



ร่าง คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน
งบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ
(Quality and Outcome Framework: QOF)
ปีงบประมาณ ๒๕๕๗
สปสช.เขต ๔ สระบุรี

บทนำ

การสร้างความเข้มแข็งแก่ระบบบริการสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ซึ่งมีองค์ประกอบหลักในการสร้างความเข้มแข็ง ๖ ส่วน (๖ Building Blocks of Health System) ได้แก่ การออกแบบและสร้างความเข้มแข็งระบบบริการและส่งมอบบริการ (Service Delivery) การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งเชิงปริมาณและความรู้ทักษะและความสามารถของบุคลากร (Health Workforce) การจัดการและใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อสุขภาพอย่างเป็นระบบ (Health Information System) การจัดการกลไกทางการเงินเพื่อให้เอื้อต่อการปกป้องประชาชนถ้วนหน้าไม่ประสบความยากลำบาก มีความเสี่ยงทางการเงิน ทางสังคมอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพ และส่งเสริมให้มีบริการที่ครอบคลุม เข้าถึงได้ง่าย ให้บริการอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย (Financing) และการสร้างภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลแก่ระบบบริการสาธารณสุขทั้งระบบ (Leadership / Governance)

ในประเทศไทย ได้มีการจัดการเพื่อสร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิ และระบบบริการสาธารณสุข โดยรวม ผ่าน ๖ Building Blocks of Health System ในรูปธรรมหลายประการ เช่น เขตบริการสุขภาพ ๑๓ เขต การมีแผนบริการสุขภาพ (Service Plan) การจัดให้มีคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพระดับพื้นที่ การส่งเสริมให้มีระบบอำเภอสุขภาพ (District Health System) เป็นต้น

เป็นที่น่าพอใจว่าการจัดการกลไกทางการเงิน (Financing) เป็นกลไกที่สำคัญหนึ่งในการสร้างระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็งและที่ระบุอยู่ในยุทธศาสตร์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ด้วยกรอบแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีประเด็นสำคัญ คือ กำหนดหน่วยพันธสัญญาหลัก (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขตที่วัดตามหลักเกณฑ์ความสำคัญในการให้บริการประชาชนแบบเบ็ดเสร็จ ตั้งแต่บริการปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ การจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการในพื้นที่ที่มีการจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายขั้นต้นให้สามารถบริการในสถานการณ์ทั่วไปไว้ก่อน และมีส่วนที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้หน่วยบริการโดยเฉพาะหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีสถานที่ตั้งอยู่ใกล้ประชาชน มีประชากรที่ลงทะเบียนสิทธิแน่นอน จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ชัดสูตร ดูแลรักษาสุขภาพประชาชน ที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล พื้นฟูสุขภาพ บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อย่างมีผลงานและมีคุณภาพที่สูงอย่างเข้มแข็ง

ระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ผลงานและคุณภาพบริการ (Quality and Outcome Framework: QOF) เป็นการใช้จ่ายกลไกทางการเงินซื้อบริการปฐมภูมิที่เชื่อมคุณภาพบริการ กับ ค่าแรงจูงใจเสริม (On top pay for performance) ด้วยการวัดคุณภาพออกมาเป็นคะแนน เป็นการประสานงานของบริการสุขภาพระดับพื้นที่ที่มาใช้พัฒนาคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมทางสุขภาพ มีความมุ่งหมายหลักให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการปฐมภูมิไปสู่ระดับความเข้มแข็งต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบ เพื่อให้ระบบสามารถเป็นที่พึ่งประชาชนได้มากที่สุด ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้รองรับกับสถานการณ์ใหม่ของโลกและสังคม ตามรายงานองค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. ๒๐๐๘: Primary Health Care: New More Than Ever

สพสข. ส่นกลาง ได้จัดทำแนวทางแนวทางการดำเนินงานบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงาน บริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ซึ่งได้นำเสนอข้อมูล จำนวน ๕ บท รวมทั้งรายละเอียดตามภาคผนวก โดย

บทที่ ๑ ทิศทางบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ความเป็นมา ความสำคัญ การใช้วิธีการทางงบประมาณเพื่อการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ บริการปฐมภูมิ

บทที่ ๒ แนวคิดทฤษฎีการจ่ายตามคุณภาพและผลลัพธ์บริการ (Quality and Outcome Framework: QOF) ได้แก่ QOF คืออะไร ๒ P&P/QOF ทฤษฎีและหลักการ การวัด: ความท้าทายใน P&P/QOF P&P/PQO/QOF เหมือนหรือแตกต่าง บทเรียนจากประสบการณ์ประเทศอังกฤษ

บทที่ ๓ การพัฒนาตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและบริการปฐมภูมิ ความเป็นมาและพัฒนารองจ่ายตามคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ แนวคิดการพัฒนาตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework : QOF) แนวคิดและหลักการทั่วไปในการกำหนดตัวชี้วัด แนวคิดการพัฒนาตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework : QOF) ชุดตัวชี้วัด QOF การแบ่งระดับตัวชี้วัด รายการตัวชี้วัดกลาง รายการตัวชี้วัดพื้นที่ แนวทางการพิจารณาเลือกตัวชี้วัด QOF แนวทางการจัดการวัดผลงานตามตัวชี้วัด QOF แนวทางการสนับสนุนข้อมูลตามตัวชี้วัด QOF

บทที่ ๔ แนวทางการบริหารจัดการ งบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ปี ๒๕๕๗แนวคิด และความเป็นมา เป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ หน่วยบริการ เป้าหมาย กลวิธี แนวทางการบริหารงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (QOF)

บทที่ ๕ การติดตามเยี่ยม สํารวจเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ วัตถุประสงค์ แนวคิด การติดตามเยี่ยมสํารวจระดับเขต การติดตามเยี่ยมสํารวจระดับประเทศ ทั้งนี้ แนวทางยังได้ปรากฏในภาคผนวก ได้แก่ รายการตัวชี้วัดกลาง รายการตัวชี้วัดพื้นที่ รวมทั้งร่างตัวชี้วัดที่จะเริ่มนำมาใช้ในปี ๒๕๕๘ รายละเอียดการจัดสรรงบ QOF ให้ สปสช.เขต ข้อสังเกตจากการจำลองคิดคะแนน และจัดสรรงบ แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน QOF ตัวอย่างตัวชี้วัดที่นำมาใช้ใน QOF ประเทศอังกฤษ

ดังกล่าวข้างต้น ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดเอกสาร ดังกล่าวที่ www.nhso.go.th/saraburi๔

๑. ข้อสรุปตัวชี้วัด QOF ด้านที่ ๑-๔ ทั้งส่วนกลาง และ เขต ปี ๒๕๕๗

ตัวชี้วัดด้านที่ ๑: คุณภาพและผลงานการจัด บริการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรค (๔๐๐คะแนน)	ตัวชี้วัดด้านที่ ๒: คุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ (๓๐๐ คะแนน)
<p>ตัวชี้วัดกลาง</p> <p>๑.๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ (๑๐๐ คะแนน)</p> <p>๑.๒ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ (๑๑๐ คะแนน)</p> <p>๑.๓ ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรี ๓๐-๖๐ ปี ภายใน ๕ ปี (๑๑๐ คะแนน)</p> <p>ตัวชี้วัดพื้นที่</p> <p>ร้อยละของเด็กอายุ ๕ ปี ได้รับวัคซีน DTP๕ (ปี ๒๕๕๗) (๘๐ คะแนน)</p>	<p>ตัวชี้วัดกลาง</p> <p>๒.๑ สัดส่วน OP ปฐมภูมิ /รพ. (๙๐ คะแนน)</p> <p>๒.๒ อัตราการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลจากโรคหืด (๕๐ คะแนน)</p> <p>๒.๓ อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น (๘๐ คะแนน)</p> <p>๒.๔ อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง (๘๐ คะแนน)</p> <p>ตัวชี้วัดพื้นที่ -</p>

<p>ตัวชี้วัดด้านที่ ๓: คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงบริการ ระบบส่งต่อ และการบริหารระบบ (๒๐๐ คะแนน)</p>	<p>ตัวชี้วัดด้านที่ ๔: คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนอง ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และบริการเสริมในพื้นที่ (๑๐๐ คะแนน)</p>
<p>ตัวชี้วัดกลาง</p> <p>๓.๑ ร้อยละประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล (๘๐คะแนน)</p> <p>๓.๒ ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียน(๑๒๐ คะแนน)</p> <p>ตัวชี้วัดพื้นที่ -</p>	<p>ตัวชี้วัดกลาง -</p> <p>ตัวชี้วัดพื้นที่</p> <p>๔.๑ มีผลงาน R๒R อย่างน้อย CUP ละ ๑ เรื่อง(๔๐ คะแนน)</p> <p>๔.๒ ร้อยละของประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (๖๐ คะแนน)</p>

ข้อเสนอแนะการให้นำหนักคะแนนตัวชี้วัดทั้ง ๔ ด้านของ ปี ๒๕๕๗

โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มโดยสรุปคือต้องให้นำหนักคะแนนตามความสำคัญของปัญหาและงานตามนโยบายเพื่อให้เกิดความถ่วงในการพัฒนางานปฐมภูมิและงานประสานในหน่วยงานระดับ CUP และตัวชี้วัด QOF จะเป็นตัวชี้วัดที่จะวัดผลการพัฒนาคุณภาพในระดับ CUP และหน่วยบริการปฐมภูมิ ระยะเวลา ๓ ปี เพื่อดูทิศทางการพัฒนางานคุณภาพในCUP และหน่วยบริการนั้นๆ

๒. ข้อสรุปตัวชี้วัด QOF ด้านที่ ๑-๔ ในส่วนเขต ปี ๒๕๕๘

<p>ตัวชี้วัดด้านที่ ๑: คุณภาพและผลงานการจัด บริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (๔๐๐คะแนน)</p>	<p>ตัวชี้วัดด้านที่ ๒: คุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ (๓๐๐ คะแนน)</p>
<p>ตัวชี้วัดกลาง</p> <p>๑.๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์</p> <p>๑.๒ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ๑๒สัปดาห์</p> <p>๑.๓ ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก</p> <p>ในสตรี ๓๐-๖๐ ปี ภายใน ๕ ปี</p> <p>ตัวชี้วัดพื้นที่</p> <p>๑.๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๕ ปี ได้รับวัคซีน DTP๕</p> <p>ตัวชี้วัดพื้นที่ปี ๒๕๕๘</p> <p>๑.๕ ร้อยละของเด็กอายุ ๑ ปี ได้รับวัคซีน MMR</p> <p>๑.๖ ร้อยละเด็กประถม ๑ ได้รับการตรวจช่องปาก</p> <p>๑.๗ ร้อยละของเด็กนักเรียนชั้น ป.๖ ได้รับวัคซีน dT</p>	<p>ตัวชี้วัดกลาง</p> <p>๒.๑ สัดส่วน OP ปฐมภูมิ /รพ.</p> <p>๒.๒ อัตราการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลจากโรคหืด</p> <p>๒.๓ อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น</p> <p>๒.๔ อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง</p> <p>ตัวชี้วัดพื้นที่ปี ๒๕๕๘</p> <p>๒.๕ อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑C อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี</p> <p>๒.๖ อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี</p> <p>๒.๗ ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิผสมผสานระบบบริการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย</p> <p>-ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร ต่อการใช้ยาแผนปัจจุบัน (ต่อหน่วยบริการ) นับเฉพาะ บัญชียาหลักแห่งชาติ</p> <p>**หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำมีระบบป้องกันอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์</p> <p>**ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งต่อมาจากหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิให้มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลด้านเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง</p>

<p>ตัวชี้วัดด้านที่ ๓: คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงบริการ ระบบส่งต่อ และการบริหารระบบ (๒๐๐ คะแนน)</p>	<p>ตัวชี้วัดด้านที่ ๔: คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และบริการเสริมในพื้นที่ (๑๐๐ คะแนน)</p>
<p>ตัวชี้วัดกลาง</p> <p>๓.๑ ร้อยละประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล</p> <p>๓.๒ ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียน</p> <p>ตัวชี้วัดพื้นที่ปี ๒๕๕๘</p> <p>๓.๓ มีการจัดระบบสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพประกอบด้วยระบบยาและเวชภัณฑ์ IC Lab ระบบข้อมูล ระบบการให้คำปรึกษา</p> <p>๓.๔ DHS มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย ๑ คน</p> <p>๓.๕ มีข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงใน รพ. และ หน่วยบริการปฐมภูมิและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์</p>	<p>ตัวชี้วัดกลาง</p> <p>ตัวชี้วัดพื้นที่</p> <p>๔.๑ มีผลงาน RbR อย่างน้อย CUP ละ ๑ เรื่อง</p> <p>๔.๒ ร้อยละของประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง</p> <p>ตัวชี้วัดพื้นที่ปี ๒๕๕๘</p> <p>๔.๓ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือควบคุมโรคได้ ในรพ.แม่ข่าย ส่งกลับไปดูแลที่ รพ.สต./ ศสม.</p> <p>๔.๔ ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ ๘๐</p>

๓. วิธีการจัดสรร : อยู่ระหว่างการพิจารณา

๑. นำคะแนนของแต่ละ CUP (เต็ม ๑,๐๐๐ คะแนน) มาเรียงลำดับคะแนนจากมากไปน้อยในการจัดสรร
๒. นำคะแนนของแต่ละ CUP (เต็ม ๑,๐๐๐ คะแนน) มาจัดกลุ่มลำดับคะแนนและแบ่งเป็นกลุ่ม ๑,๒,๓... ตามลำดับในการจัดสรร

๔. การจัดทำ Self Assessment Report (SAR)

เพื่อรองรับการจัดสรร และการ Audit โดยแต่ละ Cup ต้องดำเนินการประเมิน SAR ในแต่ละตัวชี้วัดในปี ๒๕๕๗ โดยต้องดูผลการประเมินผลผ่านทางเว็บไซต์ของแต่ละจังหวัด (PBN Easy Application) เป็นเว็บไซต์ที่สามารถดูผลงานแต่ละตัวชี้วัดของจังหวัด หรือ Cup โดยมีรายละเอียดการจัดทำดังนี้

- ส่วนที่ ๑ : ส่วนนำ ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน(หมวด P ของ PCA)
- ส่วนที่ ๒ : ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดคุณภาพ QOF ปี ๒๕๕๗
- ส่วนที่ ๓ : สรุปผลการประเมินตนเอง

ตัวอย่างการทำ SAR

ตัวบ่งชี้ที่ ๒๐ ร้อยละของผู้สำเร็จการศึกษา

ผลการดำเนินงาน

มี	ไม่มี	เกณฑ์มาตรฐาน	ผลการดำเนินงาน	หลักฐานอ้างอิง
/		ร้อยละของผู้สำเร็จการศึกษาเทียบจากจำนวนนักศึกษา ลงทะเบียนเรียนปี ๑ หลังการสิ้นสุดวันเพิ่มหรือโอนรายวิชา ตามระเบียบของสถาบันการศึกษา ของรุ่นที่สำเร็จการศึกษา ร้อยละ ๙๕	ปีการศึกษา ๒๕๕๕ วิทยาลัยมี นักศึกษา รุ่นที่ ๓๒ ที่เข้าศึกษาในปี การศึกษา ๒๕๕๒ จำนวนแรกเข้า ๗๘ คน สำเร็จการศึกษา จำนวน ๗๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗๒ (๒๐-๑-๑ ถึง ๒๐-๑-๕)	๒๐-๑-๑ รายงานสรุปจำนวน ผู้สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา ๒๕๕๕ ๒๐-๑-๒ รายชื่อนักศึกษาเข้า ศึกษา หลักสูตรพยาบาล ศาสตร์บัณฑิต รุ่นที่ ๓๒ ปี การศึกษา ๒๕๕๒ ๒๐-๑-๓ รายชื่อนักศึกษาแรก เข้าปีการศึกษา ๒๕๕๒ และ จบการศึกษา ปีการศึกษา ๒๕๕๕ (รุ่นที่ ๓๒)

ส่วนที่ 3

สรุปผลการดำเนินงานและแนวทางการพัฒนา

1. สรุปผลการดำเนินงานรายตัวบ่งชี้ ตารางที่ 1 สรุปผลการประเมินคุณภาพการศึกษาภายใน ตามรายตัวบ่งชี้ ปีการศึกษา 2555

ตัวบ่งชี้	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		คะแนน การประเมิน (คะแนน)
		ตัวตั้ง / ตัวหาร	ผลลัพธ์ (%)	
องค์ประกอบที่ 1 ปรัชญา ปณิธาน วิสัยทัศน์ และแผนดำเนินการ				
1.1 กระบวนการพัฒนาแผน (สกอ 1.1)	8 ข้อ	-	8 ข้อ	5
1.1.1 ผลการบริหารสถาบันให้เกิดอัตลักษณ์ (สมศ 16.1)	5 ข้อ	-	5 ข้อ	5
1.1.2 ผลการพัฒนาบัณฑิตตามอัตลักษณ์ (สมศ 16.1)	4.65 คะแนน	313.47/65	4.82	4.82
1.1.3 ผลการพัฒนาตามจุดเน้นและจุดเด่นที่ ส่งผลสะท้อนเป็นเอกลักษณ์ของสถาบัน (สมศ 17)	5 ข้อ	-	5 ข้อ	5

๕. การติดตามเยี่ยม สํารวจเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ

การสนับสนุน และส่งเสริมให้ระบบบริการปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ และเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ การใช้กลไกการบริหารจัดการทางการเงินของงบจ่ายตามคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิเป็นเครื่องมือสำคัญในการกระตุ้น และจูงใจให้หน่วยบริการประจำ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

เพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินงานจ่ายเงินตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ และบรรลุเป้าหมายในการสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง สปสช.จึงเห็นความสำคัญของการจัดให้มีการติดตามเยี่ยม สํารวจการจัดการบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการประจำและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)

๕.๑ วัตถุประสงค์

๕.๑.๑ ติดตามเยี่ยม การจัดการบริการปฐมภูมิของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) เพื่อให้เป็นไปตามทิศทางการจัดสรรงบประมาณตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

๕.๑.๒ สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจแก่เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในการพัฒนาบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง

๕.๑.๓ นำผลการติดตามเยี่ยม สํารวจการจัดการบริการปฐมภูมิไปทบทวน และพัฒนาตัวชี้วัด QOF และการบริหารจัดการงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

๕.๒ แนวคิด

มีการศึกษาหลักฐานทางวิชาการชัดเจนว่า QOF ในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของสหราชอาณาจักร ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ดีขึ้น (Improve Health Outcomes) และมีผลกระทบต่อเนื่องในทางบวกต่อกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับเงินค่าจูงใจ (Non-incentivized Activities) ด้วย

ดังนั้นในการติดตามเยี่ยมสํารวจนั้น ทีมงานใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์แล้ว จะต้องพิจารณา “ช่องว่าง” ระหว่างผลการปฏิบัติงานกับปัญหาและบริบทของพื้นที่อำเภอ (Gap in Performance and Health Needs Assessment at District Health) ด้วย

๕.๓ การติดตามเยี่ยม สํารวจ (QOF Surveyor and Developer) ระดับเขต

๕.๓.๑ องค์ประกอบของทีม “ระดับเขต” ควรประกอบด้วย

๑) ทีมผู้ประสานงานหลัก (Core Team) ของ สปสช.เขตที่รับผิดชอบการพัฒนา District Health System

๒) ผู้แทนจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ พยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกรรมชุมชน นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เป็นต้น

๓) ผู้แทน Core Team DHS ระดับเขต

๔) ผู้แทนจากภาคประชาชน เช่น ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชนตาม มาตรา ๕๐ (๕), ศูนย์บริการประชาชนหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ, ผู้แทนภาคประชาชน,องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เป็น อปสช. อสม. เป็นต้น

- ๕) นักวิชาการในพื้นที่ เช่นจากสถาบันอุดมศึกษาในเขตพื้นที่,ศูนย์วิชาการเขต ของกระทรวงสาธารณสุข,ศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิและการสาธารณสุขมูลฐาน
- ๖) ทีม IT โดยเฉพาะผู้ที่ทำข้อมูล OP Individual / หรือผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโปรแกรม JHCIS , HCIS ,PPIS, EMCO,DMIS/ หรือผู้รับผิดชอบงาน Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

หมายเหตุ :

๑. สามารถใช้คณะทำงานที่สปสข.เขต ได้มีการดำเนินการร่วมกันในพื้นที่ และพิจารณาตามความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
๒. ควรสนับสนุนให้มีทีมติดตามเยี่ยม สํารวจ ระดับจังหวัด ซึ่งอาจจะเป็นกลไกที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ และนำแกนนำการพัฒนาDistrict Health System เข้ามีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และส่งเสริมการพัฒนาบริการปฐมภูมิอย่าง

๕.๓.๒ แนวทางปฏิบัติ

- ๑) จัดกลุ่มระดับคะแนน QOF เป็น สูง กลาง และต่ำ และสุ่มพื้นที่สำหรับติดตามเยี่ยม สํารวจ ครอบคลุมทั้ง ๓ กลุ่ม จำนวนไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕ ของ CUP ภายในเขต
- ๒) สปสข.เขตจัดเตรียมข้อมูลของ CUP พื้นที่ที่จะสุ่มติดตามเยี่ยม สํารวจ เพื่อสนับสนุนทีมติดตามเยี่ยม สํารวจ ได้แก่ ผลการตรวจประเมินขั้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และผลงานตามตัวชี้วัด QOF
- ๓) กรอบการเยี่ยมสํารวจ ประกอบด้วย การจัดโครงสร้าง และการจัดบริการในเครือข่าย ผลลัพธ์การจัดการบริการ โดยเฉพาะผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด QOF นวัตกรรมหรือผลงานที่ภาคภูมิใจ และผลการพัฒนา ODOP
- ๔) ทีมเยี่ยมสํารวจ ร่วมแลกเปลี่ยนเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการดำเนินงานที่มีจุดแข็งหรือผลงานเด่น ปัจจัยที่มีโอกาสพัฒนา และสิ่งที่ควรปรับปรุง
- ๕) สปสข.เขต สรุปผลการเยี่ยมสํารวจ พร้อมทั้งรวบรวมข้อเสนอแนะ ประเด็นข้อจำกัด ปัญหาจากการบริหารจัดการงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ (QOF) เสนอต่อ อปสข. และรายงานต่อสปสข.

๕.๓.๓ ระยะเวลาการเยี่ยมสํารวจ ที่เหมาะสมมี ๒ ช่วงได้แก่ ม.ค – มี.ค และ ก.ค – ส.ค ซึ่งสัมพันธ์กับช่วงเวลาที่สามารถนำข้อมูลผลงานตามตัวชี้วัด QOF ที่สปสข.เขตสามารถนำมาใช้ประกอบการติดตามเยี่ยม สํารวจ และถือเป็นการคืนข้อมูลให้หน่วยบริการได้นำไปใช้ในการพัฒนาการต่อไป โดย ทีมเยี่ยมสํารวจระดับเขต สามารถวางแผนตามความเหมาะสม

๕.๔ การติดตามเยี่ยม สํารวจ (QOF Surveyor and Developer)ระดับประเทศ

๕.๔.๑ องค์ประกอบ ของทีม “ระดับประเทศ” ประกอบด้วย

- ๑) ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว /บริการปฐมภูมิ
- ๒) ผู้แทนอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สปสข.
- ๓) ผู้บริหาร /ผู้รับผิดชอบแผนงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงบ QOF ของสปสข.

- ๔) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบบข้อมูล OP Individual สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
- ๕) ผู้แทนหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

๕.๔.๒ แนวทางปฏิบัติ

๑) แผนงานฯ จัดแบ่งทีมเยี่ยมสำรวจระดับประเทศ ออกเป็น ๒ ทีม และคัดเลือก สปสช.เขตโดยพิจารณาจากหลักเกณฑ์ แนวทางการบริหารของสปสช.เขตที่มีประเด็นที่น่าสนใจ และสามารถสะท้อนกับการบริหารงบบฯ ที่แผนงานกำหนดไว้

๒) คัดเลือกเขตอย่างน้อย ๑ เขต ฤๅ ๑ จังหวัดฤๅ ๒ หน่วยบริการประจำ โดยคัดเลือกพื้นที่ที่มีคะแนนสูงหรือต่ำผิดปกติ

๓) แผนงานฯ จัดเตรียมข้อมูลของ CUP พื้นที่ที่ได้รับการสุ่มติดตามเยี่ยมสำรวจ เพื่อสนับสนุนทีมติดตามเยี่ยมสำรวจ ได้แก่ ผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และผลงานตามตัวชี้วัด QOF ฯลฯ

๔) กรอบการเยี่ยมสำรวจ ประกอบด้วย การจัดโครงสร้าง และการจัดบริการในเครือข่าย ผลลัพธ์การจัดบริการ โดยเฉพาะผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด QOF นวัตกรรมหรือผลงานที่ภาคภูมิใจ และผลการพัฒนา ODOP ฯลฯ

๕) ทีมเยี่ยมสำรวจ ร่วมแลกเปลี่ยนเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการดำเนินงานที่มีจุดแข็งหรือผลงานเด่น ปัจจัยที่มีโอกาสพัฒนา และสิ่งที่ควรปรับปรุง

๖) แผนงานฯ สรุปผลการเยี่ยมสำรวจ พร้อมทั้งรวบรวมข้อเสนอแนะ ประเด็นข้อจำกัด ปัญหาจากการบริหารจัดการงบบฯตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ (QOF) รายงานต่อคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๕.๔ ๓ ระยะเวลาการเยี่ยมสำรวจ ที่เหมาะสมมี ๒ ช่วงได้แก่ ม.ค – มี.ค ๕๗ และ ก.ค – ส.ค

๖. รูปแบบการกำกับติดตาม และ Audit ผลการจัดสรร งบ QOF

รูปแบบการติดตาม จะแบ่งออกเป็น ๔ ทีม แต่ละทีม จะมี อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ในแต่ละทีม พร้อมผู้แทนจากสาขาจังหวัด ผู้แทนภาคประชาชนในคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ผู้แทน สปสช.เขต ๔ สระบุรี รวมทั้ง อาจมีจาก สปสช.ส่วนกลาง เข้าร่วมในบางจังหวัด

ระยะเวลาในการดำเนินการ

เดือนมกราคม ๒๕๕๗	พัฒนาคู่มือ QOF ในระดับเขต
เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๗	จัดสรรงบ QOF ในภาพรวม
เดือนมิถุนายน – กรกฎาคม ๒๕๕๗	ติดตามกำกับ และ Audit

ภาคผนวก

ภาคผนวก ๑

สรุปตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๕๗

ตัวชี้วัดกลางด้านที่ ๑ ปี ๒๕๕๗ จำนวน ๓ ข้อ

ตัวชี้วัด	๑.๑ ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลหญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ
คำนิยาม	หญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพที่ฝากครรภ์ครั้งแรกโดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงมีครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายในปีที่หน่วยบริการทุกสิทธิประกันสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่น (โดยสำรวจ และใช้ข้อมูลจากสมุดสีชมพู)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP แพ้ม ANC (อายุครรภ์ดูที่ field GA)
รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนหญิงมีครรภ์ทุกรายในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการที่ฝากครรภ์ครั้งแรกโดยอายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ (นับเฉพาะการฝากครรภ์ครั้งแรกของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น ใช้ข้อมูลระหว่าง ๑ เมษายน ๒๕๕๖ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗)
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนหญิงมีครรภ์ทุกรายในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ที่รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมด ในช่วง ระหว่าง ๑ เมษายน ๒๕๕๖ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗ (นับเฉพาะการฝากครรภ์ครั้งแรกของการตั้งครรภ์ครั้งนั้นภายในปีงบประมาณ)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (๑ เมษายน ๒๕๕๖ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมอนามัย
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นางสาวสาทร่าย เรืองเดช
Baseline	ไตรมาส ๒ ปี OP/PP Indiv ๒_๒๕๕๖ = ๔๗%, NSO survey ๒๕๕๒ = ๗๑.๓%
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	ต่ำกว่า ๔๐.๐๐% = ๑ คะแนน
	๔๐.๐๐ - ๔๙.๙๙% = ๒ คะแนน
	๕๐.๐๐ - ๕๙.๙๙ % = ๓ คะแนน
	๖๐.๐๐ - ๖๙.๙๙ % = ๔ คะแนน (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐)
	>=๗๐.๐๐ % = ๕ คะแนน

ตัวชี้วัด	๑.๒ ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลหญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ
ค่านิยาม	หญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง หญิงมีครรภ์ที่มีประวัติมาฝากครรภ์ตามนัด จำนวน ๕ ครั้ง ตามระยะเวลาดังนี้ ช่วงที่ ๑ ก่อนอายุครรภ์ ภายใน ๑๒ สัปดาห์ ช่วงที่ ๒ เมื่ออายุครรภ์ ๑๘ สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ ๒ สัปดาห์) ช่วงที่ ๓ เมื่ออายุครรภ์ ๒๖ สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ ๒ สัปดาห์) ช่วงที่ ๔ เมื่ออายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ ๒ สัปดาห์) ช่วงที่ ๕ เมื่ออายุครรภ์ ๓๘ สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ ๒ สัปดาห์)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงในเขตรับผิดชอบที่คลอดบุตรแล้วในหน่วยบริการ ทุกสิทธิประกันสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่น (โดยสำรวจ และใช้ข้อมูลจากสมุดสีชมพู)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม MCH และ ANC (อายุครรภ์คู่มือ field GA)
รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนหญิงคลอดแล้วทุกสิทธิประกันสุขภาพระหว่าง ๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗ ที่มีประวัติได้รับการดูแลก่อนคลอดครบทั้ง ๕ ครั้งตามเกณฑ์ (นำหญิงคลอดในแฟ้ม MCH มาหาประวัติการดูแลก่อนคลอด ใน แฟ้ม ANC)
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนหญิงคลอดบุตรแล้วทุกสิทธิ ในเขตรับผิดชอบ ระหว่าง ๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗ (จากแฟ้ม MCH)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (ใช้ข้อมูล ๒ ไตรมาส จาก ๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมอนามัย
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช
Baseline	NSO survey ๒๕๕๒: ANC ๔ ครั้งโดยไม่กำหนดเกณฑ์ช่วงอายุครรภ์ = ๗๙.๖%
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	ต่ำกว่า ๔๐.๐๐% = ๑ คะแนน
	๔๐.๐๐ - ๔๙.๙๙% = ๒ คะแนน
	๕๐.๐๐ - ๕๙.๙๙ % = ๓ คะแนน
	๖๐.๐๐ - ๖๙.๙๙ % = ๔ คะแนน (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐)
	$\geq 70.00\%$ = ๕ คะแนน

ตัวชี้วัด	๑.๓ ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี ๓๐-๖๐ ปี ภายใน ๕ ปี
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทย ทุกสิทธิที่มีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี
คำนิยาม	กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สตรีสัญชาติไทยทุกสิทธิที่มีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ (เกิดในปี พ.ศ. ๒๔๙๗ - ๒๕๒๗) ในเขตรับผิดชอบ การตรวจปากมดลูก หมายถึง การตรวจทั้งโดยวิธี Pap Smear และ VIA - Pap Smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่น สไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา - VIA (Visual Inspection with Acetic acid) หมายถึง วิธีคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้ น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูก ทิ้งไว้ ๑ นาที น้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับ เนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาวขอบเขตชัดเจน และตำแหน่งแน่นอน สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็ง แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษาอาจ กลายเป็นมะเร็งได้ซึ่งเหมาะสำหรับการคัดกรองสำหรับสตรีอายุ ๓๐-๔๕ปี
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูลจาก Pap Registry (หน่วยบริการต้องสำรวจข้อมูลประชากรในเขตรับผิดชอบที่ ไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นและลงบันทึกการรับบริการจากนอกพื้นที่ด้วย)
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปีทุกสิทธิที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสม ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๓ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปีทุกสิทธิในเขตรับผิดชอบ (กรณี SSS และ CSMBS นับตาม จังหวัด Hcode ที่ให้บริการ)
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (ใช้ข้อมูลสะสมตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๒- ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗)
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/	กรมการแพทย์
ผู้ประสานการ งานตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช
Baseline	NSO survey ๒๕๕๒=๖๒%, ขณะที่ข้อมูลของ Pap Registry ในรอบ ๕ ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๕ =๓๐%
ระยะเวลา ประเมิน	๑ ตุลาคม ๒๕๕๒- ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗
การกำหนดช่วง ค่าคะแนน	ต่ำกว่า ๓๐.๐๐% = ๑ คะแนน ๓๐.๐๐ -๔๙.๙๙% = ๒ คะแนน ๕๐.๐๐ - ๖๙.๙๙ % = ๓ คะแนน ๗๐.๐๐ - ๘๙.๙๙ % = ๔ คะแนน (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)

$\geq 90.00\%$ = ๕ คะแนน

ตัวชี้วัดพื้นที่ด้านที่ ๑ ปี ๒๕๕๗ (ตัวชี้วัดที่ด้านที่ ๑ จำนวน ๑ ข้อ)

ตัวชี้วัด	๑.๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๕ ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP๕
คำนิยาม	เด็ก ๕ ปี หมายถึง เด็กอายุครบ ๕ ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP๕
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ ๕ ปี ทุกสิทธิประกันสุขภาพ (เกิด ๑ เมษายน ๒๕๕๑ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๒) ในเขตรับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของ ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่น (โดยสำรวจและใช้ข้อมูลจาก สมุดสีชมพู)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP เพิ่ม EPI (field VCCTYPE)
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุครบ ๕ ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP๕
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุครบ ๕ ปี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	(A/B) X๑๐๐
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (ช่วง ๑ เมษายน ๒๕๕๖ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗)
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/	กรมควบคุมโรค
ผู้ประสานการ งานตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช สปสช.
การกำหนดช่วง ค่าคะแนน	ต่ำกว่า ร้อยละ๖๐ = ๑ คะแนน
	๖๐.๐๐ - ๖๙.๙๙% = ๒ คะแนน
	๗๐.๐๐ - ๗๙.๙๙ % = ๓ คะแนน
	๘๐.๐๐ - ๘๙.๙๙ % = ๔ คะแนน (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)
	>=๙๐.๐๐ % = ๕ คะแนน

ตัวชี้วัดกลางด้านที่ ๒ ปี ๒๕๕๗ จำนวน ๔ ข้อ (คุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ)

ตัวชี้วัด	๒.๑ สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนใช้บริการปฐมภูมิเป็นครั้งแรก - เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนภาพรวมความเชื่อมั่นต่อหน่วยบริการปฐมภูมิของประชาชนในเขตรับผิดชอบ - เป็นตัวชี้วัดที่ถูกลำเอียงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี ๒๕๕๘ มีแผนที่จะมีการวัดผลในบางรายโรคที่สามารถดูแลได้ในระดับบริการปฐมภูมิ (ACSC)
คำนิยาม	จำนวนผู้มีสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เทียบกับ จำนวนผู้มีสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาล
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่า ๑.๓๖
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้มีสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานของหน่วยบริการผ่านระบบ OP/PP Individual data
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูล OP/PP Individual data
รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนครั้งผู้มีสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิเอง ระหว่าง ๑ เมษายน ๒๕๕๖ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนครั้งผู้มีสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลประจำของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ระหว่าง ๑ เมษายน ๒๕๕๖ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	A/B
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	แผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ/สำนักบริหารการสาธารณสุข/สำนักIT
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นส.วิชยา คำแฝง
Baseline	ผลงานระดับประเทศปี ๒๕๕๕ = ๑.๓๖
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	<p>สัดส่วน < ๑.๐๑ = ๑ คะแนน</p> <p>สัดส่วน ๑.๐๑ - ๑.๓๕ = ๒ คะแนน</p> <p>สัดส่วน ๑.๓๖ - ๑.๗๐ = ๓ คะแนน</p> <p>สัดส่วน ๑.๗๑ - ๒.๐๔ = ๔ คะแนน</p> <p>สัดส่วน > ๒.๐๔ = ๕ คะแนน</p>

ตัวชี้วัด	๒.๒ อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคหืด สิทธิ UC
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC
ค่านิยาม	จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
เกณฑ์เป้าหมาย	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OPAE) ผ่านโปรแกรม eClaim และข้อมูลผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP eClaim, OP/PP, OPAE ของ สปสช.
รายการข้อมูล ๑	A : จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหืด
รายการข้อมูล ๒	B : จำนวนผู้ป่วยโรคหืดสิทธิ UC ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (ไตรมาส ๓,๔ ของปีที่ผ่านมาและ ๑,๒ ของภายในปี)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	แผนงานโรคเรื้อรังฯ
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	สิริกร ขุนศรี/สุชิตา สละ
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	คำนวณตัวชี้วัด มาแบ่งออกเป็น ๕ กลุ่ม (Quintile ๑-๕) กลุ่มละ ๒๐ % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขต แล้วนำมากำหนดเป็นค่าคะแนน ๑-๕ ตัวอย่างเช่น เขต A คำนวณ $Q1= ๙.๑๔, Q2=๑๓.๖๕, Q3=๑๘.๔๑, Q๔=๔๐.๒๐$ กำหนดค่าคะแนนเป็นดังนี้ $> ๔๐.๑๙ = ๑$ $๑๘.๔๑ - ๔๐.๑๙ = ๒$ $๑๓.๖๕ - ๑๘.๔๐ = ๓$ $๙.๑๔ - ๑๓.๖๔ = ๔$ $< ๙.๑๔ = ๕$

ตัวชี้วัด	๒.๓ อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นสิทธิ UC
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC
คำนิยาม	จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น Ketoacidosis, Hyperosmolarity, Hypoglycemia, Coma) สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
เกณฑ์เป้าหมาย	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OPAE) ผ่านโปรแกรม eClaim และข้อมูลผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP eClaim, OP/PP, OPAE ของ สปสช.
รายการข้อมูล ๑	A : จำนวนครั้งของผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น สิทธิ UC, and [pdx=(E๑๐๐-E๑๐๑ or E๑๑๐-E๑๑๑ or E๑๒๐-E๑๒๑ or E๑๓๐-E๑๓๑ or E๑๔๐-E๑๔๑)] OR [(pdx = E๑๖๐ or E๑๖๒) and (sdx = E๑๐-E๑๔)] OR [(pdx = E๑๖๐) and (sdx=Y๔๒๓)] OR [(pdx = E๑๐-E๑๔) and (sdx = E๑๖๐ or E๑๖๒)]
รายการข้อมูล ๒	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (ไตรมาส ๓,๔ ของปีที่ผ่านมาและ ๑,๒ ของภายในปี)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	แผนงานโรคเรื้อรังฯ
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	สิริกร ชุนศรี /สุจิตา สละ
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	คำนวณตัวชี้วัด มาแบ่งออกเป็น ๕ กลุ่ม (Quintile ๑-๕) กลุ่มละ ๒๐ % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขต แล้วนำมากำหนดเป็นค่าคะแนน ๑-๕ ตัวอย่างเช่น เขต A ค่าคะแนน Q๑= ๙.๑๔ ,Q๒=๑๓.๖๕ ,Q๓=๑๘.๔๑ ,Q๔=๔๐.๒๐ กำหนดค่าคะแนนเป็นดังนี้ $\begin{aligned} > ๔๐.๑๙ &= ๑ \\ ๑๘.๔๑ - ๔๐.๑๙ &= ๒ \\ ๑๓.๖๕ - ๑๘.๔๐ &= ๓ \\ ๙.๑๔ - ๑๓.๖๔ &= ๔ \\ < ๙.๑๔ &= ๕ \end{aligned}$

ตัวชี้วัด	๒.๔ อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
เกณฑ์เป้าหมาย	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสิทธิ UC
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OPAE) ผ่านโปรแกรม eClaim และข้อมูลผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP eClaim, OP/PP, OPAE ของ สปสช.
รายการข้อมูล ๑	A : จำนวนครั้งของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสิทธิ UC เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ๑. ความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ๒. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ชนิด Haemorrhag และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และโรคร่วมไม่ใช่อุบัติเหตุ ๓. Hypertensive retinopathy (Hm๕๐) และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง, [(pdx = ๑๐-๑๕, ๒๗๔) OR (pdx= ๒๐-๒๒ and (sdx= ๑๐-๑๕, ๒๗๔ and sdx≠ ๑๐๐-T๙๙)) OR (pdx =Hm๕๐ and (sdx = ๑๐-๑๕ or ๒๗๔)]
รายการข้อมูล ๒	B: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสิทธิ UC ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (ไตรมาส ๓,๔ ของปีที่ผ่านมาและ ๑,๒ ของภายในปี)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	แผนงานโรคเรื้อรังฯ
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	สิริกร ขุนศรี/สุชีตา สละ
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	คำนวณตัวชี้วัด มาแบ่งออกเป็น ๕ กลุ่ม (Quintile ๑-๕) กลุ่มละ ๒๐ % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขต แล้วนำมากำหนดเป็นค่าคะแนน ๑-๕ ตัวอย่างเช่น เขต A จำนวน Q๑= ๙.๑๔ ,Q๒=๑๓.๖๕ ,Q๓=๑๘.๔๑ ,Q๔=๔๐.๒๐ กำหนดค่าคะแนนเป็นดังนี้ $\begin{aligned} > ๔๐.๑๙ &= ๑ \\ ๑๘.๔๑ - ๔๐.๑๙ &= ๒ \\ ๑๓.๖๕ - ๑๘.๔๐ &= ๓ \\ ๙.๑๔ - ๑๓.๖๔ &= ๔ \\ < ๙.๑๔ &= ๕ \end{aligned}$

ตัวชี้วัดกลางด้านที่ ๓ ปี ๒๕๕๗ จำนวน ๒ ข้อ

ตัวชี้วัด	๓.๑ ร้อยละประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล
ที่มา/ความสำคัญ ของตัวชี้วัด	- เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ จัดหาบุคลากร/จัดระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายมีบุคลากรที่จำเป็นครบตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการทำหน้าที่ เป็นหมอประจำครอบครัวใกล้บ้านใกล้ใจประชาชน - ตัวชี้วัดนี้ เป็นตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับนโยบายหมอประจำครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข
คำนิยาม	ประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล พิจารณาจาก จำนวนประชากรของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มี จำนวนบุคลากรตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ โดย ๑) ผ่านเกณฑ์ หรือ ผ่านเกณฑ์แบบมีเงื่อนไข ตามหมวด ๓.๑(แพทย์) และ ๒) ผ่านเกณฑ์ หมวด ๓.๒ (พยาบาล), ๓.๓ (บุคลากรอื่น วุฒิ ปริญญาตรี) , ๓.๔ (บุคลากรอื่น วุฒิต่ำกว่าอนุปริญญา)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนสิทธิ์ UC ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในระบบ (Data Center สปสช.)
แหล่งข้อมูล	ตัวตั้ง จากผลการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ (Data Center สปสช.) ตัวหาร จากฐานข้อมูลทะเบียนประชากร สปสช.
รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนประชาชนสิทธิ์ UC ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีบุคลากรตาม เกณฑ์ขึ้นทะเบียนฯ
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนประชาชนสิทธิ์ UC ทั้งหมดของหน่วยบริการประจำ
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียน ระหว่าง ๑ เมย.๕๖ – ๓๐ กย.๕๖)
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	แผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ/สำนักบริหารงานทะเบียน
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นส.วิชยา คำแฝง
Baseline	หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบุคลากรผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนฯ ร้อยละ ๖๔.๗๒

การกำหนดช่วงค่า คะแนน	\leq ร้อยละ ๕๙.๙๙ = ๑ คะแนน ร้อยละ ๖๐.๐๐-๖๙.๙๙ = ๒ คะแนน ร้อยละ ๗๐.๐๐-๗๙.๙๙ = ๓ คะแนน ร้อยละ ๘๐.๐๐-๘๙.๙๙ = ๔ คะแนน \geq ร้อยละ ๙๐.๐๐ = ๕ คะแนน
ตัวชี้วัด	๓.๒ ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียน
ที่มา/ความสำคัญ ของตัวชี้วัด	- เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ จัดระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ ขีดความสามารถในการจัดบริการ บุคลากร ระบบคุณภาพ ระบบส่งต่อและเชื่อมต่อบริการ ตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ
คำนิยาม	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการแบบไม่มีเงื่อนไข เทียบกับ จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการตรวจประเมินทั้งหมดของหน่วยบริการประจำ
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนแบบไม่มีเงื่อนไข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในระบบ(Data Center สปสช.)
แหล่งข้อมูล	จากผลการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ (Data Center สปสช.)
รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการแบบไม่มีเงื่อนไข
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการตรวจประเมินทั้งหมดของหน่วยบริการประจำ
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียน ระหว่าง ๑ เมย.๕๖ - ๓๐ กย.๕๖)
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/	แผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ/สำนักบริหารงานทะเบียน
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นส.วิชยา คำแฝง
การกำหนดช่วงค่า คะแนน	\leq ร้อยละ ๙.๙๙ = ๑ คะแนน ร้อยละ ๑๐.๐๐ - ๒๙.๙๙ = ๒ คะแนน ร้อยละ ๓๐.๐๐ - ๔๙.๙๙ = ๓ คะแนน ร้อยละ ๕๐.๐๐ - ๖๙.๙๙ = ๔ คะแนน \geq ร้อยละ ๗๐.๐๐ = ๕ คะแนน

ตัวชี้วัดกลางด้านที่ ๔ ปี ๒๕๕๗ จำนวน ๒ ข้อ (คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และบริการเสริมในพื้นที่)

ตัวชี้วัด	๔.๑ ระดับความสำเร็จของการพัฒนางานประจำด้วยงานวิจัยระดับอำเภอ
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และบริการเสริมในพื้นที่ด้วยเครื่องมือวิจัย R๒R หรือ นวัตกรรม
คำนิยาม	งานวิจัย R๒R ในที่นี้ หมายถึง งานวิจัยที่ทำโดยผู้ที่อยู่หน้างาน และสามารถนำพัฒนางานด้านการให้บริการที่จำเป็นเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ หรือบริการเสริมในพื้นที่ อาจเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการโดยตรงหรือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการให้บริการก็ได้ งานวิจัย หมายถึง ผลงานทางวิชาการที่ได้มีการศึกษาค้นคว้าตามกระบวนการและระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสม นวัตกรรม หมายถึง ผลงาน งานหรือชิ้นงาน ความคิดและการกระทำใหม่ ๆ ที่นำมาใช้ในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นโดยมีการศึกษาค้นคว้าตามกระบวนการและระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ที่เหมาะสม การบริการที่จำเป็นเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชน หมายถึง บริการหลักที่ให้แก่ประชาชน ประกอบไปด้วย การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องพึ่งพา ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การควบคุมโรคในท้องถิ่น การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรค ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลผู้ป่วยจิตเวช-สุขภาพจิต ผู้พิการ/อัมพาต กลุ่มเสี่ยงสูง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น ที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่
เกณฑ์เป้าหมาย	เครือข่ายบริการระดับอำเภอมีการพัฒนางานบริการที่จำเป็น(essential care)เพื่อตอบสนองการให้บริการในพื้นที่หรือบริการเสริมในพื้นที่ ด้วยงานวิจัย R๒R หรือนวัตกรรม เครือข่ายบริการระดับอำเภอละ ๑ เรื่อง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการระดับอำเภอทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดูจากผลการจัดทำ การพัฒนาผลงานประจำสู่การวิจัยRoutine to Research (R๒R) หรือนวัตกรรมของเครือข่ายอำเภอ
แหล่งข้อมูล	ผลงานวิชาการและนวัตกรรมด้านสาธารณสุข ระดับเครือข่ายอำเภอ
รายการข้อมูล	จำนวนผลงานการพัฒนางานประจำสู่การวิจัยที่ดำเนินการในระดับเครือข่ายอำเภอ(เรื่อง)
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง เดือนมิถุนายน ของทุกปี
ผู้ให้ข้อมูล	ผู้รับผิดชอบงานการพัฒนางานประจำสู่การวิจัย ระดับจังหวัด อำเภอ
เกณฑ์การให้คะแนน	
ระดับ	ขั้นตอนการดำเนินงาน
๑	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและมีการดำเนินงานเพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนางานประจำด้วยงานวิจัย R๒R
๒	มีผลงานนวัตกรรมหรือมีโครงร่างงานวิจัยR๒Rที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพงานบริการที่จำเป็น เพื่อตอบสนองการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ อย่างน้อย ๑ เรื่อง
๓	มีและใช้งานวิจัย R๒R ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพงานบริการที่จำเป็น เพื่อตอบสนองการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภออย่างน้อย๑เรื่อง
๔	มีและใช้งานวิจัย R๒Rที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพงานบริการที่จำเป็น เพื่อตอบสนองการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภออย่างน้อย๑เรื่องและหน่วยงานบริการอื่นภายนอกพื้นที่มีการนำผลงานวิจัย R๒R นั้นไปใช้หรือมีงานวิจัย R๒R ที่ได้รับรางวัลในการนำเสนอเวทีระดับจังหวัดอย่างน้อย ๑ เรื่อง
๕	มีงานวิจัย R๒R ที่ได้รับรางวัลในการนำเสนอเวทีระดับเขตขึ้นไปอย่างน้อย ๑ เรื่อง หรือได้รับการคัดเลือกไปนำเสนอเวทีระดับประเทศ อย่างน้อย ๑ เรื่อง

ตัวชี้วัด	๔.๒.๑. ร้อยละประชาชนอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ๔.๒.๒ ร้อยละประชาชนอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิต
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อประเมินความครอบคลุมการได้รับคัดกรองเบาหวานในประชาชนไทยอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปทุกสิทธิประกันสุขภาพ ๒. เพื่อประเมินความครอบคลุมการได้รับคัดกรองความดันโลหิตในประชาชนไทยอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปทุกสิทธิประกันสุขภาพ
คำนิยาม	หลักเกณฑ์การคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป การคัดกรองเบาหวานด้วยวจา และต้องตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยวิธี (Fasting plasma glucose หรือ Fasting capillary glucose) เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงตั้งแต่ ๑ ข้อขึ้นไป เกณฑ์ความเสี่ยงมี ๖ ข้อ ดังนี้ ๑ มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (รอบเอว ≥ ๙๐ ซม. ในผู้ชาย หรือ ≥ ๘๐ ซม. ในผู้หญิงและ/หรือดัชนีมวลกาย ≥ ๒๕ กก./ม.๒) ๒ มีประวัติ พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคเบาหวาน ๓ มีความดันโลหิตสูง (BP $> ๑๔๐/๙๐$ มม.ปรอท)หรือมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง ๔ มีประวัติไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์ ≥ ๒๕๐ มก./ดลและ/หรือ เอส ดีแอล คอลลเอสเตอรอล < ๓๕ มก./ดล. ๕ ประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูง (ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FPG/FCG) = $๑๐๐-๑๒๕$ มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส ๒ ชั่วโมง(OGTT) = $๑๔๐-๑๙๙$ มก./ดล.) ๖ ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า ๔ กิโลกรัมการคัดกรองความดันโลหิตสูง หมายถึง การตรวจคัดกรองความดันโลหิตตามมาตรฐานหลังการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตแจ้งผลโอกาสเสี่ยง และแนวทางการปฏิบัติตนตามสถานะความเสี่ยง
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่นด้วย)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP จาก แฟ้ม NCDSCREEN (การคัดกรองDM ใช้ field DMFAMILY, WEIGHT,HEIGHT,WAIST_CM, การคัดกรอง HT ใช้ field HTFAMILY, WEIGHT, HEIGHT, WAIST_CM BPH_๑&BPL_๑)
รายการข้อมูล ๑	A๑= จำนวนประชาชนไทยอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM/HT ตามมาตรฐาน ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B๑= จำนวนประชาชนไทยอายุ ตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน
สูตรการคำนวณ	A/B X ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (ช่วง ๑ เมษายน ๒๕๕๖ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมควบคุมโรค
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช

สรุปตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๕๘

ตัวชี้วัดกลางด้านที่ ๑ จำนวน ๓ ข้อ (คุณภาพและผลงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค)

ตัวชี้วัด	๑.๑ ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลหญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ
คำนิยาม	หญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพที่ฝากครรภ์ครั้งแรกโดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงมีครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายในปีที่หน่วยบริการทุกสิทธิประกันสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่น (โดยสำรวจ และใช้ข้อมูลจากสมุดสีชมพู)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP แพ้ม ANC (อายุครรภ์ดูที่ field GA)
รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนหญิงมีครรภ์ทุกรายใน พื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการที่ฝากครรภ์ครั้งแรก โดยอายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ (นับเฉพาะการฝากครรภ์ครั้งแรกของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น ใช้ข้อมูลระหว่าง ๑ เมษายน ๒๕๕๗ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘)
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนหญิงมีครรภ์ทุกรายใน พื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ที่รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมด ในช่วง ระหว่าง ๑ เมษายน ๒๕๕๗ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘ (นับเฉพาะการฝากครรภ์ครั้งแรกของการตั้งครรภ์ครั้งนั้นภายในปีงบประมาณ)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (๑ เมษายน ๒๕๕๗ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมอนามัย
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาทราย เรืองเดช
Baseline	ไตรมาส ๒ ปี OPPP Indiv ๒_๒๕๕๖= ๔๗%, NSO survey ๒๕๕๒ =๗๑.๓%
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	ต่ำกว่า ๔๐.๐๐% = ๑ คะแนน
	๔๐.๐๐ -๔๙.๙๙% = ๒ คะแนน
	๕๐.๐๐ - ๕๙.๙๙ % = ๓ คะแนน
	๖๐.๐๐ - ๖๙.๙๙ % = ๔ คะแนน (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐)
	>=๗๐.๐๐ % = ๕ คะแนน

ตัวชี้วัด	๑.๒ ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลหญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ
ค่านิยาม	หญิงมีครรภ์คนไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง หญิงมีครรภ์ที่มีประวัติมาฝากครรภ์ตามนัด จำนวน ๕ ครั้ง ตามระยะเวลาดังนี้ ช่วงที่ ๑ ก่อนอายุครรภ์ ภายใน ๑๒ สัปดาห์ ช่วงที่ ๒ เมื่ออายุครรภ์ ๑๘ สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ ๒ สัปดาห์) ช่วงที่ ๓ เมื่ออายุครรภ์ ๒๖ สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ ๒ สัปดาห์) ช่วงที่ ๔ เมื่ออายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ ๒ สัปดาห์) ช่วงที่ ๕ เมื่ออายุครรภ์ ๓๘ สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ ๒ สัปดาห์)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงในเขตรับผิดชอบที่คลอดบุตรแล้วในหน่วยบริการ ทุกสิทธิประกันสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่น (โดยสำรวจ และใช้ข้อมูลจากสมุดสีชมพู)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP จากแฟ้ม MCH และ ANC (อายุครรภ์คู่มือ field GA)
รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนหญิงคลอดแล้วทุกสิทธิประกันสุขภาพระหว่าง ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘ ที่มีประวัติได้รับการดูแลก่อนคลอดครบทั้ง ๕ ครั้งตามเกณฑ์ (นำหญิงคลอดในแฟ้ม MCH มาหาประวัติการดูแลก่อนคลอด ใน แฟ้ม ANC)
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนหญิงคลอดบุตรแล้วทุกสิทธิ ในเขตรับผิดชอบ ระหว่าง ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘ (จากแฟ้ม MCH)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (ใช้ข้อมูล ๒ ไตรมาส จาก ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมอนามัย
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช
Baseline	NSO survey ๒๕๕๒: ANC ๔ ครั้งโดยไม่กำหนดเกณฑ์ช่วงอายุครรภ์ =๗๙.๖%
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	ต่ำกว่า ๔๐.๐๐% = ๑ คะแนน
	๔๐.๐๐ -๔๙.๙๙% = ๒ คะแนน
	๕๐.๐๐ - ๕๙.๙๙ % = ๓ คะแนน
	๖๐.๐๐ - ๖๙.๙๙ % = ๔ คะแนน (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐)
	>=๗๐.๐๐ % = ๕ คะแนน

ตัวชี้วัด	๑.๓ ร้อยละของความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยทุกสิทธิที่มีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี
ค่านิยาม	กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สตรีสัญชาติไทยทุกสิทธิที่มีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (เกิดในปี พ.ศ. ๒๔๙๘ - ๒๕๒๘) ในเขตรับผิดชอบ การตรวจปากมดลูก หมายถึง การตรวจทั้งโดยวิธี Pap Smear และ VIA - Pap Smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา - VIA (Visual Inspection with Acetic acid) หมายถึง วิธีคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้ น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูก ทิ้งไว้ ๑ นาที น้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาวขอบเขตชัดเจน และตำแหน่งแน่นอน สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็ง แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษาอาจกลายเป็นมะเร็งได้ซึ่งเหมาะสำหรับการคัดกรองสำหรับสตรีอายุ ๓๐-๔๕ ปี
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูลจาก Pap Registry (หน่วยบริการต้องสำรวจข้อมูลประชากรในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นและลงบันทึกการรับบริการจากนอกพื้นที่ด้วย)
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปีทุกสิทธิที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสม ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปีทุกสิทธิในเขตรับผิดชอบ (กรณี SSS และ CSMBs นับตามจังหวัด Hcode ที่ให้บริการ)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (ใช้ข้อมูลสะสมตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๓- ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมการแพทย์
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช
Baseline	NSO survey ๒๕๕๒=๖๒%, ขณะที่ข้อมูลของ Pap Registry ในรอบ ๕ ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๕ =๓๐%
ระยะเวลาประเมิน	๑ ตุลาคม ๒๕๕๓- ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	ต่ำกว่า ๓๐.๐๐% = ๑ คะแนน
	๓๐.๐๐ -๔๙.๙๙% = ๒ คะแนน
	๕๐.๐๐ - ๖๙.๙๙ % = ๓ คะแนน
	๗๐.๐๐ - ๘๙.๙๙ % = ๔ คะแนน (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)

	$\geq 90.00\% = 5$ คะแนน
--	--------------------------

ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ด้านที่ ๑ (จำนวน ๔ ข้อ)

ตัวชี้วัด	๑.๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๕ ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP๕
คำนิยาม	เด็ก ๕ ปี หมายถึง เด็กอายุครบ ๕ ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP๕
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ ๕ ปี ทุกสิทธิประกันสุขภาพ (เกิด ๑ เมษายน ๒๕๕๒ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๓) ในเขตรับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่น (โดยสำรวจและใช้ข้อมูลจากสมุดสีชมพู)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP เพิ่ม EPI (field VCCTYPE)
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุครบ ๕ ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP๕
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุครบ ๕ ปี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (ช่วง ๑ เมษายน ๒๕๕๗ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมควบคุมโรค
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช สปสช.
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๐ = ๑ คะแนน
	๖๐.๐๐ - ๖๙.๙๙% = ๒ คะแนน
	๗๐.๐๐ - ๗๙.๙๙ % = ๓ คะแนน
	๘๐.๐๐ - ๘๙.๙๙ % = ๔ คะแนน (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)
	$\geq 90.00\% = 5$ คะแนน

ตัวชี้วัด	๑.๕ ร้อยละของเด็กอายุ ๑ ปี ที่ได้รับวัคซีนโรคหัด
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโรคหัดในเด็กอายุ ๑ ปี ทุกสิทธิประกันสุขภาพ
คำนิยาม	เด็กอายุ ๑ ปี ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด หมายถึง เด็กอายุครบ ๑ ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนที่มีองค์ประกอบของไวรัสหัด (MMR)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๙๕
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุทุกสิทธิประกันสุขภาพที่อายุครบ ๑ ปี (เกิด ๑ เมษายน ๒๕๕๖ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๗)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่น (โดยสำรวจ และใช้ข้อมูลจากสมุดสีชมพู)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP เพิ่ม EPI (field VCCTYPE)
รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนเด็กอายุครบ ๑ ปี ที่อยู่ในพื้นที่ในงวดรายงานนั้นที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนเด็กอายุครบ ๑ ปี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ ในงวดรายงานนั้น
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (ช่วง ๑ เมษายน ๒๕๕๗ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๓๑๙๖-๙ โทรสาร ๐๒ ๙๖๕ ๙๑๕๒
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาทร่าย เรืองเดช
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๕ = ๑ คะแนน
	๖๕.๐๐ - ๗๔.๙๙% = ๒ คะแนน
	๗๕.๐๐ - ๘๔.๙๙ % = ๓ คะแนน
	๘๕.๐๐ - ๙๔.๙๙ % = ๔ คะแนน (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)
	≥ ๙๕.๐๐ % = ๕ คะแนน

ตัวชี้วัด	๑.๖ ร้อยละของเด็กนักเรียนชั้น ป. ๑ ได้รับการตรวจช่องปาก
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุมการได้รับการตรวจช่องปากในเด็กไทย ป.๑ทุกสิทธิประกันสุขภาพ
คำนิยาม	เด็กนักเรียนชั้น ป.๑ หมายถึงเด็กอายุ ๖ ปีเต็มถึง๗ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วันซึ่งเป็นเด็กไทยทุกสิทธิประกันสุขภาพ ได้รับการตรวจช่องปาก หมายถึงการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างละเอียดและวางแผนการรักษาอย่างสมบูรณ์ โดยทันตบุคลากร
เกณฑ์เป้าหมาย	ได้รับการตรวจช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนชั้น ป.๑ ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมเยี่ยมสดใส่
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจาก โปรแกรมเยี่ยมสดใส่
รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนเด็ก ป. ๑ ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจช่องปากในช่วงเวลาประเมิน
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนเด็ก ป. ๑ ทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (ช่วง ๑ มิถุนายน ๒๕๕๗ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมอนามัย โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๒๐๙
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางศศิธร ไชยสิทธิพร
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	๕๐.๐๐ -๕๙.๙๙% = ๑ คะแนน
	๖๐.๐๐ -๖๙.๙๙% = ๒ คะแนน
	๗๐.๐๐ - ๗๙.๙๙ % = ๓ คะแนน
	๘๐.๐๐ - ๘๙.๙๙ % = ๔ คะแนน (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)
	$\geq 90.00\%$ = ๕ คะแนน

ตัวชี้วัด	๑.๗ ร้อยละของเด็กนักเรียนชั้น ป. ๖ ได้รับวัคซีน dT
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุมการได้รับวัคซีน dT ในเด็กนักเรียนชั้น ป.๖ ทุกสิทธิประกันสุขภาพ
คำนิยาม	เด็กนักเรียนชั้น ป.๖ ปีการศึกษา ๒๕๕๖ ที่ได้รับวัคซีน dT
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนชั้น ป.๖ ปีการศึกษา ๒๕๕๗ ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ ((โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของนักเรียนในเขตรับผิดชอบหลังจากไปให้บริการด้วย)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP (field VCCTYPE)
รายการข้อมูล ๑	A = เด็กนักเรียนชั้น ป. ๖ ปีการศึกษา ๒๕๕๗ ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ได้รับ dT
รายการข้อมูล ๒	B = เด็กนักเรียนชั้น ป. ๖ ปีการศึกษา ๒๕๕๗ ทั้งหมดในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (ช่วง ๑ มิถุนายน ๒๕๕๗ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมควบคุมโรค
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาทร่าย เรืองเดช
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๕ = ๑ คะแนน
	๖๕.๐๐ - ๗๔.๙๙% = ๒ คะแนน
	๗๕.๐๐ - ๘๔.๙๙ % = ๓ คะแนน
	๘๕.๐๐ - ๙๔.๙๙ % = ๔ คะแนน (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)
	≥ ๙๕.๐๐ % = ๕ คะแนน

ตัวชี้วัดกลางด้านที่ ๒ จำนวน ๔ ข้อ (คุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ)

ตัวชี้วัด	๒.๑ สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนใช้บริการปฐมภูมิเป็นที่แรก - เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนภาพรวมความเชื่อมั่นต่อหน่วยบริการปฐมภูมิของประชาชนในเขตรับผิดชอบ - เป็นตัวชี้วัดที่ถูกลำเอียงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี ๒๕๕๘ มีแผนที่จะมีการวัดผลในบางรายโรคที่สามารถดูแลได้ในระดับบริการปฐมภูมิ (ACSC)
คำนิยาม	จำนวนผู้มีสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เทียบกับ จำนวนผู้มีสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาล
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่า ๑.๓๖
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้มีสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานของหน่วยบริการผ่านระบบ OP/PP Individual data
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูล OP/PP Individual data
รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนครั้งผู้มีสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิเอง ระหว่าง ๑ เมษายน ๒๕๕๗ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนครั้งผู้มีสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลประจำของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ระหว่าง ๑ เมษายน ๒๕๕๗ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	A/B
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	แผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ/สำนักบริหารการสาธารณสุข/สำนักIT
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นส.วิชา คำแฝง
Baseline	ผลงานระดับประเทศปี ๒๕๕๕ = ๑.๓๖

การกำหนดช่วงค่า คะแนน	สัดส่วน < ๑.๐๑ = ๑ คะแนน สัดส่วน ๑.๐๑ - ๑.๓๕ = ๒ คะแนน สัดส่วน ๑.๓๖ - ๑.๗๐ = ๓ คะแนน สัดส่วน ๑.๗๑ - ๒.๐๔ = ๔ คะแนน สัดส่วน > ๒.๐๔ = ๕ คะแนน
--------------------------	---

ตัวชี้วัด	๒.๒ อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคหืด สิทธิ UC
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC
คำนิยาม	จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
เกณฑ์เป้าหมาย	-
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OPAE) ผ่านโปรแกรม eClaim และข้อมูลผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP eClaim, OP/PP, OPAE ของ สปสช.
รายการข้อมูล ๑	A : จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหืด
รายการข้อมูล ๒	B : จำนวนผู้ป่วยโรคหืดสิทธิ UC ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา ประเมินผล	รายปี (ไตรมาส ๓,๔ ของปีที่ผ่านมาและ ๑,๒ ของภายในปี)
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/	แผนงานโรคเรื้อรังฯ
ผู้ประสานการ งานตัวชี้วัด	สิริกร ขุนศรี/สุชิตา สละ
การกำหนดช่วง ค่าคะแนน	คำนวณตัวชี้วัด มาแบ่งออกเป็น ๕ กลุ่ม (Quintile ๑-๕) กลุ่มละ ๒๐ % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขต แล้วนำมากำหนดเป็นค่าคะแนน ๑-๕ ตัวอย่างเช่น เขต A คำนวณ Q๑= ๙.๑๔ ,Q๒=๑๓.๖๕ ,Q๓=๑๘.๔๑ ,Q๔=๔๐.๒๐ กำหนดค่าคะแนนเป็นดังนี้

	$\begin{aligned} > 40.19 &= 1 \\ 38.41 - 40.19 &= 2 \\ 33.65 - 38.40 &= 3 \\ 9.14 - 33.64 &= 4 \\ < 9.14 &= 5 \end{aligned}$
--	--

ตัวชี้วัด	๒.๓ อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นสิทธิ UC
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC
คำนิยาม	จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น (Ketoacidosis, Hyperosmolarity, Hypoglycemia, Coma) สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
เกณฑ์เป้าหมาย	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OPAE) ผ่านโปรแกรม eClaim และข้อมูลผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP eClaim, OP/PP, OPAE ของ สปสช.
รายการข้อมูล ๑	A : จำนวนครั้ง que ผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น สิทธิ UC, and [pdx=(E๑๐๐-E๑๐๑ or E๑๑๐-E๑๑๑ or E๑๒๐-E๑๒๑ or E๑๓๐-E๑๓๑ or E๑๔๐-E๑๔๑)] OR [(pdx = E๑๖๐ or E๑๖๑) and (sdx = E๑๐-E๑๔)] OR [(pdx = E๑๖๐) and (sdx=Y๔๒๓)] OR [(pdx = E๑๐-E๑๔) and (sdx = E๑๖๐ or E๑๖๑)]
รายการข้อมูล ๒	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานสิทธิ UC ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (ไตรมาส ๓,๔ ของปีที่ผ่านมาและ ๑,๒ ของภายในปี)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	แผนงานโรคเรื้อรังฯ
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	สิริกร ขุนศรี /สุจิตา สละ

การกำหนดช่วง ค่าคะแนน	<p>คำนวณตัวชี้วัด มาแบ่งออกเป็น ๕ กลุ่ม (Quintile ๑-๕) กลุ่มละ ๒๐ % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขต แล้วนำมากำหนดเป็นค่าคะแนน ๑-๕ ตัวอย่างเช่น เขต A จำนวน Q๑= ๙.๑๔ ,Q๒=๑๓.๖๕ ,Q๓=๑๘.๔๑ ,Q๔=๔๐.๒๐ กำหนดค่าคะแนนเป็นดังนี้</p> $ \begin{aligned} > ๔๐.๑๙ &= ๑ \\ ๑๘.๔๑ - ๔๐.๑๙ &= ๒ \\ ๑๓.๖๕ - ๑๘.๔๐ &= ๓ \\ ๙.๑๔ - ๑๓.๖๔ &= ๔ \\ < ๙.๑๔ &= ๕ \end{aligned} $
--------------------------	--

ตัวชี้วัด	๒.๔ อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
เกณฑ์เป้าหมาย	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสิทธิ UC
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OPAE) ผ่านโปรแกรม eClaim และข้อมูลผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP eClaim, OP/PP, OPAE ของ สปสช.
รายการข้อมูล ๑	A : จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสิทธิ UC เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ๑. ความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ๒. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ชนิด Haemorrhag และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และโรคร่วมไม่ใช่อุบัติเหตุ ๓. Hypertensive retinopathy (H๓๕.๐) และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง, [(pdx = ๑๐-๑๕, ๑๖๗๔) OR (pdx= ๑๖๐-๑๖๒ and (sdx= ๑๐-๑๕, ๑๖๗๔ and sdx≠ S๐๐-T๙๙)) OR (pdx =H๓๕๐ and (sdx = ๑๐-๑๕ or ๑๖๗๔)]
รายการข้อมูล ๒	B: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสิทธิ UC ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (ไตรมาส ๓,๔ ของปีที่ผ่านมาและ ๑,๒ ของภายในปี)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	แผนงานโรคเรื้อรังฯ
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	สิริกร ขุนศรี/สุชิตา สละ
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	<p>คำนวณตัวชี้วัด มาแบ่งออกเป็น ๕ กลุ่ม (Quintile ๑-๕) กลุ่มละ ๒๐ % โดยในแต่ละกลุ่มจัดเรียงค่าตัวชี้วัดตามลำดับจากค่าต่ำสุดไปถึงค่าสูงสุด ภายในแต่ละเขต แล้วนำมากำหนดเป็นค่าคะแนน ๑-๕ ตัวอย่างเช่น เขต A จำนวน Q๑= ๙.๑๔ ,Q๒=๑๓.๖๕ ,Q๓=๑๘.๔๑ ,Q๔=๔๐.๒๐ กำหนดค่าคะแนนเป็นดังนี้</p> <p>> ๔๐.๑๙ = ๑ ๑๘.๔๑ - ๔๐.๑๙ = ๒ ๑๓.๖๕ - ๑๘.๔๐ = ๓ ๙.๑๔ - ๑๓.๖๔ = ๔ <๙.๑๔ = ๕</p>

ตัวชี้วัดพื้นที่ด้านที่ ๒ (จำนวน ๓ ข้อ)

ตัวชี้วัด	๒.๕ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA๑c ประจำปี
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	เพิ่มความครอบคลุมการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
คำนิยาม	การตรวจ HbA๑c ประจำปี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑c อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี
เกณฑ์เป้าหมาย	เขตพิจารณาจากร้อยละการได้รับการบริการตาม file ที่แนบ (บรรทัดสุดท้าย)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ OP/PP Individual (๒๑, ๔๓ เพิ่ม)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP Individual สปสช.
รายการข้อมูล ๑	A : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC ที่ได้รับการตรวจ HbA๑c อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี
รายการข้อมูล ๒	B : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (ไตรมาส ๓,๔ ของปีที่ผ่านมาและ ๑,๒ ของภายในปี)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	แผนงานโรคเรื้อรังฯ

ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	
เกณฑ์	<p>๕ คะแนน ผู้ป่วยได้รับการตรวจระหว่าง ๙๐-๑๐๐</p> <p>๔ คะแนน ผู้ป่วยได้รับการตรวจระหว่าง ๘๐-๘๙</p> <p>๓ คะแนน ผู้ป่วยได้รับการตรวจระหว่าง ๗๐-๗๙</p> <p>๒ คะแนน ผู้ป่วยได้รับการตรวจระหว่าง ๖๐-๖๙</p> <p>๑ คะแนน ผู้ป่วยได้รับการตรวจน้อยกว่าร้อยละ ๕๙</p>

ตัวชี้วัด	๒.๖ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาประจำปี
ที่มา/ ความสำคัญของ ตัวชี้วัด	เพิ่มความครอบคลุมการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาโดยละเอียดโดยจักษุแพทย์หรือใช้ Fundus Camera อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี
เกณฑ์เป้าหมาย	เขตพิจารณาจากร้อยละการได้รับบริการตาม file ที่แนบ (บรรทัดสุดท้าย)
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานในรอบ ๑ ปี
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ OP/PP Individual (๒๑, ๔๓ แฟ้ม)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP Individual สปสช. (จากแฟ้ม CHRONICFU)
รายการข้อมูล ๑	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี
รายการข้อมูล ๒	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานในรอบ ๑ ปี
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา ประเมินผล	รายปี (ไตรมาส ๓,๔ ของปีที่ผ่านมาและ ๑,๒ ของภายในปี)
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/	แผนงานโรคเรื้อรังฯ
ผู้ประสานการ งานตัวชี้วัด	สิริกร/สุชีตา
เกณฑ์	๕ คะแนน ผู้ป่วยได้รับการตรวจระหว่าง ๙๐-๑๐๐ ๔ คะแนน ผู้ป่วยได้รับการตรวจระหว่าง ๘๐-๘๙ ๓ คะแนน ผู้ป่วยได้รับการตรวจระหว่าง ๗๐-๗๙ ๒ คะแนน ผู้ป่วยได้รับการตรวจระหว่าง ๖๐-๖๙ ๑ คะแนน ผู้ป่วยได้รับการตรวจน้อยกว่าร้อยละ ๕๙

ตัวชี้วัด	๒.๗ ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผสมผสานระบบบริการแผนปัจจุบันและแผนแพทย์ไทย
คำนิยาม	ยาสมุนไพรพื้นฐาน ๕ รายการ หมายถึงรายการยาสมุนไพรนับทั้งในบัญชียาหลัก และนอกบัญชียาหลัก ที่หน่วยบริการส่งใช้กับประชากรสิทธิ UC (ไม่กำหนดรายการยา) ในรอบ ๑ ปีงบประมาณมากกว่า ๕ รายการ** ตัดยานอกบัญชียาออก
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๗๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิที่มี และใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อย ๕ รายการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากการบันทึกข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรของหน่วยบริการผ่าน OP/PP Individual data
แหล่งข้อมูล	OP/PP Individual data (๒๑ เพิ่ม สปสช.)
รายการข้อมูล ๑	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการส่งใช้ยาสมุนไพรพื้นฐาน ๕ รายการ
รายการข้อมูล ๒	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในปีปัจจุบัน (ภาพ CUP)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๗
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน , สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	แผนงานสนับสนุนระบบบริการการแพทย์แผนไทย
กำหนดช่วงค่าคะแนน	น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ = ๑ คะแนน
	ร้อยละ ๓๑ - ๔๙ = ๒ คะแนน
	ร้อยละ ๕๐ - ๕๙ = ๓ คะแนน
	ร้อยละ ๖๐ - ๖๙ = ๔ คะแนน
	ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป = ๕ คะแนน

ตัวชี้วัดกลางด้านที่ ๓ จำนวน ๒ ข้อ (คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงบริการ ระบบส่งต่อ และการบริหารระบบ)

ตัวชี้วัด	๓.๑ ร้อยละประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	- เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ จัดหาบุคลากร/จัดระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายมีบุคลากรที่จำเป็นครบตามเกณฑ์ขั้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการทำหน้าที่เป็นหมอประจำครอบครัวใกล้บ้านใกล้ใจประชาชน - ตัวชี้วัดนี้ เป็นตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับนโยบายหมอประจำครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข
ค่านิยาม	ประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล พิจารณาจาก จำนวนประชากรของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนบุคลากรตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ โดย ๑) ผ่านเกณฑ์ หรือ ผ่านเกณฑ์แบบมีเงื่อนไข ตามหมวด ๓.๑(แพทย์) และ ๒) ผ่านเกณฑ์ หมวด ๓.๒ (พยาบาล), ๓.๓ (บุคลากรอื่น วุฒิ ปริญญาตรี) , ๓.๔ (บุคลากรอื่น วุฒิไม่ต่ำกว่าอนุปริญญา)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนสิทธิ UC ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในระบบ (Data Center สปสช.)
แหล่งข้อมูล	ตัวตั้ง จากผลการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ (Data Center สปสช.) ตัวหาร จากฐานข้อมูลทะเบียนประชากร สปสช.
รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนประชาชนสิทธิ UC ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีบุคลากรตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนฯ
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนประชาชนสิทธิ UC ทั้งหมดของหน่วยบริการประจำ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียน ระหว่าง ๑ เมย.๕๗ – ๓๐ กย.๕๗)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	แผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ/สำนักบริหารงานทะเบียน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นส.วิชยา คำแฝง
Baseline	หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบุคลากรผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนฯ ร้อยละ ๖๔.๗๒
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	\leq ร้อยละ ๕๙.๙๙ = ๑ คะแนน ร้อยละ ๖๐.๐๐-๖๙.๙๙ = ๒ คะแนน ร้อยละ ๗๐.๐๐-๗๙.๙๙ = ๓ คะแนน ร้อยละ ๘๐.๐๐-๘๙.๙๙ = ๔ คะแนน \geq ร้อยละ ๙๐.๐๐ = ๕ คะแนน

ตัวชี้วัด	๓.๒ ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียน
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	- เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ จัดระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ภาพ ชีตความสามารถในการจัดบริการ บุคลากร ระบบคุณภาพ ระบบส่งต่อและเชื่อมต่อบริการ ตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ
คำนิยาม	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการแบบไม่มีเงื่อนไข เทียบกับ จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการตรวจประเมินทั้งหมดของหน่วยบริการประจำ
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนแบบไม่มีเงื่อนไข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในระบบ(Data Center สปสช.)
แหล่งข้อมูล	จากผลการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ (Data Center สปสช.)
รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการแบบไม่มีเงื่อนไข
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการตรวจประเมินทั้งหมดของหน่วยบริการประจำ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียน ระหว่าง ๑ เมย.๕๗ - ๓๐ กย.๕๗)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	แผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ/สำนักบริหารงานทะเบียน
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นส.วิชยา คำแฝง
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	\leq ร้อยละ ๙.๙๙ = ๑ คะแนน ร้อยละ ๑๐.๐๐ - ๒๙.๙๙ = ๒ คะแนน ร้อยละ ๓๐.๐๐ - ๔๙.๙๙ = ๓ คะแนน ร้อยละ ๕๐.๐๐ - ๖๙.๙๙ = ๔ คะแนน \geq ร้อยละ ๗๐.๐๐ = ๕ คะแนน

ตัวชี้วัดพื้นที่ ด้านที่ ๓ (จำนวน ๓ ข้อ)

ตัวชี้วัด	๓.๓ หน่วยบริการประจำมีการจัดระบบสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ระบบยาและเวชภัณฑ์ IC Lab ระบบข้อมูล และระบบการให้คำปรึกษา
วัตถุประสงค์	เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำมีการจัดระบบสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายให้สามารถจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	การจัดระบบสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพหมายถึง ๑. มีบัญชียาสำหรับให้บริการผู้ป่วย DM&HT เป็นรายการยาเดียวกันกับ รพ.แม่ข่าย ๒. มีแนวทางการปฏิบัติงานด้าน IC ใช้ร่วมกันในเครือข่าย ๓. มีแนวทางการปฏิบัติงานด้าน Lab ใช้ร่วมกันในเครือข่าย ๔. มีการเชื่อมโยงข้อมูลบริการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับ รพ.แม่ข่าย ๕. การมีระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ที่ปรึกษากับ จนท. ที่รับผิดชอบดูแลประชาชนตามที่ได้รับมอบหมาย
เกณฑ์เป้าหมาย	มีอย่างน้อย ๓ ระบบ
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำ
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	หน่วยบริการประจำ จัดทำรายงานข้อมูล CUP profile ส่ง สปสช. โดยผ่านการรับรองจาก สสจ.
แหล่งข้อมูล	รายงานข้อมูล CUP profile
รายการข้อมูล ๑	-
รายการข้อมูล ๒	-
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	-
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/	แผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ
ผู้ประสานการ งานตัวชี้วัด	นส.วิชา คำแฝง
การกำหนดช่วง ค่าคะแนน	มีครบทั้ง ๕ ข้อ = ๕ มี ๔ ข้อ = ๔ มี ๓ ข้อ = ๓ มี ๒ ข้อ = ๒ มี ๑ ข้อ = ๑

ตัวชี้วัด	๓.๔ หน่วยบริการประจำมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ อย่างน้อย ๑ คน
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยบริการประจำ สนับสนุนการพัฒนาแพทย์ในระบบบริการปฐมภูมิให้มีสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสนับสนุนจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว หมายถึง แพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว โดยได้รับวุฒิบัตร หรือได้รับอนุมัติบัตร สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือ ผ่านการฝึกอบรม Family Practice Learning หรือ ผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ๕ weekend หรือผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย ๓ วัน โดยปฏิบัติงานสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพในหน่วยบริการประจำ และ/หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ๕ weekend
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	แพทย์ที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการสำรวจของสถาบันพระบรมราชชนก และปรับปรุงข้อมูลโดย สปสช./สปสช.เขต
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลการสำรวจ โดยมีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันโดย สปสช./สปสช.เขต
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	แผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นส.วิชยา คำแฝง / นส.พัชรี จุลศิริณู
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	๐ = มีแพทย์อย่างน้อย ๑ คนที่ ผ่านการอบรม FM อย่างน้อย ๓ วันไม่มีคะแนน ๑ ?? ๑ = มีแพทย์อย่างน้อย ๑ คนที่ ผ่านการอบรม FM ๕ weekend ๒ = มีแพทย์อย่างน้อย ๑ คนที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม FPL ๓ = มีแพทย์อย่างน้อย ๑ คนผ่านการฝึกอบรม FPL ๔ = มีแพทย์อย่างน้อย ๑ คน ที่ได้รับ วว. /อว. FM ๕ = มีแพทย์อย่างน้อย ๑ คน ที่ได้รับ วว. /อว. FM

ตัวชี้วัด	๓.๕ หน่วยบริการประจำมีข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยบริการประจำ จัดระบบข้อมูลสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ โดยการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (PDCA)
คำนิยาม	ข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การมีโปรแกรมระบบข้อมูลบริการที่ใช้ร่วมกัน/สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกันได้ระหว่าง โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง
เกณฑ์เป้าหมาย	มีการดำเนินการจัดระบบเชื่อมโยงข้อมูลบริการระหว่างรพ.แม่ข่ายกับ PCU เครือข่าย โดยแนวทางปฏิบัติที่ใช้ร่วมกันในเครือข่ายเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการวิเคราะห์ข้อมูล ให้ทราบจุดอ่อน จุดแข็ง เพื่อการพัฒนา รวมทั้งการสะท้อนผลข้อมูลสู่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการประจำ จัดทำรายงานข้อมูล CUP profile ส่ง สปสช. โดยผ่านการรับรองจาก สสจ.
แหล่งข้อมูล	รายงานข้อมูล CUP profile
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	แผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ
ผู้ประสานการทำงานตัวชี้วัด	นส.วิชยา คำแฝง
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	๑ = มีระบบการออกแบบระบบการเชื่อมโยงข้อมูลบริการระหว่างรพ.แม่ข่ายกับ PCU เครือข่าย เช่น มีโปรแกรม สำหรับส่งข้อมูลบริการ และมี แนวทางปฏิบัติที่ใช้ร่วมกันในเครือข่ายเป็นลายลักษณ์อักษร ๒ = มี ๑ และมีการดำเนินการตามที่กำหนดไว้ ๓ = มี ๒ และมีการทราบศักยภาพจุดอ่อน จุดแข็ง เพื่อการพัฒนา รวมทั้งการสะท้อนผลข้อมูลสู่หน่วยบริการ ปฐมภูมิในเครือข่าย ๔ = มี ๓ และมีการปรับปรุงหรือแผนพัฒนาระบบสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง ๕ = มี ๔ และมีการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลการบริการในเครือข่ายมาวางแผนการพัฒนาบริการอย่างน้อย ๑ เรื่อง

ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ด้านที่ ๔ จำนวน ๔ ข้อ (คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และบริการเสริมในพื้นที่)

ตัวชี้วัด	๔.๑ระดับความสำเร็จของการพัฒนางานประจำด้วยงานวิจัยระดับอำเภอ
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และบริการเสริมในพื้นที่ด้วยเครื่องมือวิจัย R๒R หรือ นวัตกรรม
คำนิยาม	งานวิจัย R๒R ในที่นี้ หมายถึง งานวิจัยที่ทำโดยผู้ที่อยู่หน้างาน และสามารถนำพัฒนางานด้านการให้บริการที่จำเป็นเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ หรือบริการเสริมในพื้นที่ อาจเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการโดยตรงหรือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการให้บริการก็ได้ งานวิจัย หมายถึง ผลงานทางวิชาการที่ได้มีการศึกษาค้นคว้าตามกระบวนการและระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสม นวัตกรรม หมายถึง ผลงาน งานหรือชิ้นงาน ความคิดและการกระทำใหม่ ๆ ที่นำมาใช้ในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นโดยมีการศึกษาค้นคว้าตามกระบวนการและระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ที่เหมาะสม การบริการที่จำเป็นเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชน หมายถึง บริการหลักที่ให้แก่ประชาชน ประกอบไปด้วย การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่ด้อยพึ่งพา ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การควบคุมโรคในท้องถิ่น การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรค ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลผู้ป่วยจิตเวช-สุขภาพจิต ผู้พิการ/อัมพาต กลุ่มเสี่ยงสูง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น ที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่
เกณฑ์เป้าหมาย	เครือข่ายบริการระดับอำเภอมีการพัฒนางานบริการที่จำเป็น(essential care)เพื่อตอบสนองการให้บริการในพื้นที่หรือบริการเสริมในพื้นที่ ด้วยงานวิจัย R๒R หรือนวัตกรรม เครือข่ายบริการระดับอำเภอละ ๑ เรื่อง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการระดับอำเภอทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดูจากผลการจัดทำ การพัฒนาผลงานประจำสู่การวิจัยRoutine to Research (R๒R) หรือนวัตกรรมของเครือข่ายอำเภอ
แหล่งข้อมูล	ผลงานวิชาการและนวัตกรรมด้านสาธารณสุข ระดับเครือข่ายอำเภอ
รายการข้อมูล	จำนวนผลงานการพัฒนางานประจำสู่การวิจัยที่ดำเนินการในระดับเครือข่ายอำเภอ(เรื่อง)
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง เดือนมิถุนายน ของทุกปี
ผู้ให้ข้อมูล	ผู้รับผิดชอบงานการพัฒนางานประจำสู่การวิจัย ระดับจังหวัด อำเภอ
เกณฑ์การให้คะแนน	
ระดับ	ขั้นตอนการดำเนินงาน
๑	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและมีการดำเนินงานเพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนางานประจำด้วยงานวิจัย R๒R
๒	มีผลงานนวัตกรรมหรือมีโครงร่างงานวิจัยR๒Rที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพงานบริการที่จำเป็น เพื่อตอบสนองการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ อย่างน้อย ๑ เรื่อง
๓	มีและใช้งานวิจัย R๒R ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพงานบริการที่จำเป็น เพื่อตอบสนองการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภออย่างน้อย๑เรื่อง
๔	มีและใช้งานวิจัย R๒Rที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพงานบริการที่จำเป็น เพื่อตอบสนองการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภออย่างน้อย๑เรื่องและหน่วยงานบริการอื่นภายนอกพื้นที่มีการนำผลงานวิจัย R๒R นั้นไปใช้หรือมีงานวิจัย R๒R ที่ได้รับรางวัลในการนำเสนอเวทีระดับจังหวัดอย่างน้อย ๑ เรื่อง
๕	มีงานวิจัย R๒R ที่ได้รับรางวัลในการนำเสนอเวทีระดับเขตขึ้นไปอย่างน้อย ๑ เรื่อง หรือได้รับการคัดเลือกไปนำเสนอเวทีระดับประเทศ อย่างน้อย ๑ เรื่อง

ตัวชี้วัด	๔.๒.๑. ร้อยละประชาชนอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ๔.๒.๒. ร้อยละประชาชนอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิต
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อประเมินความครอบคลุมการได้รับคัดกรองเบาหวานในประชาชนไทยอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปทุกสิทธิประกันสุขภาพ ๒. เพื่อประเมินความครอบคลุมการได้รับคัดกรองความดันโลหิตในประชาชนไทยอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปทุกสิทธิประกันสุขภาพ
คำนิยาม	หลักเกณฑ์การคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป <u>การคัดกรองเบาหวานด้วยวจา และต้องตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยวิธี</u> (Fasting plasma glucose หรือ Fasting capillary glucose) เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงตั้งแต่ ๑ ข้อขึ้นไป <u>เกณฑ์ความเสี่ยงมี</u> ๖ ข้อ ดังนี้ ๑ มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (รอบเอว ≥ ๙๐ ซม. ในผู้ชาย หรือ ≥ ๘๐ ซม. ในผู้หญิงและ/หรือดัชนีมวลกาย ≥ ๒๕ กก./ม.๒) ๒ มีประวัติ พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคเบาหวาน ๓ มีความดันโลหิตสูง (BP $> ๑๔๐/๙๐$ มม.ปรอท)หรือมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง ๔ มีประวัติไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์ ≥ ๒๕๐ มก./ดลและ/หรือ เอส ดีแอล คอลเลสเตอรอล < ๓๕ มก./ดล. ๕ ประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูง (ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FPG/FCG) = $๑๐๐-๑๒๕$ มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส ๒ ชั่วโมง(OGTT) = $๑๔๐-๑๙๙$ มก./ดล.) ๖ ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า ๔ กิโลกรัมการคัดกรองความดันโลหิตสูง หมายถึง การตรวจคัดกรองความดันโลหิตตามมาตรฐานหลังการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตแจ้งผลโอกาสเสี่ยง และแนวทางการปฏิบัติตนตามสถานะความเสี่ยง
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการต้องลงข้อมูลการรับบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่นด้วย)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP จาก แฟ้ม NCDSCREEN (<u>การคัดกรองDM</u> ใช้ field DMFAMILY, WEIGHT, HEIGHT, WAIST_CM, <u>การคัดกรอง HT</u> ใช้ field HTFAMILY, WEIGHT, HEIGHT, WAIST_CM <u>BPH ๒&BPL ๒</u>)
รายการข้อมูล ๑	A๑= จำนวนประชาชนไทยอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM/HT ตามมาตรฐานในช่วงระยะเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B๑= จำนวนประชาชนไทยอายุ ตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน
สูตรการคำนวณ	A/B X ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (ช่วง ๑ เมษายน ๒๕๕๗ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมควบคุมโรค
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาทราย เรืองเดช

ตัวชี้วัด	4.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือควบคุมโรคได้ ในรพ.แม่ข่าย ส่งกลับไปดูแลที่ รพ.สต./ ศสม.
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ
คำนิยาม	จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือควบคุมโรคได้ สิทธิ UC ที่ส่งกลับไปดูแลที่ รพ.สต./ศสม. ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังสิทธิ UC ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือควบคุมโรคได้ของ รพ.สต./ศสม.
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต./ศสม. สิทธิ UC
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP Individual (๒๑, ๔๓ เพิ่ม)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล Individual (๒๑, ๔๓ เพิ่ม)
รายการข้อมูล ๑	A : จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต./ศสม. สิทธิ UC รายใหม่ (รับบริการรายใหม่ นับจาก รหัสวินิจฉัยด้วยโรคเรื้อรัง)
รายการข้อมูล ๒	B : จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต./ศสม. เบาหวานสิทธิ UC ที่อยู่ในความดูแลของ รพ.สต./ศสม.เอง
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา ประเมินผล	รายปี (ไตรมาส ๓,๔ ของปีที่ผ่านมาและ ๑,๒ ของภายในปี)
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/	แผนงานโรคเรื้อรังฯ
ผู้ประสานการ งานตัวชี้วัด	-
การกำหนดช่วง ค่าคะแนน	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต./ศสม. รายใหม่เพิ่มขึ้น $< \text{ร้อยละ } 2 = 1$ $\text{ร้อยละ } 2 - 4 = 2$ $\text{ร้อยละ } 5 - 7 = 3$ $\text{ร้อยละ } 8 - 10 = 4$ $> \text{ร้อยละ } 10 = 5$

ตัวชี้วัด	๔.๔ ร้อยละผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐาน
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	เพื่อให้ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ
คำนิยาม	ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยทางระบบสมอง เป็นผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวอยู่บนเตียงตลอดทั้งวัน ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่างๆมากขึ้นเช่น แผลกดทับ ข้อต่อต่างๆติดแข็ง ปอดอักเสบ เป็นต้น โดยเป็นผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้เกณฑ์การประเมินจากเกณฑ์ ADL(Basic activity of daily living)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องได้รับการดูแลในพื้นที่รับผิดชอบ โดยประเมินวัดจากเกณฑ์ ADL(Basic activity of daily living) จากเกณฑ์ของสภาการพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง Home visit
แหล่งข้อมูล	แบบทะเบียนรายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง
รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนการเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงบ้านในพื้นที่รับผิดชอบ
รายการข้อมูล ๒	B=จำนวนผู้ป่วยติดเตียงบ้านในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียน ระหว่าง ๑ เมย.๕๗ – ๓๐ กย.๕๘)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	\leq ร้อยละ ๕๙.๙๙ = ๑ คะแนน ร้อยละ ๖๐.๐๐-๖๙.๙๙ = ๒ คะแนน ร้อยละ ๗๐.๐๐-๗๙.๙๙ = ๓ คะแนน ร้อยละ ๘๐.๐๐-๘๙.๙๙ = ๔ คะแนน \geq ร้อยละ ๙๐.๐๐ = ๕ คะแนน

ภาคผนวก ๒
รายละเอียดการจัดสรรงบ QOF ให้ สปสช.เขต

ลำดับ	สปสช.เขต	จำนวน ปชก.			วงเงิน global budget รายเขต		รวมงบ QOF ที่ สปสช.เขต ได้รับทั้ง ๒ ส่วน(๖+๗)
		UC	Non UC	รวมทุกสิทธิ	งบ QOF P&P (๒๐ บาท/ ปชก.ทุกสิทธิ	งบ QOF ประถมภูมิ (๓๒ บาท/ ปชก. UC ณ ๑ ก.ค. ๕๖)	
1	เชียงใหม่	4,231,255	1,129,588	5,360,843	107,216,860	136,267,567	243,484,427
2	พิษณุโลก	2,657,827	479,143	3,136,970	62,739,400	85,595,319	148,334,719
3	นครสวรรค์	2,331,306	371,560	2,702,866	54,057,320	75,085,828	129,143,148
4	สระบุรี	3,272,029	2,070,339	5,342,368	106,847,360	105,375,694	212,223,054
5	ราชบุรี	3,834,034	1,359,631	5,193,665	103,873,300	123,475,065	227,348,365
6	ระยอง	3,951,345	2,854,696	6,806,041	136,120,820	127,253,066	263,373,886
7	ขอนแก่น	3,823,547	624,021	4,447,568	88,951,360	123,137,331	212,088,691
8	อุดรธานี	4,336,895	526,541	4,863,436	97,268,720	139,669,703	236,938,423
9	นครราชสีมา	5,126,941	844,242	5,971,183	119,423,660	165,113,135	284,536,795
10	อุบลราชธานี	3,560,442	433,800	3,994,242	79,884,840	114,664,035	194,548,875
11	สุราษฎร์ธานี	3,530,685	820,965	4,351,650	87,033,000	113,705,710	200,738,710
12	สงขลา	4,000,711	760,887	4,761,598	95,231,960	128,842,898	224,074,858
13	กรุงเทพฯ	3,883,827	3,976,310	7,860,137	157,202,740	125,078,649	282,281,389
รวมทั้งหมด		48,540,844	16,251,723	64,792,567	1,295,851,340	1,563,264,000	2,859,115,340

ภาคผนวก ๓

ข้อสังเกต และข้อเสนอแนะจากการจำลองการคิดคะแนน QOF

๑. ข้อมูลที่เป็น N/A เนื่องจากจำนวนหน่วยบริการที่มีข้อมูลบริการ แต่ละตัวชีวิต (ซึ่งมาจากฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน) มีจำนวนแตกต่างกัน
 - แนวทางแก้ไข ให้ยึดฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ปี ๒๕๕๗ เป็นหลัก โดยแผนงานปฐมภูมิฯ ส่งข้อมูลหน่วยบริการจากฐานขึ้นทะเบียนให้เขตตรวจสอบความถูกต้อง
๒. แนวทางให้คะแนนกรณีตัวตั้ง ตัวหาร เป็น ๐ หรือมีจำนวนน้อย
 - ๒.๑ กรณีตัวชีวิตที่ตัวหาร เป็น ๐
 - ตัวหารเป็น ๐ และตัวตั้งเป็น ๐ แสดงว่าไม่มีประชากร/กลุ่มเป้าหมายที่ดูแล จึงไม่มี(รายงาน)ผลงานบริการ เช่น รพ.ค่ายฯ ที่ไม่มีหญิงวัยเจริญพันธุ์ลงทะเบียน
 - แนวทางให้คะแนน ให้คะแนนเป็น ๐ เนื่องจากไม่ได้มีภาระงานด้านนี้
 - ตัวหารเป็น ๐ และตัวตั้งไม่เป็น ๐ ในกรณีที่ตัวตั้งเป็นส่วนหนึ่งของตัวหาร แสดงว่าไม่มีประชากร/กลุ่มเป้าหมายที่ดูแล แต่มี(รายงาน)ผลงานบริการ(ซึ่งเป็นไปไม่ได้)
 - แนวทางดำเนินการ กรณีนี้ต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนให้คะแนน
 - ตัวหารเป็น ๐ และตัวตั้งไม่เป็น ๐ ในกรณีที่ตัวตั้งไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของตัวหาร เช่น OP visit PCU/รพ. ของ PCU ในรพ. คลินิกชุมชนอบอุ่น แสดงว่า ประชากรไปใช้บริการผ.นอที่ PCU ทั้งหมด และไม่มี(รายงาน)การไปใช้บริการผ.นอที่ รพ.
 - แนวทางให้คะแนน ให้คะแนนเป็น ๕ คะแนน หรือตามที่คณะกรรมการระดับเขตกำหนด ในกรณีใน PCU ที่ประชาชนถูกบังคับให้บริการที่ปฐมภูมิก่อนไปรับบริการที่ รพ.
 - ๒.๒ กรณีตัวชีวิตที่ตัวตั้ง เป็น ๐
 - ตัวตั้งเป็น ๐ และตัวหารไม่เป็น ๐ แสดงว่าไม่มี(รายงาน)ผลงานบริการ
 - แนวทางให้คะแนน เป็นไปตาม template หรือแนวทางที่กำหนด
 - ๒.๓ กรณีตัวชีวิตที่ตัวหาร มีค่าน้อย แสดงว่ามีประชากร/กลุ่มเป้าหมายที่ดูแลน้อย(ภาระงานน้อย)
 - แนวทางการให้คะแนน อาจกำหนดประชากร/กลุ่มเป้าหมายที่ดูแลขั้นต่ำ และกำหนดการให้ค่าคะแนนในกลุ่มนี้ใหม่ เช่น ให้คะแนนได้สูงสุดไม่เกิน ๓ คะแนน และคะแนน ๒,๑ ลดหลั่นกันตามลำดับ เป็นต้น
๓. แนวทางการจัดสรรเงินตามค่าคะแนน คณะกรรมการระดับเขต อาจพิจารณาผลการจำลองข้อมูล และพิจารณาแนวทางการจัดสรร ตามบริบทของแต่ละเขต เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ไม่ได้เปรียบเทียบเปรียบเทียบในระดับเขต
 - ๑) จัดสรรภายใต้ Global Budget ภาพรวม
 - ๒) จัดสรรภายใต้ Global Budget ตามสังกัดของหน่วยบริการ
 - ๓) จัดสรรภายใต้ Global Budget ตามขนาดของหน่วยบริการ (จัดกลุ่มหน่วยบริการประจำตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ)

๒. แบบรายงานตัวชี้วัดกลางและตัวชี้วัดพื้นที่ ที่นำมาใช้จัดสรรงบ QOF สปสช.เขต.....

ด้านตัวชี้วัด	ชื่อตัวชี้วัด	ค่าน้ำหนัก หรือ คะแนนเต็ม
ตัวชี้วัดด้านที่ 1: คุณภาพและผลงานการจัด บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค		
	๑	
	๒	
	
ตัวชี้วัดด้านที่ 2: คุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ		
	๑	
	๒	
	
ตัวชี้วัดด้านที่ 3: คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยง บริการ ระบบส่งต่อ และการบริหารระบบ		
	๑	
	๒	
	
ตัวชี้วัดด้านที่ ๔ : คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และ บริการเสริมในพื้นที่		
	๑	
	๒	
	

หมายเหตุ กรุณาแนบ Template ตัวชี้วัดทุกรายการ และ แนวทางการจัดสรรงบ QOF สปสช.เขต (มติ
อปสช.)

ภาคผนวก ๕

ตัวอย่างตัวชี้วัดที่นำมาใช้ใน QOF ของประเทศอังกฤษ

QOF เริ่มต้นแบบสมัครใจตั้งแต่ปี ๒๐๐๔ ด้วยการวัดคุณภาพออกมาเป็นคะแนน มีคะแนนเต็ม ๑,๐๐๐ คะแนน โดยให้ค่าตอบแทนคะแนนละ ๑๒๔.๖๐ ปอนด์

หมวดที่เป็นการวัดจากการให้บริการทางคลินิกมี ๘๐ ตัวชี้วัด จาก ๑๙ clinical areas ในทางปฏิบัติมีโปรแกรมสำเร็จรูปที่ช่วยเตือนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ให้ปฏิบัติตามตัวชี้วัดดังกล่าวซึ่งประกอบไปด้วย

- Coronary heart disease (๑๐ ตัวชี้วัด)
- Heart failure (๓ ตัวชี้วัด)
- Stroke and transient ischemic attack (๘ ตัวชี้วัด)
- Hypertension (๓ ตัวชี้วัด)
- Diabetes mellitus (๑๖ ตัวชี้วัด)
- Chronic obstructive pulmonary disease (๕ ตัวชี้วัด)
- Epilepsy (๔ ตัวชี้วัด)
- Hypothyroidism (๒ ตัวชี้วัด)
- Cancer (๒ ตัวชี้วัด)
- Palliative care (๒ ตัวชี้วัด)
- Mental Health (๖ ตัวชี้วัด)
- Asthma (๔ ตัวชี้วัด)
- Dementia (๒ ตัวชี้วัด)
- Depression (๒ ตัวชี้วัด)
- Chronic kidney disease (๔ ตัวชี้วัด)
- Atrial fibrillation (๓ ตัวชี้วัด)
- Obesity (๑ ตัวชี้วัด)
- Learning disabilities (๑ ตัวชี้วัด)
- Smoking (๒ ตัวชี้วัด)

หมวดที่เป็นตัวชี้วัดเกี่ยวกับการจัดการในองค์กรมี ๔๓ ตัวชี้วัด จาก ๕ Organizational areas ประกอบด้วย

- การบันทึกและข้อมูลข่าวสาร (๑๒ ตัวชี้วัด)
- ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย (๔ ตัวชี้วัด)
- การศึกษาและฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ (๘ ตัวชี้วัด)
- การจัดการในสถานบริการ (๑๐ ตัวชี้วัด)
- การบริหารจัดการยา (๙ ตัวชี้วัด)

หมวดที่เป็นการวัดจากประสบการณ์ของผู้รับบริการมี ๔ ตัวชี้วัด ซึ่งข้องกับกับระยะเวลาที่แพทย์ตรวจการให้คำปรึกษา และการสำรวจความคิดเห็นของคนไข้

หมวดที่เป็นการวัดจากการให้บริการเพิ่ม มี ๘ ตัวชี้วัดจาก ๔ กลุ่ม ประกอบด้วย

- การให้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Cervical screening: ๔ ตัวชี้วัด)
- การเฝ้าระวังสุขภาพเด็ก (Child health surveillance: ๑ ตัวชี้วัด)
- การให้บริการแม่ (Maternity services: ๑ ตัวชี้วัด)

- การให้บริการวางแผนครอบครัว (Contraceptive services: ๒ ตัวชี้วัด)
หมวดที่เป็นการวัดจากการให้บริการแบบองค์รวม วัดจากผลรวมของทุกตัวชี้วัดในกลุ่มการให้บริการทางคลินิก
เช่น ถ้าในการดูแลคนไข้ได้คะแนนสูงสุดในเกือบทุกตัวชี้วัด ก็จะได้คะแนนในหมวดนี้สูงไปด้วย