



แนวทางการดำเนินงานงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ  
[Quality and Outcome Framework (QOF)]  
ปีงบประมาณ 2557 เขต 9 นครราชสีมา

โดย  
คณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระดับเขต  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา  
ตุลาคม 2556

## สารบัญ

	หน้า
1. กรอบแนวคิด	1
2. วัตถุประสงค์	1
3. เป้าหมาย	1
4. งบประมาณ	1
5. กรอบตัวชี้วัดและการสนับสนุนงบ	1-3
<b>ภาคผนวก</b>	
<b>ผนวก 1 Template ตัวชี้วัดและแนวทางการจ่ายเงิน</b>	
ตัวชี้วัดด้านที่ 1 คุณภาพและผลงานการจัดการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	5-13
ตัวชี้วัดด้านที่ 2 คุณภาพและผลงานการจัดการจัดบริการปฐมภูมิ	14-18
ตัวชี้วัดด้านที่ 3 คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงบริการระบบส่งต่อ และการบริหารระบบ	19-21
ตัวชี้วัดด้านที่ 4 คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และบริการเสริมในพื้นที่	22-26
<b>ผนวก 2 ตาราง Baseline ตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ</b>	<b>27</b>
<b>ผนวก 3 คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระดับเขต</b>	<b>28-30</b>
<b>ผนวก 4 รายชื่อผู้ประสานงานและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</b>	<b>31</b>

## แนวทางการดำเนินงานงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

[Quality and Outcome Framework (QOF)]

ปีงบประมาณ 2557 เขต 9 นครราชสีมา

### 1. กรอบแนวคิด

การสนับสนุนงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ [Quality and Outcome Framework (QOF)] ปี 2557 ได้บูรณาการการบริหารจัดการร่วมกับงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐานที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ โดยตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินมาจากการพัฒนาตัวชี้วัดต่อเนื่องจาก ปี 2556 ตามแนวคิด “บูรณาตัวชี้วัด ,สะท้อนคุณภาพบริการปฐมภูมิ และตอบสนอง 3 need (Policy need,Stakeholders need,Business need)” โดยเน้นการเชื่อมโยงระบบบริการทุกระดับ(ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพนครชัยบุรินทร์ ฉบับที่ 2 (ปี 2557-2560) และตอบสนอง Health need ของพื้นที่ ภายใต้กรอบแนวคิด QOF ที่ สปสช.กำหนด

### 2. วัตถุประสงค์

2.1 สนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

2.2 กระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการประจำ สนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิให้จัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพตามแนวทางของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)

### 3. เป้าหมาย

หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งในสังกัดภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน

### 4. งบประมาณ

งบประมาณที่สนับสนุนเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 284,536,795 บาท มาจาก 2 ส่วน ตามตารางที่ 1

#### ตารางที่ 1 งบประมาณ

ลำดับ	งบกองทุน	จัดสรร	วงเงิน
1	งบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ [Quality and Outcome Framework(QOF)]	32 บ./ปชก.UC	165,113,135
2	งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐานที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ การจัดการบริการปฐมภูมิ	20 บ./ปชก.ทุกสิทธิ	119,423,660
รวมงบประมาณสนับสนุนทั้งสิ้น			284,536,795

### 5. กรอบตัวชี้วัด และการสนับสนุนงบ (ตามตารางที่ 2)

5.1 องค์ประกอบ/ที่มาตัวชี้วัด ประกอบด้วยตัวชี้วัด 4 ด้าน 2 ระดับ คະแนนเต็ม 1000 คະแนน กำหนดน้ำหนัก คະแนนในแต่ละด้าน ตัวชี้วัดกลาง (ตัวชี้วัดระดับประเทศ) เป็นตัวชี้วัดบังคับที่ต้องประเมินทุกแห่ง ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ ให้พื้นที่ เลือกจาก Shopping list ที่กำหนด ในด้านที่ 1-3 ส่วนตัวชี้วัดด้านที่ 4 ให้เลือกได้ตามปัญหาพื้นที่ ตามขั้นตอนดังนี้

- วันที่ 15 ตุลาคม 2556 คณะกรรมการ PP เขต คัดเลือกตัวชี้วัดด้านที่ 1 เสนอ คทง.ปฐมภูมิเขต
- วันที่ 2 และ 18 ตุลาคม 2556 คณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระดับเขต (คทง.ปฐมภูมิเขต) ประชุม พิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัดระดับพื้นที่ จำนวน 2 ครั้ง (สามารถดูสรุปการประชุมได้ที่ [www.nhso.go.th/korat](http://www.nhso.go.th/korat))
- วันที่ 28 ตุลาคม 2556 เสนอตัวชี้วัดระดับพื้นที่ ผ่านความเห็นชอบ อปสช.

5.2 รายการตัวชี้วัด/Template มีจำนวน 27 ตัว มีตัวชี้วัดกลาง 9 ตัว,ตัวชี้วัดพื้นที่ 16 ตัว (ตามตารางที่ 3)

รายละเอียดตัวชี้วัดตาม Template ตัวชี้วัด และแนวทางการจ่ายเงิน (ภาคผนวก 1)

ตารางที่ 2 กรอบตัวชี้วัดและการสนับสนุนงบ

<p><b>ตัวชี้วัดด้านที่ 1</b> บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (400 คะแนน) ตัวชี้วัด 11 ตัว (กลาง 3, พื้นที่ 8) 112,900,000 บาท</p>	<p><b>ตัวชี้วัดด้านที่ 2</b> การจัดการบริการปฐมภูมิ(300 คะแนน) ตัวชี้วัด 7 ตัว (กลาง 4 , พื้นที่ 3) 86,275,756 บาท</p>
<p><b>ตัวชี้วัด 27 ตัว(9/16)</b> <b>1000 คะแนน</b></p>	
<p><b>ตัวชี้วัดด้านที่ 3</b> การพัฒนาระบบ (200 คะแนน) ตัวชี้วัด 5 ตัว (กลาง 2 ข้อ, พื้นที่ 3) 56,903,359 บาท</p>	<p><b>ตัวชี้วัดด้านที่ 4</b> คอมมอนส์ปัญหาพื้นที่(100คะแนน) ตัวชี้วัดพื้นที่ 4 ตัว 28,453,680 บาท</p>

5.3 แนวทางการสนับสนุนงบ

5.3.1 รูปแบบการจ่ายเงิน ปรับรูปแบบการจ่ายเงินตาม อัตรา : ปชก. เป็นการจ่าย ตามผลงาน (ยกเว้นบางข้อที่ผลงานสัมพันธ์กับ ปชก.) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพผลงานอย่างแท้จริง และมีประสิทธิภาพสอดคล้องเหมาะสมกับต้นทุนการพัฒนา โดยกำหนดวงเงินรายข้อภายใต้วงเงินรายด้าน จาก Unit cost ตามเป้าหมาย,ความยากง่ายในการจัดการและคำนึงถึงแหล่งบ่อนที่สนับสนุนด้วย (ตามตารางที่ 3) กรณีที่มีงบเหลือหรือไม่เพียงพอกับผลงานในแต่ละข้อ ให้ปรับเกลี่ยงบประมาณในแต่ละด้าน ตามความเห็นชอบของ คทง.ปฐมภูมิเขต

5.3.2 การคำนวณงบในการสนับสนุน รวมคะแนน/คำนวณงบ เป็นรายหน่วยบริการประจำ(CUP) ตัวชี้วัดที่วัดระดับหน่วยปฐมภูมิ (PCU) (ตัวชี้วัดที่ 2.1, 4.2, 4.4) จะคิดคะแนนให้ CUP จากค่าเฉลี่ยของคะแนน PCU ทั้งหมดใน CUP นั้น

5.3.3 การโอนเงิน โดยโอน 2 งวด ดังนี้

งวดที่ 1 โอนล่วงหน้า 55% ตาม ปชก.UC ณ กรกฎาคม 2556 ภายในเดือน พฤศจิกายน 2556

งวดที่ 2 45% ปรับเกลี่ยตามผลงาน โอนภายในเดือน สิงหาคม 2557

5.3.4 การจัดสรรงบให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ให้คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board) หรือ คปสอ.พิจารณาจัดสรรงบให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย จำนวน 1-2 งวด ตามผลงานและตามความเหมาะสม โดยพิจารณาจากข้อมูล Base line และ ผลคะแนนตามตัวชี้วัด

5.4 การจัดการข้อมูลตามตัวชี้วัด

5.4.1 ผลงานที่ใช้ ใช้ผลงาน 4 ไตรมาส ตั้งแต่ เมษายน 2556 – มีนาคม 2557 (ยกเว้นบางตัวชี้วัดที่มีข้อจำกัด)

5.4.2 ข้อมูลที่ใช้/การประมวลผล ใช้ข้อมูลที่มีในระบบของ สปสช.และ กสธ. เป็นหลัก เช่น OP/PP โดย

- ตัวชี้วัดกลาง สปสช. ส่วนกลางรับผิดชอบดึงข้อมูล/ประมวลผลข้อมูล
- ตัวชี้วัดพื้นที่ สปสช.เขต ร่วมกับทีม IT เขตนครชัยบุรีรินทร์ และรับผิดชอบดึงข้อมูล/ประมวลผลข้อมูล (ยกเว้นตัวชี้วัดบางตัวที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจ/การประเมิน ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดในTemplate)

**หมายเหตุ**

ขั้นตอนการดำเนินงาน และ รายละเอียดอื่นๆ ที่ไม่ได้ระบุในแนวทางฉบับนี้ ให้เป็นไปตามแนวทางตามคู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557 เล่ม 1 (หน้า 47 - 51)

ตารางที่ 3 รายการตัวชี้วัด

รายการตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ปี 2557 เขต 9 นครราชสีมา				
ตัวชี้วัดด้านที่ 1 คุณภาพและผลงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค		ระดับการวัด	งบสนับสนุน	ผู้รับผิดชอบ
1.1	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ *	CUP	15,000,000	พูนชัย
1.2	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ *	CUP	30,000,000	พูนชัย
1.3	ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี *	CUP	15,000,000	พูนชัย
1.4	ร้อยละของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	CUP	6,000,000	พูนชัย
1.5	ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน MMR	CUP	4,800,000	พูนชัย
1.6	ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP5	CUP	8,000,000	พูนชัย
1.7	ร้อยละของเด็กต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก	CUP	7,500,000	พูนชัย
1.8	ร้อยละของเด็กประถม 1 ได้รับการตรวจช่องปาก	CUP	3,000,000	พูนชัย
1.9	ร้อยละของเด็กนักเรียนชั้น ป. 6 ได้รับวัคซีน dT	CUP	3,600,000	พูนชัย
1.10	ร้อยละของประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	CUP	12,500,000	พูนชัย
1.11	ร้อยละของประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	CUP	7,500,000	พูนชัย
รวมงบสนับสนุน			112,900,000	
ตัวชี้วัดด้านที่ 2 คุณภาพและผลงานการให้บริการปฐมภูมิ				
2.1	สัดส่วน OP ปฐมภูมิ /รพ. *	PCU	7,105,189	สุภาพรรม
2.2	อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลจากโรคหืด *	CUP	7,105,189	สุวรา
2.3	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น *	CUP	7,105,189	อรุณรัตน์
2.4	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง *	CUP	7,105,189	อรุณรัตน์
2.5	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1c < 7%	CUP	18,440,000	อรุณรัตน์
2.6	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	CUP	18,440,200	อรุณรัตน์
2.7	อัตราผู้ป่วย HT ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ < 140/90 mmHg เพิ่มขึ้น	CUP	20,974,800	อรุณรัตน์
รวมงบสนับสนุน			86,275,756	
ตัวชี้วัดด้านที่ 3 คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงบริการระบบส่งต่อ และการบริหารระบบ				
3.1	ร้อยละประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล *	CUP	12,804,155	สุภาพรรม
3.2	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขิ้นทะเบียน (แบบไม่มีเงื่อนไข) *	CUP	12,804,155	สุภาพรรม
3.3	DHS มีการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ระบบยาและเวชภัณฑ์ IC Lab ระบบข้อมูล ระบบการให้คำปรึกษา	CUP	18,494,895	สุภาพรรม
3.4	DHS มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 1 คน	CUP	7,113,419	สุภาพรรม
3.5	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (NP) ปฏิบัติงานประจำอย่างน้อยแห่งละ 1 คน	CUP	5,690,735	สุภาพรรม
รวมงบสนับสนุน			56,907,359	
ตัวชี้วัดด้านที่ 4 คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และบริการเสริมในพื้นที่				
4.1	ผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไป ได้รับการใส่ฟันเทียม	CUP	9,900,000	พูนชัย
4.2	ร้อยละของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 โรคเป้าหมาย (URI , AGE)	PCU	7,053,680	พงศ์ผกา
4.3	ร้อยละของประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง Blinding cataract	CUP	10,000,000	อรุณรัตน์
4.4	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนด้านการตรวจเท้า	PCU	1,500,000	อรุณรัตน์
รวมงบสนับสนุน			28,453,680	

หมายเหตุ : \* หมายถึง ตัวชี้วัดกลาง

# ภาคผนวก

## ผนวก 1 Template ตัวชี้วัด และแนวทางการจ่ายเงิน

ตัวชี้วัดด้านที่ 1 คุณภาพและผลงานการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	
ตัวชี้วัด	1.1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิประกันสุขภาพ
คำนิยาม	หญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกโดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน 12 สัปดาห์
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายในปีที่หน่วยบริการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบลงข้อมูลการรับบริการที่อื่นจากการสำรวจโดยใช้ข้อมูลในสมุดสีชมพูด้วย)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนหญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ในหน่วยบริการ โดยนับเฉพาะการฝากครรภ์ครั้งที่ 1 ของการตั้งครรภ์ครั้งนี้โดยที่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนของหญิงมีครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 1 ในหน่วยบริการทั้งหมด (นับเฉพาะการฝากครรภ์ครั้งแรกของการตั้งครรภ์ครั้งนั้นภายในปีงบประมาณ)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมอนามัย
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นายพูนชัย ไตรสุทร
Baseline	ไตรมาส 2 ปี OP/PP Indiv 2_2556= 47%, NSO survey 2552 =71.3%
ระยะเวลาประเมิน	1 เมษายน 2556 – 31 มีนาคม 2557
การกำหนดช่วงคะแนน	< 60.00% = 1 คะแนน
	60.00 -70.99 % = 2 คะแนน
	> =71.00 = 3 คะแนน

ตัวชี้วัด	1.2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิ
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติมาฝากครรภ์ตามนัด จำนวน 5 ครั้ง ตามระยะเวลาดังนี้ ช่วงที่ 1 ก่อนอายุครรภ์ ภายใน 12 สัปดาห์ ช่วงที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ 2 สัปดาห์) ช่วงที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ 2 สัปดาห์) ช่วงที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ 2 สัปดาห์) ช่วงที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ 2 สัปดาห์)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงในเขตรับผิดชอบที่คลอดบุตรแล้วในหน่วยบริการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบลงข้อมูลการรับบริการจากที่อื่นจากการสำรวจโดยใช้ข้อมูลในสมุดสีชมพูด้วย)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนหญิงคลอดที่มีประวัติได้รับการดูแลก่อนคลอดครบทั้ง 5 ครั้งตามเกณฑ์ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนหญิงคลอดบุตรแล้ว ในเขตรับผิดชอบ ตามรอบระยะเวลาที่กำหนด
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมอนามัย
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายพูนชัย ไตรภูธร
Baseline	NSO survey 2552: ANC 4 times=79.6%
ระยะเวลาประเมิน	1 เมษายน 2556 – 31 มีนาคม 2557
การกำหนดช่วงคะแนน	ต่ำกว่า 80.00% = 1 คะแนน
	80.01 -90.99% = 2 คะแนน
	>=91.00 % = 3 คะแนน



ตัวชี้วัด	1.3 ร้อยละของสตรี 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดมะเร็งปากมดลูกสะสมถึงปี 2557
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการ
คำนิยาม	<p>กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สตรีสัญชาติไทยที่มีอายุ 30 - 60 ปี ในปี พ.ศ. 2557 (เกิดในปี พ.ศ. 2497 - 2527) ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>การตรวจปากมดลูก หมายถึง การตรวจทั้งโดยวิธี Pap Smear และ VIA</p> <p>- Pap Smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา</p> <p>- VIA (Visual Inspection with Acetic acid) หมายถึง วิธีคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูก ทิ้งไว้ 1 นาที น้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาวขอบเขตชัดเจน และตำแหน่งแน่นอน สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็ง แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษาอาจกลายเป็นมะเร็งได้ซึ่งเหมาะสำหรับการคัดกรองสำหรับสตรีอายุ 30-45ปี</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีอายุ 30-60 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สปสข.
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูลจาก Pap Registry (หน่วยบริการต้องสำรวจข้อมูลประชากรในเขตรับผิดชอบและลงบันทึกการรับบริการนอกพื้นที่ด้วย) กระตุ้นให้หน่วยบริการลงทะเบียน service ในอนาคตด้วย Z01.4 , Z12.4
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปีได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสะสมรายใหม่ตั้งแต่ปี 2553 - 31 มีนาคม 2557
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปีในเขตรับผิดชอบ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมการแพทย์
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นายพูนชัย ไตรภูธร
Baseline	NSO survey 2552 = 62%, PAP 2553-2555 =30%
ระยะเวลาประเมิน	1 เมษายน 2556 - 31 มีนาคม 2557
การกำหนดช่วงคะแนน	< 80.00% = 1 คะแนน
	80.01 -90.99% = 2 คะแนน
	91.00 % ขึ้นไป = 3คะแนน

ตัวชี้วัด	1.4 ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์
คำนิยาม	หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาหลังคลอดและลูกได้รับการเยี่ยม/ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหรือ อสม. ตามเกณฑ์ จำนวน 3 ครั้งดังนี้ - ครั้งที่ 1 คือ เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก)ในสัปดาห์แรกอายุบุตร ไม่เกิน 7 วันนับถัดจากวันคลอด - ครั้งที่ 2 คือ เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก) ในสัปดาห์ที่ 2 ตั้งแต่บุตรอายุ 8 วันแต่ไม่เกิน 15 วันนับถัดจากวันคลอด - ครั้งที่ 3 คือ เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก) ตั้งแต่บุตรอายุ 16 วัน แต่ไม่เกิน 42 วัน นับถัดจากวันคลอด
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	มารดาหลังคลอดที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการนั้นๆ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบลงข้อมูลการรับบริการจากที่อื่นจากการสำรวจโดยใช้ข้อมูลในสมุดสีชมพูด้วย)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนมารดาหลังคลอดที่ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ในเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนมารดาหลังคลอดในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการในรอบระยะเวลาเดียวกัน
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นายพูนชัย ไตรภูธร
ระยะเวลาประเมิน	1 เมษายน 2556 - 31 มีนาคม 2557
การกำหนดช่วงคะแนน	< 60.00% = 1 คะแนน , 60.01 -70.99% = 2 คะแนน, 71.00 % ขึ้นไป = 3คะแนน

ตัวชี้วัด	1.5 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีนโรคหัด
คำนิยาม	เด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด หมายถึง เด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนที่มีองค์ประกอบของไวรัสหัด (M, MR, MMR)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 95
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 1 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบลงข้อมูลการรับบริการจากที่อื่นจากการสำรวจโดยใช้ข้อมูลในสมุดสีชมพูด้วย)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อยู่ในพื้นที่ในงวดรายงานนั้น ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ ในงวดรายงานนั้น
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นายพูนชัย ไตรภูธร
ระยะเวลาประเมิน	1 เมษายน 2556 - 31 มีนาคม 2557
การกำหนดช่วงคะแนน	< 90.00% = 1 คะแนน , 90.01 -95.99% = 2 คะแนน , 96.00 % ขึ้นไป = 3คะแนน

ตัวชี้วัด	1.6 ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP5
คำนิยาม	เด็ก 5 ปี หมายถึง เด็กอายุครบ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP5
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 5 ปี ในเขตรับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบลงข้อมูลการรับบริการจากที่อื่นจากการสำรวจโดยใช้ข้อมูลในสมุดสีชมพูด้วย)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP5
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B) X100
ระยะเวลาประเมินผล	1 ปี
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นายพูนชัย ไตรภูธร
ระยะเวลาประเมิน	1 เมษายน 2556 – 31 มีนาคม 2557
การกำหนดช่วงคะแนน	< 90.00% = 1 คะแนน, 90.01 -95.99% = 2 คะแนน, 96.00 % ขึ้นไป = 3คะแนน

ตัวชี้วัด	1.7 ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก
คำนิยาม	การตรวจช่องปาก หมายถึง เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการตรวจฟัน และความสะอาดของฟันทั้งปาก โดยทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	ได้รับการตรวจช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 3 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยหน่วยบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบลงข้อมูลการรับบริการจากที่อื่นจากการสำรวจโดยใช้ข้อมูลในสมุดสีชมพูด้วย)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนเด็กอายุ 3 ปีที่ได้รับการตรวจช่องปากในช่วงเวลาหนึ่ง
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนเด็กอายุ 3 ปีทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นายพูนชัย ไตรภูธร
ระยะเวลาประเมิน	1 เมษายน 2556 – 31 มีนาคม 2557
การกำหนดช่วงคะแนน	< 90.00% = 1 คะแนน, 90.01 -95.99% = 2 คะแนน, 96.00 % ขึ้นไป = 3คะแนน

ตัวชี้วัด	1.8 ร้อยละของเด็ก ป. 1 ได้รับการตรวจช่องปาก
คำนิยาม	การตรวจช่องปาก หมายถึง เด็กอายุ 6 ปี ได้รับการตรวจฟัน และความสะอาดของฟันทั้งปาก โดยทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	ได้รับการตรวจช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนชั้น ป.1 ปีการศึกษา 2556 ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนเด็ก ป. 1 ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจช่องปากในช่วงเวลาหนึ่ง
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนเด็ก ป. 1 ทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นายพูนชัย ไตรภูธร
ระยะเวลาประเมิน	1 เมษายน 2556 - 31 มีนาคม 2557
การกำหนดช่วงคะแนน	< 90.00% = 1 คะแนน , 90.01 -95.99% = 2 คะแนน , 96.00 % ขึ้นไป = 3คะแนน

ตัวชี้วัด	1.9 ร้อยละของเด็กนักเรียนชั้น ป. 6 ด้รับวัคซีน dT
คำนิยาม	เด็กนักเรียนชั้น ป.6 ปีการศึกษา 2555 ที่ด้รับวัคซีน dT
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนชั้น ป.6 ปีการศึกษา 2556 ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP
รายการข้อมูล 1	A = เด็กนักเรียนชั้น ป. 6 ปีการศึกษา 2555 ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการที่ด้รับ dT
รายการข้อมูล 2	B = เด็กนักเรียนชั้น ป. 6 ปีการศึกษา 2555 ทั้งหมดในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นายพูนชัย ไตรภูธร
ระยะเวลาประเมิน	1 เมษายน 2556 - 31 มีนาคม 2557
การกำหนดช่วงคะแนน	< 90.00% = 1 คะแนน , 90.01 -95.99% = 2 คะแนน , 96.00 % ขึ้นไป = 3คะแนน

ตัวชี้วัด	1.10 ร้อยละประชาชนอายุ 35-59 ปีที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน /ความดัน (แยกเป็น 2 ตัวชี้วัด)
คำนิยาม	หลักเกณฑ์การคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มอายุ 35-59 ปี การคัดกรองเบาหวานด้วยวาจา และตรวจน้ำตาลในเลือด(Fasting plasma glucose หรือ Fasting capillary glucose) เมื่อมีความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไปต้องได้รับการตรวจเลือด เกณฑ์การคัดกรองมี 6 ข้อ ดังนี้ 1 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (รอบเอว $\geq 90$ ซม. ในผู้ชาย หรือ $\geq 80$ ซม.ในผู้หญิงและ/หรือดัชนีมวลกาย $\geq 25$ กก./ม.2) 2 มีประวัติ พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคเบาหวาน 3 มีความดันโลหิตสูง (BP $> 140/90$ มม.ปรอท) หรือมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง 4 มีประวัติไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์ $\geq 250$ มก./ดลและ/หรือ เอส ดี แอล คอลเลสเทอรอล $< 35$ มก./ดล. 5 ประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูง (ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FPG/FCG) = 100-125 มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 2 ชั่วโมง(OGTT) =140-199 มก./ดล.) 6 ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัมการคัดกรองความดันโลหิตสูง หมายถึง การตรวจคัดกรองความดันโลหิตตามมาตรฐานหลังการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิต แจ้งผลโอกาสเสี่ยง และแนวทางการปฏิบัติตนตามสถานะความเสี่ยง
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยอายุ 35-59 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (โดยลงบันทึกข้อมูลในการรับบริการอื่น จากการสำรวจด้วย)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนประชาชนไทยอายุ 35-59 ปีที่ได้รับการคัดกรอง DM/HT ตามมาตรฐาน ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด (ไม่ต้องแยกว่าเป็น DM/HT แล้วหรือยัง เพราะหาข้อมูลยากลำบากไม่คุ้ม)
รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนประชาชนไทยอายุ 35-59 ปี ทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมควบคุมโรค
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นายพูนชัย ไตรภูธร
ระยะเวลาประเมิน	1 เมษายน 2556 – 31 มีนาคม 2557
การกำหนดช่วงคะแนน	$\leq 80.00\%$ = 1 คะแนน
	80.01 -90.99% = 2 คะแนน
	91.00 % ขึ้นไป = 3 คะแนน

ตัวชี้วัด	1.11 ร้อยละของผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	การคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ หมายถึง การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting plasma glucose /Fasting capillary glucose) และวัดความดันโลหิต
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ (สำรวจและลงข้อมูลประชากรในเขตรับผิดชอบที่ได้รับบริการจากหน่วยบริการอื่นด้วย )
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting plasma glucose /Fasting capillary glucose) และวัดความดันโลหิต อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ให้นำรวมผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด/ความดันโลหิตเป็นประจำอยู่แล้ว
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน โดยทีมนิเทศงานและผู้ตรวจราชการกระทรวง , กรมควบคุมโรค,กรมการแพทย์, กรมอนามัย
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	กรมควบคุมโรค
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายพูนชัย ไตรภูธร
ระยะเวลาประเมิน	1 เมษายน 2556 – 31 มีนาคม 2557
การกำหนดช่วงคะแนน	≤ 80.00% = 1 คะแนน
	80.01 -90.99% = 2 คะแนน
	91.00 % ขึ้นไป = 3 คะแนน

แนวทางการจ่ายเงินตามตัวชี้วัดด้านที่ 1 คุณภาพและผลงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์สนับสนุนงบประมาณตามคุณภาพผลงาน						เป้าหมาย	จำนวนเงิน
		%	บาท	%	รายละเอียด	%	บาท		
1	1.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12สัปดาห์	≤ 60%	100	60.01-70.99%	300	≥ 71%	500	30,000	15,000,000
2	1.2 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	≤ 80%	100	80.01-90.99%	300	≥ 91%	500	60,000	30,000,000
3	1.3 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	≤ 80%	50	80.01-90.99%	70	≥ 91%	100	150,000	15,000,000
4	1.4 ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	≤ 60%	50	60.01-70.99%	70	≥ 71%	100	60,000	6,000,000
5	1.5 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ได้รับวัคซีน MMR	≤ 90%	10	90.01-95.99%	30	≥ 96%	60	80,000	4,800,000
6	1.6 ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP5	≤ 90%	50	90.01-95.99%	75	≥ 96%	100	80,000	8,000,000
7	1.7 ร้อยละของเด็ก < 3 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก	≤ 90%	20	90.01-95.99%	30	≥ 96%	50	150,000	7,500,000
8	1.8 ร้อยละของเด็กประถม 1 ได้รับการตรวจช่องปาก	≤ 90%	20	90.01-95.99%	30	≥ 96%	50	60,000	3,000,000
9	1.9 ร้อยละของเด็กนักเรียนชั้น ป. 6 ได้รับวัคซีน dT	≤ 90%	20	90.01-95.99%	30	≥ 96%	60	60,000	3,600,000
10	1.10 ร้อยละของประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	≤ 80%	2	80.01-90.99%	3	≥ 91%	5	2,500,000	12,500,000
11	1.11 ร้อยละของประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	≤ 80%	5	80.01-90.99%	7	≥ 91%	10	750,000	7,500,000
รวมงบประมาณทั้งสิ้น									112,900,000

ตัวชี้วัดด้านที่ 2 คุณภาพและผลงานการจัดการบริการปฐมภูมิ	
ชื่อตัวชี้วัด	2.1 สัดส่วนการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาล
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	- เพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนใช้บริการปฐมภูมิเป็นที่แรก - เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนภาพรวมความเชื่อมั่นต่อหน่วยบริการปฐมภูมิของประชาชนในเขตรับผิดชอบ - เป็นตัวชี้วัดที่ถูกนำมาใช้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี 2558 มีแผนที่จะมีการวัดผลในบางรายโรคที่สามารถดูแลได้ในบริการปฐมภูมิ
คำนิยาม	จำนวนผู้มีสิทธิ์ UC ในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เทียบกับ จำนวนผู้มีสิทธิ์ UC ในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาล
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่า 1.36
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้มีสิทธิ์ UC ในเขตรับผิดชอบที่ไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานของหน่วยบริการผ่านระบบ OP/PP Individual data
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูล OP/PP Individual data
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนครั้งผู้มีสิทธิ์UC ในเขตรับผิดชอบ ที่ใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ระหว่าง 1 เมษายน 2556 – 31 มีนาคม 2557
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนครั้งผู้มีสิทธิ์UC ในเขตรับผิดชอบ ที่ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล ระหว่าง 1 เมษายน 2556 – 31 มีนาคม 2557
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	A/B
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นางสุภาพรณ กิตติวิศิษฐ์
Baseline	ผลงานระดับประเทศปี 2555 = 1.36, ผลงานระดับเขต ปี 2555 = 1.19
การกำหนดช่วงคะแนน	สัดส่วน < 1.01 = 1 คะแนน สัดส่วน 1.01 - 1.35 = 2 คะแนน สัดส่วน 1.36 - 1.50 = 3 คะแนน สัดส่วน 1.51 - 1.70 = 4 คะแนน สัดส่วน > 1.70 = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	2.2 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคหืด สิทธิ UC
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC
คำนิยาม	จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ (Hmain=Hcode)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OPAE) ผ่านโปรแกรม eClaim และข้อมูลผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP eClaim, OP/PP, OPAE ของ สปสช.
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหืด (J45, J46)
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคหืดสิทธิ UC ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ (Hmain=Hcode)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (ไตรมาส 3,4 ของปีที่ผ่านมาและ 1,2 ของภายในปี)
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นส.สุวรา สุเมธาราวดี
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	Quintile ที่ 5 = 1 คะแนน Quintile ที่ 4 = 2 คะแนน Quintile ที่ 3 = 3 คะแนน Quintile ที่ 2 = 4 คะแนน Quintile ที่ 1 = 5 คะแนน



ชื่อตัวชี้วัด	2.3 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นลิทธิ UC
ที่มา/ความสำคัญของ	เพื่อประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลิทธิ UC
คำนิยาม	จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น Ketoacidosis, Hyperosmolarity, Hypoglycemia, Coma) ลิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อผู้ป่วยเบาหวานลิทธิ UC ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานลิทธิ UC
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OPAE) ผ่านโปรแกรม eClaim และข้อมูลผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP eClaim, OP/PP, OPAE ของ สปสช.
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งของผู้ป่วยเบาหวานลิทธิ UC เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น ลิทธิ UC, and [pdx=(E100-E101 or E110-E111 or E120-E121 or E130-E131 or E140-E141)] OR [(pdx = E160 or E162) and (sdx = E10-E14)] OR [(pdx = E160) and (sdx=Y423)] OR [(pdx = E10-E14) and (sdx = E160 or E162)]
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานลิทธิ UC ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (ไตรมาส 3,4 ของปีที่ผ่านมาและ 1,2 ของภายในปี)
ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด	นส.อรุณรัศมี กุณา
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	Quintile ที่ 5 = 1 คะแนน
	Quintile ที่ 4 = 2 คะแนน
	Quintile ที่ 3 = 3 คะแนน
	Quintile ที่ 2 = 4 คะแนน
	Quintile ที่ 1 = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	2.4 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC
ที่มา/ความสำคัญของ	เพื่อประเมินผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสิทธิ UC
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (OPAE) ผ่านโปรแกรม eClaim และข้อมูลผู้ป่วยนอกผ่านระบบ OP/PP
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล IP eClaim, OP/PP, OPAE ของ สปสช.
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนครั้งของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสิทธิ UC เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1. ความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง 2. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ชนิด Haemorrhag และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และโรคร่วมไม่ใช่อุบัติเหตุ 3. Hypertensive retinopathy (I35.0) และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง, [(pdx = I10-I15, I674) OR (pdx= I60-I62 and (sdx= I10-I15, I674 and sdx# S00-T99)) OR (pdx =H350 and (sdx = I10-I15 or I674)]
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสิทธิ UC ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ (Hmain)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (ไตรมาส 3,4 ของปีที่ผ่านมาและ 1,2 ของภายในปี)
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นส.อรุณรัศมี กุณา
การกำหนดช่วงค่าคะแนน	Quintile ที่ 5 = 1 คะแนน
	Quintile ที่ 4 = 2 คะแนน
	Quintile ที่ 3 = 3 คะแนน
	Quintile ที่ 2 = 4 คะแนน
	Quintile ที่ 1 = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	2.5 อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c น้อยกว่า 7 %
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	เพื่อติดตามประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ในการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อน
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจค่าระดับน้ำตาลที่จับกับ Hemoglobin ในกระแสเลือด ที่เรียกว่า HbA1c มีค่า น้อยกว่า 7 %
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ40
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC ที่ได้รับการตรวจ HbA1c
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ OP/PP Individual (21, 43 แฟ้ม)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP Individual สปสช.
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC ที่มีผล HbA1c < 7 %
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC ที่ได้รับการตรวจ HbA1c ในรอบ 1 ปี ของหน่วยบริการประจำ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (ไตรมาส 3,4 ของปีที่ผ่านมาและ 1,2 ของภายในปี)
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นส.อรุณรัศมี กุณา
เกณฑ์การให้คะแนน	1คะแนน=น้อยกว่าร้อยละ25 2คะแนน=ร้อยละ25-29 3คะแนน=ร้อยละ30-34 4คะแนน=ร้อยละ35-40 5คะแนน=ร้อยละ41ขึ้นไป

ชื่อตัวชี้วัด	2.6 อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาประจำปี
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	เพิ่มความครอบคลุมการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอประสาทตาโดยละเอียด โดยจักษุแพทย์หรือใช้ Fundus Camera อย่างน้อย 1 ครั้ง 1 ครั้งต่อปี
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ80 (จำนวน 184,402 คน )
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานในรอบ 1 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ OP/PP Individual (21, 43 แฟ้ม)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP Individual สปสช.
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานในรอบ 1 ปี
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (ไตรมาส 3,4 ของปีที่ผ่านมาและ 1,2 ของภายในปี)
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	นส.อรุณรัศมี กุณา
เกณฑ์การให้คะแนน	1= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี (น้อยกว่าร้อยละ50) 2= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี (ร้อยละ50-59) 3= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี (ร้อยละ60-69) 4=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี (ร้อยละ70-79) 5= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี (ร้อยละ80ขึ้นไป)

ชื่อตัวชีวิต	2.7 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ < 140/90 มม.ปรอท
ที่มา/ความสำคัญของตัวชีวิต	เพื่อติดตามประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อน
คำนิยาม	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิต ที่วัดครั้งสุดท้าย อยู่ในเกณฑ์ SBP < 140 มม.ปรอท และ DBP < 90 มม.ปรอท ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไป
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสิทธิ UC
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ OP/PP Individual (21, 43 แฟ้ม)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP Individual สปสช.
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ < 140/90 มม.ปรอท
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รักษาในรอบ 1 ปี
สูตรการคำนวณตัวชีวิต	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี (ไตรมาส 3,4 ของปีที่ผ่านมาและ 1,2 ของภายในปี)
ผู้ประสานงานงานตัวชีวิต	นส.อรุณรัศมี กุณา
เกณฑ์การให้คะแนน	1คะแนน=น้อยกว่าร้อยละ65 2คะแนน=ร้อยละ65-69 3คะแนน=ร้อยละ70-74 4คะแนน=ร้อยละ75-79 5คะแนน=ร้อยละ80ขึ้นไป

#### หมายเหตุ

แนวทางการจ่ายเงินตัวชีวิตด้านที่ 2 กำหนด 3 รูปแบบตามตัวชีวิต ดังนี้

- จ่ายตาม อัตรา : ปชก. ที่รับผิดชอบทั้งหมด ได้แก่ ข้อ 2.1
- จ่ายตาม อัตรา : ปชก. ที่ register หรือเป้าหมาย (ตัวหาร) ได้แก่ ข้อ 2.2 , 2.3 , 2.4 ,2.5
- จ่ายตามผลงาน (คิดอัตราต่อผลงานที่ทำได้) ได้แก่ ข้อ 2.6 , 2.7

ตัวชี้วัดด้านที่ 3 คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงบริการระบบส่งต่อ และการบริหารระบบ	
ชื่อตัวชี้วัด	3.1 ร้อยละประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	- เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ จัดหาบุคลากร/จัดระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายมีบุคลากรที่จำเป็นครบตามเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน หน่วยบริการปฐมภูมิ ในการทำหน้าที่เป็นหมอประจำครอบครัวใกล้บ้านใกล้ใจประชาชน - ตัวชี้วัดนี้ เป็นตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับนโยบายหมอประจำครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข
คำนิยาม	ประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล พิจารณาจาก จำนวนประชากรของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนบุคลากรตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ โดย 1) ผ่านเกณฑ์ หรือ ผ่านเกณฑ์แบบมีเงื่อนไข ตามหมวด 3.1(แพทย์) และ 2) ผ่านเกณฑ์ หมวด 3.2 (พยาบาล), 3.3 (บุคลากรอื่น ๆ ภูมิ วิทยาศาสตร์) , 3.4 (บุคลากรอื่น ๆ ภูมิไม่ต่ำกว่าอนุปริญญา)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนสิทธิ์ UC ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในระบบ Data Center
แหล่งข้อมูล	คำสั่ง จากผลการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ Data Center
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนประชาชนสิทธิ์ UC ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีบุคลากรตามเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชาชนสิทธิ์ UC ทั้งหมดของหน่วยบริการประจำ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียน ระหว่าง 1 เม.ย.56 – 30 กย.56)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุภาพรณ กิตติวิศิษฐ์
การกำหนดช่วงคะแนน	ร้อยละ 1-59 = 1 คะแนน ร้อยละ 60-69 = 2 คะแนน ร้อยละ 70-79 = 3 คะแนน ร้อยละ 80-89 = 4 คะแนน ร้อยละ 90-100 = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	3.2 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียน (แบบไม่มีเงื่อนไข)
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	- เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ จัดระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีศักยภาพ ชีตความสามารถในการจัดการบริการ บุคลากร ระบบคุณภาพ ระบบส่งต่อและเชื่อมต่อการบริการ ตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ
คำนิยาม	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการแบบไม่มีเงื่อนไข เทียบกับจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการตรวจประเมินทั้งหมดของหน่วยบริการประจำ
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนแบบไม่มีเงื่อนไข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในระบบ Data Center
แหล่งข้อมูล	จากผลการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ Data Center
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการแบบไม่มีเงื่อนไข
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการตรวจประเมินทั้งหมดของหน่วยบริการประจำ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียน ระหว่าง 1 เม.ย.56 – 30 กย.56)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุภาพรณ กิตติวิศิษฐ์
การกำหนดช่วงคะแนน	ร้อยละ 0-10 = 1 คะแนน ร้อยละ 10 - 29 = 2 คะแนน ร้อยละ 30 - 49 = 3 คะแนน ร้อยละ 50 - 79 = 4 คะแนน >= ร้อยละ 80 = 5 คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	3.3 หน่วยบริการประจำมีการจัดระบบสนับสนุนการจัดการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ระบบยาและเวชภัณฑ์ IC Lab ระบบข้อมูล ระบบการให้คำปรึกษา
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำมีการจัดระบบสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายให้สามารถจัดการปฐมภูมิที่มีคุณภาพตามแนวทาง การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Team : DHS) และ การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ( Primary Care Award : PCA)
คำนิยาม	3.3.1 การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Team : DHS) 3.3.2 การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ( Primary Care Award : PCA) ( รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย )
เกณฑ์เป้าหมาย	3.3.1 การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Team : DHS) (1) การพัฒนาผ่าน 5 ขั้นตอน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (2) มีการดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (One District One Project- ODOP) ผ่านเกณฑ์กระบวนการ 4 ขั้นตอน (3) มีระบบสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่า 3 ระบบ 3.3.2 การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ( Primary Care Award : PCA) (1) เครือข่ายบริการปฐมภูมิพัฒนาผ่านขั้นที่ 3 ร้อยละ 100 (2) เครือข่ายบริการปฐมภูมิพัฒนาผ่านขั้นที่ 4-5 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการประจำ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระดับเขต(คทง.เขต) จัดทำรายงานสรุปผลการประเมิน ส่ง สปสช.เขต
แหล่งข้อมูล	1.แบบประเมินตนเอง (Self Assessment) หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายบริการปฐมภูมิ, รายงานผลการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพ และพัฒนาเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตามแนวทาง DHS และ PCA (แบบประเมินเก็บไว้พื้นที่) 2.แบบรายงานสรุปผลคะแนนการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์ DHS และ PCA คณะกรรมการระดับจังหวัด (แบบสรุปเก็บไว้ที่จังหวัด/อำเภอ/พื้นที่) 3.แบบรายงานสรุปผลคะแนนการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์ DHS และ PCA ของ QRT ระดับเขต (แบบสรุปเก็บไว้ที่จังหวัด) 4.แบบรายงานสรุปผลการประเมิน ระดับเขต
แนวทางการประเมิน	ขั้นที่ 1 เครือข่ายบริการปฐมภูมิ(CUP) และหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเมินตนเอง ส่งแบบสรุปประเมินตนเอง ให้อำเภอและจังหวัด ขั้นที่ 2 คณะกรรมการระดับจังหวัด ประเมิน และส่งแบบสรุปการประเมินฯ ให้ คทง.เขต ขั้นที่ 3 คณะกรรมการ QRT เขต ประเมิน ส่งแบบสรุปการประเมินฯ ให้ คทง.เขต ขั้นที่ 4 คทง.เขต ตรวจสอบข้อมูลจัดทำรายงานสรุปผลการประเมิน และคะแนน ส่ง สปสช.เขต (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (ภายในเดือนมีนาคม 2556)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/	แผนงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุภาพรรณ กิตติวิศิษฐ์ (สปสช.เขต ประสานภาพรวม), ดร.สมชาย วงษ์ทวีโยไพฑูรย์ (สสจ.สรินทร์ เกณฑ์ 3.3.1),นางนันทพร อ่อนชัย (สสจ.ชัยภูมิ เกณฑ์ 3.3.2)
การกำหนดค่าคะแนน	1 คะแนน = ผ่านระดับ 1 2 คะแนน = ผ่านระดับ 2 3 คะแนน = ผ่านระดับ 3 4 คะแนน = ผ่านระดับ 4 5 คะแนน = ผ่านระดับ 5 ( รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณา ระดับ 1-5 ตามเอกสารแนบท้าย )
การกำหนดน้ำหนักคะแนน/	ตามมติ คทง.ปฐมภูมิเขต
หมายเหตุ	รายละเอียดเอกสารแนบท้าย อยู่ระหว่าง คทง.เขต พิจารณา โดยจะแจ้งภายหลัง ภายในเดือน พฤษภาคม 2556

ชื่อตัวชี้วัด	3.4 หน่วยบริการประจำ มีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ อย่างน้อย 1 คน
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	เพื่อให้หน่วยบริการประจำ สนับสนุนการพัฒนาแพทย์ในระบบบริการปฐมภูมิให้มีสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสนับสนุนจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว หมายถึง แพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว โดยได้รับวุฒิบัตร หรือได้รับอนุมัติบัตร สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือ ผ่านการฝึกอบรม Family Practice Learning หรือ ผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 5 weekend หรือผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย 3 วัน โดยปฏิบัติงานสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพในหน่วยบริการประจำ และ/หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	แพทย์ที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการสำรวจของสถาบันพระบรมราชชนก และปรับปรุงข้อมูลโดย สปสช./สปลสช.เขต/ศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลการสำรวจ โดยมีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันโดย สปสช./สปลสช.เขต/ศูนย์การเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (ณ 31 มี.ค. 2556)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุภาพรณ กิตติวิศิษฐ์
การแปลผล	1 = มีแพทย์อย่างน้อย 1 คนที่ ผ่านการอบรม FM อย่างน้อย 3 วัน 2 = มีแพทย์อย่างน้อย 1 คนที่ ผ่านการอบรม FM 5 weekend 3 = มีแพทย์อย่างน้อย 1 คนที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม FPL 4 = มีแพทย์อย่างน้อย 1 คนผ่านการฝึกอบรม FPL 5 = มีแพทย์อย่างน้อย 1 คน ที่ได้รับ วว. /อว. FM

ชื่อตัวชี้วัด	3.5 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิมีพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คน
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	- เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการประจำ จัดหา/ระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ
คำนิยาม	พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ที่ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้ 1) ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารักษาโรคเบื้องต้น) ตามหลักสูตรที่สภาการพยาบาลกำหนด หรือ 2) เป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน หรือ 3) เป็นผู้ที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาล สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปปฏิบัติงานประจำ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลการสำรวจ ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันโดย สสจ.
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มี NP ปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คน
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดของหน่วยบริการประจำ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (ณ 31 มี.ค. 2556)
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุภาพรณ กิตติวิศิษฐ์
การแปลผล	ร้อยละ 1-59 = 1 คะแนน ร้อยละ 60-69 = 2 คะแนน ร้อยละ 70-79 = 3 คะแนน ร้อยละ 80-89 = 4 คะแนน ร้อยละ 90-100 = 5 คะแนน

หมายเหตุ: แนวทางการจ่ายเงินตามตัวชี้วัดด้านที่ 3 จ่ายตาม อัตรา : ปชก. ที่รับผิดชอบ ทุกข้อ ยกเว้นข้อ 3.3 จ่ายตามผลงานตามแนวทางที่ คทง.เขต กำหนด

ตัวชี้วัดด้านที่ 4 คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และบริการเสริมในพื้นที่	
ตัวชี้วัด	4.1 ร้อยละของผู้สูงอายุ ได้รับบริการใส่ฟันเทียม
คำนิยาม	ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับบริการใส่ฟันเทียมตามชุดสิทธิประโยชน์ ทุกครั้งที่ส่งค่าชดเชยฟันเทียม
เกณฑ์เป้าหมาย	4500ราย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสิทธิหลักประกันสุขภาพในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล E-Claim
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทุกครั้งที่
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเป้าหมายที่กำหนด
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	1 กรกฎาคม 2556 ถึง 31 มีนาคม 2557
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายพูนชัย ไตรภูธร
ระยะเวลาประเมิน	ใช้ข้อมูล 3 ไตรมาส จาก 1 กรกฎาคม 2556 - 31 มีนาคม 2557
การกำหนดช่วงคะแนน	< 80.00% = 1 คะแนน สนิบสนุนงบรายละเอียด 1500 บาท
	80.01 -90.99% = 2 คะแนน สนิบสนุนงบรายละเอียด 2000 บาท
	91.00 % ขึ้นไป = 3 คะแนน สนิบสนุนงบรายละเอียด 2200 บาท

ชื่อตัวชี้วัด	4.2 ร้อยละของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 โรคเป้าหมาย (โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน : URI , โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน : AGE)	
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	เพื่อให้หน่วยบริการดำเนินการควบคุมการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค URI และ AGE อย่างมีประสิทธิภาพ	
คำนิยาม	4.2.1 กลุ่มโรค URI หมายถึง กลุ่มโรคตามรหัส ICD-10 ที่กำหนดในเอกสารแนบ ตารางที่ 4.2.1 4.2.2 กลุ่มโรค AGE หมายถึง กลุ่มโรคตามรหัส ICD-10 ที่กำหนดในเอกสารแนบ ตารางที่ 4.2.2	
เกณฑ์เป้าหมาย	4.2.1 ร้อยละของใบสั่งยาในผู้ป่วยนอกกลุ่มโรค URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ < ร้อยละ 40 4.2.2 ร้อยละของใบสั่งยาในผู้ป่วยนอกกลุ่มโรค AGE ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ < ร้อยละ 40	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยนอกกลุ่มโรค URI และ AGE	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานของหน่วยบริการผ่านระบบ OP/PP Individual data	
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (OP/PP Individual Data)	
รายการข้อมูล 1	A1=จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกกลุ่มโรค URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ A2=จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกกลุ่มโรค AGE ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	
รายการข้อมูล 2	B1=จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกกลุ่มโรค URI ทั้งหมด B2=จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอกกลุ่มโรค AGE ทั้งหมด	
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	4.2.1. $(A1/B1) \times 100$ 4.2.2 $(A2/B2) \times 100$	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ภญ.พงศ์ภา กัณฑ์ลักษณ์	
Baseline	ข้อมูลระหว่าง 1 เมษายน 2555 - 31 มีนาคม 2556 : URI = 42.07 % , AGE = 77.59 %	
ระยะเวลาประเมิน	1 ตุลาคม 2556 - 31 มีนาคม 2557 (ระยะเวลา 6 เดือน)	
การกำหนดช่วงคะแนน (ใช้เกณฑ์เดียวกันทั้ง 4.2.1- URI และ 4.2.2-AGE)	ร้อยละของใบสั่งยาที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	คะแนน
	≤ 20	5
	> 20 - 25	4
	> 25 - 30	3
	> 30 - 35	2
	> 35 - 40	1
> 40	0	
การกำหนดน้ำหนักคะแนน	4.2.1. URI = 80%      4.2.2 AGE = 20%	



เอกสารแนบ ตาราง 4.2.1 รหัส ICD-10 ของกลุ่มโรค URI

ICD 10 CODE	ICD 10 NAME
B053	Measles complicated by otitis media (H67.1*)
H650	Acute serous otitis media
H651	Other acute nonsuppurative otitis media
H659	Nonsuppurative otitis media, unspecified
H660	Acute suppurative otitis media
H664	Suppurative otitis media, unspecified
H669	Otitis media, unspecified
H670	Otitis media in bacterial diseases classified elsewhere
H671	Otitis media in viral diseases classified elsewhere
H678	Otitis media in other diseases classified elsewhere
H720	Central perforation of tympanic membrane
H721	Attic perforation of tympanic membrane
H722	Other marginal perforations of tympanic membrane
H728	Other perforations of tympanic membrane
H729	Perforation of tympanic membrane, unspecified
J00	Acute nasopharyngitis [common cold]
J010	Acute maxillary sinusitis
J011	Acute frontal sinusitis
J012	Acute ethmoidal sinusitis
J013	Acute sphenoidal sinusitis
J014	Acute pansinusitis
J018	Other acute sinusitis
J019	Acute sinusitis, unspecified
J020	Streptococcal pharyngitis
J029	Acute pharyngitis, unspecified
J030	Streptococcal tonsillitis
J038	Acute tonsillitis due to other specified organisms
J039	Acute tonsillitis, unspecified
J040	Acute laryngitis
J041	Acute tracheitis
J042	Acute laryngotracheitis
J050	Acute obstructive laryngitis [croup]
J051	Acute epiglottitis
J060	Acute laryngopharyngitis
J068	Other acute upper respiratory infections of multiple sites
J069	Acute upper respiratory infection, unspecified
J101	Influenza with other respiratory manifestations, influenza virus identified
J111	Influenza with other respiratory manifestations, virus not identified
J200	Acute bronchitis due to Mycoplasma pneumonia
J201	Acute bronchitis due to Haemophilus influenza
J202	Acute bronchitis due to streptococcus
J203	Acute bronchitis due to coxsackie virus
J204	Acute bronchitis due to parainfluenza virus
J205	Acute bronchitis due to respiratory syncytial virus
J206	Acute bronchitis due to rhinovirus
J207	Acute bronchitis due to echovirus
J208	Acute bronchitis due to other specified organisms
J209	Acute bronchitis, unspecified
J210	Acute bronchiolitis due to respiratory syncytial virus
J218	Acute bronchiolitis due to other specified organisms
J219	Acute bronchiolitis, unspecified

เอกสารแนบ ตาราง 4.2.2 รหัส ICD-10 ของกลุ่มโรค AGE	
ICD 10 CODE	ICD 10 NAME
A000	Cholera due to <i>Vibrio cholerae</i> 01, biovar cholera
A001	Cholera due to <i>Vibrio cholerae</i> 01, biovar eltor
A009	Cholera, unspecified
A020	<i>Salmonella</i> enteritis
A030	Shigellosis due to <i>Shigella dysenteriae</i>
A031	Shigellosis due to <i>Shigella flexneri</i>
A032	Shigellosis due to <i>Shigella boydii</i>
A033	Shigellosis due to <i>Shigella sonnei</i>
A038	Other shigellosis
A039	Shigellosis, unspecified
A040	Enteropathogenic <i>Escherichia coli</i> infection
A041	Enterotoxigenic <i>Escherichia coli</i> infection
A042	Enteroinvasive <i>Escherichia coli</i> infection
A043	Enterohaemorrhagic <i>Escherichia coli</i> infection
A044	Other intestinal <i>Escherichia coli</i> infections
A045	<i>Campylobacter</i> enteritis
A046	Enteritis due to <i>Yersinia enterocolitica</i>
A047	Enterocolitis due to <i>Clostridium difficile</i>
A048	Other specified bacterial intestinal infections
A049	Bacterial intestinal infection, unspecified
A050	Food-borne staphylococcal intoxication
A053	Food-borne <i>Vibrio parahaemolyticus</i> intoxication
A054	Food-borne <i>Bacillus cereus</i> intoxication
A059	Bacterial food-borne intoxication, unspecified
A080	Rotaviral enteritis
A081	Acute gastroenteropathy due to Norwalk agent
A082	Adenoviral enteritis
A083	Other viral enteritis
A084	Viral intestinal infection, unspecified
A085	Other specified intestinal infections
A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin
K521	Toxic gastroenteritis and colitis
K528	Other specified noninfective gastroenteritis and colitis
K529	Noninfective gastroenteritis and colitis, unspecified

ชื่อตัวชี้วัด	4.3 ร้อยละของประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองตาต้อกระจก และภาวะตาบอดจากต้อกระจกBlinding cataract
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	โรคต้อกระจกเป็นโรคที่มีความสำคัญที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะตาบอดของคนไทย ในอัตราสูงที่สุดถึง 51.64% จากผลการสำรวจภาวะตาบอด สายตาเลือนกลาง และโรคตาที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย ปี 2549-2550พบความชุกของต้อกระจกเฉลี่ย 9.22% ของทุกกลุ่มอายุ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของระดับปัญหาด้านการมองเห็น จากผลการสำรวจดังกล่าวพบว่าอัตราความชุกของผู้ป่วยที่มีภาวะตาบอดจากต้อกระจก (Blinding cataract) จำนวน 8.97% กลุ่มที่มีภาวะสายตาสายในระดับนรุนแรง 5.86%และระดับปานกลาง 35.2%
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจกและมีภาวะตาบอดจากต้อกระจก (Blinding cataract) หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจก มีการวินิจฉัย ICD10 = H ระดับสายตาดั้งแต่ 20/200 ขึ้นไป และมีภาวะตาบอดจากต้อกระจก (Blinding cataract)การวินิจฉัย ICD10 = H 544 ระดับสายตาดั้งแต่ 9/200 - 1/100, CF, HM, LP
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90 (731,940ราย)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ OP/PP Individual (21, 43 แห่ง)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP Individual สปสช., IP-Eclaim
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองตาต้อกระจกและภาวะตาบอดจากต้อกระจก (Blinding cataract)
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี ( 1 ตุลาคม 2556 - 31 มีนาคม 2557)
ผู้ประสานงานงานตัวชี้วัด	อรุณรัศมี กุณา กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการฯ สปสช.เขต 9 นครราชสีมา
เกณฑ์การให้คะแนน	1= มีการคัดกรองตาต้อกระจกในผู้สูงอายุ >60ปี(ร้อยละ50-59) 2= มีการคัดกรองตาต้อกระจกในผู้สูงอายุ >60ปี (ร้อยละ60-69) 3= มีการคัดกรองตาต้อกระจกในผู้สูงอายุ >60ปี (ร้อยละ70-79) 4=มีการคัดกรองตาต้อกระจกในผู้สูงอายุ >60ปี (ร้อยละ80-89) 5= มีการคัดกรองตาต้อกระจกในผู้สูงอายุ >60ปี (ร้อยละ90ขึ้นไป)

ชื่อตัวชี้วัด	4.4 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนด้านการตรวจเท้า												
ที่มา/ความสำคัญของตัวชี้วัด	เพิ่มความครอบคลุมการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนด้านการตรวจเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน												
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมทั้งเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน คือ ตรวจเท้าอย่างละเอียด อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียด หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียด โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว ทั้งโดยการสังเกตสภาพผิวหนังภายนอก (visual inspection) การตรวจปลายประสาทเท้า (sensory exam) และคลำชีพจรที่เท้า (pulse exam)												
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70 (131,940ราย)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสิทธิ UC ที่ลงทะเบียน (ระดับPCU)												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ OP/PP Individual (21, 43 แห่ง)												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล OP/PP Individual สปสช. ,IP-Eclaim												
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจเท้า												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง สิทธิ UC ที่ลงทะเบียน												
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	รายปี ภายในเดือน มีนาคม 2557 ผลงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน												
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	อรุณรัศมี กุณา กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการฯ สปสช.เขต 9 นครราชสีมา												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ต่ำกว่า 50</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>50 – 60.9</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>61 – 70.9</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>71 – 79.9</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>80 ขึ้นไป</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับ	1	ต่ำกว่า 50	2	50 – 60.9	3	61 – 70.9	4	71 – 79.9	5	80 ขึ้นไป
คะแนน	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับ												
1	ต่ำกว่า 50												
2	50 – 60.9												
3	61 – 70.9												
4	71 – 79.9												
5	80 ขึ้นไป												

#### หมายเหตุ

แนวทางการจ่ายเงินตามตัวชี้วัดด้านที่ 4 จ่ายตามผลงาน โดยคิด อัตรา : ผลงานที่ทำได้ ยกเว้นข้อ 4.1 คิดอัตราเพิ่มขึ้นตามผลงานที่ทำได้ เช่นเดียวกับ แนวทางการจ่ายตามตัวชี้วัดด้านที่ 1

ผนวก 2 ตาราง Baseline ตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

ตารางข้อมูล Baseline ตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ปี 2557 เขต 9 นครราชสีมา					
ตัวชี้วัดด้านที่ 2 คุณภาพและผลงานการจัดการบริการปฐมภูมิ		ระดับการวัด	เป้า KPI	Baseline ประเทศ	Baseline เขต
2.1	สัดส่วน OP ปฐมภูมิ /รพ. *	PCU	1.3	1.36	1.19
2.2	อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลจากโรคหืด *	CUP	12	13.9	14.27
2.3	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น *	CUP	2	2.06	2.3
2.4	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง *	CUP	1.78	1.78	2.25
2.5	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1c < 7%	CUP	40%	37.70%	37.50%
2.6	อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	CUP	80%	59.30%	55.20%
2.7	อัตราผู้ป่วย HT ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ < 140/90 mmHg เพิ่มขึ้น	CUP	70%	60%	65.3
ตัวชี้วัดด้านที่ 3 คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงบริการระบบส่งต่อ และการบริหารระบบ					
3.1	ร้อยละประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล *	CUP	73%	69%	70.57%
3.2	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียน (แบบไม่มีเงื่อนไข) *	CUP	25%	14.17%	13.99%
3.3	DHS มีการจัดระบบสนับสนุนการจัดการบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ระบบยาและเวชภัณฑ์ IC Lab ระบบข้อมูล ระบบการ	CUP	DHS=10% PCA=100%	N/A	DHS=N/A PCA=99%
3.4	DHS มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 1 คน	CUP	60%	37%	49.00%
3.5	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (NP) ปฏิบัติงานประจำอย่างน้อยแห่งละ 1 คน	CUP	100%	70%	92.33%
ตัวชี้วัดด้านที่ 4 คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และบริการเสริมในพื้นที่					
4.1	ผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไป ได้รับการบริการใส่ฟันเทียม	CUP	80%	72%	72%
4.2	ร้อยละของการส่งैयाปฏิบัติช้ใน 2 โรคเป้าหมาย ( URI , AGE)	PCU	URI < 40% AGE < 40%	N/A	URI - 42.07% AGE - 77.59%
4.3	ร้อยละของประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง Blinding	CUP	90%	N/A	N/A
4.4	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนด้านการตรวจเท้า	PCU	70%	62.30%	71.10%
หมายเหตุ					
1. N/A หมายถึง ไม่มีข้อมูล เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ ,หรือดำเนินการเฉพาะในเขตพื้นที่ ,หรือยังไม่มีระบบฐานข้อมูล					
2. Baseline ตัวชี้วัดด้านที่ 1 และ Baseline แยกรายหน่วยบริการ จะแจ้งภายหลัง ภายในเดือน พฤศจิกายน 2556					

ผนวก 3 คำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ระดับเขต



คำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เขต ๙ นครราชสีมา

ที่ ๕๕๐๖/๒๕๕๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระดับเขต

เพื่อให้การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระดับเขต เป็นไปตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ในการสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมในทุกมิติและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (Primary care strengthening) และสอดคล้องตามแนวทางที่กำหนดไว้ในคู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ เล่มที่ ๑ หน้า ๔๗

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๓ (๕) แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการคัดเลือก และการแต่งตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๙ ลงวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๔๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เขต ๙ นครราชสีมา จึงออกคำสั่งไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระดับเขต รายนามตามบัญชีรายละเอียด แนบท้ายคำสั่งนี้

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีหน้าที่ ดังนี้

- (๑) จัดทำข้อเสนอแนวทาง และกลไกการขับเคลื่อน การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระดับเขต
- (๒) กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework :QOF) ระดับพื้นที่ ภายใต้กรอบแนวทางที่ สปสช.กำหนด
- (๓) ดำเนินการตรวจสอบ/สรุปผล ผลการประเมินตามตัวชี้วัด และตามหลักเกณฑ์แนวทาง ในข้อ (๒)
- (๔) ติดตามควบคุมกำกับ/สรุปผลการดำเนินงาน ตามข้อ (๑) และ (๒) เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เขต ๙ นครราชสีมา
- (๕) แต่งตั้งคณะกรรมการย่อยเพิ่มเติม เพื่อดำเนินการตาม ข้อ ๑-๔
- (๖) อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๙๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๖

(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา  
ปฏิบัติหน้าที่แทนประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เขต ๙ นครราชสีมา

**บัญชีรายชื่อคณะกรรมการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ ระดับเขต**  
**แบบท้ายคำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เขต ๙ นครราชสีมา**  
**ที่ ๙๐๘ / ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๖**

(๑) นายโกเมนทร์ ทิวทอง	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์	เป็นประธานคณะกรรมการ
(๒) นางลลิตยา กองคำ	รองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา	เป็นรองประธานคณะกรรมการ
(๓) นายเลิศพันธุ์ ภัทรพงศ์สินธุ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวระเหว จ.ชัยภูมิ	เป็นรองประธานคณะกรรมการ
(๔) นายวราวุธ ชื่นตา	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์	คณะกรรมการ
(๕) นายอนุพงศ์ ชาวคอนไชย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนสูง จ.นครราชสีมา	คณะกรรมการ
(๖) นางสาววิภา อุทยานินท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยแถลง จ.นครราชสีมา	คณะกรรมการ
(๗) นายนิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	รองคณบดีฝ่ายบริหาร สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	คณะกรรมการ
(๘) นายปกรณ์ ทองวิไล	หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	คณะกรรมการ
(๙) นายวีระชัย ก้อนมณี	ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา	คณะกรรมการ
(๑๐) นางสาวนิตยา โชตินอก	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล และบริการปฐมภูมิ สสจ.นครราชสีมา	คณะกรรมการ
(๑๑) นางนันทพร อ่อนชัย	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคลากร และพัฒนาคุณภาพบริการ สสจ.ชัยภูมิ	คณะกรรมการ
(๑๒) ดร.สมชาย วงษ์พิริยะไพฑูริย์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ สสจ.สุรินทร์	คณะกรรมการ
(๑๓) นางจารินี คุณทวีพันธุ์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและรูปแบบบริการ สสจ.บุรีรัมย์	คณะกรรมการ
(๑๔) นายรังสรรค์ พนานุสรณ์	สาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์	คณะกรรมการ
(๑๕) นายยงยุทธ ยุทธยง	สาธารณสุขอำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ	คณะกรรมการ
(๑๖) นางนพรัตน์ ตรงศูนย์	สาธารณสุขอำเภอสมน จังหวัดสุรินทร์	คณะกรรมการ
(๑๗) นายพงษ์พิพัฒน์ จุ่มสีดา	สาธารณสุขอำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา	คณะกรรมการ
(๑๘) นางสาวธัญญานันท์ รุ่งเรือง	เภสัชกรชำนาญการ รพ.จอมพระ จ.สุรินทร์	คณะกรรมการ
(๑๙) นางสาวชนิษฐา วัลสิทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ รพ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา	คณะกรรมการ
(๒๐) นายประมวดี เหล่าสมบัติทวี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สสจ.ชัยภูมิ	คณะกรรมการ
(๒๑) นางปราณี ประไพวัชรพันธ์	ผอ.รพ.สต.นาราก อ.ครบุรี จ.นครราชสีมา	คณะกรรมการ
(๒๒) นางประยงค์ ทองพระศักดิ์	ผอ.รพ.สต.บ้านเทพพัฒนา อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์	คณะกรรมการ
(๒๓) นายบุญมา คงไธนี้อย	ผอ.รพ.สต.ท่ามะไฟหวาน อ.แก้งคร้อ จ.ชัยภูมิ	คณะกรรมการ
(๒๔) นายชัยพล นันถิ์ดี	ผอ.รพ.สต.หนองเรือ อ.ชุมพลบุรี จ.สุรินทร์	คณะกรรมการ
(๒๕) นายหาญชัย หันธุ์งาม	ผู้แทนคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย จ.นครราชสีมา	คณะกรรมการ
(๒๖) นางสาวกาญจนา กาญจนธวัช	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองชัยภูมิ	คณะกรรมการ

(๒๗)	นางกมลรัตน์ เกตุบรรลุ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ ๕	คณะทำงาน
(๒๘)	นายศานิตย์ กล้าแท้	นายก อบต.โพนทอง จังหวัดชัยภูมิ	คณะทำงาน
(๒๙)	นายผดุง จตุรภักดิ์	ผู้แทนภาคประชาชน	คณะทำงาน
(๓๐)	นายพูนชัย ไตรภูธร	หัวหน้ากลุ่มงาน สปสช.เขต ๙ นครราชสีมา	คณะทำงาน
(๓๑)	นางสาวอรุณรัศมี กุณา	หัวหน้ากลุ่มงาน สปสช.เขต ๙ นครราชสีมา	คณะทำงาน
(๓๒)	นางพรอนันต์ กิตติมั่นคง	หัวหน้ากลุ่มสนับสนุนเครือข่ายบริการ ที่ ๙	คณะทำงาน
(๓๓)	นางสุภาพรรณ กิตติวิศิษฐ์	หัวหน้ากลุ่มงาน สปสช.เขต ๙ นครราชสีมา	เลขานุการและคณะทำงาน
(๓๔)	นางสาวพงศ์ผกา ภักฒลักขณ์	เจ้าหน้าที่อาวุโส สปสช.เขต ๙ นครราชสีมา	ผู้ช่วยเลขานุการและคณะทำงาน
(๓๕)	นางอำไพ แก้วกระจ่าง	ผู้อำนวยการศูนย์แพทย์ ๓ (วัดบูรณ)	ผู้ช่วยเลขานุการและคณะทำงาน
(๓๖)	นางอัญชัญ เค็มกระโทก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ผู้ช่วยเลขานุการและคณะทำงาน

.....



ผนวก 4 รายชื่อผู้ประสานงานและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

รายชื่อผู้ประสานงาน (ภาพรวม)			
ลำดับ	จังหวัด/เขต	ชื่อผู้ประสาน	เบอร์โทร
1	ชัยภูมิ	นางนันทพร อ่อนชัย	089-4248396
2	ชัยภูมิ	นส.อภิวรรณ ดวงมณี	087-2536417
3	นครราชสีมา	นางอัญชัญ เค็มกระโทก.	081-3899190
4	นครราชสีมา	นางสาวนิตยา โชตินอก	081-3899190
5	สุรินทร์	นายณะสิทธิ์ ขาวงาม	089-2809846
6	สุรินทร์	ดร.สมชาย วงษ์พิริยะไพฑูรย์	086-8670360
7	บุรีรัมย์	นางจารินี คุณทวีพันธ์	081-8799231
8	สปสข.เขต	นางสุภาพรรณ กิตติวิศิษฐ์	089-9491846

รายชื่อผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด				
ลำดับ	ตัวชี้วัด	ชื่อผู้รับผิดชอบ	หน่วยงาน	เบอร์โทร
1	ด้านที่ 1 (ทุกข้อ) ด้านที่ 4 ข้อ 4.1	นายพูนชัย ไตรภุธร	สปสข.เขต 9 นครราชสีมา	089-428-2862
2	ด้านที่ 2 ข้อ 2.1 ด้านที่ 3 ข้อ 3.1, 3.2,	นางสุภาพรรณ กิตติวิศิษฐ์	สปสข.เขต 9 นครราชสีมา	089-9491846
3	ด้านที่ 2 ข้อ 2.2	นส.สุวรา สุขเมธาราวดี	สปสข.เขต 9 นครราชสีมา	085-859-8488
4	ด้านที่ 2 ข้อ 2.3-2.7 ด้านที่ 4 ข้อ 4.3-4.4	นส.อรุณรัศม์ กุณา	สปสข.เขต 9 นครราชสีมา	090-197-5223
5	ด้านที่ 4 ข้อ 4.2	ภญ.พงศ์ผกา ภัณฑลักษณ์	สปสข.เขต 9 นครราชสีมา	090-8808234
6	ด้านที่ 3 ข้อ 3.3.1	ดร.สมชาย วงษ์พิริยะไพฑูรย์	สสจ.สุรินทร์	086-8670360
7	ด้านที่ 3 ข้อ 3.3.2	นางนันทพร อ่อนชัย	สสจ.ชัยภูมิ	089-4248396