทางการสนับสนุน/หลักเกณฑ์การจัดสรร	5
6.1 จัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพ	5
กรอบเกณฑ์คุณภาพหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ.....	5
กรอบเกณฑ์คุณภาพหน่วยบริการรับส่งต่อ.....	6
6.2 จัดสรรตามเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพ	7
กรอบเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพระดับหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ.....	7
กรอบเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพระดับโรงพยาบาล ของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	7
7. บทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการตามเกณฑ์คุณภาพ	8
8. ระยะเวลาดำเนินการ	9
9. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล	9
10. รายละเอียดเกณฑ์ /เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ และวิธีการประเมินคุณภาพ.....	9
เกณฑ์ /เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ ของหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ และวิธีการประเมินคุณภาพ.....	10
เกณฑ์ 1 อัตราการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติ.....	11
เกณฑ์ 2 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน	21
เกณฑ์ 3 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง	23
เกณฑ์ 4 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคหืด.....	26
เกณฑ์ 5 อัตราผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามรายใหม่.....	28
เกณฑ์ 6 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย.....	30
เกณฑ์ 7 การเข้าถึงบริการทันตกรรมและงานทันตสาธารณสุขที่จำเป็น.....	32
เกณฑ์ /เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ ของ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อและวิธีการประเมินคุณภาพ	36
เกณฑ์ 1 เกณฑ์ผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล.....	37
เกณฑ์ 2 อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน.....	38
เกณฑ์ 3 คุณภาพการใช้ยาในโรงพยาบาล.....	41
เกณฑ์ 4 การรายงาน Quality Surveillance Indicator.....	51
เกณฑ์ 5 อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ภายใน 28 วัน	53
เกณฑ์ 6 อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ภายใน 28 วัน	56
เกณฑ์ 7 ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล	59
เกณฑ์ 8 ร้อยละหน่วยบริการ ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST elevated (STEMI)	61
เกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพระดับหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ	63
กลุ่ม 1 ระบบคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA).....	64
กลุ่ม 2 การจัดให้มีบริการโดยวิชาชีพ.....	67
2.1 มีบริการเภสัชกรรมในชุมชน โดยเภสัชกร.....	67
2.2 มีบริการทันตสาธารณสุขในชุมชน โดยทันตบุคลากร	69
2.3 มีบริการให้การปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการโดย counselor	71

กลุ่ม 3 การพัฒนารูปแบบบริการ	74
3.1 การจัดตั้งคลินิกโรคหืด (Easy Asthma Clinic)	74
3.3 บริการส่งเสริมพัฒนาการ และให้บริการการศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า (delayed development)	78
3.4 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)	79
เกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ(ระดับโรงพยาบาล)	82
กลุ่ม 1 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ซึ่งได้รับการรับรองคุณภาพ HA แล้ว	83
กลุ่ม 2 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพ พร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพในขั้นที่สูงขึ้น ภายในเดือนธันวาคม 2553	84
2.1 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยระบบพี่เลี้ยง (Node Manager)	84
2.2 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยตนเอง	87
2.3 โรงพยาบาลที่พร้อมรับรองคุณภาพ HA ภายในกรกฎาคม 2553	89
2.4 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพขั้น 2 ภายในธันวาคม 2553	90
กลุ่ม 3 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพบริการ	91
3.2 เสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วยเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด	92
3.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วยเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัดโดย สป.เขต	93
11. การสรุปคะแนนการประเมิน และ การคำนวณงบประมาณ	94

แนวทางการบริหารงบจัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพบริการ ปีงบประมาณ 2553

1. แนวคิดการจัดสรร

งบจัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพบริการเป็นกองทุนย่อยที่ต้องการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ โดยมีการวัดผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยในโรค/หรือประเด็นคุณภาพที่กำหนด เปรียบเทียบผลงานระหว่างหน่วยบริการ และสะท้อนข้อมูลกลับให้หน่วยบริการ ร่วมกับการจ่ายเงินตามหลักการ คือ หน่วยบริการจะได้รับงบประมาณ ในอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่แตกต่างกัน ตามระดับคุณภาพ

2. วัตถุประสงค์

1. สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ จัดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด
2. สร้างกลไกการจัดการทางการเงินตามผลงานที่มีคุณภาพ (Quality outcome performance) เพื่อการส่งเสริม และควบคุมกำกับ คุณภาพบริการ ของหน่วยบริการและเครือข่าย
3. มีระบบสารสนเทศ ด้านคุณภาพ เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การจัดบริการสาธารณสุข

3. กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการประจำรวมถึงหน่วยปฐมภูมิในเครือข่าย และ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีประชากรลงทะเบียนด้วย

4. ผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ

หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเทียบกับปีที่ผ่านมา

5. กรอบการบริหารกองทุน

งบประมาณที่ได้ 40 บาท ต่อ ปชก. 47.2397 ล้านคน คิดเป็นเงินทั้งสิ้น 1,889,588,000 บาท แบ่งเป็น

	หน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ	หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ
วงเงินจัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพ	18 บาท ต่อ ประชากร UC	18 บาท ต่อ ประชากร UC
วงเงินจัดสรรตามเกณฑ์ ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพ	2 บาท ต่อ ประชากร UC	2 บาท ต่อ ประชากร UC

6. แนวทางการสนับสนุน/หลักเกณฑ์การจัดสรร

6.1 จัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพ

โรค / ประเด็นคุณภาพ ที่กำหนด คือ

- 1) การยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในโรคที่คัดเลือก
 - โรค / ประเด็นคุณภาพ ที่ต่อเนื่องจากปี 2552
 - โรคเบาหวาน
 - โรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง
 - โรคหืด
 - การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 - โรค / ประเด็นคุณภาพ ที่เพิ่มใหม่ในปี 2553
 - การดูแลการตั้งครรภ์และการคลอด
 - สุขภาพช่องปาก
 - โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevated (STEMI)
 - โรค / ประเด็นคุณภาพ ที่เป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่ ซึ่งแตกต่างกันตามเขต
- 2) ประเด็นคุณภาพที่กำหนดต่อเนื่องจากปี 2552
 - หน่วยบริการมีคุณภาพมาตรฐาน
 - ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน
 - รายงานข้อมูลการเฝ้าระวังคุณภาพบริการ
 - คุณภาพการใช้ยา

กรอบเกณฑ์คุณภาพหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ

โรค/ประเด็นคุณภาพ	เกณฑ์คุณภาพ
โรคเบาหวาน	1. อัตราการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติ 2. อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน
โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง	3. อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง
โรคหืด	4. อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคหืด
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	5. อัตราป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามรายใหม่ ต่อประชากรสตรีกลุ่มอายุเสี่ยง (วัดระดับจังหวัด)
การดูแลการตั้งครรภ์และการคลอด	6. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (วัดระดับจังหวัด)
สุขภาพช่องปาก	7. การเข้าถึงบริการทันตกรรมและงานทันตสาธารณสุขที่จำเป็น

กรอบเกณฑ์คุณภาพหน่วยบริการรับส่งต่อ

โรค/ประเด็นคุณภาพ	เกณฑ์คุณภาพ
มาตรฐานหน่วยบริการ	1. ผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 2. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน 3. คุณภาพการจ่ายยาในโรงพยาบาล 4. การรายงานข้อมูลเฝ้าระวังคุณภาพบริการ(Quality Surveillance Indicator)
โรคเบาหวาน	5. อัตราการกลับมารักษาซ้ำในรพ.ด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานภายใน 28 วัน
โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง	6. อัตราการกลับมารักษาซ้ำในรพ.ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ภายใน 28 วัน 7. ร้อยละผู้ป่วย stroke ได้รับการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล
โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevated (STEMI)	8. ร้อยละหน่วยบริการที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevated(STEMI) เทียบกับหน่วยบริการทั้งหมดในประเทศ(วัดระดับเขต)

ในแต่เกณฑ์มีวิธีการประเมิน แหล่งข้อมูล สูตรการคำนวณ และการเทียบหาคะแนนคุณภาพ โดยดำเนินการประเมินให้คะแนน เมื่อสิ้นสุดไตรมาส 2

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินคือหน่วยบริการที่มีคะแนนคุณภาพสูงจะได้รับงบประมาณในอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่สูงกว่าหน่วยบริการที่มีคะแนนคุณภาพต่ำ วิธีคำนวณคือหน่วยบริการที่ได้คะแนนคุณภาพเท่ากับค่าเฉลี่ย จะได้รับจัดสรรเท่ากับค่าเฉลี่ย บาท ต่อประชากรภายในเขต หน่วยบริการที่คะแนนสูง หรือต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ก็จะถูกคำนวณตามคะแนนที่ได้รับตามส่วน และปรับไม่ให้เกิดวงเงินของเขต

ทั้งนี้ สปสช.จะโอนเงินให้กับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ และหน่วยรับส่งต่อที่มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบหากหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นทั้งหน่วยบริการประจำและหน่วยรับส่งต่อด้วย จะได้รับเงินทั้ง 2 ส่วน

6.2 จัดสรรตามเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพ

โดยการทำข้อตกลงกับหน่วยบริการที่มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมในแต่ละกิจกรรมตามเงื่อนไขที่กำหนด

กรอบเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพระดับหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ

กลุ่ม 1 ระบบคุณภาพบริการปฐมภูมิ (PCA) 1.1 CUP ที่เป็น node ซึ่งมีการพัฒนาแล้ว มีกิจกรรมพัฒนาต่อเนื่อง (CQI ,KM) และการสร้างเครือข่ายสู่ CUP อื่นๆ (Nodeละ 5 CUP)
กลุ่ม 2 การจัดให้มีบริการ โดยบุคลากรวิชาชีพ 2.1 มีบริการเภสัชกรรมในชุมชน โดยเภสัชกร 2.2 มีบริการทันตสาธารณสุขในชุมชน โดยทันตบุคลากร 2.3 มีบริการให้การปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการโดย counselor
กลุ่ม 3 การพัฒนารูปแบบบริการ 3.1 จัดตั้งคลินิกโรคหืด (Easy Asthma Clinic) 3.2 การจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่ 3.3 การส่งเสริมพัฒนาการและให้บริการการปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการในกลุ่ม เด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า (delayed development) 3.4 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) 3.5 โรคอื่น ที่จำเป็นในพื้นที่และกระทบต่อคุณภาพบริการ

กรอบเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพระดับโรงพยาบาล ของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

กลุ่ม 1 รพ.ที่ได้รับการรับรอง HA 1.1 สนับสนุนการพัฒนาต่อเนื่องด้วยการพัฒนา Clinical Good Practice
กลุ่ม 2 รพ.ที่ได้รับการรับรองชั้น 2 และมีความพร้อมพัฒนาให้ได้รับการรับรอง HA หรือ รพ.ที่ได้รับการรับรองชั้น 1 และมีความพร้อมพัฒนาให้ได้รับการรับรองชั้น 2 ภายในธค.53 2.1 สนับสนุนรพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยระบบพีเอ็ม (Node Manager) 2.2 สนับสนุนรพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยตนเอง 2.3 สนับสนุนรพ. ที่พร้อมรับรองคุณภาพ HA ภายในกรกฎาคม 2553 2.4 สนับสนุนรพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพชั้น 2 ภายใน ธันวาคม 2553
กลุ่ม 3 รพ.กำลังพัฒนา 3.1 สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วยคะแนนคุณภาพ (HA Scoring) 3.2 สนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.ด้วย QRT จังหวัด โดย สรพ. 3.3 สนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.ด้วยเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด โดย สปสช.เขต(ไม่ซ้ำกับข้อ 2.1 และข้อ 3.2)

7. บทบาทหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการตามเกณฑ์คุณภาพ

สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ

1. จัดทำกรอบแนวทางการบริหาร และเกณฑ์คุณภาพ ในภาพรวม
2. สนับสนุนเขตพื้นที่ในการบริหารจัดการ การจัดทำข้อตกลงภาพรวมกับหน่วยงานภายนอก
3. กำกับติดตาม ประเมินผล

สปสข.เขต

1. ชี้แจงเกณฑ์คุณภาพ และแนวทางการประเมิน แก่หน่วยบริการและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ
2. บริหารจัดการในเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพ (ข้อ 6.2) โดยประสานหาหน่วยบริการที่มีเงื่อนไขพร้อมในแต่ละกิจกรรมคุณภาพที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วม ทำข้อตกลงกับหน่วยบริการ จัดสรรงบประมาณตามเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพ กำกับติดตามและรวบรวมผลงาน
3. เพิ่มเติมเกณฑ์คุณภาพของพื้นที่ และกำหนดน้ำหนักความสำคัญของเกณฑ์คุณภาพทั้งหมดที่ใช้ในการจัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพ (ข้อ 6.1)
4. จัดการให้มีข้อมูล/รายงานการประเมินคุณภาพ จากแหล่งต่างๆ ที่จำเป็น รวบรวมผลการประเมินคุณภาพบริการ และ มีระบบการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน
5. คำนวณจัดสรรงบประมาณจากข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด และส่งข้อมูลการคำนวณจัดสรรงบประมาณให้สำนักพัฒนาคุณภาพบริการตรวจสอบความถูกต้อง
6. โอนงบประมาณพร้อมแจ้งผลการประเมินคุณภาพบริการตามเกณฑ์ให้หน่วยบริการรับทราบเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลงานที่ดีของหน่วยบริการ

จังหวัด

1. ติดตามการทบทวนคุณภาพภายในจังหวัดตามเครื่องมือการประเมิน ทำกิจกรรมคุณภาพที่สอดคล้องกับเกณฑ์คุณภาพ ตามแนวทาง/วิธีการที่กำหนด
2. สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ หน่วยบริการและเครือข่ายบริการในจังหวัด

หน่วยบริการ

1. ทบทวนและส่งเสริมกระบวนการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยบริการ และเครือข่าย
2. ประเมินตนเอง ภายในหน่วยบริการและเครือข่ายตามแบบประเมินที่กำหนด ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การทบทวนเวชระเบียน คุณภาพการใช้ยา
3. เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลที่ใช้ในการประเมินคุณภาพ และจัดส่งให้ทันเวลา ซึ่งได้แก่ การสรุปและให้รหัสโรคให้ถูกต้อง การส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ข้อมูลผู้ป่วยนอก และข้อมูลการให้บริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้ทันเวลา

8. ระยะเวลาดำเนินการ

1. ชี้แจงการจัดสรรงบประมาณคุณภาพบริการให้หน่วยบริการในพื้นที่ ภายในเดือนตุลาคม 2552
2. เขตเจรจาจังหวัด ประสานหาหน่วยบริการที่สมัครใจเข้าร่วม ตามเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพ ในระดับประจำ/ปฐมภูมิ และระดับโรงพยาบาล รวบรวมเป้าหมาย ภายใน 15 พฤศจิกายน 2552
3. หน่วยบริการที่เข้าร่วม ดำเนินการตามข้อตกลงในเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพระดับประจำ/ปฐมภูมิ และระดับโรงพยาบาล หลังการทำข้อตกลงกับเขต เริ่มประมาณเดือนมกราคม 2553
4. เขตดำเนินการประมวลผลคุณภาพหน่วยบริการและจัดสรรงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพบริการ ภายในเดือนกรกฎาคม 2553
5. แจกจัดสรรและโอนเงินให้หน่วยบริการ ภายในเดือน กันยายน 2553

9. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

1. การกำกับติดตาม สปสช.ส่วนกลาง กำกับติดตามการดำเนินการของสปสช.เขต ดังนี้
 - 1.1. ความครบถ้วน และถูกต้อง ของข้อมูลที่ใช้ในการประเมิน
 - 1.2. การเบิกจ่ายงบประมาณถูกต้อง และเป็นไปตามแผนการจัดสรร
 - 1.3. การนำผลการประเมินคุณภาพมาใช้ในการทำแผนพัฒนาภายในเขต
2. การประเมินผล
 - 2.1. แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับตามเกณฑ์คุณภาพ ที่กำหนด

10. รายละเอียดเกณฑ์ /เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการ และวิธีการประเมินคุณภาพ

เกณฑ์ / เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการ ของหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ และวิธีการประเมินคุณภาพ

เกณฑ์ 1 อัตราการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติ

เหตุผล ความจำเป็น

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีความชุกของโรคเพิ่มสูงขึ้น การรักษาจึงมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับคนปกติ โดยการป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ต่ออวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ไต ตา เท้า ระบบหลอดเลือดหัวใจและสมอง ทั้งนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมตามแนวทางเวชปฏิบัติ โดยความร่วมมือจากผู้ป่วย ครอบครัวและทีมบุคลากรทางการแพทย์ในทุกระดับบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้นให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการ ในระดับปฐมภูมิ และเครือข่าย

มิติด้านคุณภาพ

เครื่องชี้วัดสะท้อนการเข้าถึง/ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

วิธีการประเมิน

หน่วยบริการประจำ ทำหน้าที่ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานภายในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบผู้ป่วยนอก ภายในหน่วยบริการ ด้วย ดังนั้นการประเมินจะพิจารณาทั้ง 2 ด้าน ควบคู่กัน ดังนี้

1. คะแนนสนับสนุนการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิ :

ประเมินตามแบบติดตามการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (แบบฟอร์ม 1-1) ในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งภายในเครือข่าย ดังนี้

I. ประเมินการจัดระบบบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในข้อ 1-5 โดยการสอบถาม/ดูจากหลักฐานการจัดระบบบริการของหน่วยปฐมภูมิ ให้คะแนนตามรายชื่อที่มีการจัดระบบบริการ ข้อละ 1 คะแนน รวม 5 คะแนน

II. ประเมินการให้บริการแก่ผู้ป่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในข้อ 6-15 โดยดูจากบันทึกการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (OPD card , HCIS , family folder) สิทธิ UC ที่มาตรวจติดตามด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งทำการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวนอย่างน้อย 10 รายที่มีการให้บริการในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนมกราคม – ธันวาคม 2552 (ทั้งนี้หน่วยบริการอาจสุ่มตรวจมากกว่าจำนวนที่กำหนดก็ได้) โดยให้คะแนนตามรายชื่อข้อละ 1 คะแนน เมื่อมีการให้บริการในข้อนั้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากจำนวนที่สุ่มประเมิน รวม 15 คะแนน

ผลที่ได้จากการติดตามรายหน่วยปฐมภูมิตามแบบฟอร์ม 1-1 ให้หน่วยบริการประจำนำไปใช้วิเคราะห์เพื่อหาโอกาสสนับสนุนพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และส่งผลคะแนนให้สปช.เขต ในรูปอิเล็กทรอนิกส์ตามโปรแกรมที่จัดเตรียมไว้เพื่อนำมาคำนวณคะแนนให้หน่วยบริการประจำ โดยใช้คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากคะแนนรวมของทุกหน่วยบริการปฐมภูมิภายในเครือข่าย

คะแนนสนับสนุนการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิ

$$= \frac{\text{ผลรวมของคะแนนที่ได้จากการประเมินในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ}}{\text{จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประเมินทั้งหมด}}$$

2. คะแนนการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ประเมินตามแบบทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (แบบฟอร์ม 1-2) ซึ่งได้จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานภายในหน่วยบริการ ที่ให้บริการในช่วงเวลาดังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – เดือนธันวาคม 2552 โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) จากฐานผู้ป่วยนอกซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาามากกว่า 1 ปีและเป็นผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการนั้นในระบบ UC (ไม่รวมผู้ป่วยที่รับส่งต่อหรือลงทะเบียนกับหน่วยอื่น) ตามจำนวนเวชระเบียนดังนี้

- จำนวนอย่างน้อย 50 แฟ้ม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์

- จำนวนอย่างน้อย 30 แฟ้ม สำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ

(กรณีสิทธิ UC มีจำนวนแฟ้มไม่พอ ให้ใช้ข้อมูลจากสิทธิอื่นเพิ่มเติมได้)

รายละเอียดหัวข้อประเมิน จำนวน 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน

- 1 การให้คำแนะนำเรื่องสูบบุหรี่
- 2 การวัดน้ำหนัก ทุกครั้งที่มาตรวจติดตาม
- 3 การวัด BP ทุกครั้งที่มาตรวจติดตาม
- 4 การตรวจ BS ทุกครั้งที่มาตรวจติดตาม
- 5 การตรวจ creatinine ในรอบ 1 ปี
- 6 การตรวจ Urine protein ในรอบ 1 ปี
- 7 การตรวจ LDL ในรอบ 1 ปี
- 8 การตรวจเท้า ในรอบ 1 ปี
- 9 การตรวจจอประสาทตาในรอบ 1 ปี
- 10 การตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

ผลการทบทวนตามแบบฟอร์ม 1-2 หน่วยบริการนำไปใช้วิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนา และส่งผลคะแนนให้สปช.เขต ในรูปอิเล็กทรอนิกส์ตามโปรแกรมที่จัดเตรียมให้เพื่อนำมาคำนวณคะแนนให้หน่วยบริการประจำ โดยใช้คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการตรวจเวชระเบียนที่ตรวจทั้งหมด

$$\text{คะแนนการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนแต่ละแฟ้ม}}{\text{จำนวนเวชระเบียนที่ทบทวนทั้งหมด}}$$

วิธีการให้คะแนน

นำผลจากข้อ 1 และ ข้อ 2 มาพิจารณาคะแนนตามตาราง

ตาราง 1 การให้คะแนนของเกณฑ์อัตราการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติ

			คะแนนสนับสนุนการดำเนินงาน หน่วยบริการปฐมภูมิ		
			< 8	≥8-12	≥ 12
คะแนนการบริการ ผู้ป่วยเบาหวาน		≥ 8	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
		≥6-8	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
		< 6	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน

หมายเหตุ ถ้าคะแนนส่วนใดส่วนหนึ่งเป็น 0 ให้คะแนน 0

ตัวอย่างแบบฟอร์ม 1-1

แบบติดตามการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ วันที่ประเมิน

I. ประเมินการจัดระบบบริการของหน่วยปฐมภูมิ

ข้อ	เนื้อหาประเมิน / ข้อมูล	มี	ไม่มี
1	มีข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน จำนวนผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ.....ราย จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ราย		
2	มีการจัดกิจกรรม ให้คำแนะนำ แก่กลุ่มเสี่ยงที่ได้จากการคัดกรอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหาร การออกกำลังกาย		
3	มีการจัด self-help group ให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย /ครอบครัว		
4	มีระบบการติดตามผู้ป่วยเบาหวานขาดนัด		
5	มีระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน		

II. ประเมินการตรวจร่างกาย/Labและการให้ความรู้/คำแนะนำผู้ป่วยแต่ละรายจากการสุ่มจำนวนไม่น้อยกว่า 10 ราย

ข้อ	หัวข้อการประเมิน	ผู้ป่วยรายที่											สรุปผล	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		รวมที่มีการ ให้บริการ	ร้อยละ
6	การตรวจ BP													
7	การตรวจ BW													
8	การตรวจ BS													
9	การตรวจ/จัดให้มีการตรวจ HbA1c													
10	การตรวจ Urine protein													
11	การตรวจเท้า													
12	ให้คำแนะนำ/ความรู้เรื่องการสูบบุหรี่													
13	ให้คำแนะนำ/ความรู้เรื่องโภชนาการ													
14	ให้คำแนะนำ/ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย													
15	ให้คำแนะนำ/ความรู้เรื่องการดูแลเท้า													

ลงชื่อผู้ประเมิน ตำแหน่ง.....

คำอธิบายแบบติดตามการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
(แบบฟอร์ม 1-1)

ผู้ประเมิน : ผู้ได้รับมอบหมาย / ผู้รับผิดชอบงาน ในหน่วยบริการประจำ ที่เป็นแม่ข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับการประเมิน

ระยะเวลา : ใช้ข้อมูล / ผลงานการให้บริการที่เกิดขึ้น ในระหว่างเดือน มกราคม ถึง ธันวาคม 2552

แหล่งข้อมูลประกอบการประเมิน : สอบถามเจ้าหน้าที่ จากหลักฐานการจัดและให้บริการ บันทึกการดูแลผู้ป่วย(OPD card , HCIS , family folder) สิทธิ UC ที่มาตรวจติดตามด้วยโรคเบาหวาน (ไม่นับที่มาด้วยอาการ/โรคอื่น) ระหว่างเดือน มกราคม ถึง ธันวาคม 2552 โดยการสุ่มจำนวนไม่น้อยกว่า 10 ราย

ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ : ระบุชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับการประเมิน

วันที่ประเมิน : ระบุวันที่เข้าประเมิน

I. ประเมินการจัดระบบบริการของหน่วยปฐมภูมิ

- 1 **มีข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน** : จากหลักฐานว่ามีข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานหรือไม่ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “มี” / “ไม่มี” ถ้ามีทะเบียนให้ระบุจำนวนรายในพื้นที่รับผิดชอบ และ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษาในรอบ 1 ปี ระหว่างเดือน มกราคม ถึง ธันวาคม 2552
- 2 **มีการจัดกิจกรรม ให้คำแนะนำ แก่กลุ่มเสี่ยงที่ได้จากการคัดกรอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหาร การออกกำลังกาย :** จากหลักฐาน / บันทึกการจัดกิจกรรม แก่กลุ่มเสี่ยงทั้งแบบกลุ่มและเดี่ยว ที่ครอบคลุมเรื่อง อาหาร และการออกกำลังกาย อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ถ้ามีให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “มี” ถ้าไม่มี ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ไม่มี”
- 3 **มีการจัด self-help group ให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย /ครอบครัว :** จากหลักฐาน/บันทึกการจัดกิจกรรม อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ถ้ามีให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “มี” ถ้าไม่มี ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ไม่มี”
- 4 **มีระบบการติดตามผู้ป่วยเบาหวานขาดนัด :** ดูหลักฐาน / บันทึกการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ขาดนัดทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการรับส่งต่อ ถ้ามีให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “มี” ถ้าไม่มี ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ไม่มี”
- 5 **มีระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน :** จากหลักฐาน / บันทึก การจัดระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ในรอบ 1 ปี (มกราคม – ธันวาคม 2552) ว่ามีการจัดระบบและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานหรือไม่ ถ้ามีให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “มี” ถ้าไม่มี ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ไม่มี”

II. ประเมินการตรวจร่างกาย/Lab และการให้ความรู้/คำแนะนำ ผู้ป่วยแต่ละรายจากการสุ่มจำนวน 10 ราย ประเมินและใส่เครื่องหมาย ☒ หรือ ☐ ในผู้ป่วยแต่ละราย ตามหัวข้อและรายละเอียดการประเมิน ดังนี้

- 6 **การตรวจ BP :** ประเมินจากบันทึกการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ว่ามีการตรวจวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่มาตรวจติดตาม (follow up) หรือไม่ ถ้ามีทุกครั้งให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ถ้าไม่มีหรือมีบางครั้ง ให้ใส่เครื่องหมาย ✕ ในแต่ละราย

- 7 **การตรวจ BW** : ประเมินจากบันทึกการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ว่ามีการชั่งน้ำหนัก ทุกครั้งที่มาตรวจติดตาม (follow up) หรือไม่ ถ้ามีทุกครั้งให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ถ้าไม่มีหรือมีบางครั้ง ให้ใส่เครื่องหมาย ✗ ในแต่ละราย
- 8 **การตรวจ BS** : หมายถึงการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด(นับรวม capillary) fasting blood sugar หรือ post prandial โดยประเมินจากบันทึกการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ว่ามีการตรวจ ทุกครั้งที่มาตรวจติดตาม (follow up)หรือไม่ ถ้ามีทุกครั้งให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ถ้าไม่มีหรือมีบางครั้ง ให้ใส่เครื่องหมาย ✗ ในแต่ละราย
- 9 **การตรวจ/จัดให้ผู้ป่วยได้ตรวจ HbA1c** : หมายถึงการตรวจหาระดับน้ำตาลสะสมในเลือด อาจตรวจโดยหน่วยบริการเอง หรือหน่วยบริการจัดให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ โดยประเมินจากบันทึกการดูแลผู้ป่วย / หลักฐานการจัดการให้มีการตรวจที่หน่วยบริการเอง / ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการตรวจ / ส่งเลือดไปตรวจในผู้ป่วยแต่ละราย อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือไม่ ถ้ามีให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ถ้าไม่มี ให้ใส่เครื่องหมาย ✗ ในแต่ละราย
- 10 **การตรวจ Urine protein** : ประเมินจากบันทึกการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายว่ามีการตรวจโปรตีนในปัสสาวะ อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือไม่ ถ้ามีให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ถ้าไม่มี ให้ใส่เครื่องหมาย ✗ ในแต่ละราย
- 11 **การตรวจเท้า** : ประเมินจากบันทึกการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ว่ามีการตรวจเท้า เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า เช่น ตรวจระดับความรู้สึก ซีพพร ผิวหนังและเล็บ อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือไม่ ถ้ามีให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ถ้าไม่มี ให้ใส่เครื่องหมาย ✗ ในแต่ละราย
- 12 **ให้คำแนะนำ/ความรู้เรื่องการสูบบุหรี่** : ประเมินจากบันทึกการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ว่ามีการให้คำแนะนำเรื่องโทษของบุหรี่ การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ หรือเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยที่สูบ อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือไม่ ถ้ามีให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ถ้าไม่มี ให้ใส่เครื่องหมาย ✗ ในแต่ละราย
- 13 **ให้คำแนะนำ/ความรู้ เรื่องโภชนาการ** : ประเมินจากบันทึกการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ว่ามีการให้คำแนะนำ/ความรู้ เรื่องโภชนาการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกอาหารและจัดโภชนาการตามความเหมาะสม ทั้งแบบกลุ่มหรือเดี่ยว อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือไม่ ถ้ามีให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ถ้าไม่มี ให้ใส่เครื่องหมาย ✗ ในแต่ละราย
- 14 **ให้คำแนะนำ/ความรู้ เรื่องการออกกำลังกาย** : ประเมินจากบันทึกการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ว่ามีการให้คำแนะนำ/ความรู้ เรื่องการออกกำลังกายได้ถูกต้อง เหมาะสมทั้งแบบกลุ่มหรือเดี่ยว อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือไม่ ถ้ามีให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ถ้าไม่มี ให้ใส่เครื่องหมาย ✗ ในแต่ละราย
- 15 **ให้คำแนะนำ/ความรู้ เรื่องการดูแลเท้า** : ประเมินจากบันทึกการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ว่ามีการให้คำแนะนำ/ความรู้ เรื่องการดูแลเท้า การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม ทั้งแบบกลุ่มหรือเดี่ยว อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือไม่ ถ้ามีให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ถ้าไม่มี ให้ใส่เครื่องหมาย ✗ ในแต่ละราย

ลงชื่อ ผู้ประเมิน : ระบุชื่อ และตำแหน่ง ผู้ประเมิน (จากหน่วยบริการประจำ)

ตัวอย่างแบบฟอร์ม 1-2



แบบทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชื่อหน่วยบริการ วันที่ทบทวน

เลขที่เวชระเบียน PID _ / _ / _ / _ / _ อายุ ปี เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย

สิทธิการรักษา ☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐สวัสดิการข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ / ไม่ระบุสิทธิ

การวินิจฉัย ☐ DM type1 ☐ DM type 2 ☐ uncertain Type ระยะเวลา ปี

โรคร่วม HT ☐ No ☐ Essential HT ☐ Secondary HT ☐ uncertain Type ระยะเวลา..... ปี

จำนวน OP visit ที่มารับการตรวจติดตามด้วยโรคเบาหวาน รวมจำนวน visit / ปี

ตรวจร่างกาย

BW จำนวน visit

BMI จำนวน visit ผลครั้งสุดท้าย kg/m²

Blood Pressure จำนวน visit

Retinal Exam ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ

Foot Exam ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ

การเกิดแผล ☐ ปกติ/ไม่มีแผล ☐ ไม่ปกติ/มีแผลที่เท้า ☐ ตัดขา / เท้า / เท้าบางส่วน

Lab investigation

BS จำนวน visit ผลครั้งสุดท้าย ☐ FBS ☐ PPD mg/dl

HbA1c ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ ผลครั้งสุดท้าย %

LDL ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ ผลครั้งสุดท้าย mg/dl

Creatinine ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ ผลครั้งสุดท้าย ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ

Urine protein ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ ผลครั้งสุดท้าย ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ

Microalbuminuria ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ ผลครั้งสุดท้าย ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ

Medication ☐ ACEI ☐ ARB ☐ ASA

การให้ความรู้/คำแนะนำ

foot care ☐ ไม่ให้ ☐ ให้

nutrition ☐ ไม่ให้ ☐ ให้

exercise ☐ ไม่ให้ ☐ ให้

smoking ☐ ไม่ให้ ☐ ให้ ประวัติ ☐ ไม่สูบบุหรี่ ☐ สูบบุหรี่ ☐ NA

หมายเหตุ

Auditor.....

คำอธิบายแบบทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
(แบบฟอร์ม 1-2)

แหล่งข้อมูลประกอบการทบทวน

ใช้ข้อมูลผลงานบริการผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานภายในหน่วยบริการ ที่ให้บริการในช่วงเวลา 1 ปี ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนธันวาคม 2552 โดยสุ่มจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการรักษามากกว่า 1 ปี และเป็นผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการนั้นในระบบ UC ทั้งนี้หน่วยบริการควรรวบรวมเอกสาร บันทึกต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง (ตามเนื้อหาในแบบประเมิน) เพื่อจะได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ตามที่บันทึกจริงประกอบการทบทวน

แนวทางการทบทวนเวชระเบียน

การทบทวน ให้พิจารณาจากบันทึก / ข้อมูลที่ปรากฏในหลักฐานที่มีการให้บริการ กรณีไม่พบบันทึกให้ถือว่าไม่มีการดำเนินการในหัวข้อนั้น ๆ โดย**พิจารณาเฉพาะครั้งที่มารับการตรวจติดตามด้วยโรคเบาหวานเท่านั้น**

ชื่อหน่วยบริการ ระบุชื่อหน่วยบริการที่รับการทบทวน

วันที่ทบทวน ระบุวันที่ เดือน ปีที่ทำการทบทวน

เลขที่เวชระเบียน ระบุเลขที่เวชระเบียน (HN) ของเวชระเบียนที่ทบทวน

PID ระบุเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ของเวชระเบียนที่ทบทวน

อายุ ระบุอายุเป็นจำนวนปี (ปีที่รับบริการ ลบ ด้วยปีเกิด)

เพศ ใส่เครื่องหมาย ✓ ตามเพศของผู้ป่วย

สิทธิการรักษา ใส่เครื่องหมาย ✓ ตามสิทธิที่ใช้ในการรับบริการ

การวินิจฉัย ระบุประเภทการวินิจฉัยโรคเบาหวานที่ปรากฏในเวชระเบียน กรณีไม่ปรากฏประเภทของโรคในการวินิจฉัยให้เลือก uncertain type โดย ใส่เครื่องหมาย ✓ ตามประเภทที่ระบุ

ระยะเวลา ระบุจำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค DM (ปีที่ให้บริการ ลบด้วย ปีที่วินิจฉัย)

โรคร่วม HT ระบุประเภทการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงที่ปรากฏในเวชระเบียน “No” หมายถึง ไม่มีโรคร่วม HT กรณีไม่ปรากฏประเภทของโรคในการวินิจฉัย ให้เลือก uncertain type โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ตามประเภทที่ระบุ

ระยะเวลา ระบุจำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค HT (ปีที่ให้บริการ ลบด้วย ปีที่วินิจฉัย)

จำนวน OP visit ระบุจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับการ**ตรวจติดตามด้วยโรคเบาหวาน** ที่แผนกผู้ป่วยนอกตลอดปี (ไม่นับที่มาภาวะฉุกเฉิน หรือมาตรวจด้วยโรค/อาการอื่น) โดยใส่จำนวนตัวเลข

ตรวจร่างกาย ดูว่ามีบันทึกการตรวจร่างกายในหัวข้อที่กำหนดหรือไม่ จำนวนกี่ visit และค่าของผลการตรวจครั้งสุดท้าย (ในช่วงเวลาที่กำหนด) โดยใส่ตัวเลข ตั้งแต่ 0

BW : น้ำหนัก (body weight) ระบุจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับการตรวจและได้รับการชั่งน้ำหนัก

BMI : ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index) ระบุจำนวนครั้งที่มีการวัด BMI และค่าที่บันทึกไว้ครั้งสุดท้าย (kg/m^2)

Blood Pressure : ระบุจำนวนครั้งที่มีการวัดความดันโลหิต

Retinal Exam : การตรวจจอประสาทตา หมายถึง การขยายม่านตาและวัด visual acuity โดยจักษุแพทย์ ในกรณีที่ไม่มีจักษุแพทย์อาจถ่ายภาพจอประสาทตาด้วย digital camera และอ่านภาพถ่ายจอประสาทตาโดยผู้ชำนาญการ ให้ระบุว่าการตรวจจอประสาทตาหรือไม่

Foot Exam : การตรวจเท้า หมายถึง การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ได้แก่ การสำรวจว่าเท้ามีแผล มีความผิดปกติของผิวหนัง เล็บ รูปเท้า การรับรู้ความรู้สึก อาการชา หลอดเลือดและการไหลเวียนโลหิตที่ขา การคลำชีพจรที่เท้า ให้ระบุว่าการตรวจหรือไม่

การเกิดแผล: พิจารณาจากบันทึกว่ามีประวัติ หรือ เกิดแผลที่เท้าหรือไม่ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ข้อใดข้อหนึ่ง
ปกติ / ไม่มีแผล หมายถึง ผิวหนัง เล็บ ชีพจร การรับรู้ความรู้สึกที่เท้าปกติ หรือไม่เคยมีแผลที่เท้า
ไม่ปกติ / มีแผลที่เท้า หมายถึง ผิวหนัง เล็บ ชีพจร การรับรู้ความรู้สึกที่เท้าผิดปกติ หรือมีแผลที่เท้า
ตัดขาด / เท้า / เท้าบางส่วน หมายถึง เคยตัดหรือมีแผลจนทำให้ ขา / เท้า / เท้าบางส่วน ขาดหรือถูกตัด

Lab Investigation ดูว่ามีบันทึกการตรวจทางห้องปฏิบัติการในหัวข้อที่กำหนดหรือไม่ จำนวนกี่ visit และค่าของผลการตรวจครั้งสุดท้าย (ในช่วงเวลาที่กำหนด) โดยใส่ตัวเลข ตั้งแต่ 0

BS : Blood sugar การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด นับทั้ง Fasting blood sugar(FBS), Post prandial (PPD)

(รวมcapillary)ให้ระบุจำนวนครั้งที่มีการตรวจ และค่าที่วัดได้ครั้งสุดท้าย โดยระบุว่าเป็นค่าของ FBS หรือ PPD

HbA1c : การตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ให้ระบุว่าการตรวจหรือไม่ และค่า HbA1c ที่ตรวจได้ครั้งสุดท้าย

LDL : การตรวจระดับ LDL-cholesterol ให้ระบุว่าการตรวจหรือไม่ และค่า LDL ที่ตรวจได้ครั้งสุดท้าย

Creatinine : การตรวจ serum creatinine ให้ระบุว่าการตรวจหรือไม่ และค่าที่ตรวจได้ครั้งสุดท้ายปกติ / ไม่ปกติ

Urine protein : การตรวจโปรตีนในปัสสาวะ ให้ระบุว่าการตรวจหรือไม่ และค่าที่ตรวจได้ครั้งสุดท้ายปกติ / ไม่ปกติ

Microalbuminuria : การตรวจ microalbuminuria และระบุค่าที่ตรวจได้ครั้งสุดท้ายปกติ / ไม่ปกติ

Medication มีบันทึกการรักษา(ในช่วงเวลาที่กำหนด visit ได้ก็ได้)ด้วยยาดังต่อไปนี้ หรือไม่ โดยใส่เครื่องหมาย ✓

ACEI : Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor

ARB : Angiotensin II Receptor Blocker

ASA : Aspirin หมายถึง antiplatelet อื่น (ในกรณีที่ไม่สามารถให้ ASA) เช่น Clopidogrel

การให้ความรู้/คำแนะนำ มีบันทึก/หลักฐาน การให้คำแนะนำหรือให้ความรู้ **ทั้งรายบุคคล /รายกลุ่ม** หรือไม่

Foot care : การให้ความรู้/คำแนะนำเรื่องการดูแลเท้า ประกอบด้วย 1. การตรวจและดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน 2. การเลือกทรงเท้าที่เหมาะสม 3. การดูแลบาดแผลเบื้องต้นและแผลที่ไม่รุนแรงด้วยตนเอง หากมีการให้ความรู้/คำแนะนำอย่างน้อย 2 ข้อ ให้ถือว่ามีการให้คำแนะนำ

Nutrition : การให้ความรู้/คำแนะนำเรื่องโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกอาหารและจัดโภชนาการตามความเหมาะสม ประกอบด้วย 1. ความสำคัญของการควบคุมอาหารในโรคเบาหวาน 2. หลักการเลือกอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล / น้ำหนักตัว และ 3. อาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูง โรคไต ตับ หากมีการให้ความรู้/คำแนะนำอย่างน้อย 2 ข้อ ให้ถือว่ามีการให้คำแนะนำ

Exercise : การให้ความรู้/คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ประกอบด้วย 1. ผลของการออกกำลังกายต่อสุขภาพ 2. ประโยชน์และผลเสียของการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน และ 3. การออกกำลังกายที่เหมาะสม/ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน หากมีการให้ ความรู้/คำแนะนำอย่างน้อย 2 ข้อ ให้ถือว่ามีการให้คำแนะนำ

Smoking : การให้ความรู้/คำแนะนำเรื่องบุหรี่ ประกอบด้วย 1. โทษของบุหรี่ต่อโรคเบาหวาน 2. วิธีการหยุดสูบบุหรี่ และ 3. ส่งปรึกษาที่คลินิกอดบุหรี่ หากมีการให้บริการอย่างน้อย 2 ข้อ ให้ถือว่ามีการให้คำแนะนำ

ประวัติการสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่ หมายถึง มีประวัติสูบบุหรี่ติดต่อกันมากกว่า 1 เดือน กรณีไม่พบบันทึกการซักประวัติ ให้ระบุ NA

หมายเหตุ (ถ้ามี) ความเห็น ข้อเสนอ ข้อสังเกต ที่เกี่ยวข้องกับการทบทวนเวชระเบียนรายนั้น ๆ

Auditor : ระบุชื่อ/รหัสของผู้ทบทวน

เกณฑ์ 2 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน

เหตุผลความจำเป็น

ภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน ตลอดจนอาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับโรคเบาหวาน เช่น ketoacidosis, hyperosmolarity, shock เป็นภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย ที่จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วย มีระดับน้ำตาลสูงหรือ ต่ำมากเกินไปจนภาวะปกติ การมีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ในหน่วยบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชน การเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง จะช่วยป้องกัน /ลด การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเฉียบพลันจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ และเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชน

มิติด้านคุณภาพ

เครื่องมือวัดสะท้อนการเข้าถึง/ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

แนวทางการประเมิน

สูตรคำนวณ

อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน

= จำนวนครั้งผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน

x 100,000

ประชากร UC ในความดูแลของหน่วยบริการ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

ตัวตั้ง = จำนวนครั้งผู้ป่วยใน อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่กำหนดโดยการให้รหัส ICD-10 ระบุดังนี้

- โรคหลัก principal diagnosis (pdx) = E100-E101 หรือ E110-E111 หรือ E120-E121 หรือ E130-E131 หรือ E140-E141 หรือ E160
- โรคหลัก principal diagnosis (pdx) = E162 และโรคร่วม Secondary diagnosis1-12 = E109 หรือ E119 หรือ E129 หรือ E139 หรือ E149

แหล่งข้อมูลตัวตั้ง ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ นับจำนวนตามหน่วยบริการต้นสังกัด
ผลงาน 12 เดือน (1 เม.ย. 2552 - 31 มี.ค. 2553)

ตัวหาร = จำนวนประชากรUCอายุ15 ปีขึ้นไป tinggalทะเบียนอยู่ในความดูแลของหน่วยบริการ

แหล่งข้อมูลตัวหาร ฐานข้อมูลประชากรลงทะเบียนสิทธิ UC สปสช.

วิธีการ

1. คำนวณตัวชี้วัดของหน่วยบริการประจำและรายหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้
 - 1.1 ดึงข้อมูลผู้ป่วยในที่จำหน่ายตามรหัสโรค (ICD-10) ที่กำหนดในสูตรคำนวณ จากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย
 - 1.2 นำรหัสประจำตัวผู้ป่วย (PID) ตามเงื่อนไข ข้อ 1.1 ไปเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลการลงทะเบียนประชาชน เพื่อหาว่ามาจากรหัสหน่วยบริการประจำใด และมาจากหน่วยปฐมภูมิใด แล้วนับจำนวนครั้งผู้ป่วย รายหน่วยบริการประจำ และ รายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อนำไปเป็นตัวตั้ง
 - 1.3 ดึงข้อมูลจำนวนประชากรลงทะเบียนสิทธิ UC รายหน่วยบริการประจำ และรายหน่วยปฐมภูมิ เพื่อนำไปใช้เป็นตัวหารในการคำนวณตามตัวชี้วัด
2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัดตามข้อ 1 มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) กลุ่มละ 20 % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขตพื้นที่ และคิดคะแนนภาพรวมของหน่วยประจำ และคะแนนรายหน่วยปฐมภูมิ

ตาราง 2 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของอัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวานของหน่วยบริการประจำ ในภาพรวมของประเทศจากข้อมูลของปี 2551

อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน ต่อ 100,000 ปชก.	คะแนนที่ได้
≥ 127.71	1
85.38 - 124.60	2
61.74 - 85.30	3
35.76 - 61.62	4
< 35.76	5

ตาราง 3 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของอัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวานของหน่วยปฐมภูมิ ในภาพรวมของประเทศ จากข้อมูลปี 2551

อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน ต่อ 100,000 ปชก.	คะแนนที่ได้
≥ 167.28	1
108.37 – 167.27	2
74.46 – 108.34	3
43.73 – 71.43	4
< 43.73	5

เกณฑ์ 3 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

เหตุผลความจำเป็น

โรคความดันโลหิตสูง(Hypertension)เป็นภาวะทางการแพทย์อย่างหนึ่ง โดยตรวจพบความดันโลหิตอยู่ภาวะสูงกว่าปกติเรื้อรังเป็นเวลานาน การที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหัวใจ โรคไตวาย เส้นเลือดแดงโป่งพอง อัมพาต โดยทั่วไปคนส่วนใหญ่ยังไม่รู้ตัวว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งจะไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเนื่องจากไม่มีอาการแสดง และจะเริ่มรู้เมื่อมีภาวะแทรกซ้อน สาเหตุของภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงคือ

1. หัวใจทำงานหนักขึ้นทำให้ผนังหัวใจหนาถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องผนังหัวใจจะยืดออกและเสียหน้าที่ทำให้หัวใจโตและหัวใจวายในที่สุด
2. อาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก ทำให้เป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้ ถ้าเป็นเรื้อรังอาจกลายเป็นโรคความจำเสื่อม สมาธิลดลง
3. เลือดอาจไปเลี้ยงหัวใจไม่พอเนื่องจากหลอดเลือดเสื่อมทำให้ไตวายเรื้อรังและภาวะไตวายจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
4. หลอดเลือดแดงในตาจะเสื่อมลงช้าๆอาจทำให้มีเลือดที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อยๆจนตาบอด

การมีระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมและต่อเนื่องในหน่วยบริการและบริการเชิงรุกในชุมชน การเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง จะช่วยป้องกัน /ลด การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ และเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชน

มิติด้านคุณภาพ

เครื่องชี้วัดสะท้อนการเข้าถึง/ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

แนวทางการประเมิน

สูตรคำนวณ

อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

$$= \frac{\text{จำนวนครั้งผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูง หรือ ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง}}{\text{ประชากร UC ในความดูแลของหน่วยบริการ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป}} \times 100,000$$

ตัวตั้ง = จำนวนครั้งผู้ป่วยใน อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่จำหน่ายโดยการให้รหัส ICD-10 ระบุดังนี้

1. โรคหลัก principal diagnosis (pdx) = I10-I15
2. โรคหลัก principal diagnosis (pdx) = I600-I699 และโรคร่วม secondary diagnosis (sdx) 1-12 = I10-I15 ยกเว้น sdx 1-12 ที่เป็นรหัส trauma

แหล่งข้อมูลตัวตั้ง ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ นับจำนวนตามหน่วยบริการต้นสังกัด ผลงาน 12 เดือน (1 เม.ย. 2552 - 31 มี.ค. 2553)

ตัวหาร = จำนวนประชากร UC อายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่ลงทะเบียนอยู่ในความดูแลของหน่วยบริการ

แหล่งข้อมูลตัวหาร ฐานข้อมูลประชากรลงทะเบียนสิทธิ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน

วิธีการ

1. คำนวณตัวชี้วัดของหน่วยบริการประจำและรายหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้
 - 1.1 ดึงข้อมูลผู้ป่วยใน ที่จำหน่ายตามรหัสโรค (ICD-10) ที่กำหนดในสูตรคำนวณ จากข้อมูลฐานข้อมูลการเบิกจ่าย
 - 1.2 นำรหัสประจำตัวผู้ป่วย (PID) ที่ถูกดึงมาตามเงื่อนไข ข้อ 1.1 ไปเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลการลงทะเบียนประชาชน เพื่อหาว่ามาจากรหัสหน่วยบริการประจำใด และมาจากหน่วยปฐมภูมิใด แล้วนับสรุปจำนวนครั้งผู้ป่วย รายหน่วยบริการประจำ และ รายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อนำไปเป็นตัวตั้ง
 - 1.3 ดึงข้อมูลจำนวนประชากรลงทะเบียนสิทธิ UC รายหน่วยบริการประจำ และรายหน่วยปฐมภูมิ เพื่อนำไปใช้เป็นตัวหารในการคำนวณตามตัวชี้วัด

2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัดตามข้อ 1 มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) กลุ่มละ 20 % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขตพื้นที่ และคิดคะแนนภาพรวมของหน่วยประจำ และคะแนนรายหน่วยปฐมภูมิ

ตาราง 4 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของอัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง รายหน่วยบริการประจำ ภาพรวมของประเทศจากข้อมูลของปี 2551

อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ต่อ 100,000 ปชก	คะแนนที่ได้
≥ 310.63	1
230.65 - 308.81	2
177.49 - 230.55	3
126.08 - 177.24	4
<126.08	5

ตาราง 5 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของอัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง รายหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาพรวมของประเทศจากข้อมูลของปี 2551

อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ต่อ 100,000 ปชก	คะแนนที่ได้
≥ 556.92	1
384.43 - 556.72	2
265.60 - 384.25	3
164.00 - 265.43	4
<164.00	5

เกณฑ์ 4 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคหืด

เหตุผล ความจำเป็น

โรคหืด เป็นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดลมอย่างรุนแรง ทำให้หลอดลมตีบ มีเสมหะออกมาหายใจลำบากโดยเฉพาะหายใจออก หนึ่อยเวลาหายใจ หากเป็นมากจะหนึ่อยจนไม่สามารถหายใจเข้า ออก ได้จนทำให้ถึงขั้นเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการควรรีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีเพราะโรคนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน อาจทำให้หัวใจล้มเหลวได้ ซึ่งโรคหืดเป็นสาเหตุประการหนึ่งในการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลและห้องฉุกเฉิน โดยส่วนใหญ่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลระดับปฐมภูมิที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการ และการบริการเชิงรุกในชุมชน การเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง จะช่วยป้องกัน /ลด การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการโรคหืด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. เพื่อลดอัตราป่วยตายด้วยโรคหืด
3. เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดสะท้อนการเข้าถึง/ได้รับการบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

แนวทางการประเมิน

สูตรคำนวณ

อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคหืด

$$= \frac{\text{จำนวนครั้งผู้ป่วยในที่รับเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหืดทุกกลุ่มอายุ} \times 100,000}{\text{จำนวนประชากร UC ทุกกลุ่มอายุในพื้นที่รับผิดชอบ}}$$

ตัวตั้ง = จำนวนครั้งผู้ป่วยใน ที่จำหน่าย โดยการให้รหัส ICD-10 ระบุโรคหลักว่าเป็นโรคหืด principal diagnosis (pdx) = J450-J459 หรือ J46 ทุกกลุ่มอายุ

ยกเว้น : ผู้ป่วย pregnancy

แหล่งข้อมูลตัวตั้ง ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ นับจำนวนตามหน่วยบริการต้นสังกัด
ผลงาน 12 เดือน (1 เม.ย. 2552 - 31 มี.ค. 2553)

ตัวหาร = จำนวนประชากร UC ทุกกลุ่มอายุทั้งหมดที่ลงทะเบียนอยู่ในความดูแลของหน่วยบริการ

แหล่งข้อมูลตัวหาร ฐานข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการ

1. คำนวณตัวชี้วัดของหน่วยบริการประจำและรายหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้
 - 1.1 ดึงข้อมูลผู้ป่วยในที่จำหน่ายตามรหัสโรค (ICD-10) ที่กำหนดในสูตรคำนวณ จากข้อมูลฐานข้อมูลการเบิกจ่าย
 - 1.2 นำรหัสประจำตัวผู้ป่วย (PID) ที่ถูกดึงมาตามเงื่อนไข ข้อ 1.1 ไปเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลการลงทะเบียนประชาชน เพื่อหาว่ามาจากระบบหน่วยบริการประจำใด และจากหน่วยปฐมภูมิใด แล้วนับสรุปจำนวนครั้งผู้ป่วย รายหน่วยบริการประจำ และ รายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อนำไปเป็นตัวตั้ง
 - 1.3 ดึงข้อมูลจำนวนประชากรลงทะเบียนสิทธิ UC รายหน่วยบริการประจำ และรายหน่วยปฐมภูมิ เพื่อนำไปใช้เป็นตัวหารในการคำนวณตามตัวชี้วัด
2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัดตามข้อ 1 มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) กลุ่มละ 20 % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขตพื้นที่ และคิดคะแนนภาพรวมของหน่วยประจำ และคะแนนรายหน่วยปฐมภูมิ

ตาราง 6 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของอัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคหืด รายหน่วยบริการประจำ ภาพรวมของประเทศจาก ข้อมูลของปี 2551

อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคหืด ต่อ 100,000 ปชก.	คะแนนที่ได้
≥ 224.11	1
160.14-222.85	2
117.86-159.83	3
81.47-117.67	4
< 81.45	5

ตาราง 7 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของอัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคหืด รายหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาพรวมของประเทศจาก ข้อมูลของปี 2551

อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคหืด ต่อ 100,000 ปชก.	คะแนนที่ได้
≥ 256.22	1
179.13-256.15	2
107.09-162.29	3
72.46-107.07	4
< 64.02	5

เกณฑ์ 5 อัตราป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามรายใหม่

เหตุผล ความจำเป็น

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงไทยและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของผู้หญิง ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งชีวิตและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะแรกของโรคมะเร็งปากมดลูกและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจึงเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นหนึ่งในการตรวจสุขภาพที่ได้รับการแนะนำให้ตามแนวทางการตรวจสุขภาพประชาชนผู้หญิงทั่วไป ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกหญิงไทยตามกลุ่มอายุเป้าหมายต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างครอบคลุมทั่วถึงและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จึงจะสามารถลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามและลดอัตราป่วยตายด้วยมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ในการบริการปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดสะท้อนการเข้าถึง/ได้รับการบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

แนวทางการประเมิน

สูตรคำนวณ

อัตราป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามรายใหม่

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยใน UC (คน) ที่รับไว้รักษาด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามรายใหม่} \times 100,000}{\text{จำนวนประชากรสิทธิ UC เพศหญิง ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี}}$$

ตัวตั้ง = จำนวนผู้ป่วยใน ที่จำหน่ายโดยการให้รหัส ICD-10 ระบุโรคหลักว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม(invasive CA cervix) รายใหม่ (principal diagnosis :pdx = C53)

แหล่งข้อมูลตัวตั้ง ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ นับจำนวนตามหน่วยบริการต้นสังกัด ผลงาน 12 เดือน (1 เมษายน 2552 - 31 มีนาคม 2553)

ตัวหาร = จำนวนประชากร UC เพศหญิงอายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่ลงทะเบียน

แหล่งข้อมูลตัวหาร ฐานข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการ

1. คำนวณตัวชี้วัดรายจังหวัด ดังนี้

1.1 ดึงข้อมูลผู้ป่วยที่จำหน่ายตามรหัสโรค (ICD-10) เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (C53)

จากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย ในช่วงเวลา 1 เมษายน 2552 - 31 มีนาคม 2553

1.2 นำข้อมูลรหัสประจำตัวผู้ป่วย (PID) ที่ถูกดึงมาตามเงื่อนไข ข้อ 1.1 ไปตรวจสอบกับ

ฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก รายเก่าทั้งหมดที่รวบรวมจากผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาในหน่วยบริการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2548 จนถึง 31 มีนาคม 2552 จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายของสปสช. แล้วนับสรุปจำนวนผู้ป่วย เฉพาะที่ตรวจสอบพบว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ที่ไม่พบว่าเคยได้รับการรักษาในระบบมาก่อน โดยสรุปเป็นตัวเลขรายจังหวัด แล้วนำไปเป็นตัวตั้ง

1.3 ดึงข้อมูลจำนวนประชากรลงทะเบียนสิทธิ UC เพศหญิงอายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่ลงทะเบียนรายจังหวัด เพื่อนำไปใช้เป็นตัวหารในการคำนวณตามตัวชี้วัด

2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัดตามข้อ 1 มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) กลุ่มละ 20 % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด **ภายในแต่ละเขตพื้นที่** และคิดคะแนนภาพรวมของจังหวัด หน่วยบริการประจำในจังหวัดเดียวกันจะได้คะแนนเท่ากันทั้งจังหวัด

ตาราง 8 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของอัตราผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามรายใหม่ รายจังหวัด จากข้อมูลของปี 2551

อัตราผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามรายใหม่ ต่อ 100,000 ปชก. 35 ปีขึ้นไป	คะแนนที่ได้
≥ 60.41	1
51.71-59.73	2
43.98-51.69	3
29.86-42.75	4
< 29.86	5

เกณฑ์ 6 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

เหตุผล ความจำเป็น

น้ำหนักของทารกแรกเกิด เป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการเจริญเติบโต และการมีชีวิตรอดของทารก ทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low birth weight, LBW) จะส่งผลต่อ

- ทารกแรกเกิดเอง ก็มีความเสี่ยงต่อการตายปริกำเนิด การตายในระยะขวบปีแรกของชีวิต และ ยังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ภาวะทุพโภชนาการ พัฒนาการล่าช้าในทุกด้าน ส่วนด้านการเรียนก็อาจมี ผลให้เรียนไม่ทันเพื่อน

- เป็นภาระต่อครอบครัว และสังคมในอนาคต

- หน่วยบริการเกิดภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ประกอบกับศักยภาพของแต่ละหน่วยบริการมีจำกัด ส่งผลให้มีปัญหาด้านการปฏิเสธการรักษาพยาบาลเด็กทารกเหล่านี้

ทั้งนี้ ปัจจัยหรืออิทธิพลที่มีผลต่อ การเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า คือปัจจัย ด้านชีวภาพของแม่ ได้แก่ อายุของหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ มีภาวะเสี่ยงจากการ ตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การไม่ฝากครรภ์ ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ การศึกษา รายได้ เป็นต้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 -2551 พบว่าอัตราทารก น้ำหนักน้อยเกินกว่าเป้าหมายที่ประเทศกำหนด⁽¹⁾ ในปีงบประมาณ 2553 จึงได้พิจารณานำตัวชี้วัด เรื่อง ทารกน้ำหนักน้อยมาเป็นเกณฑ์ในการประเมินเพื่อสะท้อนถึง Outcome ของการจัดบริการด้านอนามัยแม่ และเด็ก

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเพิ่มการเข้าถึงบริการฝากครรภ์คุณภาพ และเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลการ ตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด จนถึงระยะหลังคลอด รวมไปถึงการเตรียมพร้อมก่อนการตั้งครรภ์และ การลดอัตราการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น ของหน่วยบริการประจำและเครือข่ายปฐมภูมิ

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง /การได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

(1) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 หรือลดลงจากฐานข้อมูลเดิม ร้อยละ 0.5 ต่อปี (กรม อนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

แนวทางการประเมิน

สูตรคำนวณ

ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

$$= \frac{\text{จำนวนทารกแรกเกิดสิทธิ UC ที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม} \times 100}{\text{จำนวนทารกแรกเกิดมีสิทธิ UC ทั้งหมดในจังหวัด}}$$

ตัวตั้ง : จำนวนทารกแรกเกิดสิทธิ UC ที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม ทั้งหมดในจังหวัดที่ลงทะเบียนสิทธิ UC

ตัวหาร : จำนวนทารกแรกเกิดมีสิทธิ UC ทั้งหมดในจังหวัด

แหล่งข้อมูล **ฐานข้อมูลการแจ้งเกิด**

วิธีการ

1. คำนวณตัวชี้วัดรายจังหวัด ดังนี้

- 1.1 ดึงข้อมูลทารกแรกเกิดที่เป็นสิทธิ UC รายจังหวัด ที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัมจากข้อมูลฐานแจ้งเกิด ในช่วง 1 ม.ย. 52 – 30 มี.ค. 53 เพื่อนำไปเป็นตัวตั้ง
- 1.2 ดึงข้อมูลทารกแรกเกิดที่เป็นสิทธิ UC ทั้งหมดรายจังหวัดจากข้อมูลฐานแจ้งเกิด ในช่วง 1 ม.ย. 52 – 30 มี.ค. 53 เพื่อนำไปเป็นตัวหาร

2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัดข้อ 1 มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) กลุ่มละ 20 % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขตพื้นที่ และคิดคะแนนภาพรวมของจังหวัด หน่วยบริการประจำในจังหวัดเดียวกันจะได้คะแนนเท่ากันทั้งจังหวัด

ตาราง 9 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยรายจังหวัด จากข้อมูลของปี 2551

ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย	คะแนนที่ได้
≥ 9.950	1
9.206 - 9.948	2
8.764 - 9.195	3
8.004 - 8.756	4
< 7.989	5

เกณฑ์ 7 การเข้าถึงบริการทันตกรรมและงานทันตสาธารณสุขที่จำเป็น

เหตุผล ความจำเป็น

จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติทุก 5 ปี พบว่าโรคฟันผุมีแนวโน้มปัญหาในระดับสูง ถือเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ปี 2550 กลุ่มเด็กอายุ 3 ปีมีปัญหาฟันผุร้อยละ 61.4 และกลุ่มอายุ 12 ปีมีปัญหาฟันผุร้อยละ 56.8 โดยแนวโน้มปัญหาฟันผุของเด็กในเขตชนบทสูงขึ้น ขณะที่ปัญหาของเด็กในเขตเมืองกลับลดลงอย่างชัดเจน สาเหตุหลักที่ทำให้เด็กมีฟันน้ำนมผุเร็ว และผุมาก เนื่องจากการกินนมที่ไม่เหมาะสม การกินอาหารแป้งและน้ำตาลบ่อยๆ การไม่ทำความสะอาดช่องปาก และการไม่ได้รับบริการด้านการป้องกันอย่างทันกาล จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ ได้ประเมินผลการจัดกิจกรรมสำหรับแม่และเด็ก ของสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2546 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีได้รับการตรวจฟันร้อยละ 26.9 เด็กที่ตรวจฟันได้รับบริการทันตกรรมป้องกันเพียงร้อยละ 3.8 ผู้ปกครองเด็กได้รับการฝึกแปรงฟันร้อยละ 20.2 แสดงให้เห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก แม้มีการระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุมและชัดเจน ไม่ได้สร้างหลักประกันว่าเด็กจะได้รับบริการ การส่งเสริมป้องกันตามสิทธิที่ระบุ สภาพข้อเท็จจริงที่พบคือกลุ่มวัยนี้ได้รับบริการส่งเสริมป้องกันค่อนข้างต่ำ การจัดบริการไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกราย และขาดการให้บริการกิจกรรมหลักที่สำคัญ คือการบริการด้านการป้องกัน รวมทั้งไม่มีมาตรการเชิงรุกในชุมชนที่เป็นรูปธรรม แม้จะมีการจัดบริการบูรณาการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในงานคลินิกเด็กดี ซึ่งมีการดำเนินได้บางส่วนแต่เป็นการดำเนินการที่ยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึง แนวทางการแก้ไขปัญหานี้จึงต้องเน้นการจัดบริการส่งเสริมป้องกันอย่างเป็นระบบ ทั้งในสถานบริการทุกระดับและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน¹

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นให้เกิดบริการงานส่งเสริมทันตสุขภาพ และทันตกรรมป้องกันในพื้นที่
2. เพื่อพัฒนาหน่วยบริการให้มีระบบข้อมูลการบริการทันตกรรมและงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ที่สมบูรณ์

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง / การได้รับบริการทันตกรรมและงานทันตสาธารณสุขที่จำเป็น

(Accessibility and effective delivery of needed care)

1 คัดลอกจาก สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปากและข้อเสนอการพัฒนารายการเข้าถึงบริการของประชาชนไทย : ทพญ.สุณี วงศ์คาเทพ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

แนวทางการประเมิน

พิจารณาจากผลการให้บริการด้านทันตกรรม ร่วมกันใน 2 มุมมอง คือ

1. อัตราการใช้บริการทางทันตกรรม ต่อ 1,000 ประชากร
2. สัดส่วนการให้บริการทันตสาธารณสุข

1. อัตราการใช้บริการทันตกรรม ต่อ 1,000 ประชากร

เป็นการประเมินปริมาณการให้บริการของหน่วยบริการ และการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชากรUC

สูตรการคำนวณ

$$\begin{aligned} & \text{อัตราการใช้บริการทันตกรรม ต่อ 1,000 ประชากร} \\ &= \frac{\text{จำนวนครั้งการให้บริการทันตกรรมสิทธิ UC} \times 1,000}{\text{จำนวนประชากรUC ในพื้นที่รับผิดชอบ}} \end{aligned}$$

ตัวตั้ง : จำนวนครั้งของการบริการทันตกรรมรวมทั้งหมด(ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน)ของประชากรสิทธิUC ในพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรม ของหน่วยบริการประจำ และเครือข่าย (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ซึ่งให้บริการ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 ถึง มีนาคม 2553

ตัวหาร : จำนวนประชากรUC ในพื้นที่รับผิดชอบ

แหล่งข้อมูล

1. จากการรายงานในระบบข้อมูลสารสนเทศด้านทันตสาธารณสุข (สำหรับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)
2. จากการรายงานข้อมูลด้านทันตสาธารณสุขตามรูปแบบที่ สปสช.กำหนด (สำหรับหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

2. สัดส่วนการให้บริการทันตสาธารณสุข

เป็นการประเมินถึงสัดส่วนการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน เทียบกับการให้บริการทางด้านการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งต้องการให้เกิดการเน้นหนักการจัดบริการส่งเสริมป้องกันอย่างเป็นระบบ ทั้งในสถานบริการทุกระดับและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุขได้

สูตรการคำนวณ

$$\begin{aligned} & \text{สัดส่วนการให้บริการทันตสาธารณสุข} \\ &= \frac{\text{จำนวนครั้งการให้บริการงานส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน}}{\text{จำนวนครั้งการให้บริการงานรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน}} \end{aligned}$$

ตัวตั้ง = ผลรวมของจำนวนครั้งการให้บริการงานส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน
ของประชากรสิทธิUC ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรม ของหน่วยบริการประจำ และเครือข่ายหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ ซึ่งให้บริการ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 ถึง มีนาคม 2553

ตัวหาร = ผลรวมของจำนวนครั้งการให้บริการงานรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน ของหน่วย
บริการในช่วงเวลาเดียวกัน

แหล่งข้อมูล

1. จากการรายงานในระบบข้อมูลสารสนเทศด้านทันตสาธารณสุข (สำหรับหน่วยบริการใน
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข)
2. จากการรายงานข้อมูลด้านทันตสาธารณสุขตามรูปแบบที่ สปสช.กำหนด (สำหรับหน่วย
บริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

วิธีการ นำผลการคำนวณจากข้อ 1 และ ข้อ 2 มาพิจารณาคะแนนตามตาราง

ตาราง 10 การให้คะแนนของเกณฑ์การเข้าถึงบริการทันตกรรมและงานทันตสาธารณสุขที่จำเป็น

		สัดส่วนการให้บริการงานทันตสาธารณสุข		
		< mean-0.5SD	=Mean $\pm$ 0.5 SD	> mean+0.5SD
อัตราการใช้บริการทันตกรรม ต่อ 1,000 ประชากร	> mean+0.5SD	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	=Mean + 0.5 SD	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
	< mean-0.5SD	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน

กรณีข้อมูลส่วนใด ส่วนหนึ่งเป็น 0 จะได้คะแนนเป็น 0

หมายเหตุ

1. ข้อมูลงานส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน หมายถึง การให้บริการในกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม และ 5 ประเภทงาน ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพทันตกรรมป้องกัน
- 2) เด็กอายุ 0-2 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 2 ปี 11 เดือน 29 วัน
- 3) เด็กอายุ 3-5 ปี หมายถึง เด็กอายุ 3 ปีบริบูรณ์ ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
- 4) เด็กอายุ 6-14 ปี หมายถึง เด็กอายุ 6 ปีบริบูรณ์ ถึงอายุ 14 ปี 11 เดือน 29 วัน

ประเภทงาน 5 ประเภท ได้แก่

- 1) ตรวจสุขภาพช่องปาก (ครั้ง) หมายถึง การตรวจวินิจฉัยสภาพในช่องปากทั้งปาก แนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้โภชนาการที่ถูกต้องตามวัย และลงบันทึกประวัติ
 - 2) Sealant (ครั้ง) หมายถึง การเคลือบหลุมร่องฟัน ในกลุ่มเด็กอายุ 6-14 ปี
 - 3) ฟลูออไรด์ (ครั้ง) หมายถึง การเคลือบฟันทั้งปากด้วยสารฟลูออไรด์ (ทั้ง varnish และ gel) ในทุกกลุ่มเป้าหมายข้างต้น
 - 4) PRR (ครั้ง) หมายถึง การทำ Preventive Resin Restoration ในกลุ่มเด็กอายุ 6-14 ปี
 - 5) ทำความสะอาดช่องปาก (prophylaxis) (ครั้ง) หมายถึง การขัดฟันทั้งปาก และ/หรือ การใช้เส้นไหมขัดฟัน(Flossing) ในผู้มารับบริการ เป็นการทำความสะอาดฟันเพื่อขจัดแผ่นคราบฟัน (plaque) ไม่รวม polishing ภายหลังการอุดหินปูน
2. ข้อมูลงานรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน หมายถึง การให้บริการใน 3 ประเภทงาน ดังนี้
 - 1) ถอนฟัน (ครั้ง) หมายถึง การถอนฟันแท้หรือฟันน้ำนมโดยปกติทั่วไป การถอนฟันที่ยากหรือมีปัญหา การถอนฟันที่ต้องใช้เครื่องกรอตัดกระดูก หรือการตัดแบ่งรากฟัน
 - 2) อุดฟัน (ครั้ง) หมายถึง งานบูรณะฟันในลักษณะ class I, II, III, IV, V ด้วยวัสดุอุดฟันทุกชนิด รวมทั้งการใช้เทคนิคพิเศษต่าง ๆ เช่น การปัก pin, การทำ amalgam bonding เป็นต้น
 - 3) ชุดหินปูนทั้งปาก (ครั้ง) หมายถึง งานชุดหินน้ำลาย และการขัดทำความสะอาดฟัน

- ครั้ง หมายถึง จำนวนครั้งของผู้รับบริการด้านทันตสุขภาพในแต่ละประเภทงานที่ทำ

- ข้อมูลบริการทุกประเภท ให้นับรวมบริการทั้งในหน่วยบริการ ในโรงเรียน และในชุมชนโดยต้องมีบันทึกผลงานบริการที่สามารถตรวจสอบได้จากแหล่งใด แหล่งหนึ่ง เช่น OPD card , สมุดสุขภาพนักเรียน (สมุดเหลือง) ทั้งนี้ ห้ามนับซ้ำข้อมูลบริการที่เกิดจากบริการในครั้งเดียวกันที่อาจมีบันทึกผลงานมากกว่า 1 แห่ง

- ข้อมูลที่ใช้ประเมินจะกรองเฉพาะข้อมูลที่ผ่านการตรวจคุณภาพข้อมูลจากสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ หรือจากการสุ่มตรวจจากค่าที่ผิดปกติ แล้วเท่านั้น

เกณฑ์ /เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการ ของ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อและวิธีการประเมินคุณภาพ

เกณฑ์ 1 เกณฑ์ผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

เหตุผล ความจำเป็น

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 50(3) กำหนดมาตรการส่งเสริมมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการสาธารณสุขตาม พรบ.นี้ ได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานโดยความเสมอภาค การประเมินผลสำเร็จของการพัฒนาและยืนยันศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการในการให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานเป็นที่ยอมรับตามเกณฑ์มาตรฐาน อันได้แก่ Hospital Accreditation (HA), Health Promoting Hospital (HPH), HNQA, Thailand Quality Class (TQC) ดังนั้นจึงควรมีการเสริมแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่ความมั่นใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพตามระบบมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ อย่างต่อเนื่อง

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนมาตรฐานและธรรมาภิบาลของหน่วยบริการ (Standards and Good governance)

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน

พิจารณาจากข้อมูลผลคะแนนคุณภาพ(final score) หรือขั้นการรับรองคุณภาพ จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2553

เกณฑ์ 2 อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

เหตุผล ความจำเป็น

เวชระเบียนผู้ป่วย เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการ เพื่อใช้ในการติดตาม ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ การบันทึกเวชระเบียนจึงจำเป็นต้องมีความสมบูรณ์และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนี้เวชระเบียนยังเป็นเอกสารสำคัญเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และเป็นหลักฐานทางการเบิกจ่าย หลักฐานทางกฎหมาย ในกรณีเกิดการฟ้องร้อง หน่วยบริการจึงควรให้ความสำคัญในการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์

- 1. เพื่อกระตุ้นให้เกิดระบบการบันทึกเวชระเบียนอย่างสมบูรณ์ ตามมาตรฐาน
- 2. เพื่อให้หน่วยบริการมีข้อมูลใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนมาตรฐานและธรรมาภิบาลของหน่วยบริการ (Standards and Good governance)

แนวทางการประเมิน

สูตรการคำนวณ

อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน

=

ผลรวมคะแนนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนที่ตรวจได้ของหน่วยบริการ

ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนของหน่วยบริการ

x 100

ตัวตั้ง = ผลรวมของคะแนนที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนทุกฉบับที่ได้รับการสุ่มตรวจ

ตัวหาร = ผลรวมคะแนนเต็มความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียนตามหัวข้อที่ตรวจของแต่ละแฟ้มรวม ทุกแฟ้ม

วิธีการ

หน่วยบริการดำเนินการตามกิจกรรมคุณภาพในการทบทวนเวชระเบียน ตามแบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สปสช. จากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่รับไว้ในอนโรงพยาบาลตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2552 ถึงเดือนมีนาคม 2553 จำนวนร้อยละ 1 ของจำนวนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2552 โดยให้ครอบคลุมอย่างน้อย 4 สาขา คือ สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม (ยกเว้นกรณีที่ไม่มีผู้ป่วย) ผลการทบทวนดังกล่าว หน่วยบริการ

นำไปใช้วิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนา และส่งผลให้สปสข.สาขาเขตพื้นที่ ในรูปอิเล็กทรอนิกส์ตาม
โปรแกรมที่จัดเตรียมไว้เพื่อนำมาคำนวณคะแนน ตามเกณฑ์คุณภาพ

การให้คะแนน

ตาราง 12 การให้คะแนนของเกณฑ์อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน

อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน (ร้อยละ)	คะแนนที่ได้
>85	5
>75-85	4
>65-75	3
>55-65	2
>45-55	1
<=45	0

แบบตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Medical Record Audit Form IPD)

Medical record audit of(Hospital name) HN..... AN..... Date admitted..... Date discharged

การบันทึก: กรณีที่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ “1”

กรณีที่ไม่มีการบันทึกผ่านเกณฑ์ในแต่ละข้อ ให้ “0”

กรณีที่จำเป็นต้องมีเอกสารใน Content ใดๆ เนื่องจากไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้กากบาท ในช่อง “NA” กรณีมีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารฉบับนั้น ให้ กากบาทในช่อง “NO”

กรณีไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบ หรือหายไปบางส่วน ให้กากบาทในช่อง “Missing”

Content of medical record	NA	Missing	No	เกณฑ์ ข้อ 1	เกณฑ์ ข้อ 2	เกณฑ์ ข้อ 3	เกณฑ์ ข้อ 4	เกณฑ์ ข้อ 5	เกณฑ์ ข้อ 6	เกณฑ์ ข้อ 7	เกณฑ์ ข้อ 8	เกณฑ์ ข้อ 9	หัก คะแนน	รวม คะแนน	หมายเหตุ
Discharge summary : Dx., OP.															
Discharge summary : Other															
Informed consent															
History															
Physical exam															
Progress note															
Consultation record															
Anesthetic record															
Operative note															
Labour record															
Rehabilitation record															
Nurse's note helpful															

Full score รวม.....คะแนน (ไม่น้อยกว่า 63 คะแนน) Sum score ร้อยละ

Overall finding (...) การจัดเรียงเวชระเบียนไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

(...) เอกสารบางแผ่น ไม่มีชื่อผู้รับบริการ, HN, AN ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า เอกสารแผ่นนี้เป็นของใคร จึงไม่สามารถทบทวนเอกสารแผ่นนั้นได้

เลือกได้เพียง 1 ข้อ (...) Documentation inadequate for meaningful review (ข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวน)(...) No significant medical record issue identified (ไม่มีปัญหาสำคัญจากการทบทวน)

(...) Certain issues in question specify (มีปัญหาจากการทบทวนที่ต้องค้นต่อ ระบุ.....)

สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Audit by.....

Audit Date...../...../.....

เกณฑ์ 3 คุณภาพการใช้ยาในโรงพยาบาล

เหตุผล ความจำเป็น

จากการประชุมองค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนมีนาคม 2545 (WHO : 2002) องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด โดยได้มีการกำหนดกิจกรรมปฏิบัติด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจะได้รับความปลอดภัยในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล และเรื่องยาเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งที่จะต้องปฏิบัติให้ได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่าประมาณ 10% ของประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการในประเทศอุตสาหกรรมต้องทนทุกข์ทรมานกับอันตรายและอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ จากการเข้ารับบริการ (Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. BMJ 2001; 322:517-9) จากการศึกษาอย่างกว้างขวางในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในอัตราร้อยละ 4-17 (Brennan et al 1991 ; 324 : 370-376) (Wilson et al 1995 ; 163 : 458-471) นำมาซึ่งความสูญพลภาพทั้งระยะสั้นและถาวร รวมทั้งการสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการประมาณการว่าแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตกว่า 44,000 คน จากความผิดพลาดในการดูแลรักษาของโรงพยาบาลทำให้ประเทศต้องสูญเสียเงินกว่า 37,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ทั้งนี้ยังมีความสูญเสียทางจิตใจและสังคม ซึ่งไม่อาจประเมินค่าได้อีกมาก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดพลาดที่เกี่ยวกับการใช้ยา และกว่าร้อยละ 50 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากความผิดพลาดของระบบที่สามารถป้องกันได้ (QuIC : 2000)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประเทศไทย ได้กำหนด Medication Safety Goals 2006 โดยมีเป้าหมาย เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา โดยให้ความสำคัญในการ ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรง ซึ่งจะครอบคลุม กลุ่มยาที่ต้องระมัดระวังสูง การแพ้ยาซ้ำที่มีผลกระทบรุนแรง ผลข้างเคียงจากยาที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยระยะยาว

ในปี 2007 The Joint Commission's Board of Commissioners ได้มีการประกาศรับรอง 2007 National Patient Safety Goals ได้กำหนดเรื่องที่เกี่ยวข้องกับยาโดยเฉพาะไว้ที่ Goal 3 ดังนี้ “ Improve the safety of using medications ” นอกจากการกำหนดในเรื่องการระบุตัวผู้ป่วย การสื่อสารระหว่างสหสาขา และอื่น ๆ เพื่อให้ประเทศต่าง ๆ มีการพัฒนาระบบในการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

การกำหนดให้ความปลอดภัยในระบบยาเป็นตัวชี้วัดหนึ่ง ในตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการของหน่วยบริการ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้หน่วยบริการมีความสนใจและหาแนวทางป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา รวมทั้งการประเมินการใช้ยาในรายการที่มีความจำเป็น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยบริการมีระบบการป้องกัน ติดตามเฝ้าระวัง ประเมินการ用药 เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจากยา

มิติคุณภาพ

เครื่องมือวัดที่สะท้อนความปลอดภัยในการรับบริการ (Safety)

แนวทางการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน แบ่งออกเป็น 4 ส่วนหลัก คือ

1. เกณฑ์การประเมินระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา (pharmacovigilance) ประกอบด้วย
 - 1.1 การประเมินเชิงระบบ คะแนนเต็ม 5
 - 1.2 การประเมินผลการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (AE) คะแนนเต็ม 5
2. เกณฑ์การดำเนินงานด้าน ยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drug) คะแนนเต็ม 5
3. เกณฑ์การดำเนินงานด้านการกำกับประเมินและตรวจสอบการ用药 (Drug Utilization Evaluation(DUE) / Drug Utilization Review (DUR)) คะแนนเต็ม 5
4. เกณฑ์การ用药ปฏิบัติอย่างสมเหตุสมผล คะแนนเต็ม 5

วิธีการ

1. หน่วยบริการทบทวนตนเองตามแบบทบทวนคุณภาพการ用药ในโรงพยาบาล ใน 4 เรื่อง คือ ข้อ 1 ข้อย่อย 1.1 และข้อ 2 - 4
2. หน่วยบริการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการ用药ที่พบ ต่อศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Health Product Vigilance Center: HPVC) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ ศูนย์ เฝ้าระวังฯ จะทำหน้าที่ประเมินผลรายงานที่ได้รับตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. นำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมารวมกัน เป็นคะแนนเต็ม 25 คะแนน จากนั้นปรับให้เป็นคะแนนตามสัดส่วนคะแนนเต็มตามที่กำหนดไว้ในแต่ละเขต โดยมีข้อแม้ว่าหากมีเกณฑ์ในข้อใดข้อหนึ่งเป็นศูนย์ ให้ถือว่าเกณฑ์ด้านคุณภาพการ用药 ได้คะแนนเป็นศูนย์

1. เกณฑ์การประเมินระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา (Pharmacovigilance)

การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions /events) เป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งของความเสียหายจากการบำบัดรักษา (Medical Injury) ซึ่งมีผลตั้งแต่การบาดเจ็บไปจนถึงการเสียชีวิตของผู้ป่วย และการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Adverse Drug Reactions / events) เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการติดตามดูแล เพื่อรับทราบอุบัติการณ์และใช้เป็นข้อมูลสะท้อนกลับที่นำไปสู่การวิเคราะห์สาเหตุและวิธีแก้ไขป้องกันภายในโรงพยาบาล การสร้างวัฒนธรรมเรื่องความปลอดภัย และสร้างความตื่นตัวในการพัฒนาระบบการรายงาน จึงควรสนับสนุนให้เกิดขึ้น

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน ประกอบด้วย 2 ส่วนหลักคือ

1.1 เกณฑ์การประเมินเชิงระบบ ดำเนินการโดยให้แต่ละหน่วยบริการประเมินตนเอง ผลการประเมินจำแนกออกเป็น ระดับ 1 – 5 ตามแบบทบทวนคุณภาพการ用药ในโรงพยาบาล ข้อ 1 ทั้งนี้หากทบทวนแล้วพบว่าเกณฑ์ข้อใดที่หน่วยบริการยังไม่ได้ดำเนินการให้เป็นตามข้อกำหนดของระดับ 1 ให้ถือว่าผลการประเมินของเกณฑ์ข้อนั้น เป็นระดับ 0

1.2 เกณฑ์การประเมินผลการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดำเนินการโดยศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยรายงานที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2553 จะเป็นรายงานที่ได้รับการบันทึกในฐานข้อมูลของศูนย์ฯ (ThaiVigibase) ระหว่าง วันที่ 1 เมษายน 2552- วันที่ 31 มีนาคม 2553 ที่มีคุณภาพตั้งแต่เกรด 1 ขึ้นไป และระยะเวลาตั้งแต่วันที่รายงานถึงวันศูนย์ฯ ได้รับและบันทึกในฐานข้อมูลไม่เกิน 1 ปี (365 วัน) โดยมีตัวชี้วัดและน้ำหนักที่ใช้ในการประเมินประกอบด้วย

1) จำนวนรายงาน	10%
2) คุณภาพรายงาน	50%
3) ระยะเวลาที่ส่งรายงาน	30%
4) รายงานที่ร้ายแรง	10%

โดยผลการประเมินแต่ละตัวชี้วัดจำแนกเป็น ระดับ 1 – 5 ตามเกณฑ์การประเมินผลการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ข้อย่อย 1.2 ทั้งนี้ ผลการประเมินจะประกาศ ณ เว็บไซต์ของศูนย์เฝ้าระวังฯ (www.fda.moph.go.th/vigilance) ภายในต้นเดือนมิถุนายน 2553

ตาราง 13 เกณฑ์การประเมินผลการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ข้อย่อย 1.2

เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การจัดระดับ				
	ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
1. จำนวนรายงาน (น้ำหนัก 10%) คือ ค่าเฉลี่ยของอัตราการรายงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (1) อัตราการรายงานผู้ป่วยนอก $= \frac{\text{จำนวนรายงาน AE ผู้ป่วยนอก} \times 10,000}{\text{จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอก}}$ (2) อัตราการรายงานผู้ป่วยใน $= \frac{\text{จำนวนรายงาน AE ผู้ป่วยใน} \times 10,000}{\text{จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน}}$ $\text{ค่าเฉลี่ยอัตราการรายงาน} = \frac{(1) + (2)}{2}$	≥ 5	4 - <5	3 - <4	2 - <3	< 2
2. คุณภาพรายงาน (น้ำหนัก 50%) คือ อัตราการรายงานที่มีคุณภาพ ≥ 2 $= \frac{\text{จำนวนรายงานที่มีคุณภาพ} \geq 2 \times 100}{\text{จำนวนรายงานทั้งหมดของโรงพยาบาล}}$	≥ 80	60-<80	40-<60	20-<40	<20
3. ระยะเวลาที่ส่งรายงาน (น้ำหนัก 30%) คือ ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการส่งรายงานของจำนวนรายงานทั้งหมด $= \frac{\text{ผลรวมของเวลาการในการส่งรายงานของรายงานทั้งหมด}}{\text{จำนวนรายงานทั้งหมดของโรงพยาบาล}}$	<120	120 - <180	180 - <240	240 - <300	≥ 300
4. รายงานที่ร้ายแรง (น้ำหนัก 10%) คือ สัดส่วนของserious AE $= \frac{\text{จำนวนรายงานที่เป็นserious AE} \times 100}{\text{จำนวนรายงานทั้งหมดของโรงพยาบาล}}$	≥ 20	15- <20	10- <15	5 - <10	<5

แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับของทางราชการโดยเฉพาะ)

ชนิดของรายงาน ☐ Spontaneous Reporting System ☐ Intensive ☐ Clinical Trial

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย						
เลขที่ผู้ป่วย ☐ HN ☐ AN	ประเภท ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยนอก	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	อายุ	เคยมีประวัติการแพ้หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....		
ชื่อ/นามสกุล		ข้าพช		ภาวะอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง (โปรดระบุ ICD code กรณีทราบ).....		
ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ						
ประเภทของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ☐ ยาวัตถุเสพติด ☐ ยาใหม่ (SMP) ☐ อาหาร ☐ เครื่องสำอาง ☐ เครื่องมือแพทย์ ☐ วัตถุอันตรายด้านสาธารณสุข						
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ชื่อสามัญ/ชื่อการค้า) (ระบุผู้ผลิต/ผู้นำเข้า/Lot No./Serial No./exp.date กรณีทราบ)		S, O I *	ขนาดและวิธีใช้ (ความแรง, ปริมาณ, หน่วย, ความถี่, วิธีใช้)	ว / ต / ป ที่เริ่มใช้	ว / ต / ป ที่หยุดใช้	โรคหรือสาเหตุที่ใช้ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ(ระบุ ICD CODE กรณีทราบ) แหล่งที่รับ ผลิตภัณฑ์ฯ (1 หรือ 2)
* S= Suspected product หมายถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัย, O= Other product หมายถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้ร่วม, I= Product Interaction หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกิดปฏิกิริยาร่วมกัน : หมายเหตุ ก.-=ไม่โรงพยาบาล >=นอกบ้าน ๗						
ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์						
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบ (Adverse Events)			ค่าความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจวิเคราะห์ ที่อาจเป็นผลมาจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สงสัย			
๗/๘/๙ ปีพบเหตุการณ์.....						
ระดับความรุนแรงของอาการ (Seriousness) ☐ ไม่ร้ายแรง (Non-serious) ☐ ร้ายแรง (Serious) คือ ☐ 1. เสียชีวิต Death (ระบุ ว/ต/ป)..... ☐ 2. อันตรายถึงชีวิต (Life-threatening) ☐ 3. ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น ☐ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization-initial) ☐ ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น (Hospitalization-prolonged) ☐ 4. พิการ (Disability) ☐ 5. เป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital anomaly)		การหวนกลับของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ☐ หยุดใช้ (Dechallenge) ☐ 1. อาการดีขึ้นอย่างชัดเจน (Definite improvement) ☐ 2. อาการไม่ดีขึ้น (No improvement) ☐ 3. ไม่ทราบ (Unknown) ☐ ใช้ผลิตภัณฑ์ฯ ที่สงสัยต่อไป ☐ 1. ใช้ต่อเนื่องจนดีขึ้น ☐ 2. ใช้ต่อเนื่องจนคงที่		☐ ทดลองใช้ซ้ำ (Rechallenge) ☐ 1. เกิดอาการเดิมซ้ำขึ้นอีก (Recurrence of symptoms) ☐ 2. ไม่เกิดอาการเดิมซ้ำขึ้น (No recurrence) ☐ 3. ไม่ทราบ (Unknown) ☐ ไม่มีการใช้ซ้ำ (No rechallenge performed)		ผลลัพธ์ (Outcome) ที่เกิิดขึ้นภายหลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ☐ 1. หายเป็นปกติโดยไม่มีร่องรอยเดิม ☐ 2. หายโดยมีร่องรอยเดิม ☐ 3. ยังมีอาการอยู่ ☐ 4. เสียชีวิต ☐ เนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ระบุ ICD code)..... ☐ เนื่องจากอาจเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ☐ เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ(ระบุสาเหตุ)..... ☐ 5. ไม่สามารถติดตามผลได้
ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงานและแหล่งที่รายงาน			ผลการประเมินผลิตภัณฑ์สุขภาพกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์			
ชื่อผู้ผลิต/จำหน่าย..... เป็น ☐ แพทย์ ☐ เภสัชกร ☐ พยาบาล ☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... ชื่อผู้ประเมิน/นักกายภาพ..... เป็น ☐ แพทย์ ☐ เภสัชกร ☐ พยาบาล ☐ อื่น ๆ (ระบุ)..... วันเดือนปีที่รายงาน..... แหล่งที่รายงาน..... จังหวัด.....			สาเหตุการเกิด ☐ 1.ADR : ระดับความน่าจะเป็น ☐ 1.1. ใช้อย่างแน่นอน (Certain) ☐ 1.2. น่าจะใช่ (Probable) ☐ 1.3. อาจใช่ (Possible) ☐ 1.4. ไม่น่าใช่ (Unlikely) ☐ 1.5. ไม่สามารถระบุระดับ (Unclassified) (ระบุเหตุผล)..... ☐ 2.อุบัติเหตุ/เข้าตัวตาย ☐ 3. ใช้อย่างที่ผิด ☐ 4. ความบกพร่องของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ☐ 5. อื่น ๆ (ระบุ).....			

อ้างอิงจาก ศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

2. เกณฑ์การดำเนินงานด้าน ยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drug)

ยาที่ต้องระมัดระวังสูง หมายความว่า ยาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงกับผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญหรือทำให้เสียชีวิตหากมีการใช้ผิดพลาด ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นกับผลิตภัณฑ์เหล่านี้อาจเกิดขึ้นทั้งบ่อยหรือไม่บ่อยนัก หากแต่ผลที่เกิดขึ้นตามมาจะก่อให้เกิดความสูญเสียที่มากกว่าอย่างชัดเจน ในการดำเนินการจัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูง สามารถวางระบบที่เปรียบเสมือนเป็นปราการป้องกันมิให้การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยหลุดลอดเป็นอุบัติเหตุ หรือหากหลุดลอดจนถึงผู้ป่วย ก็จะต้องมีการจัดการเชิงระบบเพื่อบรรเทาอาการรุนแรงของอุบัติการณ์ดังกล่าว ปราการป้องกันดังกล่าวประกอบด้วย การวางระบบเพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน การวางระบบเพื่อสร้างเงื่อนไขในการตรวจพบความคลาดเคลื่อน และการจัดการเพื่อลดความรุนแรงที่เกิดขึ้นตามมาของอุบัติการณ์

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน ตามผลการทบทวนและประเมินตนเองของแต่ละหน่วยบริการ ตามแบบทบทวนคุณภาพการให้ยาในโรงพยาบาล ข้อ 2 แบ่งออกเป็น ระดับ 1 – 5

3. การกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation(DUE) / Drug Utilization Review (DUR))

การกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา เป็นแนวทางการดำเนินงานที่จะสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพในการให้ยาของหน่วยบริการ บัญชียาหลักแห่งชาติได้กำหนดให้ยาในกลุ่มบัญชี ง. และบัญชี จ.(2) เป็นยาที่ต้องมีการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา เนื่องจากเป็นยาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรง หรือมีแนวโน้มที่จะมีการสั่งใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง หน่วยบริการจึงต้องจัดให้มีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยาในกลุ่มดังกล่าว

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน ตามผลการทบทวนและประเมินตนเองของแต่ละหน่วยบริการ ตามแบบทบทวนคุณภาพการให้ยาในโรงพยาบาล ข้อ 3 แบ่งออกเป็น ระดับ 1 – 5

ในกรณีที่หน่วยบริการไม่มียาในบัญชี ง. หรือ จ.2 ที่ถูกระบุให้มีการทำ DUE/DUR ให้หน่วยบริการพิจารณารายการยาในบัญชีที่สมควรทำการประเมิน

4. เกณฑ์ประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะ (antibiotics) อย่างสมเหตุสมผล สำหรับหน่วยบริการ

สถานการณ์การดื้อยาปฏิชีวนะในปัจจุบันพบว่า ประเทศไทยมีอัตราการดื้อยาสูงมาก และถือว่าเข้าขั้นวิกฤตในหมวดการใช้ยาทุกประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาปฏิชีวนะ ยังมีการใช้ยาปฏิชีวนะมาก หรือเกินความจำเป็นมากเท่าใด เชื้อก็ยิ่งดื้อยามากขึ้นเท่านั้น ทำให้ปัญหาการดื้อยาเป็นปัญหาของชุมชน และลุกลามไปสู่ระดับชาติ การกำหนดเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะในหน่วยบริการ จึงถือเป็นขั้นตอนการดูแลหรือมาตรการที่สำคัญอย่างหนึ่งในการควบคุมให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมและลดปัญหาการดื้อยาภายในประเทศ

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน ตามผลการทบทวนและประเมินตนเองของแต่ละหน่วยบริการ ตามแบบทบทวนคุณภาพการให้ยาในโรงพยาบาล ข้อ 4 แบ่งออกเป็น ระดับ 1 – 5

แบบทบทวนคุณภาพการใช้จ่ายในโรงพยาบาล

ชื่อหน่วยบริการ วันที่ทบทวน.....

1. เกณฑ์การประเมินระบบการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ระดับที่ได้

ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
พัฒนาอย่างยั่งยืน	ก้าวหน้า	พัฒนาการปฏิบัติ	เตรียมการ/เริ่มพัฒนา	เริ่มต้นสร้างความตระหนัก
ดำเนินการในระดับที่ 1,2,3 และ 4 ร่วมกับ 1. มีการดำเนินการเฝ้าระวังฯ ในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการดำเนินการอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อนี้ 2. มีการวิเคราะห์ปัญหาที่พบ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม 3. ไม่เกิดการแพ้ยาซ้ำเนื่องจากความบกพร่องของระบบของโรงพยาบาลในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา 4. มีการกำหนดรายการยาที่จะต้องเฝ้าระวังติดตาม AE แบบ Intensive Monitoring ที่ชัดเจน โดยเฉพาะในยาที่มีความเสี่ยงสูง และดำเนินการติดตามตามรายการยานั้น	ดำเนินการในระดับ 1, 2 และ 3 ร่วมกับ 1. มีการดำเนินการเฝ้าระวังติดตามเชิงรุก (Active surveillance) อย่างต่อเนื่องในรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือใช้มาก	ดำเนินการในระดับ 1 และ 2 ร่วมกับกิจกรรม ทุกข้อ ดังนี้ 1. มีการประเมิน Naranjo's algorithm, WHO criteria หรือระบบวิธีการประเมินอื่นโดยเภสัชกร 2. มีระบบการชักประวัติและติดตามผู้ป่วย กรณีมีการสั่งใช้ Antihistamine, Steroids หรือ Tracer agents ต่าง ๆ 3. มีการออกบัตรแพ้ยาให้ผู้ป่วย กรณีพบว่าการแพ้ยา และมีระบบการบันทึกประวัติการแพ้ยาในเวชระเบียนที่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน	ดำเนินการในระดับที่ 1 ร่วมกับกิจกรรมทุกข้อดังนี้ 1. PTC มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการดำเนินงาน ดำเนินงานเฝ้าระวังติดตามและรายงาน AE และมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด 2. มีระบบการติดตาม APR แบบ Spontaneous Reporting System 3. มีระบบการจัดการ AE ที่พบ ทุกราย	1. PTC มีนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนให้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาโดยการติดตามและรายงาน AE 2. มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักในการติดตามและรวบรวมรายงาน AE

2. เกณฑ์การดำเนินงานด้าน ยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drug)

ระดับที่ได้

ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
ดำเนินการในระดับที่ 1,2,3 และ 4 ร่วมกับกิจกรรม ทุกข้อ ดังนี้ - มีระบบให้ผู้ป่วยช่วยทวนสอบ เมื่อมีการใช้ยาในกลุ่มนี้ - มีความพร้อมหรือยาต้านพิษที่สำคัญสำหรับยากลุ่มนี้ - ไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาของยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) แก่ผู้ป่วยในรอบปีที่ผ่านมา - ไม่เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากลุ่มนี้ที่ทำให้ ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ยาวนานขึ้นในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา	ดำเนินการในระดับ 1, 2 และ 3 ร่วมกับกิจกรรม ทุกข้อ ดังนี้ - มีแหล่งข้อมูลพิชิตยา ระบบการประสานเพื่อขอความช่วยเหลือหรือส่งต่อ - มีระบบการจำกัดการเข้าถึงสำหรับยากลุ่มนี้ - มีการเก็บข้อมูลและรายงานผลความคลาดเคลื่อนทางยาของยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง	ดำเนินการในระดับ 1 และ 2 ร่วมกับกิจกรรม ทุกข้อ ดังนี้ - มีการลดความซ้ำซ้อนของขนาดและรูปแบบยากลุ่มนี้ - มีระบบการตรวจสอบอิสระสำหรับยากลุ่มนี้ (Double Independent Check) - มีระบบการถ่ายทอดคำสั่งที่ชัดเจนสำหรับยากลุ่มนี้ - มีระบบการจัดเก็บยากลุ่มนี้แยกจากยาอื่น ๆ ที่ชัดเจน	ดำเนินการในระดับที่ 1 ร่วมกับกิจกรรมทุกข้อดังนี้ - มีการจัดทำข้อมูลทางวิชาการและข้อมูลผู้ป่วยสำหรับยากลุ่มนี้ - มีแนวทางปฏิบัติงานและการสื่อสารสำหรับยากลุ่มนี้	มีการกำหนดนโยบาย/การจัดทำ High Alert Drug List ของโรงพยาบาล

3. เกณฑ์การประเมินและทบทวนการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation: DUE/ Drug Utilization Review: DUR)

เกณฑ์นี้ใช้สำหรับการประเมินและทบทวนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี ง และบัญชี จ(2) ที่มีใช้ในแต่ละโรงพยาบาล

ระดับที่ได้

ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
ความยั่งยืน (Maintenance Phase)	ประเมินผล (Evaluation Phase)	ลงมือปฏิบัติ (Action Phase)	การเตรียมการ (Preparation Phase)	ความตระหนัก (Comtemplation Phase)
ดำเนินการในระดับที่ 1, 2,3 และ 4 ร่วมกัน 1. มีการวิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการทำงาน และนำผลที่ได้มาปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม	ดำเนินการในระดับ 1, 2 และ 3 ร่วมกัน 1. มีผลการประเมินนำเสนอต่อคณะกรรมการ/ คณะทำงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนคณะกรรมการ PTC ที่ดูแลนโยบายด้านยาอย่างสม่ำเสมอและเป็นรูปธรรม	ดำเนินการในระดับ 1 และ 2 ร่วมกันกิจกรรม ทุกข้อ ดังนี้ 1. มีการประเมินการใช้ยาแบบ concurrent หรือทบทวนการใช้ยาแบบ retrospective DUR 2. มีรายชื่อยาที่จะทำการประเมิน/ ทบทวนที่ชัดเจน 3. มีเกณฑ์ในการประเมิน/ ทบทวนการใช้ยาที่ชัดเจน 4. มีแบบเก็บข้อมูล 5. มีแนวทางในการเก็บข้อมูล และประเมินผลข้อมูลที่ชัดเจน	ดำเนินการในระดับที่ 1 ร่วมกับกิจกรรม ทุกข้อดังนี้ 1. PTC มีการกำหนดแนวทางในการคัดเลือกยาเพื่อทำการประเมินและทบทวนการใช้ยาที่ชัดเจน เช่น เป็นยาที่มีการใช้งบประมาณในการจัดซื้อมากที่สุด (high cost) หรือเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) หรือเป็นยาที่มีปริมาณการใช้สูง (high volume) เป็นต้น 2. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงานที่เป็นสหวิชาชีพ เพื่อรับผิดชอบในการคัดเลือกยาเพื่อทำการประเมิน/ ทบทวน และ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนจัดทำเกณฑ์ในการประเมิน	1. PTC มีนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนให้มีการติดตามและประเมินการใช้ยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ง และบัญชี จ (2) (หากโรงพยาบาลไม่มียาบัญชีดังกล่าว ให้โรงพยาบาลพิจารณารายการยาตามที่โรงพยาบาลเห็นควร)

4. เกณฑ์การใช้อย่างปฏิบัติอย่างสมเหตุผล

เกณฑ์นี้ใช้สำหรับการประเมินการใช้อย่างปฏิบัติในระดับรับประทานในผู้ป่วยนอก

ระดับที่ได้

ระดับ 5	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
ความยั่งยืน (Maintenance phase)	ประเมินผล (Evaluation phase)	ลงมือปฏิบัติ (Action phase)	การเตรียมการ (Preparation phase)	ความตระหนัก (Contemplation phase)
ดำเนินการในระดับ 1 ถึง 4 ร่วมกับ 1 มีการนำผลการประเมินในระดับ 4 ไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน 3 โรคเป้าหมาย และมีการทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ใน 2 ข้อนี้ 1 มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชนเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรคเป้าหมาย 2 มีการทำผลงานวิชาการเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุ ผลใน 3 โรคเป้าหมาย (Routine-to-Research)	ดำเนินการในระดับ 1 ถึง 3 ร่วมกับกิจกรรมอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ ดังนี้ 1 มีการประเมินผล⁴ ปริมาณและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก 2 มีการประเมินผลสัดส่วนของผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะใน 3 โรคเป้าหมาย 3 มีการติดตามผลการรักษาและความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่ป่วยด้วย 3 โรคเป้าหมายและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ	ดำเนินการในระดับ 1 และ 2 ร่วมกับกิจกรรมทุกข้อดังนี้ 1 มีการอบรมบุคลากรใน สถานพยาบาลและเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิของตน 2 มีกิจกรรมรณรงค์หรือ กระตุ้นเตือนหลังการอบรม ให้แก่บุคลากรของใน สถานพยาบาลและเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิของตน และผู้รับบริการ	ดำเนินการในระดับที่ 1 ร่วมกับกิจกรรมทุกข้อดังนี้ 1 มีบุคคล คณะกรรมการ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานตามนโยบาย 2 มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล² ใน 3 โรคเป้าหมายอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ตามหลักฐานเชิงประจักษ์(Evidence-based treatment guideline) โดยสอดคล้องกับขั้นตอนตามบัญชียาหลักแห่งชาติ³	1 PTC มีนโยบาย¹ ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน 3 โรคเป้าหมาย ได้แก่ - โรค URI - ท้องร่วงเฉียบพลัน - แผลเลือดออก

¹ “มีนโยบาย” หมายถึง นโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือ รายงานการประชุมของ PTC ที่มีการเห็นชอบให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลฯ ในสถานพยาบาล

² “แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะ” – จะใช้ของโครงการ Antibiotics Smart Use หรือนำของโครงการฯ มาปรับปรุง **หรือจะใช้แนวทางฯ ที่พัฒนาโดยหน่วยงานอื่น** หรือพัฒนาเองใหม่ก็ได้ แต่ให้เป็นแนวทางที่มีการพัฒนาตามข้อกำหนดข้างต้น

³ “ขั้นตอนตามบัญชียาหลักแห่งชาติ” – พิจารณาสั่งใช้ในบัญชียก หากไม่สามารถใช้ได้จึงพิจารณาสั่งใช้ใน บัญชี ข, ค และ ง ตามลำดับ

⁴ การประเมินผล - เป็นการบันทึกปริมาณและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นรายเดือน และสรุปข้อมูลดังกล่าวแยกตามเดือนเมื่อครบ 1 ปี หน่วยบริการสามารถกำหนดช่วงเวลาเดียวกันในแต่ละปีในการประเมินผลประจำปีได้ และควรสอดคล้องในการนำผลไปทำการประเมินตัวชี้วัดคุณภาพระบบบริการได้

เกณฑ์ 4 การรายงาน Quality Surveillance Indicator

เหตุผล ความจำเป็น

บทบาทภารกิจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะเป็นผู้จัดให้มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานแก่ประชาชน บริหารจัดการกองทุนเพื่อตอบสนองปัญหาสาธารณสุข และกำกับติดตามควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการจำเป็นต้องมีเครื่องชี้วัดหรือสถิติ ที่ใช้ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำชุดตัวชี้วัดเพื่อการเฝ้าระวังคุณภาพบริการ ขึ้นโดยมีแหล่งข้อมูลเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 สามารถคำนวณได้จากฐานข้อมูลกลางของระบบหลักประกันสุขภาพ กลุ่ม 2 ต้องให้หน่วยบริการรายงาน และกลุ่ม 3 ได้จากผลการตรวจสอบเวชระเบียน ดังนั้นเพื่อให้ชุดตัวชี้วัดมีความครบถ้วน สมบูรณ์ สามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังคุณภาพของหน่วยบริการได้ จึงควรมีการส่งเสริมให้หน่วยบริการจัดเก็บและรายงานชุดตัวชี้วัดในกลุ่ม 2 ให้กับสำนักงานฯ ตามรายละเอียดในเอกสารคู่มือตัวชี้วัดเฝ้าระวังคุณภาพบริการ (Quality surveillance indicator)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีข้อมูลในการเฝ้าระวังด้านคุณภาพบริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. เพื่อประเมินคุณภาพบริการ กระตุ้นและติดตามแนวโน้มการพัฒนาคุณภาพ

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนมาตรฐานและธรรมาภิบาลของหน่วยบริการ (Standards and Good governance)

แนวทางการประเมิน

1. ความครบถ้วน (16 คะแนน)

หมายถึง หน่วยบริการจัดเก็บและส่งรายงานข้อมูล Quality Surveillance Indicator กลุ่ม 2 จำนวน 8 ตัว ให้กับ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ เป็น electronic file ได้ครบถ้วนทุกตัวชี้วัด

2. ความทันเวลา (4 คะแนน)

หมายถึง หน่วยบริการส่งข้อมูล Quality Surveillance Indicator กลุ่ม 2 ให้กับ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ เป็น electronic file ดังนี้

ข้อมูลของเดือน เม.ย. 52 - กย.52 ระยะเวลารายงานภายใน 30 พฤศจิกายน 2552

ข้อมูลของเดือน ต.ค. 52 - มี.ค.53 ระยะเวลารายงานภายใน 31 พฤษภาคม 2553

แหล่งข้อมูล

จากการรายงานของหน่วยบริการ

วิธีการ

1. คัดคะแนน จากการได้รับรายงาน ในแต่ละครั้งโดยดูจากความครบถ้วนของการส่งข้อมูลของหน่วยบริการในแต่ละครั้ง ซึ่งตัวชี้วัดแต่ละตัวจะได้ 1 คะแนน (ข้อใดที่ไม่มีจำนวน n ในพื้นที่ ให้ระบุค่าเป็น 0) รวมกับคะแนนความทันเวลา ครั้งละ 2 คะแนน
2. นำผลคะแนนทั้ง 2 ครั้ง มารวมกัน แล้วคำนวณเป็นร้อยละ ดังนี้

$$\text{ร้อยละคะแนนที่ได้ของหน่วยบริการ} = \frac{(\text{คะแนนครั้งที่ 1} + \text{คะแนนครั้งที่ 2})}{20} \times 100$$

3. นำร้อยละคะแนนของหน่วยบริการที่ได้ตามข้อ 2 มาจัดกลุ่มตามตารางดังนี้

ตาราง 14 ผลการรายงาน Quality Surveillance Indicator

ผลการรายงาน Quality Surveillance Indicator	คะแนนที่ได้
$\geq 81\%$	5
61% – 80%	4
51% – 60%	3
41% – 50%	2
$< 41\%$	1
ไม่ส่งข้อมูล	0

เกณฑ์ 5 อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ภายใน 28 วัน

เหตุผลความจำเป็น

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นภาระค่าใช้จ่ายสูง นับว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาของประเทศ การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในอีกครั้งโดยมิได้วางแผนนัดหมาย ด้วยการวินิจฉัยโรคเดิมภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านภายในช่วงเวลา 28 วัน อาจสะท้อนถึงปัญหาของการรักษาพยาบาลในครั้งก่อน หรือ ปัญหาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย รวมถึงปัญหาการส่งกลับไปติดตามดูแลต่อเนื่องยังหน่วยปฐมภูมิ หากมีการวางแผนการรักษาพยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพ จะสามารถป้องกันและลดอัตราดังกล่าวลงได้

วัดภูประสงค์

เพื่อให้หน่วยบริการได้นำผลลัพธ์ดังกล่าวมาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับปรุงระบบบริการให้มีคุณภาพ เพื่อลดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ของโรคและการดูแลที่ขาดประสิทธิภาพ

มิติด้านคุณภาพ

เครื่องวัดที่สะท้อนการเข้าถึง/การได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

แนวทางการประเมิน

สูตรการคำนวณ

$$\text{อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานภายใน 28 วัน} = \frac{\text{จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานที่กลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยในด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน}}{\text{จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานที่จำหน่าย}} \times 1,000$$

ตัวตั้ง = จำนวนครั้งผู้ป่วยในที่มีสถานะจำเป็นเป็น improve แล้วกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วย
ใน ภายใน 28 วัน โดยระบบการให้รหัสโรคต่อไป

1. โรคหลัก (principal diagnosis : pdx) = E100 - E149 หรือ E160
2. โรคหลัก (principal diagnosis : pdx) = E162 และ โรคร่วม Secondary diagnosis (sdx1-sdx12) = E109 หรือ E119 หรือ E129 หรือ E139 หรือ E149

ตัวหาร = จำนวนครั้งผู้ป่วยในจำหน่ายด้วยรหัสโรค ตามข้อ 1 และ ข้อ 2 ภายในช่วงเวลาดำหนด

แหล่งข้อมูล

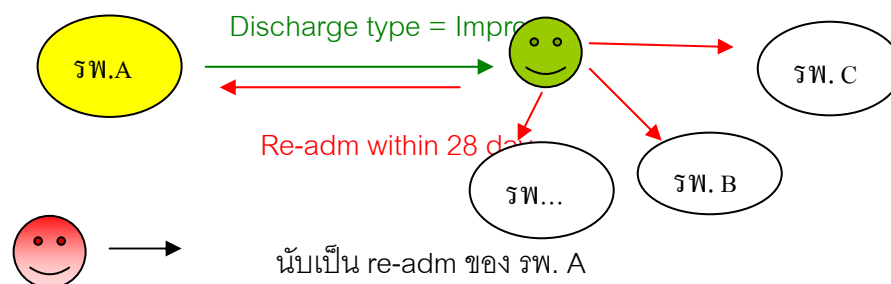
- 1.ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ
- 2.ฐานข้อมูลประชากรลงทะเบียนสิทธิ สำหรับผู้บริหารสารสนเทศการประกัน

วิธีการ

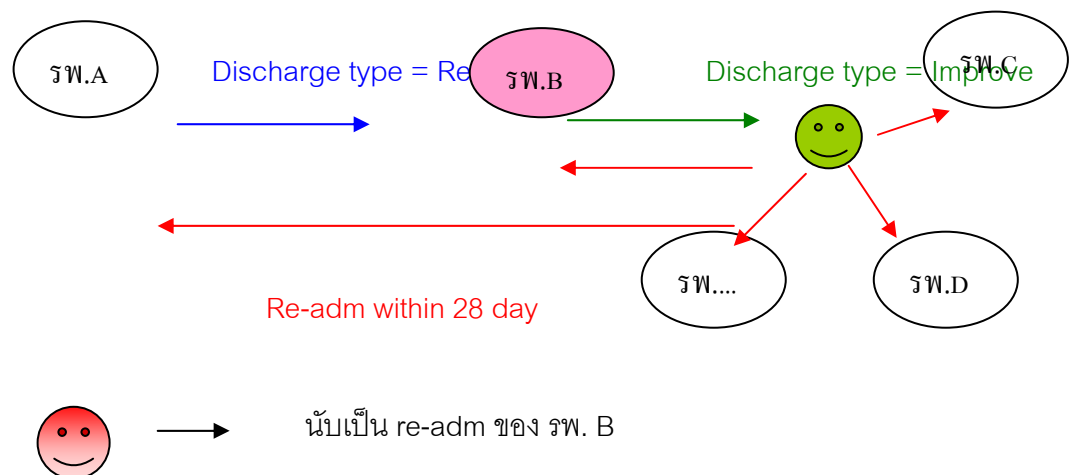
1. คำนวณตัวชี้วัดของหน่วยรับส่งต่อ รายหน่วยที่ให้บริการ (hcode) ดังนี้

1.1 ดึงข้อมูลตามรหัสโรค (ICD-10) ที่กำหนดในสูตรคำนวณ จากข้อมูลการให้บริการ โดยเลือกที่กลับมารักษาค่าที่แผนกผู้ป่วยในของหน่วยบริการเดิมหรือหน่วยบริการอื่น ภายใน 28 วัน ดังนี้

- นับเป็น re-adm. ของหน่วยบริการเดิม เมื่อผู้ป่วยมีสถานะจำหน่ายเป็นหาย/ดีขึ้น (Improve) แล้วกลับมารักษาค่าด้วยโรคเดิมที่แผนกผู้ป่วยใน ภายใน 28 วัน ของหน่วยบริการเดิมหรือหน่วยบริการใหม่ เช่น



- นับเป็น re-adm. ของหน่วยบริการใหม่ เมื่อผู้ป่วยมีสถานะจำหน่ายเป็นส่งต่อ (refer) จากหน่วยบริการเดิม แล้วกลับมารักษาค่าด้วยโรคเดิมที่แผนกผู้ป่วยใน ภายใน 28 วัน ของหน่วยบริการเดิม หน่วยบริการใหม่ หรือ หน่วยบริการอื่น เช่น



หมายเหตุ : hcode หมายถึง รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ

hmain หมายถึง รหัสหน่วยบริการประจำที่ดูแลประชากรในเขตรับผิดชอบ

1.2 ดึงข้อมูลตามรหัสโรค (ICD-10) ที่กำหนดในสูตรคำนวณมาเป็นตัวหาร

2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัดตามข้อ 1 มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) กลุ่มละ 20 % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขตพื้นที่

ตาราง 15 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนผู้ป่วยใน
ด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ภายใน 28 วัน
จากข้อมูลของปี 2551

อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนผู้ป่วยในของรพ. ด้วยโรคเบาหวานหรือ ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ภายใน 28 วัน	คะแนนที่ ได้
≥ 56.20	1
37.30 - 56.10	2
24.00 - 37.00	3
5.10 - 23.80	4
< 5.10	5

หมายเหตุ 1. กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีผู้ป่วยใน จำหน่ายด้วยโรคเบาหวานเป็น improve จะได้
คะแนนเป็น 5

เกณฑ์ 6 อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ภายใน 28 วัน

เหตุผลความจำเป็น

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีอัตราการป่วย ภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายสูง และเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งนับว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ การที่ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในอีกครั้งโดยมิได้วางแผนนัดหมาย ด้วยการวินิจฉัยโรคเดิม ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านภายในช่วงเวลา 28 วัน อาจสะท้อนถึงปัญหาของการรักษาพยาบาลในครั้งก่อน หรือ ปัญหาการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย รวมถึงปัญหาการส่งกลับไปติดตามดูแลต่อเนื่องยังหน่วยปฐมภูมิ หากมีการวางแผนการรักษาพยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพ จะสามารถป้องกันและลดอัตราดังกล่าวลงได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยบริการได้นำผลลัพธ์ดังกล่าวมาวิเคราะห์หาสาเหตุ และปรับปรุงระบบบริการให้มีคุณภาพ เพื่อลดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ของโรคและการดูแลที่ขาดประสิทธิภาพ

มิติด้านคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง /การได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effective delivery of needed care)

แนวทางการประเมิน

สูตรการคำนวณ

อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ภายใน 28 วัน

$$= \frac{\text{จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงที่กลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน ด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน}}{\text{จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงที่จำหน่าย}} \times 1000$$

ตัวตั้ง = จำนวนครั้งผู้ป่วยในที่มีสถานะจำหน่ายเป็น improve แล้วกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน ภายใน 28 วัน โดยระบุการให้รหัสโรคต่อไปนี้

1. โรคหลัก (principal diagnosis : pdx) = I10-I15
2. โรคหลัก (pdx) = I600-I699 และโรคร่วม (secondary diagnosis : sdx1-12) = I10-I15 ยกเว้น sdx1-12 ที่เป็นรหัส trauma

ตัวหาร = จำนวนครั้งผู้ป่วยในจำหน่ายด้วย 1. และ 2. ภายในช่วงเวลาที่กำหนด

แหล่งข้อมูล

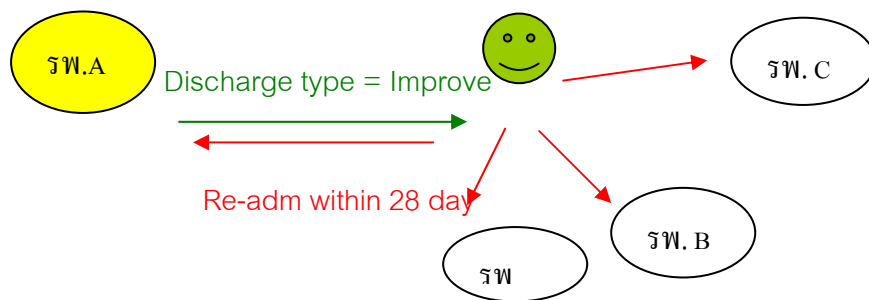
- 1) ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ
- 2) ฐานข้อมูลประชากรลงทะเบียนสิทธิ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน

วิธีการให้คะแนน

1. คำนวณตัวชี้วัดของหน่วยรับส่งต่อ รายหน่วยที่ให้บริการ (hcode) ดังนี้

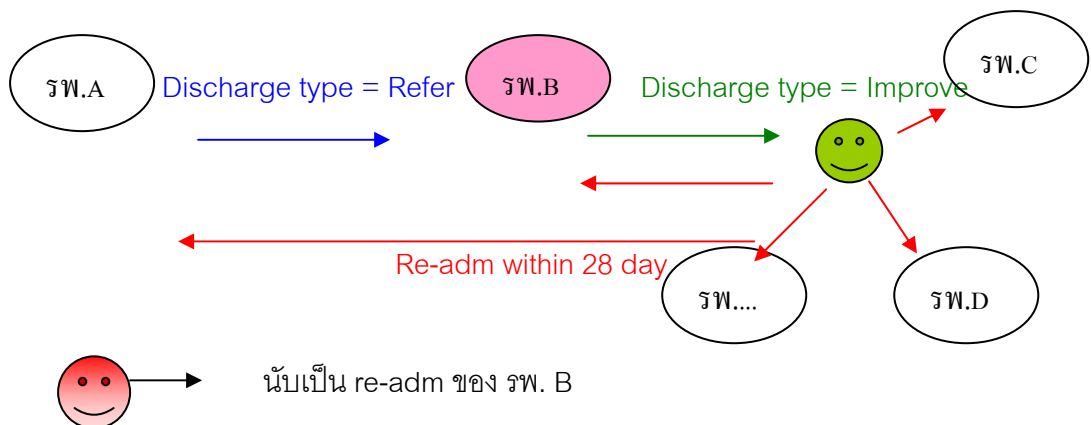
1.1 ดึงข้อมูลตามรหัสโรค (ICD-10) ที่กำหนดในสูตรคำนวณ จากข้อมูลการให้บริการ โดยเลือกที่กลับมารักษาค่าที่แผนกผู้ป่วยในของหน่วยบริการเดิมหรือหน่วยบริการอื่น ภายใน 28 วัน ดังนี้

- นับเป็น re-adm. ของหน่วยบริการเดิม เมื่อผู้ป่วยมีสถานะจำหน่ายเป็นหาย/ดีขึ้น (Improve) แล้วกลับมารักษาค่าด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน ที่แผนกผู้ป่วยในของหน่วยบริการเดิมหรือหน่วยบริการใหม่ เช่น



 → นับเป็น re-adm ของ รพ. A

- นับเป็น re-adm. ของหน่วยบริการใหม่ เมื่อผู้ป่วยมีสถานะจำหน่ายเป็นส่งต่อ (refer) จากหน่วยบริการเดิม แล้วกลับมารักษาค่าที่แผนกผู้ป่วยในด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน ของหน่วยบริการเดิม หน่วยบริการใหม่ หรือ หน่วยบริการอื่น เช่น



 → นับเป็น re-adm ของ รพ. B

หมายเหตุ : hcode หมายถึง รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ

hmain หมายถึง รหัสหน่วยบริการประจำที่ดูแลประชากรในเขตรับผิดชอบ

1.2 ดึงข้อมูลตามรหัสโรค (ICD-10) ที่กำหนดในสูตรคำนวณมาเป็นตัวหาร

2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัดตามข้อ 1 มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) กลุ่มละ 20 % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขตพื้นที่

ตาราง 16 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยใน ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของ ความดันโลหิตสูง ภายใน 28 วัน จากข้อมูลของปี 2551

อัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ภายใน 28 วัน	คะแนนที่ได้
≥ 26.00	1
6.20 - 25.60	2
1.90 - 6.10	3
0.10 - 1.80	4
< 0.10	5

หมายเหตุ 1. กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีผู้ป่วยใน จำหน่ายด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง เป็น improve จะได้คะแนนเป็น 5

เกณฑ์ 7 ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับการบริการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล

เหตุผลความจำเป็น

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต และเป็นต้นเหตุทำให้เกิดทุพพลภาพ และความพิการ จากข้อมูลสถิติจากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ของ สปสช. พบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ในปี 2550 และ 2551 เท่ากับร้อยละ 6.91, 7.13 ตามลำดับการรักษาอาการหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เฉียบพลัน โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดให้เร็วที่สุด อย่างน้อย 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ อีกทั้งการรักษาพยาบาลต่อเนื่องโดยการทำกายภาพบำบัด และฟื้นฟูสภาพระยะเริ่มแรก หลังได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลัน ภายใน 6 เดือน หลังจากเกิดอาการ จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้อย่างชัดเจน ลดทุพพลภาพ ความพิการ และเพิ่มคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิต และประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้รับการทำกายภาพบำบัด และฟื้นฟูสภาพ ระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาล เพื่อลดทุพพลภาพ ความพิการ

มิติด้านคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง/ การได้รับการบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility and Effectiveness delivery of need care) และเพิ่มคุณภาพชีวิต (Quality of Life)

แนวทางการประเมิน

สูตรการคำนวณ

$$\text{ร้อยละผู้ป่วย stroke ได้รับการบริการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(คน)ที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพ} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยใน (คน) โรคหลอดเลือดสมอง สิทธิ UC ทั้งหมด}}$$

ตัวหาร = จำนวนผู้ป่วยสิทธิ UC รับการวินิจฉัยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการระบุโรคหลัก (Principal diagnosis : Pdx) คือ

- 1.1 ระบุโรคหลัก (Pdx) เป็น I60-I66
และระบุโรคร่วม (Sdx) เป็น G81.0, G81.1 และ G81.9
- 1.2 ระบุโรคหลัก (Pdx) เป็น G81.0, G81.1, G81.9
และระบุโรคร่วม (Sdx) เป็น I60-I66
- 1.3 ระบุโรคหลัก (Pdx) เป็น Z50.1
และระบุโรคร่วม (Sdx) เป็น I60-I66

1.4 ระบุโรคหลัก (Pdx) เป็น Z54.0

และระบุโรคร่วม (Sdx) เป็น I60-I66

ยกเว้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิเสธการรักษา (Against advice) เสียชีวิต (death) หรือส่งต่อ (refer) ภายใน 3 วัน

ตัวตั้ง = จำนวนผู้ป่วย (คน) ที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยระบุการให้รหัสโรคต่อไปนี้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งตั้งจากตัวหาร ที่มีการ และมีการระบุรหัสเหตุการณ์การให้บริการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ ตามรหัส ICD9 CM คือ 93.1, 93.2, 93.3, 93.8 และ 93.9

แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ และฐานข้อมูลจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

วิธีการ

1. คำนวณตัวชี้วัดของหน่วยบริการรับส่งต่อ รายหน่วยที่ให้บริการ (hcode) ดังนี้
 - a) ดึงข้อมูลผู้ป่วยใน ที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ตามรหัสโรคหลัก (Pdx) กำหนดในสูตรคำนวณ จากข้อมูลฐานข้อมูลการเบิกจ่าย ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิเสธการรักษา (Against advice) เสียชีวิต (death) หรือส่งต่อ (refer) ภายใน 3 วัน เพื่อนำไปใช้เป็นตัวหารในการคำนวณตามตัวชี้วัด
 - b) นำข้อมูลผู้ป่วยในที่ตั้งมาเป็นตัวหาร นั้นมานับว่ามีผู้ป่วยจำนวนกี่คนที่มีการระบุเหตุการณ์ (ICD9 CM) ที่กำหนด และนำไปค้นหาจากฐานข้อมูลของโปรแกรมบันทึกข้อมูลเบิกอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในกิจกรรมการบริการกายภาพบำบัด มาบวกเพิ่มให้ด้วยแต่จะไม่นับซ้ำของหน่วยบริการเดียวกัน
2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัดตามข้อ 1 มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) กลุ่มละ 20 % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขตพื้นที่

เกณฑ์ 8 ร้อยละหน่วยบริการ ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันชนิด ST elevated (STEMI)

เหตุผลความจำเป็น

เนื่องจากในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่เสียชีวิต จากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST- Elevated Myocardial infarction : STEMI) และพบว่าผู้ป่วยดังกล่าวยังไม่สามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้ ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติเห็นชอบให้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนบริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST- Elevated Myocardial infarction Fast Track) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และมาตรฐานอย่างทันเวลา

วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation (STEMI) ของเครือข่ายระดับจังหวัด

มิติคุณภาพ

เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง /การได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Accessibility of needed care)

แนวทางการประเมิน

สูตรการคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนหน่วยบริการ(รพ.)ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevated (STEMI) ทั้งหมดในระดับเขต}}{\text{จำนวนหน่วยบริการ (รพ.) ทั้งหมดระดับเขต}} \times 100$$

ตัวตั้ง : จำนวนหน่วยบริการ(รพ.)ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevated (STEMI) ทั้งหมดในระดับเขต

ตัวหาร : จำนวนหน่วยบริการ (รพ.) ทั้งหมดระดับเขต

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลจากโครงการพัฒนาเครือข่ายบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ณ วันที่ 30 มีนาคม 2553

วิธีการ

1. คำนวณตัวชี้วัดของหน่วยบริการรับส่งต่อ รายเขต ดังนี้
 - a) นับจำนวนรพ.ที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevated (STEMI) กับสปสช. และผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วย สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ นำมาเป็นตัวตั้ง
 - b) นับจำนวนรพ.ทั้งหมดระดับเขตมาเป็นตัวหาร
2. นำผลการคำนวณตัวชี้วัด มาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม (Quintile) โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขตพื้นที่

ตาราง 17 ตัวอย่างการแบ่ง 5 กลุ่ม (Quintile) ของเกณฑ์ ร้อยละหน่วยบริการ (รพ.)ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST elevated (STEMI) จากข้อมูลของปี 2551

ร้อยละหน่วยบริการ (รพ.)ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST elevated (STEMI)	คะแนนที่ได้
≤ 4.5	1
4.51 – 9.5	2
9.51 – 14.5	3
14.51 – 19.5	4
≥ 19.51	5

เกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพระดับหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์ เพื่อใช้กระตุ้น สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในประเด็นที่ต้องการผลักดัน

แบ่งกลุ่มเป้าหมายในการสนับสนุนกิจกรรมตามประเภทการพัฒนา ดังนี้

- กลุ่มที่ 1 ระบบคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA)
- กลุ่มที่ 2 การจัดให้มีบริการ โดยวิชาชีพ ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
- กลุ่มที่ 3 การพัฒนารูปแบบบริการ

โดยแต่ละกลุ่มจะได้รับการสนับสนุนกิจกรรมที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1. กิจกรรมเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพระดับหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ
กลุ่ม 1 ระบบคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA) 1.1 CUP ที่เป็น node ซึ่งมีการพัฒนาแล้ว มีกิจกรรมพัฒนาต่อเนื่อง (CQI ,KM) และการสร้างเครือข่ายสู่ CUP อื่นๆ (Nodeละ 5 CUP)
กลุ่ม 2 การจัดให้มีบริการ โดยวิชาชีพ 2.1 มีบริการเภสัชกรรมในชุมชน โดยเภสัชกร 2.2 มีบริการทันตสาธารณสุขในชุมชน โดยทันตบุคลากร 2.3 มีบริการให้การปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการโดย counselor
กลุ่ม 3 การพัฒนารูปแบบบริการ 3.1 การจัดตั้งคลินิกโรคหืด (Easy Asthma Clinic) 3.2 การจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่ 3.3 การส่งเสริมพัฒนาการและให้บริการการปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการในกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า (delayed development) 3.4 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) 3.5 โรคอื่น ที่จำเป็นในพื้นที่และกระทบต่อคุณภาพบริการ

แนวทางการดำเนินการ

เกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพ หน่วยบริการประจำ / ปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2553

กลุ่มที่ 1 ระบบคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA)

ในปี 2549 - 2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนให้สถาบันวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิในจังหวัดนำร่อง 16 จังหวัด ดำเนินการโครงการพัฒนาระบบประกันคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนามาตรฐาน กลไก และกระบวนการประกันคุณภาพหน่วย บริการปฐมภูมิ โดยใช้กรอบแนวคิด มาตรฐาน และเครื่องมือ Primary Care Award (PCA)

ในปี 2553 เป็นการนำระบบคุณภาพ PCA มาขยายผลต่อ โดยหน่วยบริการประจำนำร่องเดิมที่มี การดำเนินการได้ดีและมีความพร้อมจะได้รับคัดเลือกให้เป็น Node ในการสร้างเครือข่ายเรียนรู้สู่หน่วย บริการประจำที่สนใจและมีความพร้อมมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาตามระบบคุณภาพPCA โดย ในขณะเดียวกันหน่วยบริการที่ทำหน้าที่เป็น Node จะมีต้องการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง(CQI) ด้วย **วัตถุประสงค์**

เพื่อให้เกิดการขยายผลการพัฒนาระบบประกันคุณภาพปฐมภูมิ ตามระบบคุณภาพบริการ (Primary Care Award : PCA) อย่างต่อเนื่อง

เป้าหมาย

หน่วยบริการประจำที่เป็นผู้นำการจัดการเรียนรู้ (Node) 17 Node (เขตละอย่างน้อย 1 แห่ง)

หน่วยบริการประจำใหม่ที่จะเข้าร่วมเป็นเครือข่าย 85 CUP (Node ละ 5 CUP)

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. หน่วยบริการประจำที่เป็นผู้นำการจัดการเรียนรู้ (Node)
 - 1) เป็นหน่วยบริการประจำที่เคยเข้าร่วมในการดำเนินการนำร่องในโครงการพัฒนาระบบประกันคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ปี 2549 – 2552 หรือมีการดำเนินการพัฒนาตามระบบคุณภาพบริการปฐมภูมิ
 - 2) มีความสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการและพร้อมเป็นผู้นำการจัดการเรียนรู้ เพื่อขยายผลการพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบคุณภาพ PCA สู่หน่วยบริการประจำใหม่ ที่เป็นเครือข่าย Node ละอย่างน้อย 5 แห่ง
2. หน่วยบริการประจำใหม่ ที่จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายพัฒนาตามระบบคุณภาพ PCA
 - 1) หน่วยบริการประจำที่ผู้บริหารมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ และสมัครใจดำเนินการ
 - 2) มีทีมงานพัฒนาคุณภาพ(ที่ประกอบไปด้วยบุคลากรทั้งส่วน รพ./สสอ.) ทั้งในระดับหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 3) มีผลงานการพัฒนาคุณภาพบริการในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่สามารถแสดงให้เห็นปรากฏใน เรื่องใดเรื่องหนึ่ง

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. หน่วยบริการประจำที่เป็นผู้นำการจัดการเรียนรู้ (Node)

- 1) เป็นผู้นำในการจัดการเรียนรู้ เพื่อขยายผลการพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบคุณภาพ PCA สู่หน่วยบริการประจำใหม่ที่เป็นเครือข่าย Node ละอย่างน้อย 5 แห่ง
 - จัดเวทีแลกเปลี่ยนให้กับเครือข่าย 5 CUP
 - เยี่ยมเยียนCUPในเครือข่าย
 - เข้าร่วมการพัฒนาร่วมกับส่วนกลาง
- 2) พัฒนาหน่วยบริการของตนเองอย่างต่อเนื่อง (CQI)และยกระดับการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ชั้น
- 3) ถอดบทเรียน/พัฒนากระบวนการคุณภาพ/good practices/Innovation ในโรค/บริการที่เป็นเป้าหมาย
- 4) Node ที่มีความพร้อมสามารถเสนอเพื่อรับการประเมินตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพบริการ ปฐมภูมิ PCA

2. หน่วยบริการประจำใหม่ ที่จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายพัฒนาของ Node

- 1) ผู้บริหารและแกนนำหน่วยบริการเข้าร่วมการพัฒนา/ฝึกอบรมจากทีมพัฒนาส่วนกลาง
- 2) เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาเข้าสู่ระบบคุณภาพ PCA ของ Node
- 3) ประเมินตนเองตามระบบคุณภาพ PCA
- 4) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ / แผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการประจำ

ผลงานตามข้อตกลง

1. หน่วยบริการประจำที่เป็นผู้นำการจัดการเรียนรู้ (Node)

- 1) สรุปผลการประเมินตนเอง ที่มีการยกระดับการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ชั้น
- 2) แผนยุทธศาสตร์/แผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการประจำ
- 3) ผลการถอดบทเรียนของกระบวนการคุณภาพ / good practice / Innovation ในโรค/บริการที่เป็นเป้าหมาย 1 เรื่อง
- 4) สรุปผลการพัฒนาเครือข่าย

2. หน่วยบริการประจำใหม่ ที่จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายพัฒนาของ Node

- 1) ผลการประเมินตนเอง ตามระบบคุณภาพ PCA
- 2) แผนยุทธศาสตร์/แผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการประจำ

การสนับสนุน

1. งบประมาณ เมื่อได้รับการได้รับการคัดเลือก Node และเครือข่าย รวม 700,000 บาท

- 1) หน่วยบริการประจำที่เป็นผู้นำการจัดการเรียนรู้ (Node) แห่งละ 200,000 บาท
 - ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการพัฒนากับส่วนกลาง

- ค่าใช้จ่ายในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่าย อย่างน้อย 2 ครั้ง
 - ค่าใช้จ่ายในการเป็นพี่เลี้ยงให้กับเครือข่าย
- 2) หน่วยบริการประจำใหม่ ที่จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายพัฒนาของ Node แห่งละ 100,000 บาท
- ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการพัฒนาบางส่วนกลาง
 - ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับNode

2. วิชาการ ผ่านทางความร่วมมือจาก สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

- 1) สนับสนุนการพัฒนาและฝึกอบรมผู้บริหารและแกนนำการพัฒนาระบบคุณภาพ PCA (ทั้ง Node และเครือข่าย)
- 2) ให้การสนับสนุนทางวิชาการ แนวทาง เครื่องมือ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาตามระบบคุณภาพ PCA แก่หน่วยบริการประจำระดับพื้นที่

การบริหารจัดการ

1. **ส่วนกลาง** โดยกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ ร่วมกับ สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
 - 1.1 ร่วมกับ สปสช.เขต วางกรอบแนวทางในการพัฒนาตามระบบคุณภาพPCA และพิจารณา คัดเลือกหน่วยบริการประจำนำร่องเดิมที่จะทำหน้าที่เป็น Node และกำหนดหลักเกณฑ์ ในการคัดเลือกหน่วยบริการประจำใหม่ที่จะเข้าร่วมพัฒนาตามระบบคุณภาพPCA
 - 1.2 พัฒนาแนวทาง เครื่องมือ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาตามระบบคุณภาพ PCA
 - 1.3 สนับสนุนการพัฒนาและฝึกอบรมผู้บริหารและแกนนำการพัฒนาระบบคุณภาพ PCA
 - 1.4 ให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่หน่วยบริการประจำระดับพื้นที่
 - 1.5 สนับสนุนให้มีประเมินตามเกณฑ์รางวัลตามระบบคุณภาพ PCA
2. **ระดับพื้นที่ โดย สปสช.เขต**
 - 2.1 ดำเนินการคัดเลือกหน่วยบริการประจำใหม่ที่จะเข้าร่วมพัฒนาตามระบบคุณภาพPCA โดย เป็นหน่วยบริการประจำที่สนใจและมีความพร้อมในการพัฒนา โดยอาจพิจารณาคัดเลือก จากหน่วยบริการประจำที่เข้าร่วมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตชนบทและเขตเมือง
 - 2.2 ชี้แจง และทำความเข้าใจแก่หน่วยบริการที่เข้าร่วมดำเนินการพัฒนาทั้ง Node และเครือข่าย
 - 2.3 บริหารจัดการ จัดทำข้อตกลง/หนังสือแสดงความจำนง จัดสรรและเบิกจ่ายงบประมาณ แก่หน่วยบริการตามเงื่อนไขการดำเนินงาน
 - 2.4 ประสาน สนับสนุน ติดตาม กำกับ และประเมินผล การดำเนินงาน

กลุ่ม 2 การจัดให้มีบริการโดยวิชาชีพ

เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายมีบุคลากรวิชาชีพให้บริการในชุมชน โดยการจัด / สนับสนุน จากหน่วยบริการประจำ ได้แก่ เกษัชกร ทันตแพทย์ / เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และ counselor เพิ่มเติม (สำหรับนักกายภาพบำบัด สามารถเข้าร่วมในงบโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ของ สปสช.ได้) ในบริการ ดังนี้

2.1 มีบริการเภสัชกรรมในชุมชน โดยเภสัชกร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีการจัดเภสัชกร ทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ เพิ่มมากขึ้น
2. เพื่อกระตุ้นให้เกิดบริการงานเภสัชกรรมในชุมชน

เป้าหมาย

หน่วยบริการประจำ 200 แห่ง (ประมาณร้อยละ 20 ของหน่วยบริการประจำ ในเขต)

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. หน่วยบริการประจำที่สามารถจัด/สนับสนุนให้มีเภสัชกรประจำรับผิดชอบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
2. มีผลการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่สามารถแสดงให้เห็นปรากฏในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
3. ผู้บริหารให้การสนับสนุน และสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการตามข้อตกลง

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. จัด/สนับสนุนให้มีเภสัชกรประจำรับผิดชอบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิภายในเครือข่ายเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถดำเนินการตามกิจกรรมข้อ 2-5
2. พัฒนาระบบยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 1) งานบริหารเวชภัณฑ์
 - 2) งานบริการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา
3. งานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม (community base pharmaceutical care)
4. งานคุ้มครองผู้บริโภค
 - 1) การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค (empowerment)
 - 2) การเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง (risk management)
5. งานส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสมุนไพร และสุขภาพ

ผลงานตามข้อตกลง

1. รายชื่อเกษตรกรที่รับผิดชอบการดำเนินการ และแผนการทำงาน
2. รายงานผลการดำเนินการพัฒนางานเกษตรกรรมปฐมภูมิ โดยเกษตรกร(ใช้ข้อมูลตั้งแต่ มกราคม – มิถุนายน 2553) ส่งมอบผลงานให้สปสช.ผ่าน สนง.เขต ภายในเดือน กรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

1. เมื่อหน่วยบริการได้รับการคัดเลือก จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยละ 150,000 บาท
2. การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยหน่วยบริการ ส่งเกษตรกรที่รับผิดชอบ จำนวน 1 - 2 คน เข้าร่วมประชุมที่ สปสช.สนับสนุน (เบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง ค่าที่พัก จากต้นสังกัด)

การบริหารจัดการ

1. สำนักงานเขตประสานหน่วยบริการที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ
2. หน่วยบริการเป้าหมายส่งหนังสือแสดงความจำนงกับสนง.เขต
3. พิจารณาและคัดเลือกหน่วยบริการประจำ ที่เข้าร่วมโครงการ
4. สำนักงานเขตทำข้อตกลงกับหน่วยบริการ
5. หน่วยบริการบริหารจัดการให้เกิดกิจกรรม / ผลงานตามข้อตกลง สนับสนุนการให้บริการเกษตรกรในชุมชนหลังจากลงนาม
6. หน่วยบริการส่งเกษตรกรเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ ที่สปสช.สนับสนุน
7. หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการต้องสามารถจัดบริการได้ไม่เกินเดือน มกราคม 2553 และส่งรายงานการให้บริการ ตามรูปแบบที่กำหนด ให้สปสช.ผ่านสนง.เขต

2.2 มีบริการทันตสาธารณสุขในชุมชน โดยทันตบุคลากร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มี ทันตแพทย์ / เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ดำเนินงานทันตสาธารณสุขในชุมชน
2. เพื่อกระตุ้นให้เกิดบริการงานส่งเสริมทันตสุขภาพ และทันตกรรมป้องกันในพื้นที่

เป้าหมาย

หน่วยบริการประจำ 65 แห่ง (ประมาณ 5 CUP ต่อเขต)

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. หน่วยบริการประจำที่สามารถจัด/สนับสนุนให้มีทันตแพทย์ / เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ประจำ ที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในชุมชน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
2. มีผลงานการพัฒนางานบริการทันตสาธารณสุขในชุมชน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่สามารถแสดงให้เห็นปรากฏในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
3. มีความพร้อมในการให้บริการและบันทึกข้อมูลการให้บริการตามรูปแบบที่กำหนด
4. ผู้บริหารให้การสนับสนุน และสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการตามข้อตกลง

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. จัดให้มีทันตแพทย์ / เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ประจำ ไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิภายในเครือข่าย เพื่อให้สามารถดำเนินการตามกิจกรรมข้อ 2
 2. มีการให้บริการทันตสาธารณสุขในชุมชนโดยทันตแพทย์ / เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ที่ครอบคลุมงานส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ/หรืองานรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน
- 2.1 งานส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มและ 5 ประเภทงาน ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพทันตกรรมป้องกัน
- 2) เด็กอายุ 0-2 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 2 ปี 11 เดือน 29 วัน
- 3) เด็กอายุ 3-5 ปี หมายถึง เด็กอายุ 3 ปีบริบูรณ์ ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
- 4) เด็กอายุ 6-14 ปี หมายถึง เด็กอายุ 6 ปีบริบูรณ์ ถึงอายุ 14 ปี 11 เดือน 29 วัน

ประเภทงาน 6 ประเภท ได้แก่

- 1) ตรวจสุขภาพช่องปาก (ครั้ง) หมายถึง การตรวจวินิจฉัยสภาพในช่องปากทั้งปาก แนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้โภชนาการที่ถูกต้องตามวัย และลงบันทึกประวัติ
- 2) Sealant (ครั้ง / ซี่) หมายถึง การเคลือบปิดหลุมร่องฟัน
- 3) ฟลูออไรด์ (ครั้ง) หมายถึง การเคลือบฟันทั้งปากด้วยสารฟลูออไรด์ เฉพาะในเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี 6-14 ปี

- 4) PRR (ครั้ง / ชี) หมายถึง การทำ Preventive Resin Restoration
- 5) การฝึกปฏิบัติแปรงฟัน หมายถึง การฝึกปฏิบัติแปรงฟันทำความสะอาดช่องปากด้วยตนเองในกลุ่มอายุต่าง ๆ ในเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี และ 6-14 ปี การฝึกปฏิบัติแปรงฟันให้รวมถึงการแปรงฟันในโรงเรียน / สถานศึกษา
- 6) ทำความสะอาดช่องปาก (ครั้ง) หมายถึง การขัดฟันทั้งปาก และ/หรือ การใช้เส้นไหมขัดฟัน(Flossing) ในผู้ให้บริการ เป็นการทำความสะอาดฟันเพื่อขจัดแผ่นคราบฟัน (plaque)

2.2 งานรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน ประกอบด้วย 3 ประเภทงาน ได้แก่ ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูนทั้งปาก

ผลงานตามข้อตกลง

1. รายชื่อทันตบุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินการ และแผนการทำงาน
2. รายงานผลการให้บริการทันตสาธารณสุขในชุมชนโดยทันตบุคลากร ตามรูปแบบที่กำหนด(ใช้ข้อมูลตั้งแต่มกราคม – มิถุนายน 2553) ส่งมอบผลงานให้สปสช.ผ่าน สนง.เขต ภายในเดือนกรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

เมื่อหน่วยบริการได้รับการคัดเลือก จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยละ 150,000 บาท

การบริหารจัดการ

1. สำนักงานเขตประสานหน่วยบริการที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ
2. หน่วยบริการเป้าหมายส่งหนังสือแสดงความจำนงกับสนง.เขต
3. พิจารณาและคัดเลือกหน่วยบริการประจำ ที่เข้าร่วมโครงการ
4. สำนักงานเขตทำข้อตกลงกับหน่วยบริการ
5. หน่วยบริการบริหารจัดการให้เกิดกิจกรรม / ผลงานตามข้อตกลง สนับสนุนการให้บริการทันตสาธารณสุขในชุมชนหลังจากลงนาม
6. หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการต้องสามารถจัดบริการได้ไม่เกินเดือน มกราคม 2553 เป็นอย่างช้า และส่งรายงานข้อมูลผลงานการให้บริการตั้งแต่มกราคม – มิถุนายน 2553 ตามรูปแบบที่กำหนด ให้สปสช.ผ่าน สนง.เขต

2.3 มีบริการให้การปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการโดย counselor

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า (ในที่นี้หมายถึง เด็กอายุ 0-6 ปี ที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า/ออทิสติก/สมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD) / บกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disorders : LD) ฯลฯ) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการ (โดยพ่อแม่/ผู้ดูแล และ บุคลากรที่มีความสามารถ)
2. เพื่อให้มีบุคลากรที่มีความสามารถ ทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาการ และให้บริการการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม / ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ในหน่วยบริการประจำ

เป้าหมาย

หน่วยบริการประจำ 39 แห่ง (ประมาณ 3 CUP ต่อเขต)

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีบุคลากรที่มีความสามารถให้บริการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า และพร้อมรับการอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้บริการตามแนวทางที่ สปสช.กำหนด ซึ่งบุคลากรดังกล่าว ได้แก่ นักจิตวิทยา / นักกิจกรรมบำบัด / นักแก้ไขการพูด / ครูการศึกษาพิเศษ / พยาบาล (ที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ)
2. มีการจัดบริการส่งเสริมพัฒนาการ (ตามมาตรฐานวิชาชีพ) สำหรับเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า โดยบุคลากรตามข้อ 2 และพร้อมให้บริการส่งเสริมพัฒนาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมตามแนวทาง DIR/Floortime
3. มีสถานที่จัดไว้เป็นสัดส่วน เหมาะสำหรับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า
4. มีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรในข้อ 2
5. มีความสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการตามข้อตกลง

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. จัดบริการการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ในหน่วยบริการ ตามระดับและประเภทของความพร่องทางพัฒนาการ ของเด็กแต่ละคน เช่น การส่งเสริมพัฒนาการตามแนวทาง DIR/Floortime, การปรับพฤติกรรม, การส่งเสริมพัฒนาการด้านการผสมผสานการรับรู้สัมผัส (Sensory Integration), การฝึกทักษะพื้นฐานผ่านกิจกรรมการเล่น, การส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็ก, การส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อใหญ่ เป็นต้น
2. การจัดบริการการปรึกษาแก่พ่อแม่/ผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการ เช่น การให้ความรู้เรื่องพัฒนาการเด็ก การทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะของเด็กแต่ละคน การให้บริการการปรึกษา

และให้คำแนะนำเพื่อให้พ่อแม่/ผู้ดูแลสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ตามบริบทของครอบครัว การใช้เทคนิค Role Model การ Supervise พ่อแม่/ผู้ดูแลเกี่ยวกับเทคนิควิธีการในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุน สร้างแรงจูงใจ และเสริมพลัง (Empower) ให้แก่พ่อแม่/ผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

3. การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำการดูแล / ส่งเสริมพัฒนาการเด็กในบริบทของครอบครัว และติดตามระดับพัฒนาการของเด็กแต่ละคนอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง
4. การจัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือตัวเอง (Self-help Group) เพื่อให้พ่อแม่/ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การส่งเสริมพัฒนาการร่วมกันโดยจัดในระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น เดือนละครั้ง
5. กรณีที่ดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการไประยะหนึ่ง (3 - 6 เดือนแล้วแต่กรณี) แล้วพบว่าพัฒนาการของเด็กไม่ดีขึ้น / มีอาการรุนแรง / สลับซับซ้อน / เกินศักยภาพของหน่วยบริการ ให้พิจารณาส่งต่อไปรับบริการในหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า

ผลงานตามข้อตกลง

1. ส่งรายชื่อและคุณสมบัติของบุคลากรผู้ทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาการ และให้บริการการปรึกษา (ตามรูปแบบที่กำหนด)
2. ส่งทะเบียนเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ทั้งนี้ข้อมูลพัฒนาการของเด็ก อาจได้มาจากการประเมินโดยหน่วยบริการนั้นๆ การรับข้อมูลจากหน่วยบริการอื่น หรือการประเมินโดยหน่วยงานอื่น เช่น โรงเรียน ศูนย์การศึกษาพิเศษ เป็นต้น ซึ่งอาจประเมินด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การประเมินพัฒนาการตามมาตรฐานวิชาชีพ การใช้แบบประเมินพัฒนาการต่าง เช่น อนามัย 49 , DENVER II, PDDSQ และการวินิจฉัยโดยแพทย์
3. ส่งรายงานกิจกรรมบริการตามรูปแบบที่ สปสช.กำหนด (ใช้ข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม - มิถุนายน 2553) ซึ่งจะประกอบด้วย สรุปการให้บริการรายกรณี และรายงานภาพรวมการจัดกิจกรรมต่างๆ
4. หน่วยบริการจัดทำรายงานระดับพัฒนาการของผู้รับบริการแต่ละคนอย่างน้อย 2 ครั้ง คือ ระดับพัฒนาการที่ประเมินเมื่อแรกรับ และระดับพัฒนาการ ณ เดือน มิถุนายน 2553 โดยการรายงานระดับพัฒนาการดังกล่าวอาจมีลักษณะเป็นผลการประเมินจากแบบประเมิน หรือการรายงานจากกระบวนการสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น
5. ส่งรายงานในข้อ 1 - 4 ให้สปสช. ผ่าน สนง.เขต ภายในเดือน กรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

1. เมื่อหน่วยบริการได้รับการคัดเลือก จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยละ 100,000 บาท
2. การอบรมการส่งเสริมพัฒนาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยหน่วยบริการ ส่งบุคลากร 2 - 3 คน ได้แก่ กุมารแพทย์/แพทย์ที่ดูแลด้านพัฒนาการเด็ก 1 คน และ บุคลากรที่

ทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาการและให้การศึกษา จำนวน 1 - 2 คน เข้ารับการอบรมที่ สปสช.
สนับสนุน (เบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง ค่าที่พัก จากต้นสังกัด)

การบริหารจัดการ

1. สำนักงานเขตประสานหน่วยบริการที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ
2. หน่วยบริการ ส่งหนังสือแสดงความจำนงกับสนง.เขต
3. สนง.เขตแจ้งจำนวน รายชื่อหน่วยบริการเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการให้สพค.
4. หน่วยบริการ ส่งบุคลากร 2 - 3 คน ได้แก่ กุมารแพทย์/แพทย์ที่ดูแลด้านพัฒนาการเด็ก 1 คน และ บุคลากรที่ทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาการและให้การศึกษา จำนวน 1 - 2 คน เข้ารับการอบรมการส่งเสริมพัฒนาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ สปสช.จัด
5. หน่วยบริการจัดกิจกรรม ตามข้อตกลง หลังจากลงนามไม่เกินเดือน มกราคม 2553 เป็นอย่างช้า และส่งรายงานการให้บริการ ตามรูปแบบที่กำหนด ให้สปสช.ผ่านสนง.เขต

กลุ่ม 3 การพัฒนารูปแบบบริการ

3.1 การจัดตั้งคลินิกโรคหืด (Easy Asthma Clinic)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดได้รับบริการดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ทำให้ลดการเกิด exacerbation , admission ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเช่นคนปกติ
2. เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการประจำมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยนอก ของโรคหืด ที่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืด
3. เพื่อให้มีฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรคหืด

เป้าหมาย

หน่วยบริการประจำ จำนวน 500 แห่ง

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีแพทย์ เกสัชกร และพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วย asthma อย่างเป็นระบบ
2. มีสถานที่ ช่วงเวลาสำหรับการให้บริการเป็นสัดส่วน
3. มีอุปกรณ์วัด peak expiratory flow ที่ ER, OPD และ ward
4. มีความพร้อมในการให้บริการและบันทึกข้อมูลการให้บริการตามโปรแกรม easy asthma clinic
5. มีการรักษาผู้ป่วย asthma ตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขการดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ.2551
6. มีการให้คำแนะนำและประเมินการใช้ยาสูด (Drug counseling)
7. มีระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วย asthma อย่างเป็นระบบ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้
8. ผู้บริหารให้การสนับสนุน และสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการตามข้อตกลง

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. จัดตั้งคลินิกโรคหืด (Easy Asthma Clinic) ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยนอก
2. จัดให้มีการดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ.2551
 - 1) ให้ยาตามแนวทางที่กำหนด
 - 2) ประเมินสมรรถภาพปอด
 - 3) ให้คำแนะนำการใช้ และประเมินการใช้ยาสูดอย่างถูกวิธี
 - 4) ให้ความรู้เรื่องโรค ปัจจัยกระตุ้นและการปฏิบัติตัวเมื่ออาการกำเริบ
 - 5) ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านในกลุ่ม uncontrolled โดยสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรม
3. บันทึกข้อมูลบริการผู้ป่วยโรคหืด ตามโปรแกรม Easy Asthma Clinic ที่ครอบคลุมบริการ OP, ER, admission รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

ผลงานตามข้อตกลง

มีข้อมูลบริการผู้ป่วยโรคหืด ตามโปรแกรม Easy Asthma Clinic ที่ครอบคลุมบริการ OP, ER, admission รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน (ข้อมูลตั้งแต่ มกราคม 2553 – มิถุนายน 2553) ที่สนง.เขต สามารถดึงข้อมูลออกมาได้ ภายในเดือนกรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

1. เมื่อหน่วยบริการได้รับการคัดเลือก จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยละ 30,000 บาท
2. การอบรมฟื้นฟูความรู้ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดยหน่วยบริการ ส่งบุคลากร จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เข้ารับการอบรมที่ สปสช.สนับสนุนการจัด (เบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง ค่าที่พัก จากต้นสังกัด)

การบริหารจัดการ

1. สำนักงานเขตประสานหน่วยบริการที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ
2. หน่วยบริการเป้าหมายส่งหนังสือแสดงความจำนงกับสนง.เขต
3. สนง.เขตแจ้งจำนวน รายชื่อ CUP เป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการให้สพค.
4. หน่วยบริการส่งบุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วยนอกโรคหืด จำนวน 3 คน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร (ส่งรายชื่อให้สนง.เขต) เข้ารับการอบรม ฟื้นฟูความรู้การดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ที่สปสช.สนับสนุน (เบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง ค่าที่พัก จากต้นสังกัด)
5. หน่วยบริการจัดกิจกรรม ตามข้อตกลง หลังจากลงนาม



asthma_08.pdf

เอกสารเพิ่มเติม

แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคหืด

3.2 การจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เสพ / ติดบุหรี่ ได้รับบริการบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ตามแนวทางการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่
2. เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการประจำ มีรูปแบบการจัดบริการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ ที่สอดคล้องกับแนวทางการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่

เป้าหมาย

หน่วยบริการประจำ 300 แห่ง (ประมาณร้อยละ 30 ต่อเขต)

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีการให้บริการอดบุหรี่
2. มีบุคลากรผู้ให้บริการการปรึกษา (Counselor) เช่น แพทย์ หรือ จิตแพทย์ หรือพยาบาลจิตเวช หรือนักจิตวิทยา และบุคลากรด้านสุขภาพอื่น / นักสังคมสงเคราะห์ ที่ผ่านการอบรมด้านการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่
3. จัดให้มีสถานที่ ช่วงเวลาสำหรับให้บริการเป็นสัดส่วน
4. มีความพร้อมในการให้บริการ และรายงานข้อมูลบริการในรูปแบบที่กำหนดส่งสสข.
5. มีความสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการตามข้อตกลง

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. จัดตั้งคลินิกอดบุหรี่ ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยนอก
2. จัดบริการบำบัดรักษาผู้เสพ / ติดบุหรี่ ตามแนวทางการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ โดย
 - 1) ใช้มาตรฐาน 5A ในการค้นหาผู้สูบบุหรี่และดำเนินการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่
 - A1 Ask ถามประวัติการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆทุกชนิด
 - A2 Advice แนะนำให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด
 - A3 Assess ประเมินความรุนแรงในการติดบุหรี่ และความประสงค์ในการเลิกบุหรี่
 - A4 Assist ช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม
 - A5 Arrange ติดตามผลการบำบัดทุกราย (Follow up)
 - 2) ใช้มาตรฐาน 5 R ได้แก่ Relevance, Risks, Reward, Roadblock, Repetition เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ที่ยังไม่ประสงค์จะเลิกบุหรี่
 - 3) การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น
 - 4) การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับบำบัด รักษา โรคติดบุหรี่)
 - 5) อาจใช้การรักษาทางเลือกต่าง ๆ เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนตะวันออก การฝังเข็มสมุนไพร
3. มีกิจกรรมเผยแพร่ ให้ความรู้เรื่องโทษของบุหรี่ ในพื้นที่รับผิดชอบ

ผลงานตามข้อตกลง

ส่งข้อมูลผลการให้บริการผู้สูบบุหรี่ในคลินิกสูบบุหรี่ (ข้อมูลตั้งแต่ มกราคม 2553 – มิถุนายน 2553) ให้ สปสช. ผ่าน สนง.เขต ภายในเดือนกรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

1. เมื่อหน่วยบริการได้รับการคัดเลือก จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยละ 30,000 บาท
2. การอบรมด้านการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ โดยหน่วยบริการ ส่งบุคลากรผู้ให้บริการการปรึกษา ได้แก่ แพทย์/พยาบาล และบุคลากรอื่นรวมจำนวน 3 คน เข้ารับการอบรมที่ สปสช.กำหนด (เบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง ค่าที่พัก จากต้นสังกัด)

การบริหารจัดการ

- 1.1. สนง.เขตประสานหน่วยบริการที่ต้องการเข้าร่วมโครงการ
- 1.2. หน่วยบริการเป้าหมายส่งหนังสือแสดงความจำนงกับ สนง.เขต
- 1.3. สนง.เขต แจ้งจำนวน รายชื่อหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ มายัง สปค.
- 1.4. หน่วยบริการส่งบุคลากรผู้ให้บริการการปรึกษา ได้แก่ แพทย์/พยาบาล และบุคลากรอื่นรวมจำนวน 3 คน เข้ารับการอบรมที่ สปสช.กำหนด
- 1.5. หน่วยบริการจัดบริการ ตามข้อตกลงภายหลังจากลงนาม
- 1.6. หน่วยบริการ ส่งรายงานผลการดำเนินงาน ตามข้อตกลง มายัง สปสช. โดยผ่าน สนง.เขต



tobacco.pdf

เอกสารเพิ่มเติม

CPG_Tobacco

3.3 บริการส่งเสริมพัฒนาการ และให้บริการการปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า (delayed development)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า (ในที่นี้หมายถึง เด็กอายุ 0-6 ปี ที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า/ออทิสติก/สมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD) / บกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disorders : LD) ฯลฯ) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ส่งเสริมพัฒนาการ (โดยพ่อแม่/ผู้ดูแล และ บุคลากรที่มีความสามารถ)
2. เพื่อให้มีบุคลากรที่มีความสามารถ ทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาการ และให้บริการการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม / ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ในหน่วยบริการประจำ

เป้าหมาย

หน่วยบริการเดียวกับ ข้อ 2.3

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

หน่วยบริการเดียวกับ ข้อ 2.3

กิจกรรมการบริการ และกิจกรรมการจัดการ

ดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ 2.3

ผลงานตามข้อตกลง

รายงานต้นทุนการให้บริการของกิจกรรมบริการแต่ละกิจกรรม และต้นทุนการให้บริการของแต่ละกรณี (ตามรูปแบบที่กำหนด) ส่งสปสช. ผ่าน สนง.เขต ภายในเดือนกรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

หน่วยบริการที่ได้รับการคัดเลือก จะได้งบประมาณ ontop ให้หน่วยละ 30,000 บาท

3.4 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง(palliative care) ที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละหน่วยบริการ

เป้าหมาย โรงพยาบาล UC ทุกระดับ จำนวน 13 หน่วยบริการ (เขตละ 1 หน่วยบริการ)

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
ประสานงาน ให้คำปรึกษา จัดทำรายงานผลการดำเนินงานโครงการ
3. มีสถานที่ และ/หรือเตียง สำหรับให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
4. มีความสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการตามข้อตกลง

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. จัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม หมายถึง การดูแลรักษาที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การสูญเสีย ความเศร้าโศก ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ
2. ให้การรักษาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ โดยเฉพาะอาการเจ็บปวด (pain Management)
3. อาจจัดบริการการแพทย์ทางเลือก ร่วมด้วย เช่น การรักษาด้วยสมุนไพร การนวดสมาธิ โยคะ ผังเข็ม เป็นต้น
4. จัดบริการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย
5. มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นรายกรณีเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
6. เตรียมความพร้อมหน่วยบริการปลายทาง ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านและการรักษาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ โดยเฉพาะอาการเจ็บปวด (pain Management)
7. จัดบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผลงานตามข้อตกลง

1. ส่งแผนงาน/โครงการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ดำเนินการการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามกิจกรรมที่กำหนด
3. รายงานผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้าย
มายัง สปสช.เขต ภายใน เดือนกรกฎาคม 2553
 1. รายงานรูปแบบบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
 2. รายงานต้นทุนการให้บริการตามข้อ 1 ตามแบบรายงานที่กำหนด

การสนับสนุน

เมื่อหน่วยบริการได้รับการคัดเลือก จัดงบประมาณ ontop 350,000 บาท

การบริหารจัดการ

1. สำนักงานเขตประสานหน่วยบริการที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ
2. หน่วยบริการเป้าหมายส่งหนังสือแสดงความจำนงกับสนง.เขต
3. สนง.เขตแจ้ง จำนวน รายชื่อ CUP เป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการให้สพค.
4. หน่วยบริการจัดบริการตามข้อตกลง หลังจากลงนาม
5. หน่วยบริการต้องสามารถให้บริการ ไม่เกินเดือนมกราคม 2553 เป็นอย่างช้า
6. หน่วยบริการรายงานผลการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามรูปแบบที่กำหนด ส่ง สปสช. ผ่าน สปสช.เขต

**รายชื่อหน่วยบริการที่เสนอดำเนินการตามเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพ
หน่วยบริการประจำ / ปฐมภูมิ**

เขต

	จำนวน (แห่ง)	รายชื่อหน่วยบริการ
1. ระบบคุณภาพบริการ ปฐมภูมิ		
2.1 บริการเภสัชกรรมใน ชุมชนโดยเภสัชกร		
2.2 ทันตสาธารณสุขใน ชุมชนโดยทันตบุคลากร		
2.3 บริการปรึกษาเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม + 3.3 delay development		
3.1 Easy asthma clinic		
3.2 คลินิกอดบุหรี่		
3.4 palliative care		
3.5 โรคอื่น ๆ ในพื้นที่		

หมายเหตุ

1. สพค. แจ้งวงเงินรายเขตตามจำนวนเป้าหมายให้สบก.ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2552 เพื่อโอนเงินให้สนง.เขต
2. การทำหนังสือแสดงความจำนง ต้องให้แล้วเสร็จภายใน ธันวาคม 2552
3. เงื่อนไข การแบ่งงวด การโอนเงิน ให้เป็นไปตามดุลยพินิจของสนง.เขต

เกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ(ระดับโรงพยาบาล)

วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้น สนับสนุน ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการที่รับการส่งต่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เกิดเป็น Good Practices และขยายแนวคิดสู่หน่วยบริการอื่น เพื่อให้สามารถยกระดับการพัฒนาคุณภาพในขั้นที่สูงขึ้น และเกิดเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพบริการขึ้น

แบ่งกลุ่มเป้าหมายในการสนับสนุนกิจกรรมตามระดับการพัฒนาของกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

กลุ่ม 1 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ซึ่งได้รับการรับรองคุณภาพ HA แล้ว

กลุ่ม 2 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพ พร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ
ในขั้นที่ 2 และ HA ภายในเดือนธันวาคม 2553

กลุ่ม 3 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่กำลังพัฒนาคุณภาพบริการ

โดยแต่ละกลุ่มจะได้รับการสนับสนุนกิจกรรมที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

เงื่อนไขกิจกรรมเกณฑ์ตอบสนองกิจกรรมคุณภาพระดับโรงพยาบาล
กลุ่ม 1 รพ.ที่ได้รับการรับรอง HA 1.1 สนับสนุนการพัฒนาต่อเนื่องด้วยการพัฒนา Clinical Good Practice
กลุ่ม 2 รพ.ที่ได้รับการรับรองขั้น 2 และมีความพร้อมพัฒนาให้ได้รับการรับรอง HA หรือ รพ.ที่ได้รับการรับรองขั้น 1 และมีความพร้อมพัฒนาให้ได้รับการรับรองขั้น 2 ภายในธ.ค.53 1.1 สนับสนุนรพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยระบบพีเลียง (Node Manager) 2.2 สนับสนุนรพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยตนเอง 2.3 สนับสนุนรพ. ที่พร้อมรับรองคุณภาพ HA ภายในกรกฎาคม 2553 2.4 สนับสนุนรพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพขั้น 2 ภายใน ธันวาคม 2553
กลุ่ม 3 รพ.กำลังพัฒนา 3.1 สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วยคะแนนคุณภาพ (HA Scoring) 3.2 สนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วย QRT จังหวัด โดย สรพ. 3.3 สนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วยเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด โดย สปสช.เขต(ไม่ซ้ำกับข้อ 2.1 และข้อ 3.2)

กลุ่ม 1 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ซึ่งได้รับการรับรองคุณภาพ HA แล้ว

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมการพัฒนา Clinical Good Practice ส่งเสริมให้เกิดการบำรุงรักษากระบวนการพัฒนาคุณภาพในรพ. ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ HA แล้ว ให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืน (Sustainable Development) และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง รพ. ต่างๆ

เป้าหมาย จำนวน 184 โรงพยาบาล

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม¹

โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ HA แล้ว และโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ HA แต่หมดอายุการรับรองน้อยกว่า หรือ เท่ากับ 1 ปี (รพ.ที่หมดอายุการรับรอง HA หลังเดือนพฤศจิกายน 2551)

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

รพ.ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ HA มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพ Good Practice โดยมี

1. พัฒนาคุณภาพทางด้านคลินิก ด้วยกระบวนการ CQI หรือ R2R อย่างน้อย รพ.ละ 2 เรื่อง โดยการดำเนินการนั้นต้องสามารถวัดผลลัพธ์การพัฒนาที่ชัดเจน และสะท้อนถึง
 - Clinical Outcome หรือ Health Outcome
 - สามารถตอบสนองปัญหาของพื้นที่ หรือ
 - โรคที่เป็น Tracer ได้แก่ DM, HT, Stroke, Asthma, STEMI, CA Cervix หรือ MCH
 - เกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพ
2. สรุปการดำเนินการ ผลลัพธ์ที่ได้ พร้อมทั้งส่งผลงานเข้ารับการพิจารณาคัดเลือกเพื่อนำเสนอในการประชุม HA Forum ครั้งที่ 11 (9 – 12 มีนาคม 53) อย่างน้อย รพ.ละ 2 เรื่อง
3. นำเสนอ แนวคิด ผลงานการดำเนินงาน ในการประชุม HA Forum ครั้งที่ 11 ตามรูปแบบการนำเสนอในห้องประชุม หรือโปสเตอร์นิทรรศการตามที่ สรพ.กำหนด หากผลงานที่เสนอในข้อ 2 ได้ รับการคัดเลือก

ผลงานตามข้อตกลง

1. ผลงาน Good Practice อย่างน้อย รพ.ละ 2 เรื่อง ที่ส่งให้ สรพ.พิจารณาคัดเลือก พร้อมทั้งหนังสือแสดงความจำนงในการเสนอผลงาน Good Practice ของโรงพยาบาล (ส่งภายใน ธันวาคม 2552) เพื่อพิจารณาคัดเลือกให้นำเสนอในการประชุม HA Forum ครั้งที่ 11

การสนับสนุน

จัดงบประมาณ ontop หน่วยบริการละ 50,000 บาท

¹ ใช้ข้อมูลสถานการณรับรองคุณภาพ HA จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ณ 15 ก.ย. 2552

กลุ่ม 2 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่มีศักยภาพ พร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพในขั้นที่สูงขึ้น ภายในเดือนธันวาคม 2553

ในกลุ่มที่ 2 นี้ แบ่งการดำเนินการออกเป็น 4 กลุ่มย่อย ตามความพร้อมของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (รพ.) ดังนี้

- 2.1 รพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยระบบพีเลี่ยน (Node Manager)
- 2.2 รพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยตนเอง
- 2.3 รพ. ที่พร้อมรับรองคุณภาพ HA ภายในกรกฎาคม 2553
- 2.4 รพ. ที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพขั้น 2

2.1 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยระบบพีเลี่ยน (Node Manager)

วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนให้ รพ. ที่มีศักยภาพ ความพร้อมสามารถพัฒนาเข้าสู่การรับรองคุณภาพ HA ภายใน ธันวาคม 2553

เป้าหมาย จำนวน 30 โรงพยาบาล

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพที่ ยังไม่เคยได้รับการรับรอง HA
2. มีศักยภาพ มีความพร้อม ผู้นำองค์กรส่งเสริม ให้พันธสัญญาว่าจะดำเนินการให้ รพ.เข้าสู่การรับรองคุณภาพ HA² ได้ ภายในธันวาคม 2553
3. ได้รับการคัดเลือกจาก รพ.พีเลี่ยน (Node Manager) จำนวน 7 Node เพื่อเร่งพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพ HA ภายในธันวาคม 2553

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาล ด้วยระบบพีเลี่ยน
2. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ จนพร้อมเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ HA อย่างช้าภายใน ตุลาคม 53
3. ยื่นความจำนง ขอรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองจาก สรพ.อย่างช้าภายในตุลาคม 53
4. รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ HA จาก สรพ. ภายในธันวาคม 53

² การรับรองคุณภาพ HA ครั้งแรก

ผลงานตามข้อตกลง

โรงพยาบาลได้รับการรับรอง HA จาก สรพ. ภายในธันวาคม 53

การสนับสนุน

1. จัดงบประมาณให้หน่วยบริการที่เป็นพี่เลี้ยง (Node Manager) และสาธารณสุขจังหวัด
 - 1.1 จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยบริการที่เป็นพี่เลี้ยง (Node Manager) และสาธารณสุขจังหวัด Node ละ 150,000 บาท
 - 1.2 จัดผ่านสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เพื่อใช้จ่ายเป็น
 - ค่าอบรม How to สำหรับ รพ.ที่พร้อมพัฒนาสู่ HA ในระบบพี่เลี้ยง Node ละ 6 md ๗ ละ 15,000 บ. เป็นเงิน 90,000 บ.
 - ค่าที่ปรึกษา สรพ. ประจำ Node ๗ ละ 5 md ๗ ละ 15,000 บ. เป็นเงิน 75,000 บ.
2. จัดงบประมาณให้รพ.ดำเนินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยระบบพี่เลี้ยง
 - 2.1 จัดผ่านโรงพยาบาลพี่เลี้ยง (Node Manager) ให้เป็นผู้ดำเนินการเรื่องการเบิกจ่ายแก่ทีมพี่เลี้ยงทั้งหมด โรงพยาบาล ละ 400,000 บาท
 - 2.2 จัดผ่านสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เพื่อใช้จ่ายเป็น
 - ค่าเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม (ICV) เฉลี่ย รพ.ละ 3 md ๗ ละ 15,000 บ. เป็นเงิน 45,000 บ
 - ค่าเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินรับรอง HA (Accreditation) เฉลี่ย รพ.ละ 8 md ๗ ละ 15,000 บ. เป็นเงิน 120,000 บ.

การบริหารจัดการ

โรงพยาบาลพี่เลี้ยง Node Manager

1. จัดทำแผนงาน โครงการพัฒนาโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง เสนอ สปสช.เขต ภายใน พฤศจิกายน 52 เพื่อจัดทำบันทึกข้อตกลงดำเนินการร่วมกัน
2. จัดเตรียมผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาแก่ รพ.ภายใน Node
3. บริหารจัดการร่วมกับ สสจ. ให้มีการส่งเสริมการพัฒนา ให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแก่โรงพยาบาลในความรับผิดชอบ ตามแผนงานที่กำหนด โดยจัดทำเป็นบันทึกข้อตกลงร่วมระหว่าง สปสช.เขต สสจ. รพ.พี่เลี้ยง (Node Manager) และ รพ.ที่จะพัฒนาสู่ HA
4. บริหารจัดการงบประมาณของโรงพยาบาลที่จะพัฒนาสู่ HA ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น เบี้ยเลี้ยงของทีมพี่เลี้ยง (กำหนดอัตราส่วนค่าตอบแทนของพี่เลี้ยง : ต้นสังกัดของพี่เลี้ยง = 60 : 40) ค่าจัดประชุมโรงพยาบาลในความรับผิดชอบ เป็นต้น

5. ประสานที่ปรึกษาประจำ Node จาก สรพ.เข้าเยี่ยมให้คำแนะนำในการดำเนินงานของ Node และ รพ.ภายใน Node
6. ดำเนินการตามบันทึกข้อตกลงที่จัดทำไว้
7. รายงานผลการดำเนินงาน และความก้าวหน้าของ Node แก่ สปสช.เขต ทุก 4 เดือน หรือตามที่ สปสช.เขตกำหนด โดยให้สอดคล้องกับการรายงานผลให้สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ ทราบ
8. สรุปรวบรวม ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ รวมทั้งการจัดการความรู้ที่เกิดจากกระบวนการ พัฒนา รพ.ด้วยระบบพี่เลี้ยง ให้ สปสช. ทราบ (กำหนดเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกข้อตกลงด้วย)
9. ตัวชี้วัดการดำเนินงานของ รพ.พี่เลี้ยง (Node Manager) คือ รพ.ในระบบพี่เลี้ยง ผ่านการ รับรองHA อย่างน้อยร้อยละ 70 ของเป้าหมายแต่ละ Node

โรงพยาบาลที่จะพัฒนาและรับรอง HA ด้วยระบบพี่เลี้ยง

1. ร่วมลงนามในบันทึกข้อตกลงดำเนินการ โดยลงนามร่วมระหว่าง สปสช.เขต สสจ. รพ.พี่เลี้ยง (Node Manager) และ รพ.ที่จะพัฒนาสู่ HA
2. เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพด้วยระบบพี่เลี้ยงตามที่แต่ละ Node กำหนด
3. ดำเนินกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ให้พร้อมรับการเยี่ยม ICV และ Accreditation จาก สรพ. ภายในตุลาคม 2553
4. ประสาน แจ้ง สรพ. ให้ทราบว่า รพ. พร้อมรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ อย่างช้า ภายในตุลาคม 2553
5. รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ HA (Accreditation)จากสรพ.อย่างช้าภายในธันวาคม 2553

2.2 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาและรับรองคุณภาพ HA ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (รพ.) ที่มีศักยภาพพร้อมและสามารถพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพ HA ภายในธันวาคม 2553

เป้าหมาย จำนวน 20 โรงพยาบาล

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการรับการส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพที่ **ยังไม่เคยได้รับการรับรอง HA**
2. มีศักยภาพ มีความพร้อม ผู้นำองค์กรส่งเสริม ให้พันธสัญญาว่าจะดำเนินการให้ รพ.เข้าสู่การรับรองคุณภาพ HA³ ได้ ภายในธันวาคม 2553

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาล
2. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ จนพร้อมเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ HA อย่างช้าภายใน ตุลาคม 2553
3. ยื่นความจำนง ขอรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองจาก สรพ.อย่างช้าภายในตุลาคม 2553 เพื่อให้สามารถรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ HA จาก สรพ. ภายในธันวาคม 2553

ผลงานตามข้อตกลง

โรงพยาบาลได้รับการรับรอง HA จาก สรพ. ภายในธันวาคม 2553

การสนับสนุน

1. จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยบริการ รพ.ละ 400,000 บาท
2. จัดผ่านสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เพื่อใช้จ่ายเป็น
 - ค่าเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม (ICV) เฉลี่ย รพ.ละ 3 manday ๗ละ 15,000 บ. เป็นเงิน 45,000 บ.
 - ค่าเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินรับรอง HA (Accreditation) เฉลี่ย รพ.ละ 8 manday ๗ ละ 15,000 บ. เป็นเงิน 120,000 บ.

³ การรับรองคุณภาพ HA ครั้งแรก

การบริหารจัดการ

1. รพ.จัดทำแผนงานพัฒนาและรับรอง HA เสนอ สปสช.เขต ภายใน 15 พฤศจิกายน 2552 เพื่อประกอบการพิจารณาจัดสรรงบ
2. ลงนามในบันทึกข้อตกลงร่วม ระหว่าง สปสช.เขต และ รพ.ที่จะพัฒนาและรับรอง HA ด้วยตนเอง
3. ดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาล ตามข้อตกลง ให้พร้อมรับการเยี่ยมเพื่อรับรอง HA
4. ประสานให้ สรพ.เข้าเยี่ยม รพ. อย่างช้าภายในตุลาคม 2553
5. รับการเยี่ยมเพื่อรับรองคุณภาพ HA จาก สรพ.ภายในธันวาคม 2553

2.3 โรงพยาบาลที่พร้อมรับรองคุณภาพ HA ภายในกรกฎาคม 2553

วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนให้ โรงพยาบาลที่มีความพร้อมรับรองคุณภาพ HA ภายในปี 2553 ได้รับการรับรองคุณภาพ HA ภายในกรกฎาคม 2553

เป้าหมาย จำนวน 20 โรงพยาบาล

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพที่ ยังไม่เคยได้รับการรับรอง HA
2. มีศักยภาพ มีความพร้อม ผู้นำองค์กรส่งเสริม ให้พันธสัญญาว่าจะดำเนินการให้ รพ.เข้าสูการรับรองคุณภาพ HA⁴ ได้ ภายในกรกฎาคม 2553
3. เป็นรพ.ที่สรรพ.กำหนดวันเข้าเยี่ยมรับรองในช่วงพฤศจิกายน 2552-มกราคม 2553 แล้ว หรือ
4. รพ.ที่แจ้งความประสงค์เพื่อขอรับรองภายในมีนาคม 2553

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาล
2. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ จนพร้อมเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ HA
3. ยื่นความจำนง ขอรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองจาก สรพ.อย่างช้าภายในมีนาคม 2553
4. รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ HA จาก สรพ. ภายในกรกฎาคม 2553

ผลงานตามข้อตกลง

โรงพยาบาลได้รับการรับรอง HA จาก สรพ. ภายในกรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

จัดผ่านสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เพื่อใช้จ่ายเป็น

- ค่าเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินรับรอง HA (Accreditation) เฉลี่ย รพ.ละ 8 manday ๗ ละ 15,000 บ. เป็นเงิน 120,000 บ. (สรพ. จะบริหารจัดการภาระงานที่จะต้องใช้งบโดย ไม่มีการเรียกเก็บค่าเยี่ยมเพื่อการรับรองสำรวจ HA (Accreditation HA) จาก รพ.เพิ่มอีก)

การบริหารจัดการ

- 1 หน่วยบริการแจ้งความประสงค์ขอรับการสนับสนุนการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพ HA แก่ สปสช.เขต
- 2 เมื่อได้รับการตอบรับว่าเป็น รพ.เป้าหมาย จาก สปสช.เขต ให้ยื่นความประสงค์ขอรับการเยี่ยมสำรวจ จาก สรพ.

⁴ การรับรองคุณภาพ HA ครั้งแรก

2.4 โรงพยาบาลที่มีศักยภาพพร้อมพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพชั้น 2 ภายในธันวาคม 2553

วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนให้ โรงพยาบาล ที่มีศักยภาพ มีความพร้อม สามารถพัฒนาคุณภาพบริการและได้รับการรับรองชั้น 2 ภายในธันวาคม 2553

เป้าหมาย จำนวน 20 โรงพยาบาล

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการรับการส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพที่ ยังไม่เคยได้รับการรับรอง ชั้น 2
2. มีศักยภาพ มีความพร้อม ผู้นำองค์กรส่งเสริม ให้พันธสัญญาว่าจะดำเนินการให้ รพ.เข้าสูการรับรองชั้น 2 ได้ ภายในธันวาคม 2553

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพและการจัดการกับความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล
2. รับการประเมินระดับคะแนนคุณภาพจากสรพ. อย่างซ้ำภายในมิถุนายน 2553 หรือตามที่ สรพ.กำหนดผลงานตามข้อตกลง

ผลงานตามข้อตกลง

โรงพยาบาลได้รับการรับรองชั้น 2 จาก สรพ. ภายในธันวาคม 2553

การสนับสนุน

จัดงบประมาณ ontop ให้หน่วยบริการละ 100,000 บาท

การบริหารจัดการ

- 1 หน่วยบริการแจ้งความประสงค์ขอรับการสนับสนุนพร้อมจัดทำแผนงาน โครงการพัฒนา โรงพยาบาลสู่การรับรองชั้น 2 เสนอ สปสช.เขต
- 2 เมื่อได้รับการตอบรับว่าเป็น รพ.เป้าหมาย จาก สปสช.เขต แล้วร่วมลงนามในบันทึกข้อตกลง ดำเนินการ
- 3 ดำเนินกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ และการจัดการความเสี่ยงใน รพ.
- 4 รับการประเมินระดับคะแนนคุณภาพจาก สรพ. อย่างซ้ำภายในมิถุนายน 2553 หรือตามที่ สรพ. กำหนด

กลุ่ม 3 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพบริการ

ดำเนินการใน 2 กิจกรรม ได้แก่

- 3.1 การประเมินระดับคะแนนคุณภาพ (HA Scoring)
- 3.2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วย QRT จังหวัด โดย สรพ.
- 3.3 การเสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วยเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด เช่น เครือข่าย QRT เครือข่ายจังหวัด เครือข่ายวิชาชีพ โดย สปสช.เขต

3.1 การประเมินระดับคะแนนคุณภาพ (HA Scoring)

วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้น ส่งเสริมให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (รพ.) ที่อยู่ระหว่างการพัฒนาคุณภาพบริการ มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รับรู้ประเด็นที่จะต้องเร่งพัฒนาสู่การรับรอง HA

กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 961 โรงพยาบาล

คุณสมบัติหน่วยบริการที่เข้าร่วม

โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งหมด

กิจกรรมของหน่วยบริการที่เข้าร่วม

1. เตรียมการรับการตรวจประเมินระดับคะแนนคุณภาพโรงพยาบาล โดย สรพ.
2. หน่วยบริการรับประเมินระดับคะแนนคุณภาพ ตามกำหนดวันประเมินคะแนน ที่ สรพ.แจ้ง

ผลงานตามข้อตกลง

ระดับคะแนนคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพทุกแห่ง ภายในเดือนกรกฎาคม 2553

การสนับสนุน

1. จัดผ่านสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เป็นเงินจำนวน 21,000,000 บาท โดยทำเป็นบันทึกข้อตกลงให้ สรพ. เป็นผู้ดำเนินการ (รพ. ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการประเมินระดับคะแนน)

การบริหารจัดการ

1. สรพ.แจ้ง (ก่อนวันเข้าเยี่ยม) ทั้งนี้ ภายใน 30 มิถุนายน 53
2. หน่วยบริการรับการประเมินระดับคะแนนคุณภาพ จาก สรพ. ตามกำหนด
3. รับทราบสรุปผลคะแนนคุณภาพ จาก สรพ.

⁵ ประมาณการงบประมาณจากจำนวน รพ. และภาระงานตามขนาดเตียงของ รพ.

3.2 เสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.ด้วยเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้เครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด เพิ่มศักยภาพและมีความเข้มแข็งในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ รพ.ในพท.
2. รพ. ภายในเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด สามารถพัฒนาเข้าสู่การรับรอง HA ได้

คุณสมบัติหน่วยที่เข้าร่วม

สปสช. เขต คัดเลือกเครือข่ายคุณภาพ QRTจังหวัด ให้ สรพ.ดำเนินการ เขตละ 1 จังหวัด รวม 12 จังหวัด ทั้งนี้ต้องไม่ซ้ำกับจังหวัดที่ สปสช.เขตดำเนินการเอง และจังหวัดที่มีการพัฒนาแบบระบบพี่เลี้ยง

ผลงานตามข้อตกลง

1. รพ. ภายในเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด QRT สามารถพัฒนาเข้าสู่การรับรองคุณภาพ HA ได้ภายในธันวาคม 2553 อย่างน้อย 1 แห่ง
2. เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัดสามารถเป็นพี่เลี้ยง กระตุ้น ส่งเสริมให้ รพ.ในพื้นที่ได้รับการรับรองในชั้นต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น หรือมีระดับคะแนนการพัฒนาคุณภาพรายหน่วยบริการเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 65 ของหน่วยบริการในพื้นที่

การสนับสนุนจาก สปสช.

สปสช. ให้การสนับสนุนเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด จังหวัดละ 420,000 บาท

การดำเนินงาน

สปสช.เขต พิจารณาคัดเลือกเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด(QRT) ให้สรพ.ดำเนินการ โดยสพค. จัดทำข้อตกลงดำเนินงาน กับ สรพ. และจัดสรรงบประมาณการดำเนินการภายใน 15 พฤศจิกายน 2552

3.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.ด้วยเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัดโดย สปสช.เขต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้เครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด เพิ่มศักยภาพและมีความเข้มแข็งในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ รพ.ในพท.
2. รพ. ภายในเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด สามารถพัฒนาเข้าสู่การรับรอง HA ได้

คุณสมบัติหน่วยที่เข้าร่วม

เครือข่ายคุณภาพของจังหวัด เช่น เครือข่ายQRT เครือข่ายรพ.ระดับจังหวัด เครือข่ายวิชาชีพ เป็นต้น

ผลงานตามข้อตกลง

1. รพ. ภายในเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด QRT สามารถพัฒนาเข้าสู่การรับรองคุณภาพ HA ได้ภายในธันวาคม 2553 อย่างน้อย 1 แห่ง
2. เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัดสามารถเป็นพี่เลี้ยง กระตุ้น ส่งเสริมให้ รพ.ในพื้นที่ได้รับการรับรองในชั้นต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น หรือมีระดับคะแนนการพัฒนาคุณภาพรายหน่วยบริการเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 65 ของหน่วยบริการในพื้นที่

การสนับสนุนจาก สปสช.

สปสช. ให้การสนับสนุนเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด จังหวัดละ 420,000 บาท

การดำเนินงาน

1. สปสช.เขตพิจารณาคัดเลือกเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัดที่จะดำเนินการ โดยประสานความร่วมมือในพื้นที่ จัดทำแผนงานโครงการพัฒนาเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด
2. เมื่อได้รับการพิจารณาให้ดำเนินการเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด ให้จัดทำบันทึกข้อตกลงดำเนินงานเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายในธันวาคม 2552
3. ติดตาม กำกับ การดำเนินงานของเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัด ตามแผนการดำเนินงาน และบันทึกข้อตกลงที่จัดทำไว้

11. การสรุปคะแนนการประเมิน และ การคำนวณงบประมาณ

1) หน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ

1. คำนวณวงเงินที่จัดสรรในแต่ละเกณฑ์ ตามสัดส่วนน้ำหนักที่เขตกำหนด
2. ประมวลผลตามเกณฑ์คุณภาพทุกข้อ ตามสูตรที่กำหนด คำนวณออกมาเป็นคะแนนของหน่วยประจำ และคะแนนแยกรายหน่วยปฐมภูมิ
3. คำนวณอัตราการจัดสรร (บาทต่อประชากร) ตามผลคะแนนคุณภาพแต่ละเกณฑ์ รายหน่วยบริการประจำ
4. คำนวณจำนวนเงินที่จัดสรรให้หน่วยบริการประจำ ในแต่ละเกณฑ์ จากจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนคุณภาพอัตราการจัดสรร (บาทต่อประชากร) รายเกณฑ์ ที่คำนวณไว้แล้วในข้อ 3 ทั้งนี้ปรับให้อยู่ภายในวงเงิน ทั้งวงเงินรายเกณฑ์ และวงเงินรวมของเขต
3. นำจำนวนงบประมาณของหน่วยบริการประจำที่คำนวณได้ มากระจายงบประมาณลงสู่หน่วยปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่ายตามผลคะแนนคุณภาพของหน่วยปฐมภูมินั้นๆ

ตัวอย่าง คำนวณคะแนนหน่วยบริการประจำ

รายชื่อ หน่วยบริการ ประจำ	เกณฑ์คุณภาพ									คะแนนรวม= (3)+(6)+...
	เกณฑ์ 1			เกณฑ์ 2			เกณฑ์			
	(1) คะแนน จากการ ประเมิน	(2) น้ำหนัก เกณฑ์1	(3)=(1)x(2) คะแนนที่ได้	(4) คะแนน จากการ ประเมิน	(5) น้ำหนัก เกณฑ์ 2	(6)=(4)x(5) คะแนนที่ได้				
หน่วยประจำ 1	4	10	40	...		...				350
หน่วยประจำ 2	5	10	50	...		...				320
หน่วยประจำ 3	3	10	30	...		...				410
หน่วยประจำ 4	...		...	...		...				...
หน่วยประจำ 5	...		...	...		...				...
คะแนนเฉลี่ยระดับเขต (จากคะแนนเต็ม 500)										350

ตัวอย่าง จัดวงเงินให้หน่วยบริการประจำ

เขต	คะแนนที่ได้	คะแนนเฉลี่ย ระดับเขต	อัตรา บาท : ปชก	ประชากรUC	งบที่จะได้รับ ปรับภายในวงเงินเขต
หน่วยประจำ 1	350	350	10	150,000	1,500,000
หน่วยประจำ 2	320		9	100,000	900,000
หน่วยประจำ 3	410		12	100,000	1,200,000

ตัวอย่าง คำนวณคะแนนหน่วยบริการปฐมภูมิ ในแต่ละหน่วยบริการประจำ

รายชื่อ หน่วย ปฐมภูมิ ใน เครือข่าย	รายชื่อหน่วย บริการประจำ	เกณฑ์คุณภาพ									คะแนนรวม รายหน่วย ปฐมภูมิ = (3)+(6)+...
		เกณฑ์ 1			เกณฑ์ 2			เกณฑ์			
		(1) คะแนน จากการ ประเมิน	(2) น้ำหนัก เกณฑ์1	(3)=(1)x(2)) คะแนนที่ ได้	(4) คะแนน จากการ ประเมิน	(5) น้ำหนัก เกณฑ์ 2	(6)=(4)x(5)) คะแนนที่ ได้				
1.PCU ...	หน่วยประจำ 2	4	10	40							350
2.PCU..	หน่วยประจำ 2	5	10	50							320
3.....	หน่วยประจำ 2	3	10	30							200
4.....	หน่วยประจำ 2	3	10	30							
หน่วยประจำ 2 ได้คะแนนเฉลี่ย											320

ตัวอย่าง จัดเงินลงสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ ภายในหน่วยบริการประจำ

หน่วยประจำ 2	คะแนน หน่วยปฐมภูมิ	คะแนนเฉลี่ย หน่วยประจำ	อัตรา บาท : ปชก ของหน่วยปฐมภูมิ	ประชากรUC ของหน่วยปฐมภูมิ	งบที่หน่วยปฐมภูมิ ได้รับ (ปรับภายในวงเงิน 900,000 บาท)
หน่วยปฐมภูมิ 1	350	320	11	9,000	99,000
หน่วยปฐมภูมิ 2	320	9 บาท:ปชก	9	11,000	99,000
หน่วยปฐมภูมิ 3	200	วงเงิน 900,000	6	10,000	60,000

2) หน่วยบริการรับส่งต่อ

1. คำนวณวงเงินที่จัดสรรในแต่ละเกณฑ์ ตามสัดส่วนน้ำหนักที่เขตกำหนด
2. ประมวลผลตามเกณฑ์คุณภาพทุกข้อ ตามสูตรที่กำหนด คำนวณออกมาเป็นคะแนนรายหน่วยบริการรับส่งต่อ
3. คำนวณอัตราการจัดสรร (บาทต่อประชากร) ตามผลคะแนนคุณภาพแต่ละเกณฑ์ รายหน่วยบริการรับส่งต่อ
4. คำนวณจำนวนเงินที่จัดสรรให้หน่วยบริการรับส่งต่อ ในแต่ละเกณฑ์ จากจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน คูณกับอัตราการจัดสรร (บาทต่อประชากร) รายเกณฑ์ ที่คำนวณไว้แล้วในข้อ 3 ทั้งนี้ ปรับให้อยู่ภายในวงเงิน ทั้งวงเงินรายเกณฑ์ และวงเงินรวมของเขต

ตัวอย่าง การคำนวณคะแนนของหน่วยบริการรับการส่งต่อ

ชื่อหน่วยบริการที่รับการส่งต่อรพ. A.....

เกณฑ์คุณภาพ	คะแนนจากการประเมิน (0 - 5)	น้ำหนัก (รวม 100 หน่วย)	คะแนนที่ได้ (เต็ม 500 คะแนน)
เกณฑ์ 1.	5	20	100
เกณฑ์ 2.	4	15	60
เกณฑ์ 3.	4	15	60
เกณฑ์ 4.	5	10	50
เกณฑ์ 5.	4	10	40
เกณฑ์ 6.	3	10	30
เกณฑ์ 7.	4	5	20
เกณฑ์ 8.	5	5	25
เกณฑ์ 9.	5	5	25
เกณฑ์ 10.	4	5	20
คะแนนที่ได้รวม			430

ตัวอย่าง จัดวงเงินให้หน่วยบริการรับส่งต่อ

เขต	คะแนนที่ได้	คะแนนเฉลี่ย ระดับเขต	อัตรา บาท : ปชก	ประชากรUC	งบที่จะได้รับ ปรับภายในวงเงินเขต
หน่วยรับส่งต่อ 1	400	400	10	150,000	1,500,000
หน่วยรับส่งต่อ 2	380		9	100,000	900,000
หน่วยรับส่งต่อ 3	430		12	100,000	1,200,000