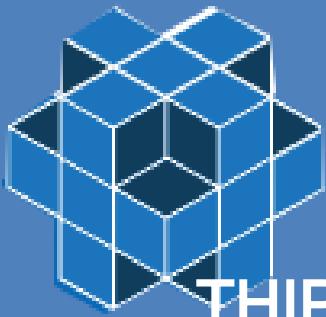




บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Program: THIP)



THIP KPI DICTIONARY 2020

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
โดยความร่วมมือ กับ เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)



คำนำ

โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Project: THIP) ก่อตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๐ โดยความร่วมมือระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network: UHosNet) และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีเป้าหมาย เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านต่างๆ กับโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะเดียวกันทราบว่าตนเองอยู่ตรงไหนเมื่อเทียบกับกลุ่ม เป็นการกระตุนการพัฒนาที่มีพลัง และสามารถค้นหาองค์กรที่มี Good Practice แล้วนำมาแลกเปลี่ยนกัน โดยเป็นระบบการเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาล (Hospital-based Indicator) ที่ผู้รายงานจะได้ทราบค่าของตนเปรียบเทียบกับค่า Percentile ของกลุ่มเปรียบเทียบที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อยกระดับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการให้ดีขึ้น และส่งผลให้ ตัวชี้วัดโดยรวมในแต่ละรายการตัวชี้วัด มีแนวโน้มผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อเนื่อง

สรพ. ในบทบาทขององค์กรขับเคลื่อนโครงการ THIP ได้พัฒนาต่อยอดผ่านโครงการ THIP II ขยายความร่วมมือในการเปรียบเทียบ (Benchmark) ร่วมกับโรงพยาบาลทุกระดับ ทุกสังกัดทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ส่งเสริมให้สถานพยาบาลใช้ประโยชน์จากการเปรียบเทียบ (Benchmarking) เพื่อการยกระดับผลลัพธ์ขององค์กร, (2) พัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบในการวัดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล และบูรณาการตัวชี้วัดร่วมของทั้งส่วนภาครัฐที่เป็นมาตรฐาน, (3) พัฒนาองค์ความรู้จากการปฏิบัติที่ดีของเครือข่ายสถานพยาบาลและฐานข้อมูลผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย, (4) พัฒนากลไกเครื่องมือ/เทคโนโลยีระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาลในรูปแบบดิจิทัล www.thip2.com

โครงการ THIP II เปิดโอกาสสำหรับโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการสามารถเลือกตัวชี้วัดที่จะรายงานเข้าสู่ระบบเพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรงพยาบาลสมาชิก โดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รายงานข้อมูลผ่านอินเตอร์เน็ตที่มีระบบรักษาความลับอย่างรัดกุม การเปรียบเทียบตัวชี้วัดจะเลือกลักษณะของกลุ่มโรงพยาบาลที่ต้องการเปรียบเทียบได้ และโรงพยาบาลจะเห็นข้อมูลตัวชี้วัดของกลุ่มเฉพาะที่เปรียบเทียบท่านั้น โดยเป็นระดับผลงานของโรงพยาบาลเทียบกับค่าสถิติของกลุ่ม

สรพ. เห็นความสำคัญ และคุณค่าในการใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล จึงพร้อมที่จะร่วมพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อผลลัพธ์สุดท้าย คือ “ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและไว้วางใจได้ด้วยมาตรฐาน HA”

สารบัญ

คำนำ	i
สารบัญ	ii
แนวทางการจัดกลุ่มเปรียบเทียบของโรงพยาบาลสماชิก THIP	1
รายการบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2563	2
วิธีการใช้งานรหัสตัวชี้วัดเปรียบเทียบ THIP	4
แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค (Disease: D).....	5
แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ (Care Process: C).....	22
แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ (System: S).....	27
แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion: H).....	34
แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดกลุ่มโรคที่ครรภากษาแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory Care: A)	36
KPI Template กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค (Disease: D)	37
หมวด DH: Cardiovascular Disease (Heart disease:H).....	38
ประเภท DH01 Acute Myocardial Infarction	38
ประเภท DH02 Coronary Artery Disease.....	53
ประเภท DH04 Atrial Fibrillation	60
หมวด DN: Neurovascular Disease (N).....	63
ประเภท DN01 Stroke.....	63
ประเภท DN03 Head Injury	73
หมวด DR: Respiratory Disease (R)	77
ประเภท DR01 Pneumonia.....	77
ประเภท DR02 TB (mycobacterium tuberculosis)	80
ประเภท DR03 Asthma.....	85
ประเภท DR04 COPD	88
หมวด DC: Chronic Disease (C)	92
ประเภท DC01 Diabetes Mellitus.....	92
ประเภท DC02 Hypertension	95
ประเภท DC03 HIV	96
ประเภท DC04 Cancer	100
ประเภท DC05 Chronic Kidney Disease	103
หมวด DO: Musculoskeletal Disease (O).....	107

ประเภท DO02 Hip	107
ประเภท DO03 Knee.....	110
หมวด DG: Gastrointestinal Disease (G).....	113
ประเภท DG01 UGIH	113
ประเภท DG02 Appendix	116
หมวด DS: Substance Use Disorders (S).....	118
ประเภท DS01 Methamphetamine Group	118
ประเภท DS02 Alcohol Group	119
ประเภท DS03 Tobacco Group.....	120
ประเภท DS04 Opioid Froup.....	121
หมวด DE: Center of Excellence (E).....	122
ประเภท DE01 Breast Cancer.....	122
ประเภท DE05 Stem Cell Transplantation.....	124
ประเภท DE08 Thallasemia.....	125
ประเภท DE12 Cleft Lip – Cleft Palate and Craniofacial Disease.....	126
ประเภท DE13 Infertility.....	128
ประเภท DE14 Gastrointestinal Scopy	134
ประเภท DE16 Conductive and Sensorineural Hearing Loss.....	142
หมวด DM: Meantal Health (M)	143
ประเภท DM01 Global Development Delay (GDD)	143
ประเภท DM02 Autism Spectrum Disorder (ASD)	146
ประเภท DM03 Cerebral Palsy	149
ประเภท DM04 Child and Adolescent Psychiatry.....	151
KPI Template กลุ่มตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ (Care Process: C)	153
หมวด CM: Maternal and Child Health Care Process (M).....	154
ประเภท CM01 Maternal Health Care Process.....	154
ประเภท CM02 Child Health Care Process	163
หมวด CA: Anesthesia Care	172
ประเภท CA01 Anesthesia Care Process	172
หมวด CO: Operative Care Process (O).....	177
ประเภท CO01 Operative Care Process.....	177
หมวด CG: General Care Process (G)	180

ประเภท CG01 Pressure Ulcer Care Process.....	180
หมวด CE: Emergency Care Process (E)	187
ประเภท CE01 ER Care Process.....	187
หมวด CI: Intensive Care Process (I).....	192
ประเภท CI01 Sepsis Care Process	192
หมวด CP: Psychiatry Care Process (P).....	193
ประเภท CP01 Child and Adolescent Psychiatry Care Process	193
ประเภท CP02 Nuerodevelopmental Disorder Care Process.....	194
KPI Template กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ (System: S).....	195
หมวด SI: Infection Control System (I)	196
ประเภท SI01 Ventilator Associated Pneumonia (VAP).....	196
ประเภท SI02 Blood Stream Infection (BSI)	199
ประเภท SI03 Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI).....	202
หมวด SL: Laboratory System (L).....	205
ประเภท SL01 Blood Bank	205
หมวด SH: Human Resource System (H)	206
ประเภท SH01 Human Resource Management (HRM)	206
ประเภท SH02 Human Resource Development (HRD).....	213
ประเภท SH03 Human Resource and Occupational Health (HRH)	229
หมวด SF: Financial System (F).....	238
ประเภท SF01 Financial	238
หมวด SC: Customer Service System (C)	244
ประเภท SC01 Customer Service.....	244
หมวด SG: Governance System (G).....	250
ประเภท SG01 Governance.....	250
หมวด SS: Sterilization System (S)	251
ประเภท SS01 Sterilization and Service System.....	251
หมวด SM: Medication System (M)	254
ประเภท SM01 Medication Use.....	254
ประเภท SM02 Medication Management.....	256
KPI Template กลุ่มตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion: H)	258
หมวด HE: Employee Health Promotion (E)	259

ประเภท HE01 Employee Health Status	259
หมวด HC: Customer Health Promotion (C).....	265
ประเภท HC01 Customer Health Status.....	265
KPI Template กลุ่มตัวชี้วัดโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory Care: A)	267
หมวด AA: Ambulatory Care (A)	268
ประเภท AA01 Ambulatory Care Sensitive Condition (A)	268
ภาคผนวก	274
ภาคผนวก ก. แนวทางการกำหนดรหัสตัวชี้วัด THIP	275
ภาคผนวก ข. โครงสร้าง KPI Template THIP ปีงบประมาณ 2563	277
ภาคผนวก ค. ข้อกำหนดการจัดเก็บข้อมูลและระยะเวลาการอกรายงานตัวชี้วัด THIP	278
ภาคผนวก ง. แนวทางการขับเคลื่อนข้อมูลในระบบ THIP นอกรอบปกติ	281
ภาคผนวก จ. ทำเนียบ คณะกรรมการระบบสารสนเทศเปรียบเทียบ วัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) วาระ ปี พ.ศ. 2563-2564	282
ภาคผนวก ฉ. แนวทางการนำเสนอตัวชี้วัดเพื่อบรรจุในบัญชีตัวชี้วัด โครงการ THIP	283
ภาคผนวก ช. ความหมายและการแบ่งระดับของผลกตทับ	285

แนวทางการจัดกลุ่มเปรียบเทียบของโรงพยาบาลสมาชิก THIP

คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) ได้มีการทบทวนแนวทางการจัดกลุ่มเทียบเดิมของโรงพยาบาลสมาชิก THIP¹ โดย แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลภาครัฐ-มีการเรียนการสอน ได้แก่

- 1.1 โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ มีการเรียน-สอนครบทุกสาขา
- 1.2 โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ มีการเรียน-สอนบางสาขา
- 1.3 โรงพยาบาลศูนย์ มีการเรียน-สอนครบทุกสาขา
- 1.4 โรงพยาบาลศูนย์มีการเรียน-สอนบางสาขา
- 1.5 โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิมีการเรียน-สอนครบทุกสาขา
- 1.6 โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิมีการเรียน-สอนบางสาขา
- 1.7 สถาบันเฉพาะทางมีการเรียน-สอนบางสาขา

กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลภาครัฐ-ตติยภูมิ ได้แก่

- 2.1 โรงพยาบาลศูนย์
- 2.2 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
- 2.3 สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง

กลุ่มที่ 3 โรงพยาบาลภาครัฐ-ทั่วไป

กลุ่มที่ 4 โรงพยาบาลภาครัฐ-ชุมชน

กลุ่มที่ 5 โรงพยาบาลเอกชน

หมายเหตุ:

1. โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ หมายถึง โรงพยาบาลที่มีหลักสูตรแพทยศาสตร์บัณฑิตเป็นของตนเอง
2. มีการเรียน-สอนครบทุกสาขามากถึงต้องมีการเรียนการสอน (ระดับ resident) ในสาขาหลัก (Major) ครบห้อง 5 สาขา ได้แก่ (1) สูตินรีเวชกรรม (2) ศัลยกรรม (3) อายุรกรรม (4) กุมารเวชกรรม และ (5) ศัลยกรรมอโรมปิดิกส์
3. โรงพยาบาลศูนย์/ตติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการรับส่งต่อ (refer) ในหลายสาขา
4. สถาบันเฉพาะทางหมายถึงโรงพยาบาลที่มีการรับส่งต่อ (refer) ในบางกลุ่มโรคหรือเฉพาะสาขา โรคใดโรคหนึ่งเท่านั้น

¹ ข้างต้น รายงานการประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2559 วันที่ 19 พฤษภาคม 2558, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)



รายการบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2563

คณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) ได้ทบทวนรายการตัวชี้วัดเปรียบเทียบโดยพิจารณาตามองค์ประกอบ ดังนี้

- (1) เป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญต่อคุณภาพในระบบของโรงพยาบาล
- (2) เป็นตัวชี้วัดที่ส่งสัญญาณชัดเจนเพื่อการเปรียบเทียบ
- (3) สามารถอ้างอิงได้ทางวิชาการ
- (4) มีประโยชน์ต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
- (5) มีองค์ประกอบที่มีคุณสมบัติในระดับที่ยอมรับได้ สำหรับการตัดสินใจเชิงการจัดการ
- (6) เป็นไปได้จริง และคุ้มค่าในการเก็บข้อมูลให้ได้ถูกต้อง
- (7) คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ตัดสินใจและผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงาน

ในปีงบประมาณ 2563 ได้มีมติจากคณะกรรมการฯ มีการปรับปรุงและประกาศใช้รายการตัวชี้วัดตาม “บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) ปีงบประมาณ 2563” จำนวน 213 รายการ (จากเดิม 211 ตัวชี้วัด) โดยแบ่งกลุ่มตัวชี้วัด เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวชี้วัตรายโรค	จำนวน 107	ตัวชี้วัด (เดิมมี 106 ตัวชี้วัด)
2. กลุ่มตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ	จำนวน 36	ตัวชี้วัด (เดิมมี 35 ตัวชี้วัด)
3. กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ	จำนวน 57	ตัวชี้วัด (เดิมมี 57 ตัวชี้วัด)
4. กลุ่มตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวน 8	ตัวชี้วัด (เดิมมี 8 ตัวชี้วัด)
5. กลุ่มตัวชี้วัดกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก	จำนวน 5	ตัวชี้วัด (เดิมมี 5 ตัวชี้วัด)

รายละเอียดของกลุ่มตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ประกอบด้วย

1. กลุ่มตัวชี้วัตรายโรค (Disease: D) ประกอบด้วย 10 หมวด ดังนี้
 - 1.1 หมวด DH: โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease)
 - 1.2 หมวด DN: โรคหลอดเลือดสมอง (Neurovascular disease)
 - 1.3 หมวด DR: โรคระบบทางเดินหายใจ (Respiratory disease)
 - 1.4 หมวด DC: โรคเรื้อรัง (Chronic disease)
 - 1.5 หมวด DO: โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal disease)
 - 1.6 หมวด DG: โรคระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal disease)
 - 1.7 หมวด DP: โรคเกี่ยวกับเด็ก (Pediatric disease)



-
- 1.8 หมวด DS: โรคเกี่ยวกับผู้ติดยาและสารเสพติด (Substance use disorders)
 - 1.9 หมวด DE: ศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of Excellence)
 - 1.10 หมวด DM: กลุ่มโรคสุขภาพจิต (Mental Health)
2. กลุ่มตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ (Care process: C) ประกอบด้วย 7 หมวด ดังนี้
- 2.1 หมวด CM: หมารดูแลมารดาและทารก (Maternal and Child health care)
 - 2.2 หมวด CA: การดูแลผู้ป่วยทางด้านวิสัยญี่ (Anesthesia care)
 - 2.3 หมวด CO: การดูแลผู้ป่วยทางด้านการผ่าตัด (Operative care)
 - 2.4 หมวด CG: การดูแลผู้ป่วยทั่วไป (General care)
 - 2.5 หมวด CE: การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency care)
 - 2.6 หมวด CI: การดูแลผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive care)
 - 2.7 หมวด CP: การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต (Phychiatry care)
3. กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ (System: S) ประกอบด้วย 8 หมวด ดังนี้
- 3.1 หมวด SI: ระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Infectious control system)
 - 3.2 หมวด SL: ระบบ Laboratory System
 - 3.3 หมวด SH: ระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (Human resource system)
 - 3.4 หมวด SF: ระบบบริหารการเงินการคลัง (Financial system)
 - 3.5 หมวด SC: ระบบบริการประชาชน (Customer service system)
 - 3.6 หมวด SG: ระบบอภิบาลองค์กร (Governance system)
 - 3.7 หมวด SS: ระบบการทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization system)
 - 3.8 หมวด SM: ระบบยา (Medication system)
4. กลุ่มตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion: H) ประกอบด้วย 2 หมวด ดังนี้
- 4.1 หมวด HE: ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร
 - 4.2 หมวด HC: ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพประชาชน
5. กลุ่มตัวชี้วัดกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory Care: A) ประกอบด้วย 1 หมวด ดังนี้
- 5.1 หมวด AA: ตัวชี้วัดกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (ACSC : Ambulatory Care Sensitive Condition)



วิธีการใช้งานรหัสตัวชี้วัดเปรียบเทียบ THIP

รหัสตัวชี้วัด: ประกอบด้วย

ชุดอักษร 2 ตัวอักษร, และ ชุดตัวเลขหลักสิบ จำนวน 2 ชุดตัวเลข (4 ตัวเลข)
โดยมีความหมาย ดังนี้

ตัวอักษรตัวที่ 1: หมายถึง กลุ่มตัวชี้วัด

D – ย่อมาจาก Disease	กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค
C – ย่อมาจาก Care Process	กลุ่มตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ
S – ย่อมาจาก System	กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ
H – ย่อมาจาก Health Promotion	กลุ่มตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ
A – ย่อมาจาก Ambulatory Care	กลุ่มตัวชี้วัดกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ตัวอักษรตัวที่ 2: หมายถึง หมวดตัวชี้วัด

ชุดตัวเลขหลักสิบ (รหัสตัวเลข ตัวที่ 1-2) ชุดที่ 1: หมายถึง ประเภทตัวชี้วัด

ชุดตัวเลขหลักสิบ (รหัสตัวเลข ตัวที่ 3-4) ชุดที่ 2: หมายถึง ลำดับตัวชี้วัด

ตัวอย่างการใช้รหัสตัวชี้วัด

DN0101 หมายถึง ตัวชี้วัดกลุ่มโรค (Disease: D) ในหมวดระบบประสาทและหลอดเลือดสมอง (Neurovascular System: N) ประเภทตัวชี้วัดที่ 01 คือ Stroke ลำดับตัวชี้วัดที่ 01 คือ รายการตัวชี้วัด DN0101 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke: Stroke Mortality Rate

กลุ่มตัวชี้วัด	หมวดตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด	ลำดับตัวชี้วัด	รายการตัวชี้วัด
D กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค	N หมวดตัวชี้วัด Neurovascular System	01 ประเภทตัวชี้วัด Stroke	01 ลำดับที่ 1	DN0101 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke Stroke: Mortality Rate of Stroke



แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค (Disease: D)

หมวด		ประเภท
DH	โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease)	01 Acute Myocardial Inflection 02 Coronary Artery Disease 03 Heart Failure 04 Atrial Fibrillation
DN	โรคหลอดเลือดสมอง (Neurovascular disease)	01 Stroke 02 Epilepsy 03 Head Injury
DR	โรคระบบทางเดินหายใจ (Respiratory disease)	01 Pneumonia 02 TB 03 Asthma 04 COPD
DC	โรคเรื้อรัง (Chronic disease)	01 DM 02 HT 03 HIV 04 Cancer 05 Chronic Kidney Disease 06 Hematology
DO	โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal disease)	01 Femur 02 Hip 03 Knee
DG	โรคระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal disease)	01 UGIH 02 Appendicitis
DP	โรคเกี่ยวกับเด็ก (Pediatric disease)	-
DS	โรคเกี่ยวกับผู้ติดยาและสารเสพติด (Substance use disorders)	01 Metamphetamine Group 02 Alcohol Group 03 Tobacco Group 04 Opioid Group



หมวด		ประเภท
DE	ศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of Excellence)	01 Breast Cancer 05 Stem Cell Transplantation 08 Thallasemia 12 Cleft Lip – Cleft Palate and Craniofacial Disease 13 Infertility 14 Gastrointestinal Scopy 16 Conductive and Sensorineural Hearing Loss
DM	กลุ่มโรคสุขภาพจิต (Mental Health)	01 Global Developmental Delay (GDD) 02 Autism Spectrum Disorder (ASD) 03 Cerebral Palsy 04 Children and Adolescent Psychiatry



1. บัญชีตัวชี้วัดรายโรค (Disease: D)

1.1 หมวด DH: Cardiovascular Disease (Heart disease: H)

1.1.1 DH01 Acute Myocardial Infarction (AMI)

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DH0101	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน <i>AMI: Fatality Rate of Acute Myocardial Infarction</i>	38
DH0102	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับ Aspirin ภายใน 24 ชั่วโมง <i>AMI: Aspirin Received within 24 Hrs of Arrival</i>	39
DH0103	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับ Aspirin เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล <i>AMI: Aspirin Prescribed at Discharge</i>	40
DH0104	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มี LVSD และได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARB <i>AMI: ACE inhibitor or ARB for Patient who have LVSD</i>	41
DH0105	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สูบบุหรี่ ได้รับการแนะนำให้ดับบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล <i>AMI: Smoking Cessation Advice Given</i>	42
DH0106	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับยา Beta-blocker ภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อถึงโรงพยาบาล <i>AMI: Beta-blocker Received within 24 Hrs of Arrival</i>	43
DH0107	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับยา Beta-blocker เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล <i>AMI: Beta-blocker Prescribed at Discharge</i>	44
DH0108	ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการทำ EKG เมื่อมาถึงโรงพยาบาล <i>AMI: Average Door to EKG Time</i>	45
DH0109	ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อ <i>AMI: Average Door to Refer Time</i>	46



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DH0110	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับ PCI ภายใน 90 นาที หรือ Fibrinolytic Agent ภายใน 30 นาทีเมื่อแรกรับ <i>AMI: Given PCI within 90 Minutes or Received Fibrinolytic Agent within 30 Minutes of Arrival</i>	47
DH0111	อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน <i>AMI: Unplanned Re-admission Rate of Acute Myocardial Infarction within 28 days after Last Discharge</i>	49
DH0112	ระยะเวลาวนอนเฉลี่ยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน <i>AMI: Average Length of Stays</i>	50
DH0113	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับ Fibrinolytic Agent ภายใน 30 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล <i>AMI: Rate of Time to Fibrinolytic Administration Agents within 30 Minutes of Arrival</i>	51
DH0114	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภายใน 28 วัน <i>AMI: Total re-admission Rate into the Hospital within 28 Days of AMI Patients</i>	52

1.1.2 DH02 Coronary Artery Disease (CAD)

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DH0201	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ CABG <i>CABG: Mortality Rate</i>	53
DH0202	อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัด CABG <i>CABG: Prophylaxis Antibiotic in CABG</i>	54
DH0203	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG <i>CABG: Surgical CABG Infection Rate</i>	55
DH0204	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ CABG ภายใน 30 วันหลังรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน <i>CABG: 30 days Mortality rate of CABG patients</i>	56



1.1.3 DH03 Heart Failure (HF)

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DH0301	<p>อัตราผู้ป่วยในที่มีหัวใจล้มเหลวที่เป็น Heart Failure Reduced Ejection Fraction (HFREF) ได้รับยา Angiotensin II Converting Enzyme inhibitors (ACEi) หรือ Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) หรือ Mineralocorticoid Receptor Antagonists (MRA)</p> <p>Heart failure: Angiotensin II Converting Enzyme inhibitors (ACEi) or Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) or Mineralocorticoid Receptor Antagonists (MRA) for patient with Heart Failure Reduced Ejection Fraction (HFREF)</p>	57
DH0302	<p>อัตราของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่สูบบุหรี่ ได้รับการแนะนำให้ดับบุหรี่ ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล</p> <p>Heart Failure: Smoking Cessation Advice Given</p>	59

1.1.4 DH04 Atrial Fibrillation (AF)

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DH0401	<p>ร้อยละของผู้ป่วย AF ได้รับยา Warfarin มีระดับตามเป้าหมายการรักษา</p> <p>Atrial Fibrillation (AF): Receive Warfarin within Target Dose</p>	60
DH0402	<p>ร้อยละของการเกิด Adverse Event (major bleeding) ของผู้ป่วย AF ที่ได้รับยา Warfarin</p> <p>Atrial fibrillation (AF): Percentage of Major Bleeding (intracranial hemorrhage and hemorrhage need blood transfusion)</p>	62

1.2 หมวด DN: Neurovascular Disease (N)

1.2.1 DN01 Stroke

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DN0101	<p>อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke</p> <p>Stroke: Mortality Rate of Stroke</p>	63
DN0102	<p>อัตราผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด ที่ได้รับยาต้านเกล็ตเลือด ภายใน 2 วัน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>Stroke: Treatment Rate with Antiplatelet Drugs in Cerebral Infarction Admissions</p>	64



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DN0103	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดขณะจำหน่ายออกจากการโรงพยาบาล <i>Stroke: Antiplatelet or Anticoagulant Therapy Prescribed at Discharge for Ischemic Stroke</i>	65
DN0104	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจห้องบันเต้นระริกหรือหัวใจห้องบันเต้นระร้าได้รับยากันเลือดเป็นลิ่ม <i>Stroke: Percentage of Ischemic Stroke with Atrial Fibrillation/ Flutter Receiving Anticoagulation Therapy</i>	66
DN0105	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรู้ในขณะอยู่ที่โรงพยาบาล <i>Stroke: Patients who were Given Stroke Education During their Hospital Stay</i>	67
DN0106	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินและได้รับการรักษาด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใน 72 ชั่วโมง <i>Stroke: Treatment Rate, Physio therapy or Rehabilitation in Stroke or Paralytic Syndrome within 72 hr</i>	68
DN0107	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเดิม ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน <i>Stroke: Unplanned Re-admission Rate of Stroke within 28 Days</i>	69
DN0108	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ด้วยทุกสาเหตุ ภายใน 28 วัน (Total Re-admit) <i>Stroke: Total Re-admission Rate of Stroke with any Cause within 28 Days</i>	70
DN0109	ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย Stroke <i>Stroke: Average Length of Stays</i>	71
DN0110	อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agents ภายใน 60 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล <i>Stroke : Time to Thrombolytic Administration</i>	72



1.2.2 Epilepsy: ยังไม่มีรายการตัวชี้วัดให้เปรียบเทียบ

1.2.3 DN03 Head Injury

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DN0301	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy โดยมีสาเหตุจาก การบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน <i>Head Injury: Unplanned Re-admit of Craniotomy from Head Injury (28 days)</i>	73
DN0302	อัตราป่วยตายจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายใน 48 ชั่วโมง (เฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บ ต่อสมอง) <i>Head Injury: Mortality Rate from Head Injury within 48 Hours</i>	74
DN0303	อัตราการผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Intracranial Injury <i>Head Injury: Treatment Rate, Craniotomy Rate from Intracranial Injury</i>	75
DN0304	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Craniotomy ภายใน 28 วัน <i>Head injury: Re-admission Rate into the Hospital within 28 Days of Craniotomy Patients (total re-admit)</i>	76

1.3 หมวด DR: Respiratory Disease (R)

1.3.1 DR01 Pneumonia

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DR0101	อัตราการเสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดบวม <i>Pneumonia: Deaths after Admission for Pneumonia (fatality rate)</i>	77
DR0102	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดบวมภายใน 28 วันหลัง จำหน่ายออกจากรองพยาบาล <i>Pneumonia: Rate of Re-admission for Pneumonia Patients</i>	78
DR0103	อัตราผู้ป่วยโรคปอดบวมได้รับคำแนะนำให้ดื่มน้ำหรือเลิกบุหรี่ ระหว่างอยู่ใน โรงพยาบาล <i>Pneumonia: Smoking Cessation Advice Given</i>	79



1.3.2 DR02 Mycobacterium Tuberculosis (TB)

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DR0201	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวันโรคปอดในช่วง 12 เดือน <i>TB: Mortality Rate (during 12 months)</i>	80
DR0202	ร้อยละของผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการคัดกรองวันโรคปอด <i>TB: Percentage of People living with HIV Having a TB Screening</i>	81
DR0203	อัตราความสำเร็จการรักษาวันโรค <i>TB: Treatment Success Rate for TB</i>	82
DR0204	ร้อยละผู้ป่วยวันโรคได้รับการตรวจคัดกรอง HIV <i>TB: Percentage of TB Having a HIV Screening</i>	83
DR0205	ร้อยละผู้ป่วยวันโรคที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกได้รับการรักษาด้วย ART <i>TB: Percentage of HIV-positive TB Patients Started on ART</i>	84

1.3.3 DR03 Asthma

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DR0301	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Asthma ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน <i>Asthma: Unplanned Re-admission Rate within 28 days after Last Discharge</i>	85
DR0302	อัตราผู้ป่วย Asthma ได้รับคำแนะนำให้ลดหรือเลิกบุหรี่ ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล <i>Asthma: Smoking Cessation Advice Given</i>	86
DR0303	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Asthma ภายใน 28 วัน <i>Asthma: Total Re-admission Rate into the Hospital within 28 Days of Asthma Patients(total re-admit)</i>	87

1.3.4 DR04 COPD

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DR0401	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน <i>COPD: Unplanned Re-admission Rate (within 28 days)</i>	88
DR0402	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน <i>COPD: Total Re-admission Rate into the Hospital within 28 Days</i>	89



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DR0403	อัตราป่วยตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง <i>COPD: Fatality Rate of COPD</i>	90
DR0404	อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ <i>COPD: COPD Patient with Ongoing Smoking</i>	91
1.3.5 Influenza: ยังไม่มีรายการตัวชี้วัดให้เปรียบเทียบ		

1.4 หมวด DC: Chronic Disease (C)		
1.4.1 DC01 Diabetes Mellitus (DM)		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DC0101	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี <i>DM: Percentage of Patients with Diabetes Mellitus to Control Blood Sugar Levels as Well</i>	92
DC0103	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา <i>DM: Percentage of Diabetic Retinopathy Screening</i>	93
DC0107	อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน <i>DM: Rate of Lower-extremity Amputation among Patients with Diabetes</i>	94
1.4.2 DC02 Hypertension (HT)		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DC0201	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี <i>HT: Percentage of Patients with Hypertension have Good Controlled Blood Pressure</i>	95
1.4.3 DC03 HIV		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DC0301	ร้อยละของผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัส ได้รับการตรวจ Viral Load (VL) อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี <i>HIV: Percentage of Patients with at Least One Test Viral Load (VL) after ARV Treatment</i>	96



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DC0302	ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้ออีวีที่มี Viral Load (VL) < 50 copies/ml หลังจากกินยาต้านไวรัสมาแล้ว 12 เดือน <i>HIV: Percentage of Patients with Viral Load (VL) < 50 copies/ml after ARV Treatment 12 Months ago</i>	97
DC0306	ร้อยละของผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้ออีวีเพศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก <i>HIV: Percentage of Patients Screening PAP Smear</i>	98
DC0307	ร้อยละของผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้ออีวีรายใหม่ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส <i>HIV: Percentage of People Living with HIV Newly Registered who were Tested for Syphilis</i>	99

1.4.4 DC04 Cancer

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DC0401	อัตราตายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง <i>Cancer: Mortality Rate of Cancer</i>	100
DC0402	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลก่อนวันนัดโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยมะเร็ง <i>Cancer: Unplanned Re-admission Rate of Cancer Patients</i>	101
DC0403	อัตราป่วยตายด้วยโรคมะเร็งตับ <i>Cancer: Fatality Rate of Liver Cancer</i>	102

1.4.5 DC05 Chronic Kidney Disease (CKD)

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DC0501	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สามารถลดความเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมาย <i>CKD: Percentage of Chronic Kidney Disease Patients who Achieve the Kidney Function Deterioration Delay Target</i>	103
DC0502	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยา ACEI หรือ ARB <i>CKD: Percentage of Chronic Kidney Disease Patients who are Receiving ACEI or ARB</i>	105

1.4.6 DC06 Hematology: ยังไม่มีรายการตัวชี้วัดให้เปรียบเทียบ



1.5 หมวด DO: Musculoskeletal Disease (O)

1.5.1 DO01 Femur: ยังไม่มีรายการตัวชี้วัดให้เปรียบเทียบ

1.5.2 DO02 Hip

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DO0202	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ได้รับ Prophylactic Antibiotic <i>Hip: Percentage of Patients Who Received Antibiotic Prophylaxis in Hip Arthroplasty</i>	107
DO0204	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 1 ปี <i>Hip: Percentage of Hip Arthroplasty Associated Infection within 1 Year</i>	108
DO0205	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 90 วัน <i>Hip: Percentage of Hip Arthroplasty Associated Infection within 90 Days</i>	109

1.5.3 DO03 Knee103

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DO0302	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ได้รับ Prophylactic Antibiotic <i>Knee: Percentage of Patients Who Received Antibiotic Prophylaxis in Knee Arthroplasty</i>	110
DO0303	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน 1 ปี <i>Knee: Percentage of Knee Arthroplasty Associated Infection within 1 Year</i>	111
DO0304	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน 90 วัน <i>Knee: Percentage of Knee Arthroplasty Associated Infection within 90 Days</i>	112

1.6 หมวด DG: Gastrointestinal Disease (G)

1.6.1 DG01 Upper GI Hemorrhage (UGIH)

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DG0101	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage <i>UGIH: Unplanned Re-admission Rate within 28 Days after Last Discharge</i>	113
DG0102	ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage (UGIH) <i>UGIH: Average Length of Stays</i>	114



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DG0103	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage ภายใน 28 วัน <i>UGIH: Total Re-admission Rate into the Hospital within 28 Days of Upper GI Hemorrhage Patients</i>	115

1.6.2 DG02 Appendicitis

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DG0201	ร้อยละการเกิดไส้ติ่งหลุดในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ <i>Appendicitis: Abrupton Rate of Acute Appendicitis</i>	116
DG0202	อัตราป่วยตาย (fatality rate) จากไส้ติ่งอักเสบ <i>Appendicitis: Fatality Rate of Acute Appendicitis</i>	117

1.7 หมวด DP: Pediatric Disease (P)

1.7.1 DP01 Pediatric General: ยังไม่มีรายการตัวชี้วัดให้เปรียบเทียบ

1.7.2 DP02 Pediatric Asthma: ยังไม่มีรายการตัวชี้วัดให้เปรียบเทียบ

1.7.3 DP03 Pediatric DHF: ยังไม่มีรายการตัวชี้วัดให้เปรียบเทียบ

1.7.4 DP04 Pediatric Pneumonia: ยังไม่มีรายการตัวชี้วัดให้เปรียบเทียบ

1.8 หมวด DS: Substance Use Disorders (S)

1.8.1 DS01 Methamphetamine Group

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DS0101	ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine โดยรวมที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน <i>Methamphetamine Group: 3 months Total Remission Rate of Methamphetamine</i>	118

1.8.2 DS02 Alcohol Group

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DS0201	ร้อยละของผู้ติดสุราโดยรวม ที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน <i>Alcohol Group: 3 months Total Remission Rate of Alcohol</i>	119



1.8.3 DS03 Tobacco Group

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DS0301	ร้อยละของผู้ติดยาสูบโดยรวม ที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน <i>Tobacco Group: 3 Months Total Remission Rate of Tobacco</i>	120

1.8.4 DS04 Opioid Group

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DS0401	อัตราคงอยู่ในการบำบัดรักษา 1 ปีด้วยเมทาโนนระยะยาว ของผู้ติดสารเสพติดในกลุ่ม Opioid <i>Opioid Group: 1 year Retention Rate of Opioid in Methadone Maintenance Program</i>	121

1.9 หมวด DE: Center of Excellence (E)

1.9.1 DE01 Breast Cancer

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DE0101	ระยะเวลาการรอตรวจภายในหลังการส่งปรึกษาของผู้ป่วยที่มีผลเมมโมแกรมดีงแต่ BI-RADS 4 ขึ้นไป ไม่เกิน 2 สัปดาห์ <i>Consultation time in patient with BIRADS 4 or greater mammography result</i>	122
DE0103	อัตราการตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก Stage 1, 2 <i>Rate of Diagnosis of Early Stage Breast Cancer Stage 1, 2</i>	123

1.9.2 DE02 Laryngeal Cancer

1.9.3 DE03 Thyroid Cancer

1.9.4 DE04 Colon Cancer

1.9.5 DE05 Stem Cell Transplantation

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DE0501	อัตรา Engraftment ของผู้ป่วยภายใน 45 วัน หลังการปลูกถ่ายไขกระดูก <i>Engraftment Rate within 45 Days</i>	124

1.9.6 DE06 Leukemia



1.9.7 DE07 HEmophilia		
1.9.8 DE08 Thallassemia		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DE0801	<p>ร้อยละของผู้ป่วย TDT ที่อายุมากกว่า 2 ปีและถึง 15 ปี มีภาวะธาตุเหล็กเกิน (Serum ferritin > 1000 ug/l) ที่ได้รับยาขับธาตุเหล็ก <i>TDT in pediatrics: Percentage of Received Iron Chelator in Patient with Iron Overload (Serum ferrous > 1000 ug/l)</i></p>	125
1.9.9 DE09 Kidney Transplant		
1.9.10 DE10 Liver Transplant		
1.9.11 DE11 Trauma (Severe Head Injury)		
1.9.12 DE12 Cleft Lip – Cleft Palate and Craniofacial Disease		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DE1201	<p>อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมปากแหว่งตามเกณฑ์ช่วงอายุไม่เกิน 6 เดือน <i>Rate of Patients who had Cleft Lip Repair on Adequate Timing 6 months</i></p>	126
DE1202	<p>อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมเพดานให้ว่ำตามช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน <i>Rate of Patients who had Cleft Palate Repair on Adequate Timing 18 Months</i></p>	127
1.9.13 DE13 Infertility		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DE1301	<p>อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสุด (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) <i>Clinical Pregnancy Rate per Embryo Transfer following IVF/ICSI and Fresh Embryo Transfer (Age < 34 Years)</i></p>	128
DE1302	<p>อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสุด (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี) <i>Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and fresh embryo transfer (Age 34 - 39 Years)</i></p>	129



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DE1303	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการท่าเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสด (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) <i>Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and fresh embryo transfer (Age > 40 Years)</i>	130
DE1304	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการท่าเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแข็ง (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) <i>Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and frozen embryo transfer (Age < 34 Years)</i>	131
DE1305	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการท่าเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแข็ง (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี) <i>Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and frozen embryo transfer (Age 34 - 39 Years)</i>	132
DE1306	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการท่าเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแข็ง (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) <i>Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and frozen embryo transfer (Age > 40 Years)</i>	133

1.9.14 DE14 Gastrointestinal Scopy

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DE1401	อัตราผู้ป่วย UGIH ได้รับการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง <i>Rate of Upper GI Hemorrhage Patients who had Underwent EGD within 24 hr.</i>	134
DE1402	อัตราการส่องกล้องผู้ป่วย High risk ที่มีปัญหาเลือดออกในทางเดินอาหารภายใน 24 ชั่วโมง <i>Rate of High Risk Upper GI Hemorrhage Patients who had Underwent EGD within 24 hr.</i>	135
DE1403	ร้อยละผู้ป่วย Non - Variceal UGIH สามารถหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้องได้สำเร็จ <i>Hemostatic Success Rates of Non - Variceal UGIH by Endoscopic Approach</i>	137
DE1404	ร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกซ้ำจากแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นภายในหลังจากการหยุดเลือดด้วยการส่องกล้อง <i>Recurrent Rates of UGIH after Upper Endoscopic Treatment</i>	139



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DE1405	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อรักษา UGIH <i>Complication Rates of Upper Endoscopic Treatment for UGIH</i>	141
1.9.15 DE15 End of Life		
1.9.16 DE16 Conductive and Sensorineural Hearing Loss		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DE1601	ร้อยละของทารกแรกเกิดที่ได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยิน ภายใน 30 วัน <i>Percentage of Newborn Hearing Screening</i>	142
1.9.17 DE17 Sleep Disorder		
1.9.18 DE18 Newborn/Preterm		

1.10 หมวด DM: Mental Health (M)		
1.10.1 DM01 Global Developmental Delay : GDD		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DM0101	ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) มีพัฒนาการดีขึ้น <i>Percentage of Children with Global Development Delay that improved after intervened</i>	143
DM0102	ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) มีพัฒนาการดีขึ้น จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I <i>Percentage of Children with Global Development Delay that improved after intervened</i>	144
DM0103	ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี <i>Percentage of Children with Global Development Delay that are included in educational system for at least 1 year</i>	145



1.10.2 DM02 Autism Spectrum Disease : ASD

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DM0201	ร้อยละเด็กออทิสติกมีพัฒนาการด้านภาษาและสังคมดีขึ้น <i>Percentage of children with ASD with social and communication skills improvement</i>	146
DM0202	ร้อยละเด็กออทิสติกมีพัฒนาการด้านภาษาและสังคมดีขึ้น จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I <i>Percentage of children with ASD with social and communication skills improvement</i>	147
DM0203	ร้อยละเด็กออทิสติกคงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี <i>Percentage of Children with ASD that are included in educational system for at least 1 year</i>	148

1.10.3 DM03 Cerebral Palsy

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DM0301	ร้อยละผู้ป่วยเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) มีพัฒนาการดีขึ้น <i>Percentage of Children with Cerebral Palsy that improved after intervened</i>	149
DM0302	ร้อยละผู้ป่วยเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) มีพัฒนาการดีขึ้น จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I <i>Percentage of Children with Cerebral Palsy that improved after intervened</i>	150

1.10.4 DM04 Child and Adolescent Psychiatry

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DM0401	ร้อยละผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นรายใหม่อาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน <i>Percentage of Children with ADHD improved after intervened for 6 months</i>	151
DM0402	ร้อยละผู้ป่วยเด็กซึมเศร้าอาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน <i>Percentage of Children and adolescents with MDD improved after intervened for 6 months</i>	152



แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ (Care Process: C)

หมวด		ประเภท
CM	การดูแล Maraดาและทารก (Maternal and Child health care)	01 Maternal Health Care Process 02 Child Health Care Process
CA	การดูแลผู้ป่วยทางด้านวิสัยญี่ (Anesthesia care)	01 Anesthesia Care Process
CO	การดูแลผู้ป่วยทางด้านการผ่าตัด (Operative care)	01 Operative Care Process
CG	การดูแลผู้ป่วยทั่วไป (General care)	01 Pressure Ulcer Care Process
CE	การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency care)	01 ER Care Process
CI	การดูแลผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive care)	01 Sepsis Care Process
CP	การดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Psychiatric care)	01 Child and Adolescent Psychiatry 02 Pediatric Neurodevelopmental Disorder



2. บัญชีตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ (Care Process: C)

2.1หมวด CM: Maternal and Child health Care Process (M)

2.1.1 CM01 Maternal Health Care Process

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
CM0101	สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และ/หรือการคลอด (ต่อแสน胎ารกเกิดมีชีพ) <i>Maternal: Mortality Rate of Mother from Pregnancy and/or Labour</i>	154
CM0104	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้คลอด Caesarean Section ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน <i>Maternal: Unplanned Re-admit of Caesarean Section (C/S) (28 days)</i>	156
CM0105	ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง <i>Maternal: Average Length of Stays of Caesarean Section (C/S)</i>	157
CM0107	ร้อยละการตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันกรณีคลอดทางช่องคลอด <i>Maternal: Percentage of Immediate Postpartum Hemorrhage (Vaginal delivery)</i>	158
CM0109	อัตราการซักขณะตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอด <i>Maternal: Percentage of Eclampsia in Pregnancy Induce Hypertension</i>	159
CM0110	อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน <i>Maternal: Percentage of Gestational DM</i>	160
CM0116	อัตราการได้รับ Prophylactic Antibiotic ในการผ่าตัด Abdominal Hysterectomy <i>Maternal: Percentage of Patients who Received Antibiotic Prophylaxis in Abdominal Hysterectomy</i>	161
CM0117	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด Abdominal Hysterectomy <i>Maternal: Percentage of Abdominal Hysterectomy Associated Infection</i>	162

2.1.2 CM02 Child health care process

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
CM0201	อัตราการตายปริกำเนิด(อายุครรภ์ตั้งแต่ 22 สัปดาห์) <i>Child: Perinatal Mortality Rate (22 wks.)</i>	163



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
CM0202	อัตราการตายปริกำเนิด(อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์) <i>Child: Perinatal Mortality Rate (28 wks.)</i>	164
CM0203	อัตราการตายของทารกแรกเกิด <i>Child: Neonatal Mortality Rate</i>	165
CM0204	อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด <i>Child: Birth Asphyxia Rate</i>	166
CM0205	อัตราการขาดออกซิเจนรุนแรงในทารกแรกเกิด <i>Child: Severe Birth Asphyxia Rate</i>	167
CM0206	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม <i>Child: Low Birth Weight Rate</i>	168
CM0207	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม ภายใน 28 วัน <i>Child: Neonatal Mortality Rate (BW <=1,000 g.)</i>	169
CM0208	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,000-1,499 กรัม ภายใน 28 วัน <i>Child: Neonatal Mortality Rate (BW 1,000-1,499 g.)</i>	170
CM0209	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,500-2,499 กรัม ภายใน 28 วัน <i>Child: Neonatal Mortality Rate (BW 1,500-2,499 g.)</i>	171

2.2 หมวด CA: Anesthesia Care Process (A)		
2.2.1 CA01 Anesthesia Care Process		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
CA0101	อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีระดับ ASA Physical Stetre I, II ก่อนผ่าตัด <i>Anesthesia: Intra-operative Cardiac Arrest ASA PS I, II</i>	172
CA0102	ร้อยละของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการให้ยา劑จับความรู้สึกในผู้ป่วยในที่รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน <i>Anesthesia: Percentage of Pre-anesthetic Visit Elective In-patient Cases</i>	173



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
CA0103	ร้อยละของผู้ป่วยที่รับการให้ยาและจับความรู้สึกที่ได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น <i>Anesthesia: Percentage of Patients Observed in Recovery Room</i>	174
CA0104	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจ <i>Anesthesia: Percentage of Re-intubation within 2 hrs. after Extubation</i>	175
CA0105	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังระดับก้าชาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก <i>Anesthesia: Percentage of Using Capnometry during General Anesthesia</i>	176

2.3 หมวด CO: Operative Care Process (O)		
2.3.1 CO01 Operative Care Process		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
CO0101	ร้อยละของการใช้แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อการรับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด <i>Operation: Percentage of Using Surgical Safety Check List</i>	177
CO0105	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง <i>Operation: Peri-operative Mortality Rate</i>	178
CO0107	อัตราการผ่าตัดซ้ำ <i>Operation: Percentage of Re-operation</i>	179

2.4 หมวด CG: General Care Process (G)		
2.4.1 CG01 Pressure Ulcer/ <i>Injury</i> Care Process		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
CG0101	อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล <i>Pressure Ulcer/<i>Injury</i>: Incident Rate of Pressure Ulcer</i>	180
CG0102	อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง <i>Pressure Ulcer/<i>Injury</i>: Rate of Pressure Ulcer in Risk Patients</i>	182
CG0103	อัตราความชุกของแผลกดทับ <i>Pressure Ulcer/<i>Injury</i>: Hospital Acquires Pressure Ulcers</i>	183
CG0104	อัตราความชุกของแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล <i>Pressure Ulcer/<i>Injury</i>: Hospital Acquired Pressure Ulcer/<i>Injury</i> (HAPI) Rate</i>	185



2.5 หมวด CE: Emergency Care Process (E)

2.5.1 CE01 ER Care Process

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
CE0101	ร้อยละผู้ป่วยท้องคลื่นที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 3 ชั่วโมง <i>ER: Broad-spectrum Antibiotic Received in Sepsis (in 3 hr.)</i>	187
CE0102	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเข้ารับ-ออกจากการของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน <i>ER: ED TIME-IN, TIME-OUT (average) (ED = Emergency Department)</i>	188
CE0103	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินมากที่ได้รับบริการที่ห้องฉุกเฉินระยะเวลาภายใน 60 นาที <i>ER: ED TIME-IN, TIME-OUT (Percentage) within 60 Minutes (ED = Emergency Department)</i>	190
CE0104	ร้อยละผู้ป่วยท้องคลื่นที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง <i>ER: Broad-spectrum Antibiotic Received in Sepsis (in 1 hr.)</i>	191

2.6 หมวด CI: Intensive Care Process (I)

2.6.1 CI01 Sepsis Care Process

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
CI0101	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต <i>Sepsis: Fatality Rate of Sepsis</i>	192

2.7 หมวด CP: Psychiatric Care Process (M)

2.7.1 CP01 Child and Adolescent Psychiatric Care Process

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
*CP0101	ร้อยละเด็กที่สงสัยโรคในกลุ่มพัฒนาการได้รับการวินิจฉัยภายใน 90 วัน <i>Percentage of Children with Neurodevelopmental Disorder being diagnosed within 90 days after registration</i>	193

2.7.2 CP02 Neurodevelopmental disorder Care Process

*CP0201	ร้อยละผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กsmith สีน้ำเงิน/LD/MDD รายใหม่ที่มารับการบำบัดรักษาในรอบ 6 เดือน และมารับการรักษาตามนัด <i>Percentage of Carers of Children with ADHD/LD/MDD having good compliance to treatment</i>	194
---------	--	-----



แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ (System: S)

หมวด		ประเภท
SI	ระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Infectious control system)	01 VAP 02 BSI 03 CAUTI 04 SSI 05 HAI
SL	ระบบ Laboratory system	01 Blood Bank
SH	ระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (Human resource system)	01 HRM 02 HRD 03 HRH
SF	ระบบบริหารการเงินการคลัง (Financial system)	01 Financial
SC	ระบบบริการประชาชน (Customer service system)	01 Customer Service
SG	ระบบอภิบาลองค์กร (Governance system)	01 Governance
SS	ระบบการทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization system)	01 Sterilization and Services System
SM	ระบบยา (Medication system)	01 Medication Use 02 Medication Management



3. บัญชีตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ (System: S)		
3.1 หมวด SI: Infection Control System (I)		
3.1.1 SI01 VAP		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SI0101	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ภาพรวม) <i>VAP: Ventilator-associated Pneumonia (All)</i>	196
SI0102	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (เฉพาะผู้ป่วยที่นอนใน ICU) <i>VAP: Ventilator-associated Pneumonia (ICU)</i>	197
SI0103	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยที่อยู่นอกห้อง ICU <i>VAP: Ventilator-associated Pneumonia Outside ICU</i>	198
3.1.2 SI02 BSI		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SI0201	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคลายส่วนหลอดเลือดส่วนกลาง (ภาพรวม) <i>BSI: CABSi (All)</i>	199
SI0202	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคลายส่วนหลอดเลือดส่วนกลาง ของผู้ป่วยใน ICU <i>BSI: CABSi in ICU</i>	200
SI0203	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคลายส่วนหลอดเลือดส่วนกลาง ของผู้ป่วยนอก ICU <i>BSI: CABSi Outside ICU</i>	201
3.1.3 SI03 CAUTI		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SI0301	อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคลายส่วนปัสสาวะ (ภาพรวม) <i>CAUTI: CAUTI (All)</i>	202
SI0302	อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคลายส่วนปัสสาวะ (เฉพาะผู้ป่วยที่นอนใน ICU) <i>CAUTI: CAUTI in IC</i>	203



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SI0303	อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคลายสวนปัสสาวะ (เฉพาะผู้ป่วยที่นอนรักษานอก ICU) <i>CAUTI: CAUTI Outside ICU</i>	204
3.1.4 SI04 SSI: ยังไม่มีรายการตัวชี้วัดให้เปรียบเทียบ		
3.1.5 SI05 HAI: ยังไม่มีรายการตัวชี้วัดให้เปรียบเทียบ		

3.2 หมวด SL: Laboratory system (L)		
3.2.1 SL01 Blood Bank		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SL0101	อัตราส่วนการขอใช้โลหิตต่อการใช้โลหิตจริง <i>Crossmatch-to-transfusion Ratios (C:T)</i>	205

3.3 หมวด SH: Human Resource System (H)		
3.3.1 SH01 Human Resource Management (HRM)		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SH0101	อัตราการลาออกของบุคลากร <i>HRM: Turnover Rate</i>	206
SH0102	ร้อยละบุคลากรที่บาดเจ็บจากการทำงาน <i>HRM: Employee Work-related Injury</i>	207
SH0103	ร้อยละบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงาน <i>HRM: Employee Work-related Illness</i>	208
SH0104	อัตราการลาออก ของแพทย์/ทันตแพทย์ <i>HRM: Turnover Rate of Physicial/ Dentist</i>	209
SH0105	อัตราการลาออก ของพยาบาลวิชาชีพ <i>HRM: Turnover Rate of Nurses</i>	210
SH0106	อัตราการลาออก ของบุคลากรสาย Allied Health <i>HRM: Turnover Rate of Allied Health Personnel</i>	211
SH0107	อัตราการลาออก ของบุคลากรสายสนับสนุน <i>HRM: Turnover Rate of Back Office Personnel</i>	212



3.3.2 SH02 Human Resource Development (HRD)

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SH0201	ร้อยละความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรโดยรวมของแพทย์/ ทันตแพทย์ <i>HRD: Percentage of Physician/ Dentist Satisfaction (level 4-5)</i>	213
SH0202	ร้อยละความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ <i>HRD: Percentage of Nurse Satisfaction (level 4-5)</i>	214
SH0203	ร้อยละความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรโดยรวมของบุคลากรสาย Allied Health <i>HRD: Percentage of Allied Health Personel Satisfaction (level 4-5)</i>	215
SH0204	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของแพทย์/ ทันตแพทย์ <i>HRD: Training Hour per Person per Year (doctor / dentist)</i>	216
SH0205	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของพยาบาลวิชาชีพ <i>HRD: Training Hour per Person per Year (nurse)</i>	217
SH0206	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของแพทย์/ ทันตแพทย์ แพทย์ (ค่าเฉลี่ย) <i>HRD: Percentage of Physician/ Dentist Satisfaction (average)</i>	218
SH0207	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของแพทย์/ทันตแพทย์ (ระดับ 1-2) <i>HRD: Percentage of Physician/ Dentist Satisfaction (level 1-2)</i>	219
SH0208	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ (ค่าเฉลี่ย) <i>HRD: Percentage of Nurse Satisfaction (average)</i>	220
SH0209	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ (ระดับ 1-2) <i>HRD: Percentage of Nurse Satisfaction (level 1-2)</i>	221
SH0210	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย Allied Health (ค่าเฉลี่ย) <i>HRD: Percentage of Allied Health Personel Satisfaction (average)</i>	222
SH0211	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย Allied health (ระดับ 1-2) <i>HRD: Percentage of Allied Health Personel Satisfaction (level 1-2)</i>	223



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SH0212	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสายสนับสนุน (ค่าเฉลี่ย) <i>HRD: Percentage of Back Office Personel Satisfaction (average)</i>	224
SH0213	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสายสนับสนุน (ระดับ 4-5) <i>HRD: Percentage of Back Office Personel Satisfaction (level 4-5)</i>	225
SH0214	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสายสนับสนุน (ระดับ 1-2) <i>HRD: Percentage of Back Office Personel Satisfaction (level 1-2)</i>	226
SH0215	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของบุคลากรสาย Allied Health <i>HRD: Training Hour per Person per Year of Allied Health Personel</i>	227
SH0216	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของบุคลากรสายสนับสนุน <i>HRD: Training Hour per Person per Year of Back Office Personel</i>	228

3.3.3 SH03 Human Resources and Occupational Health (HRH)

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SH0301	อัตราความถี่การบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวเนื่องจากการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวเนื่องจากการรักษาพยาบาล <i>HRH: Injury (Illnesses) Frequency Rate (IFR)</i>	229
SH0302	อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง <i>HRH: Injury Severity Rate (ISR)</i>	230
SH0303	อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง <i>HRH: Injury Severity Rate (ISR)</i>	232
SH0306	อัตราความถี่การบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวเนื่องจากการรักษาพยาบาลของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง <i>HRH: Injury (illnesses) Frequency Rate : IFR of Direct Contact with Patients</i>	234
SH0307	อัตราความถี่การบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวเนื่องจากการรักษาพยาบาลของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง <i>HRH: Injury (illnesses) Frequency Rate : IFR of non Direct Contact with Patients</i>	236



3.4 หมวด SF: Financial System (F)

3.4.1 SF01 Finance and Accounting

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SF0101	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน <i>Financial: Current Ratio</i>	238
SF0102	อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (อัตราส่วนสินทรัพย์สภาพคล่อง) <i>Financial: Quick Ratio</i>	239
SF0103	อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร <i>Financial: Fixed Asset Turnover</i>	240
SF0104	ระยะเวลาถ้วนเฉลี่ยในการเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาสุทธิ <i>Financial: Average Collection Period for Account Receivables</i>	241
SF0105	อัตรากำไรสุทธิ <i>Financial: Net Profit Margin</i>	242
SF0106	อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์รวม <i>Financial: Return On Asset (ROA)</i>	243

3.5 หมวด SC: Customer Service System (C)

3.5.1 SC01 Customer Service

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SC0101	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (ภาพรวม) <i>Customer: Percentage of Outpatient Satisfaction (overview)</i>	244
SC0102	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน (ภาพรวม) <i>Customer: Percentage of Inpatient Satisfaction (overview)</i>	245
SC0103	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ <i>Customer: Percentage of Outpatients who Return to Receive Care</i>	246
SC0104	ร้อยละของผู้ป่วยในที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ <i>Customer: Percentage of Inpatients who Return to Receive Care</i>	247
SC0105	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่จะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ <i>Customer: Percentage of Outpatients who would Recommend Friends or Family to Receive Care at this Facility</i>	248



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SC0106	ร้อยละของผู้ป่วยในที่จะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ <i>Customer: Percentage of Inpatients who would Recommend Friends or Family to Receive Care at this Facility</i>	249

3.6 หมวด SG: Governance System (G)		
3.6.1 SG01 Governance		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SG0104	สัดส่วนของขยะรีไซเคิล <i>Governance: Percentage of Recycled Waste</i>	250

3.7 หมวด SS: Sterilization System (S)		
3.7.1 SS01 Sterilization and Services System		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SS0101	อัตราการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อผ่านเกณฑ์ <i>CSSD: Rate of Examination of Effective Sterilisation</i>	251
SS0102	อัตราการจัดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน <i>CSSD: Rate of Exact Medical Equipment Prepared for Specific Procedures</i>	252
SS0103	อัตราการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้หน่วยงานถูกต้อง <i>CSSD: Rate of Medical Supplies which are Accurately Provided by the CSSD</i>	253

3.8 หมวด SM: Medication System (M)		
3.8.1 SM01 Medication Use		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SM0102	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน <i>Medication Use: Antibiotic Prescribing Rate on Upper Respiratory Infection</i>	254
SM0103	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน <i>Medication Use: Antibiotic Prescribing Rate on Acute Diarrhea</i>	255
3.8.2 SM02 Medication Management		
SM0201	จำนวนเดือนสำรองคลังยา <i>Medication Management: Inventory Rate</i>	256



แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion: H)

หมวด		ประเภท
HE	ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร	01 Employee Health Status
HC	ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพประชาชน	01 Customer Health Status

4. บัญชีตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion: H)		
4.1 หมวด HE: สร้างเสริมสุขภาพบุคลากร (Employee Health Promotion: E)		
4.1.1 HE01 Employee HealthStatus		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
HE0101	ร้อยละบุคลากรได้รับการตรวจร่างกายประจำปี <i>Employee: Employee: Percentage of Employee Check-up</i>	259
HE0102	ร้อยละบุคลากรที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) เกินเกณฑ์มาตรฐาน <i>Employee: Percentage of Employee have Exceeding BMI</i>	260
HE0103	ร้อยละบุคลากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ <i>Employee: Percentage of Employee have Behavior-smoky</i>	261
HE0104	ร้อยละบุคลากรเพศชายมีภาวะอ้วนลงพุง <i>Employee: Percentage of Employee (male) Obesity</i>	262
HE0105	ร้อยละบุคลากรเพศหญิงมีภาวะอ้วนลงพุง <i>Employee: Percentage of Employee (female) Obesity</i>	263
HE0106	ร้อยละบุคลากรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ <i>Employee: Percentage of Employee received Influenza Immunization</i>	264



4.2 หมวด HC: สร้างเสริมสุขภาพผู้รับบริการ (Customer Health Promotion: C)

4.2.1 HC01 Customer Health Status

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน่วย
HC0101	ความสามารถในการดูแลตนเอง/ การดูแลผู้ป่วยของญาติ โรค Asthma <i>Customer: Asthma Patients or Their Relative(s) who are able to Care for the Patient's Needs</i>	265
HC0102	ความสามารถในการดูแลตนเอง/ การดูแลผู้ป่วยของญาติ โรค COPD <i>Customer: COPD Patients or their Relative(s) who are able to Care for the Patient's Needs</i>	266



แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory Care: A)

หมวด		ประเภท
AA	ตัวชี้วัดกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก	01 Ambulatory Care Sensitive Condition (ACSC)

5. บัญชีตัวชี้วัดกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory Care: A)

5.1 หมวด AA: กลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory Care: A)

5.1.1 AA01 Ambulatory Care Sensitive Condition (ACSC)

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
AA0101	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคลมชัก) ACSC: Hospitalization Rate of Ambulatory Care Sensitive Condition (Epilepsy)	268
AA0102	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) ACSC: Hospitalization Rate of Ambulatory Care Sensitive Condition (COPD)	270
AA0103	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคหิด) ACSC: Hospitalization Rate of Ambulatory Care Sensitive Condition (Asthma)	271
AA0104	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคเบาหวาน) ACSC: Hospitalization Rate of Ambulatory Care Sensitive Condition (DM)	272
AA0105	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคความดันโลหิตสูง) ACSC: Hospitalization Rate of Ambulatory Care Sensitive Condition (HT)	273



KPI Template กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค (Disease: D)



หมวด DH: Cardiovascular Disease (Heart disease:H)

ประเภท DH01 Acute Myocardial Infarction

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: Fatality Rate of Acute Myocardial Infarction	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย AMI หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นาน ตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้</p> <p>2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย AMI ที่มี pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็น AMI และ มีสาเหตุการตายจาก โรค AMI</p> <p>3. การจำแนกทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกรณี</p>	
วัดคุณภาพของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยAMI	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการจำแนกด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI จากทุกหอผู้ป่วยในเดือน นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำแนกทุกสถานะของผู้ป่วย AMI จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลา เดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ หรือ Sdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 และ เสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก AMI
	ตัวหาร	I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*		
วิธีการแปลผล	ค่าถี่น้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	NQF, THIP	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)
รหัสตัวชี้วัด	DH0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับ Aspirin ภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: Aspirin Received within 24 Hrs of Arrival
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย AMI หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป</p> <p>3. ผู้ป่วย AMI ที่ได้รับ Aspirin ภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย AMI ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา และได้รับ Aspirin ในการรักษา โดยนับระยะเวลาตั้งแต่ มีอาการและมาตรวจนรักษาที่ ER/OPD และรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย AMI
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่ได้รับ Aspirin ภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อมาถึงโรงพยาบาลในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9
	ตัวหาร Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	U.S.A. National Median : 84
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

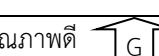
หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)
รหัสตัวชี้วัด	DH0103
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับ Aspirin เมื่อจำนวนน้อยจากโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: Aspirin Prescribed at Discharge
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย AMI หมายถึง ผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9ดังที่ระบุไว้รนี้</p> <p>2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป</p> <p>3. ผู้ป่วย AMI ที่ได้รับ ASA เมื่อจำนวนน้อยจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย AMI ที่ไม่มี ข้อห้ามของการให้ยาเช่น และมีการสั่งให้ Aspirin เมื่อจำนวนน้อยผู้ป่วยจากโรงพยาบาล โดยนับเฉพาะการจำหน่ายมีชีวิตด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย AMI
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่ได้รับ Aspirin เมื่อจำนวนน้อยจากโรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่จำนวนน้อยจากโรงพยาบาล ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง $Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9$
	ตัวหาร $Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9$
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	U.S.A. National Median : 85
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)
รหัสตัวชี้วัด	DH0104
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มี LVSD และได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARB
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: ACE inhibitor or ARB for Patient who have LVSD
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย AMI หมายถึง ผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยมีรหัสโรครอยู่ในกลุ่มรหัสตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ในนี้</p> <p>2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป</p> <p>3. ผู้ป่วย AMI ที่มี LVSD หมายถึง ผู้ป่วย AMI ที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง Ultrasound แล้วพบว่ามี LVSD</p> <p>4. ผู้ป่วย AMI ที่ได้รับ ACE inhibitors หรือ ARB หมายถึง ผู้ป่วย AMI ที่ไม่มีข้อห้าม หรือ ข้อจำกัด (ผู้ป่วยแพ้ยา, ความดันโลหิตต่ำกว่า 100/60 mmHg) ของการให้ยา แล้วได้รับ ACE inhibitors หรือ ARB ในการรักษา</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย AMI ที่มี LVSD
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่มี LVSD และได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARB ทั้งหมด ในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่มี LVSD ทั้งหมด ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง $Pdx = I21 - I22$
	ตัวหาร $Pdx = I21 - I22$
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	NQF, สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): (1) ปรับนิยามโดยตัดคำว่า “โรงพยาบาลต้องมีเครื่อง Ultrasound” ออก ซึ่งหมายถึง โรงพยาบาลอาจไม่มีเครื่อง Ultrasound แต่มีวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วยเครื่อง Ultrasound
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)
รหัสตัวชี้วัด	DH0105
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สูงบุหรี่ได้รับการแนะนำให้ดับบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: Smoking Cessation Advice Given
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย AMI หมายถึง ผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. ผู้ป่วย AMI ที่ได้รับการแนะนำให้ดับบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย AMI ที่มีประวัติสูบบุหรี่ภายใน 1 ปีก่อนได้รับการตรวจรักษาและรับไว้ในโรงพยาบาล ได้รับคำแนะนำ/Counseling ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อภาวะของโรค ที่เป็น เพื่อให้ผู้ป่วยดับบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล และแนะนำให้อดหรือเลิกบุหรี่ต่อไป</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย AMI
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่สูบบุหรี่ที่ได้รับการแนะนำให้ดับบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่สูบบุหรี่ทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาล ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I21 - I22
	ตัวหาร Pdx = I21 - I22
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	U.S.A. 2005 = 92.1
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)
รหัสตัวชี้วัด	DH0106
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับยา Beta-blocker ภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: Beta-blocker Received within 24 Hrs of Arrival
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Acute Myocardial Infarction (AMI) หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. ผู้ป่วย AMI ที่ได้รับ Beta-blocker ภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย AMI ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา นี้ และ ได้รับยา Beta-blocker ในการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง โดยนับระยะเวลา เริ่มตั้งแต่เวลาที่ผู้ป่วยมีอาการและมาตรวจรักษาที่ ER/OPD และรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย AMI
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่ได้รับ Beta-blocker ภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อมาถึงโรงพยาบาลในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา นี้ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง $Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9$
	ตัวหาร $Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9$
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	U.S.A. National Median : 64
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0107	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับยา Beta-blocker เมื่อจำนวนยาจากโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: Beta-blocker Prescribed at Discharge	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Acute Myocardial Infarction (AMI) หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วย AMI ที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป</p> <p>3. ผู้ป่วย AMI ที่ได้รับยา Beta-blocker เมื่อจำนวนยาจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย AMI ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา และ มีการสั่งให้ยา Beta-blocker เมื่อจำนวนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยการอนุญาตให้กลับบ้าน (ไม่รวมการจำหน่ายด้วยสถานะเสียชีวิต หรือ ส่งต่อ)</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย AMI	
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x100	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ ได้รับยา Beta-blocker เมื่อจำนวนยา
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา และ ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเดือนเดียวกันนั้น (ไม่รวมการจำหน่ายด้วยสถานะเสียชีวิต หรือ ส่งต่อ)
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	U.S.A. National Median : 72	
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0108	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้รับการทำ EKG เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: Average Door to EKG Time	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Acute Myocardial Infarction (AMI) หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. ระยะเวลาที่ผู้ป่วย AMI ได้รับการทำ EKG เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หมายถึง ช่วงเวลา นับตั้งแต่ผู้ป่วย AMI มาถึงโรงพยาบาล (ในทุก OPD, ER) จนถึงได้รับการทำ EKG ครั้งแรก ของการตรวจรักษา โดยมีหน่วยนับเป็นนาที</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย AMI	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ระยะเวลารวม (นาที) ที่ผู้ป่วย AMI ได้รับการทำ EKG เมื่อมาถึงโรงพยาบาลทุกราย ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวน (คน) ผู้ป่วย AMI ที่มาโรงพยาบาล และได้รับการทำ EKG ทั้งหมด ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21 - I22
	ตัวหาร	Pdx = I21 - I22
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	นาที	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference		
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0109	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาล จนได้รับการส่งต่อ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: Average Door to Refer Time	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Acute Myocardial Infarction (AMI) หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. ระยะเวลาที่ผู้ป่วย AMI มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อ หมายถึง ช่วงเวลาอันบัตติแต่ผู้ป่วย AMI มาถึงโรงพยาบาล (ในทุก OPD, ER) จนถึงได้รับการส่งต่อ โดยมีหน่วยนับเป็นรายนาที</p> <p>3. กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย AMI ต้องไม่อยู่ภายใต้ข้อจำกัดเรื่อง โรงพยาบาลปลายทาง/โรงพยาบาลผู้รับ Refer กำหนดให้มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบก่อนการส่งต่อ</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย AMI	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ระยะเวลารวม (นาที) ที่ผู้ป่วย AMI มาถึงโรงพยาบาล จนได้รับการส่งต่อทุกราย ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวน (คน) ผู้ป่วย AMI ที่มากโรงพยาบาล และได้รับการส่งต่อทั้งหมด ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัวถูกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21 - I22
	ตัวหาร	Pdx = I21 - I22
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	นาที	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี ၅	
ที่มา/ Reference		
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0110	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับ PPCI ภายใน 90 นาที หรือ Fibrinolytic Agent ภายใน 30 นาทีเมื่อแรกรับ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: Given PPCI within 90 Minutes or Received Fibrinolytic Agent within 30 Minutes of Arrival	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และมีค่าลีนไฟฟ้าหัวใจปกติแบบเอสทียกขึ้น (ST segment elevation) ซึ่งต้องให้ยาละลายลิมเลือด (Fibrinolytic Agent) และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI: Percutaneous Cardiac Intervention) โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ใน 2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดของการทำ PCI หรือไม่มีข้อห้ามของการให้ Thrombolytic Agent ในการรักษา 3. การได้รับ PPCI ภายใน 90 นาที หรือ Fibrinolytic Agent ภายใน 30 นาที นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ ER/OPD และรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้ทำ PCI หรือได้รับยา Fibrinolytic Agent</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย AMI	
สูตรในการคำนวน	(a/b) x100	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ที่ได้รับ PCI ภายใน 90 นาที หรือ Fibrinolytic Agent ภายใน 30 นาทีเมื่อแรกรับ ใน 1 ไตรมาส
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ที่รับไว้ในโรงพยาบาลทั้งหมด ในไตรมาสเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3 และ procedure = 00.66, 00.40-00.48, 36.01-36.02, 36.05-36.07, 36.09, 99.10, 37.68
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน หรือ ทุกไตรมาส (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สร., สปสช./ 1) Krumholz et al. ACC/AHA 2008 Performance Measures for Adults with ST-Elevation And Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol, 2008; 52: 2046-2099. 2) O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: Executive Summary: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	

วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ปรับเปลี่ยนชื่อและคำนิยามของตัวชี้วัดให้มีความครอบคลุมมากขึ้น โดยคำนิยามครอบคลุมทั้งผู้ที่ได้รับ PCI ภายใน 90 นาที หรือ Fibrinolytic Agent ภายใน 30 นาทีเมื่อแรกรับ อ้างอิงตามหลักฐานวิชาการ โดยข้อเสนอแนะของกรรมการแพทย์
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)
รหัสตัวชี้วัด	DH0111
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: Unplanned Re-admission Rate of AMI within 28 Days after Last Discharge
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Acute Myocardial Infarction (AMI) หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วย AMI ที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป</p> <p>3. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย AMI ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง ผู้ป่วย AMI ที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) ยกเว้น ผู้ป่วย AMI ที่ปรึกษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค AMI ที่เป็นผู้ป่วยใน ในภาพรวม
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่มีการรับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจากภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่จำหน่ายด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (Status=improve) ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัวถูกการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I21, I22
	ตัวหาร Pdx = I21, I22
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี ๕
ที่มา/ Reference	THIP I , สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0112	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ระยะเวลาัตนนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: Average Length of Stays	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Acute Myocardial Infarction (AMI) หมายถึง ผู้ป่วยใน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ด้านล่าง</p> <p>2. จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วย AMI หมายถึง ผลรวมของจำนวนวัน ที่ผู้ป่วย AMI นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นับตั้งแต่วันที่รับไว้จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p> <p>3. ผู้ป่วย AMI ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย AMI ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทุกสถานการจำหน่าย</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรค AMI	
สูตรในการคำนวณ	(a/b)	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง ตัวหาร	a = ผลรวมระยะเวลาัตนนอนของผู้ป่วย AMI ทุกรายที่จำหน่ายในเดือนนั้น b = จำนวน (คน) ผู้ป่วย AMI ที่จำหน่ายในเดือนนั้น
	ตัวตั้ง ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9
ความสำคัญในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	วัน	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)
รหัสตัวชี้วัด	DH0113
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ได้รับ Fibrinolytic Agents ภายใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: Rate of Time to Fibrinolytic Administration Agents within 30 Minutes of Arrival
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ใน</p> <p>2. ผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ที่ได้รับ Fibrinolytic Agents ภายใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยาแล้วได้รับ Fibrinolytic Agents ในการรักษาภายใน 30 นาที นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ ER/OPD และ/หรือรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ที่ได้รับ Fibrinolytic Agents
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ที่ได้รับ Fibrinolytic Agents ภายใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ที่ได้รับ Fibrinolytic Agents ที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 และ Procedure 99.10 ภายใน 30 นาที
	ตัวหาร Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 และ Procedure 99.10 ทั้งหมด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	U.S.A. National Average : 38.6 (2005)
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I / 1) Krumholz et al. ACC/AHA 2008 Performance Measures for Adults with ST-Elevation And Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol, 2008; 52: 2046-2099. 2) O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: Executive Summary: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2013; 61(4): 485-510.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ปรับเปลี่ยนชื่อและคำนิยามของตัวชี้วัด จาก Thrombolytic Agents เป็น Fibrinolytic Agents เพื่อให้สอดคล้องกับ ACCF/AHA
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0114	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายใน 28 วัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: Total Re-admission Rate into the Hospital within 28 days of AMI Patients	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Acute Myocardial Infarction (AMI) หมายถึง ผู้ป่วยใน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วย AMI ที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป</p> <p>3. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย AMI ทั้งหมดภายใน 28 วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย AMI ที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ยกเว้น ผู้ป่วย AMI ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค AMI ที่เป็นผู้ป่วยใน ภายใน 28 วัน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่มีการรับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจากออกจากโรงพยาบาลใน 28 วันทั้งหมด ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย AMI ที่จำหน่ายด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (Status=improve) ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัวtopic ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21, I22
	ตัวหาร	Pdx = I21, I22
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



ประเภท DH02 Coronary Artery Disease

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด	Coronary Artery Disease
รหัสตัวชี้วัด	DH0201
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย CABG
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CABG: Mortality Rate of CABG
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยที่ทำ CABG หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาด้วยการทำ CABG จากทุกหอผู้ป่วยใน โดยมีรหัส โรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้</p> <p>2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ CABG หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดทำหัวใจที่ทำ CABG หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกรณี</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ทำ CABG
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CABG และเสียชีวิต
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CABG และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Procedure = 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.18, 36.19
	ตัวหาร Procedure = 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.18, 36.19
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	UK 1-3 %
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)				
ประเภทตัวชี้วัด	Coronary Artery Disease				
รหัสตัวชี้วัด	DH0202				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการได้รับยาปฎิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัด CABG				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CABG: Percentage of Patients who Received Antibiotic Prophylaxis in CABG				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยที่ทำ CABG หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซี่ จำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาด้วยการทำ CABG โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้เงน</p> <p>2. การได้รับยาปฎิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัด CABG หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยา ปฎิชีวนะในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัด (กรณีเป็นการให้ยาแบบ IV drip ให้เริ่มนับเวลาเมื่อ drip ยาหมด)</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด CABG				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนครั้งของการผ่าตัด CABG ที่ได้รับ Prophylactic Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมีดผ่าตัดในเดือนนั้น</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนครั้งของการผ่าตัด CABG ทั้งหมดในเดือนเดียวกัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัด CABG ที่ได้รับ Prophylactic Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมีดผ่าตัดในเดือนนั้น	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัด CABG ทั้งหมดในเดือนเดียวกัน
ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัด CABG ที่ได้รับ Prophylactic Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมีดผ่าตัดในเดือนนั้น				
ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัด CABG ทั้งหมดในเดือนเดียวกัน				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>Procedure = 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.18, 36.19</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>Procedure = 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.18, 36.19</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	Procedure = 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.18, 36.19	ตัวหาร	Procedure = 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.18, 36.19
ตัวตั้ง	Procedure = 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.18, 36.19				
ตัวหาร	Procedure = 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.18, 36.19				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	<p>THIP I 2012http://www.ashp.org/surgical-guidelines http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf</p>				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ	อัตราการติดเชื้อ 0.23- 5.67				



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด	Coronary Artery Disease
รหัสตัวชี้วัด	DH0203
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CABG: Surgical CABG Infection Rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยที่ทำ CABG หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาด้วยการทำ CABG โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ด้านล่างนี้</p> <p>2. การติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG หมายถึง เนพาะการติดเชื้อครั้งแรกของแผลผ่าตัด CABG ภายในช่วงระยะเวลา 30 วันหลังการผ่าตัด</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัด CABG
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG ในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนครั้งของการผ่าตัด CABG ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Procedure = 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19 และ มีการติดเชื้อ
	ตัวหาร Procedure = 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2012
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): (1) ปรับจำนวนวันติดตามแผลจาก 28 วันเป็น 30 วันตาม CDC Definition of HAI Surveillance และระยะเวลาการติดตามออกตามความลึกของการติดเชื้อ ถ้าเป็น Superficial SSI จะตาม 30 วัน ถ้าเป็น Deep SSI และ organ/space SSI จะตาม 90 วัน
หมายเหตุ	

กลุ่มตัวชี้วัด	Disease	
หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Coronary artery disease	
รหัสตัวชี้วัด	DH0204	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ CABG ภายใน 30 วันหลังรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CABG: 30 days Mortality Rate of CABG patients	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยที่ทำ CABG หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principle diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัดทำการเปลี่ยนหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) จากทุกหอผู้ป่วย โดยเป็นการ Admit ครั้งแรกหลังทำการ โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2) การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ CABG ภายใน 30 วันหลังเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำการเปลี่ยนหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ภายในระยะเวลา 30 วัน ทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังจากหน่ายออกจากโรงพยาบาล นับจากวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในวันแรก ยกเว้นเป็นการเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกิดจากอุบัติเหตุ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทำการเปลี่ยนหลอดเลือดหัวใจ (CABG)	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง ตัวหาร	a = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CABG ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุภายในระยะเวลา 30 วัน ทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังจากหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ยกเว้นเป็นการเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกิดจากอุบัติเหตุ) นับจากวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในวันแรก ในเดือนนั้น b = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CABG ทั้งหมดในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Procedure = 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.18, 36.19
	ตัวหาร	Procedure = 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.18, 36.19
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี	
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2562	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ	โรงพยาบาลเก็บข้อมูลโดยการติดตามสถานะของผู้ป่วยหลังจากวัน Admit ในโรงพยาบาล 30 วัน ด้วยวิธีการ เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ การตรวจสอบกับฐานข้อมูลทะเบียนรายภูร์ เป็นต้น	

ประเภท DH03 Heart Failure

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด	Heart Failure
รหัสตัวชี้วัด	DH0301
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยที่มีหัวใจล้มเหลวที่เป็น Heart Failure Reduced Ejection Fraction (HFREF) ได้รับยา Angiotensin II Converting Enzyme inhibitors (ACEi) หรือ Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) หรือ Mineralocorticoid Receptor Antagonists (MRA)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Heart failure: Angiotensin II Converting Enzyme inhibitors (ACEi) or Angiotensin II Receptor Blockers (ARB) or Mineralocorticoid Receptor Antagonists (MRA) for Patient with Heart Failure Reduced Ejection Fraction (HFREF)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Heart Failure หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหัวใจล้มเหลว โดยมีรหัสตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. ผู้ป่วย Heart Failure Reduced Ejection Fraction (HFREF) หมายถึง ผู้ป่วย Heart Failure ที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง Echocardiogram และพบว่ามี LVEF < 40% (โรงพยาบาลต้องมีเครื่อง Echocardiogram)</p> <p>3. เป็นผู้ป่วย HFREF ที่ไม่มีข้อห้าม หรือข้อจำกัด (ผู้ป่วยแพ้ยา, ผู้ป่วยโรคหอบหืด, ผู้ป่วยที่มีการเดินทางไกลมากกว่า 50 ครั้งต่อนาที, และความดันโลหิต Systolic ต่ำกว่า 90 mmHg ของการให้ยา) และได้รับ ACE inhibitors หรือ ARB หรือ MRA ในการรักษา)</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์และประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย Heart Failure
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย HFREF ที่ได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARB หรือ MRA ในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย HFREF ที่ไม่มีข้อห้าม หรือข้อจำกัดในการให้ยา ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = 150 ที่ได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARB หรือ MRA
	ตัวหาร Pdx = 150 ที่ไม่มีข้อห้าม หรือข้อจำกัดในการให้ยา
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	<p>1) Bonow RO., Ganiats TG, Craig T, et al. Task Force on Performance Measures and the American Medical Association Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association ACCF/AHA/AMA-PCPI 2011 Performance Measures for Adults With Heart Failure: A Consortium for Performance Improvement. Circulaion. 2012; 125: 2382-2401.</p>



	2) McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2012; 33: 1787-1847
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ปรับเปลี่ยนชื่อและคำนิยามของตัวชี้วัด จาก LVSA เป็น HFREF, และปรับเพิ่มนิยามการให้ยาในกลุ่ม Mineralocorticoid Receptor Antagonists (MRA) จากการทบทวนหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ เพื่อให้สอดคล้องกับ ACCF/AHA
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด	Heart failure
รหัสตัวชี้วัด	DH0302
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่สูบบุหรี่ ได้รับการแนะนำให้ดับบุหรี่ระหว่างการอยู่ในโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Heart failure: Smoking Cessation Advice Given
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Heart Failure หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหัวใจล้มเหลว โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ใน</p> <p>2. การแนะนำให้ดับบุหรี่ หมายถึง การให้คำแนะนำ/การบริการ ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อภาวะของโรคที่เป็น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีประวัติสูบบุหรี่ภายใน 1 ปี ก่อนการได้รับการตรวจรักษาและรับไว้ในโรงพยาบาล อดหรือเลิกบุหรี่</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย Heart failure
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Heart failure ที่สูบบุหรี่ที่ได้รับการแนะนำให้ดับบุหรี่ระหว่างการอยู่ในโรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Heart failure ที่สูบบุหรี่ทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาล ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = 150
	ตัวหาร Pdx = 150
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

ประเภท DH04 Atrial Fibrillation

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด	Atrial Fibrillation (AF)
รหัสตัวชี้วัด	DH0401
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วย AF ได้รับยา Warfarin มีระดับตามเป้าหมายการรักษา
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Atrial Fibrillation (AF): Receive Warfarin within Target Dose
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Atrial Fibrillation หมายถึงผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรค Atrial Fibrillation โดยมีรหัสโรคงาน ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ที่มาตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือ Warfarin Clinic</p> <p>2. เป็นผู้ป่วย Atrial Fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยา และได้รับยา Warfarin ใน การรักษา</p> <p>3. ค่า INR ระดับเป้าหมาย หมายถึง ค่าอัตราส่วนของ PT ของผู้ป่วย Atrial Fibrillation ต่อผู้ป่วยปกติอยู่ในช่วง 2-3 ตามเป้าหมายการรักษา</p> <p>4. ผู้ป่วย AF ที่ได้รับยา Warfarin มีระดับตามเป้าหมายการรักษา หมายถึง ผู้ป่วย AF ที่ได้รับยา Warfarin ที่มีค่า INR ระดับเป้าหมาย ในทุกครั้งของการตรวจรักษาในไตรมาสนั้น</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์และประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย Atrial Fibrillation
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Atrial Fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยา และได้รับยา Warfarin ที่มารับการรักษา และ มีค่า INR ระดับเป้าหมาย <u>ในทุกครั้งของการตรวจรักษาในไตรมาสนั้น</u>
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Atrial Fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยา และได้รับยา Warfarin ที่มารับการรักษาทั้งหมดในไตรมาสเดียวกัน
รหัสโรค/ หัวtopic ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง $Pdx = I48.0$
	ตัวหาร $Pdx = I48.0$
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	กรรมการแพทย์/ อ้างอิง 1. January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report to the American College of cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines and the heart rhythm society. J Am Coll Cardiol 2014; 64: 2246-2280
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2559
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2560



เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2560); (1) ขยายความนิยาม “ผู้ป่วย AF ที่ได้รับยา Warfarin มีระดับตามเป้าหมายการรักษา หมายถึง ผู้ป่วย AF ที่ได้รับยา Warfarin ที่มีค่า INR ระดับเป้าหมาย <u>ในทุกครั้งของการตรวจรักษาในไตรมาสนั้น</u> ” เพื่อให้มีความชัดเจนในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปฏิบัติการ
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด	Atrial Fibrillation (AF)
รหัสตัวชี้วัด	DH0402
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของการเกิด Adverse Event (major bleeding) ของผู้ป่วย AF ที่ได้รับยา Warfarin
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	<i>Atrial fibrillation (AF): Percentage of Major Bleeding (intracranial hemorrhage and hemorrhage need blood transfusion)</i>
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Atrial Fibrillation หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรค Atrial Fibrillation โดยมีรหัสตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD9 ดังที่ระบุไว้นี้ที่มาตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือ Warfarin Clinic</p> <p>2. เป็นผู้ป่วย Atrial Fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยา <u>น้ำเงี้ยว</u> และได้รับยา Warfarin ในการรักษา</p> <p>3. การเกิด Adverse Event หมายถึง Major Bleeding (intracranial hemorrhage and hemorrhage need blood transfusion)</p>
วัดคุณประสิทธิภาพของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์และประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย Atrial Fibrillation
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Atrial Fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยา <u>น้ำเงี้ยว</u> และได้รับยา Warfarin ที่เกิด Adverse Event ในไตรมาสนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Atrial Fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยา <u>น้ำเงี้ยว</u> และได้รับยา Warfarin ในการรักษาทั้งหมด ในช่วงไตรมาสเดียวกัน
รหัสโรค/ หัวถูกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง $Pdx = I48.0$
	ตัวหาร $Pdx = I48.0$
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 9
ที่มา/ Reference	กรรมการแพทย์/ อ้างอิง 1. January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report to the American College of cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines and the heart rhythm society. J Am Call Cardiol 2014; 64: 2246-2280
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2559
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวด DN: Neurovascular Disease (N)

ประเภท DN01 Stroke

หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular Disease
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke
รหัสตัวชี้วัด	DN0101
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke: Mortality Rate of Stroke
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Stroke หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมี รหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้เงี้ยน</p> <p>2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย Stroke</p> <p>3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุก กรณี</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย Stroke
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ของผู้ป่วย Stroke จากทุกหอผู้ป่วยใน เดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะ ของผู้ป่วย Stroke จากทุกหอผู้ป่วยในช่วง เดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
	ตัวหาร Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	UK 8% (ศูนย์ข้อมูลระบบประสาทฯ ค่าเฉลี่ยข้อมูลตั้งแต่ ค.ศ. 2010 ไม่เกิน 7.5%)
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I , ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับลดค่าเป้าหมายจาก 10 เป็น 8 และปรับเกณฑ์วัด ระดับฯ ตามค่าข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular Disease
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke
รหัสตัวชี้วัด	DN0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด ที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ภายใน 2 วัน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke: Treatment Rate with Antiplatelet Drugs in Cerebral Infarction Admissions
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองทีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคสมองขาดเลือด ที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ร้น*</p> <p>2. การได้รับยาต้านเกล็ดเลือด หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการให้ Antiplatelet Drugs ภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ (นับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงเวลาที่ได้รับยา)</p> <p>3. ผู้ป่วยในที่เข้าเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 2-120 วัน ซึ่งไม่อยู่ในสถานะประคับประคองระยะสุดท้าย หรือถูกคัดเลือกเข้าโครงการวิจัยทางคลินิก หรือ Admit เพื่อทำการผ่าตัดหลอดเลือดแดงแครอทิดแบบไม่เร่งด่วน หรือไม่ใช้ผู้ป่วยที่ได้รับยาสามัญลืมเลือดทางหลอดเลือดภายใน 24 ชั่วโมงก่อนมาถึงโรงพยาบาล หรือไม่ใช้ผู้ป่วยที่มีหลักฐานว่ามีเหตุผลอันสมควรที่ไม่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ภายใน 2 วัน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการคูณรักษาพยาบาลผู้ป่วย Ischemic stroke
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke ทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาล ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I63, I64, I65, I66
	ตัวหาร Pdx = I63, I64, I65, I66
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 80 ศูนย์ข้อมูลระบบประเทศไทย ปี 2555-2558
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สมาคมหลอดเลือดสมองไทย, ศูนย์ข้อมูลระบบประเทศไทย สถาบันประเทศไทย กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558) : เพิ่มแหล่งอ้างอิงและที่มา จากศูนย์ข้อมูลระบบประเทศไทย สถาบันประเทศไทย กรมการแพทย์
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke
รหัสตัวชี้วัด	DN0103
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยาต้านเกล็ตเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke: Antiplatelet or Anticoagulant Therapy Prescribed at Discharge for Ischemic Stroke
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้เงี้ยน</p> <p>2. การได้รับยาต้านเกล็ตเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับ Antiplatelet or Anticoagulant Drugs ขณะจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล โดยนับเฉพาะการจำหน่ายมีชีวิตด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (approve)</p> <p>3. ผู้ป่วยในที่เข้าเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยใน อายุ ≥ 18 ปีที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล นานไม่เกิน 120 วัน ซึ่งไม่อยู่ในการประคับประคองระยะสุดท้ายหรือถูกคัดเลือกเข้าโครงการวิจัย หรือ admit เพื่อทำการผ่าตัดหลอดเลือดแดงแครอทิดแบบไม่รุ่งรัตน์ หรือไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีหลักฐาน ว่ามีเหตุผลอันสมควรที่ไม่ให้ยาต้านเกล็ตเลือดหรือยากันเลือดเป็นลิ่มขณะจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการคูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยIschemic stroke
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Ischemic stroke ที่ได้รับ Antithrombotic Drugs ขณะจำหน่ายออก จำกโรงพยาบาล ในช่วงเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Ischemic stroke ที่จำหน่ายออกจำกโรงพยาบาล ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.7, I63.8, I63.9
	ตัวหาร Pdx = I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.7, I63.8, I63.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 80 ศูนย์ข้อมูลระบบประเทศไทย 2555-2558
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สมาคมหลอดเลือดสมองไทย, ศูนย์ข้อมูลระบบประเทศไทย สถาบันประเทศไทย กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับความชัดเจนของนิยาม พร้อมกำหนดค่าเป้าหมาย และเกณฑ์วัดระดับฯ ตามค่าข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลระบบประเทศไทย สถาบันประเทศไทย กรมการแพทย์
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke
รหัสตัวชี้วัด	DN0104
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกหรือหัวใจห้องบนเต้นระรัวได้รับยาแก้เลือดเป็นลิ่ม
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke: Percentage of Stroke with Atrial Fibrillation/Flutter Receiving Anti-coagulant
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน อายุ ≥18 ปี ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ใน</p> <p>2. การได้รับยาแก้เลือดเป็นลิ่ม หมายถึง การให้ Anti-coagulant ในการรักษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกหรือหัวใจห้องบนเต้นระรัว ที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล นานไม่เกิน 120 วัน ไม่อยู่ในการประคับประคองระยะสุดท้าย หรือถูกคัดเลือกเข้าโครงการวิจัยหรือ admit เพื่อทำการผ่าตัดหลอดเลือดแดงแครอทิดแบบไม่เร่งด่วน หรือไม่ใช้ผู้ป่วยที่มีหลักฐานว่ามีเหตุผลอันสมควรที่ไม่ให้ยาแก้เลือดเป็นลิ่ม และให้ยาในขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยนับเฉพาะการจำหน่ายมีชีวิตด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (approve)</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการคุ้มครองผู้ป่วย Stroke
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่มีภาวะ AF or A-flutter และได้รับการบำบัดด้วย Anti-coagulant ในช่วงเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่มีภาวะ AF or A-flutter ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
	ตัวหาร Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สมาคมหลอดเลือดสมองไทย, ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke
รหัสตัวชี้วัด	DN0105
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรู้ขณะอยู่ในโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke: Patients Who Were given Stroke Education during their Hospital Stay
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน อายุ ≥18 ปี ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้เนี้ย</p> <p>2. การได้รับความรู้ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือด สมองแตก หรือผิดแผล ได้รับคำแนะนำ/ความรู้ ระหว่างอยู่โรงพยาบาล ได้แก่ การแจ้งระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน การมาตรวจติดตามหลังจากออกจากโรงพยาบาล ยาที่ได้รับขณะ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งอาการเตือน และอาการของโรคหลอดเลือดสมอง</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยStroke
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงเดือนนั้น ที่ได้รับความรู้ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
	ตัวหาร Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 92 ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท ปี 2557
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สมาคมหลอดเลือดสมองไทย, ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับปรุงนิยาม “การได้รับความรู้ไม่จำเป็นต้องระบุว่า ครอบคลุม 5 หัวข้อ เพราะอาจให้ได้ครอบคลุมมากกว่านั้น” กำหนดค่าเป้าหมายและเกณฑ์ฯ ตามศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke
รหัสตัวชี้วัด	DN0106
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ และได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภายใน 72 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Treatment Rate, Physio Therapy or Rehabilitation in Stroke within 72 hrs.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. การประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภายใน 72 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วย Stroke ซึ่งไม่มีภาวะที่คุกคามชีวิตแล้ว ได้รับการประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูและได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และให้กลับมาช่วยตัวเองได้มากที่สุด ภายใน 72 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย Stroke
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภายใน 72 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
	ตัวหาร Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 88.8 ศูนย์ข้อมูลระบบประเทศไทย ปี 2557
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สมาคมหลอดเลือดสมองไทย, ศูนย์ข้อมูลระบบประเทศไทย สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2560
เหตุผลของการปรับปรุง	<p>ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับเพิ่มนิยามการประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูภายใน 72 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล</p> <p>ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2560): ปรับชื่อตัวชี้วัดให้มีความสอดคล้องกับนิยาม จากเดิม “อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ” เป็น “อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ และได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภายใน 72 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล” ตามข้อเสนอของชุมชนนักปฏิบัติ THIP</p>
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke
รหัสตัวชี้วัด	DN0107
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเดิม ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke: Unplanned Re-admission Rate of Stroke within 28 Days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Stroke หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้</p> <p>2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง ผู้ป่วย Stroke ที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดย ไม่ได้วางแผน</p> <p>3. การจำหน่ายออกจากรพ. หมายถึง ผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายมีชีวิตออกจากโรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) ยกเว้นผู้ป่วยที่ปรับตัวดีแล้วและรักษาต่อในโรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยอมรับการรักษาตามแผน</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Stroke ที่เป็นผู้ป่วยใน
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองเดิม โดย ไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วันหลังออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากรพ. ในเดือนก่อนหน้านี้
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
	ตัวหาร Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 1.4 ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท ปี 2557
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี G
ที่มา/ Reference	THIP I , ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับลดค่าเป้าหมายจาก 10 เป็น 2 และปรับเกณฑ์วัด ระดับฯ ตามค่าข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke
รหัสตัวชี้วัด	DN0108
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ด้วยทุกสาเหตุ ภายใน 28 วัน (Total re-admit)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke: Total Re-admission Rate of Stroke with any Cause within 28 Days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Stroke หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥18 ปี ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้</p> <p>2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ทั้งหมดภายใน 28 วัน หมายถึง ผู้ป่วย Stroke ที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ทั้งหมด</p> <p>3. การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายทุกประเภทด้วย โรคหลอดเลือดสมอง</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Stroke ที่เป็นผู้ป่วยใน ในการรวมโดยเฉพาะการเตรียมพร้อมจำหน่ายเพื่อสร้างศักยภาพในการดูแลตัวเองของ ผู้ป่วยที่บ้าน
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Stroke ทั้งหมดที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาล ใน 28 วันหลังออกจาก โรงพยาบาล
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในเดือนก่อนหน้านี้ (จำหน่าย ทุกประเภทด้วยโรคหลอดเลือดสมอง)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
	ตัวหาร Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I , ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับลดค่าเป้าหมายจาก 10 เป็น 2 และปรับเกณฑ์วัด ระดับฯ ตามค่าข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke
รหัสตัวชี้วัด	DN0109
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ระยะเวลาวนนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย Stroke
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke: Average Length of Stays
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Stroke หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้</p> <p>2. จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วย Stroke หมายถึง ผลรวมของจำนวนวัน ที่ผู้ป่วย Stroke นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นับตั้งแต่วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงวันที่จำหน่ายออก จากโรงพยาบาล</p> <p>3. ผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออก จากโรงพยาบาลทุกสถานะการจำหน่าย</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรค Stroke
สูตรในการคำนวณ	a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = ผลรวมระยะเวลาวนนอนของผู้ป่วย Stroke ทุกรายที่จำหน่ายในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวน (คน) ผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
	ตัวหาร Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	วัน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	5.9 วัน (ค่า SD 2.2) ศูนย์ข้อมูลระบบประเทศไทย ปี 2557
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I , ศูนย์ข้อมูลระบบประเทศไทย สถาบันประเทศไทย กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับลดค่าเป้าหมายจาก 7 เป็น 6 และปรับเกณฑ์วัด ระดับฯ ตามค่าข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลระบบประเทศไทย สถาบันประเทศไทย กรมการแพทย์
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke
รหัสตัวชี้วัด	DN0110
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agents ภายใน 60 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke : Time to Thrombolytic Administration
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Ischemic Stroke หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบหรืออุดตัน โดยเป็นโรคที่มีรหัสตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้</p> <p>2. ผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agent ภายใน 60 นาทีเมื่อแรกเข้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา และ ได้รับ Thrombolytic Agent ในการรักษาภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ ER/OPD และรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา (Door to Needle Time)</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agents
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agents ภายใน 60 นาที หลังมาถึงโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ในช่วงเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agents ที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลในช่วงเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I63, I64, I65, I66, I67 และ Procedure 99.10 ภายใน 60 นาที
	ตัวหาร Pdx = I63, I64, I65, I66, I67 และ Procedure 99.10 ทั้งหมด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	65% ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ปี 2557-2558
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I , ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับ Definition เป็น Door to Needle Time และปรับลดค่าเป้าหมายจากกว่าร้อยละ 95 เป็นมากกว่าร้อยละ 65 โดยปรับเกณฑ์วัดระดับฯ ตามค่าข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ในปี 2557-2558
หมายเหตุ	



ประเภท DN03 Head Injury

หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease
ประเภทตัวชี้วัด	Head injury
รหัสตัวชี้วัด	DN0301
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Craniotomy โดยมีสาเหตุจากการบาดเจ็บที่ศรีษะ ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Head injury: Unplanned Re-admission Rate of Craniotomy from Head Injury within 28 Days after Last Discharge
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคคาดเจ็บที่ศรีษะซึ่งจำเป็นต้องได้รับการทำ Craniotomy โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้</p> <p>2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ภายใน 28 วัน หมายถึง ผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน</p> <p>3. การจำหน่ายออกจากรพ. หมายถึง ผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่จำหน่ายมีชีวิต ออกจากโรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status = improve) ยกเว้นผู้ป่วยที่เบริกษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน ที่ทำ Craniotomy
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่จำหน่ายออกจากรพ. ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Procedure = 01.12, 01.14, 01.20-01.25, 01.31-01.32, 01.39, 01.41, 01.51-01.53, 01.59, 02.01, 02.03-02.06, 02.11-02.12, 02.31-02.35, 02.42, 04.01-04.02, 07.53, 07.61-07.63, 07.65, 07.72, 38.32, 38.61, 38.81, 39.28, 39.51-39.53
	ตัวหาร Procedure = 01.12, 01.14, 01.20-01.25, 01.31-01.32, 01.39, 01.41, 01.51-01.53, 01.59, 02.01, 02.03-02.06, 02.11-02.12, 02.31-02.35, 02.42, 04.01-04.02, 07.53, 07.61-07.63, 07.65, 07.72, 38.32, 38.61, 38.81, 39.28, 39.51-39.53
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease
ประเภทตัวชี้วัด	Head injury
รหัสตัวชี้วัด	DN0302
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราป่วยตายจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายใน 48 ชั่วโมง (เฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Head injury: Mortality Rate From Head Injury Within 48 hrs
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Head Injury หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (admit) นาน ตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคของการบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่ง เกิดจากแรงที่เข้ามากระแทบท่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหัวศีรษะ กะโหลกศีรษะ และ สมอง กับเส้นประสาทสมอง(อ้างอิงนิยามจากแนวทางการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม โดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ สมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย) โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ด้านล่างนี้</p> <p>2. การป่วยตายจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (เฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง) หมายถึง การตาย จากทุกสาเหตุภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรค Head injury
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่จำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ภายใน 48 ชั่วโมง ในช่วงเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนครั้งของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่จำหน่ายทุกสถานะ ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง $Pdx = S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9$
	ตัวหาร $Pdx = S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9$
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี G
ที่มา/ Reference	สร., สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease
ประเภทตัวชี้วัด	Head injury
รหัสตัวชี้วัด	DN0303
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Intracranial Injury
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Head injury: Treatment Rate, Craniotomy Rate from Intracranial Injury
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Intracranial Injury หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคของการบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่มีการตกเลือดหรือมีความผิดปกติภายในกะโหลกศีรษะ โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ใน</p> <p>2. Intracranial Injury Craniotomy หมายถึง การผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการตกเลือดหรือมีความผิดปกติภายในกะโหลกศีรษะซึ่งต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัด</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรค Head Injury
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Intracranial Injury ในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Intracranial Injury ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง $Pdx = S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9$ and Procedure = 01.2 or 01.3
	ตัวหาร $Pdx = S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9$
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease
ประเภทตัวชี้วัด	Head Injury
รหัสตัวชี้วัด	DN0304
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Craniotomy ภายใน 28 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Head injury: Total Re-admission Rate into the Hospital within 28 Days of Craniotomy Patients
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) ≥4 ชั่วโมง) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งจำเป็นต้องได้รับการทำ Craniotomy โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วันทั้งหมด หมายถึง ผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ทั้งหมด</p> <p>3. การจำหน่ายออกจากรพ. หมายถึง ผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่จำหน่ายออกจากรพ. ทุกประการ ยกเว้นผู้ป่วยที่ปรึกษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่มียินยอมรับการรักษาตามแผน</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Craniotomy ที่เป็นผู้ป่วยใน ในการรวม
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Craniotomy ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลทั้งหมด ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Craniotomy ที่จำหน่ายออกจากรพ. ในเดือนก่อนหน้านั้น (จำหน่ายทุกประการ)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Procedure = 01.12, 01.14, 01.20-01.25, 01.31-01.32, 01.39, 01.41, 01.51-01.53, 01.59, 02.01, 02.03-02.06, 02.11-02.12, 02.31-02.35, 02.42, 04.01-04.02, 07.53, 07.61-07.63, 07.65, 07.72, 38.32, 38.61, 38.81, 39.28, 39.51-39.53
	ตัวหาร Procedure = 01.12, 01.14, 01.20-01.25, 01.31-01.32, 01.39, 01.41, 01.51-01.53, 01.59, 02.01, 02.03-02.06, 02.11-02.12, 02.31-02.35, 02.42, 04.01-04.02, 07.53, 07.61-07.63, 07.65, 07.72, 38.32, 38.61, 38.81, 39.28, 39.51-39.53
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี ๖
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
หมายเหตุ	



หมวด DR: Respiratory Disease (R)

ประเภท DR01 Pneumonia

หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease
ประเภทตัวชี้วัด	Pneumonia
รหัสตัวชี้วัด	DR0101
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดบวม
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Pneumonia: Deaths After Admission for Pneumonia (fatality rate)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Pneumonia หมายถึง ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุซึ่งอยู่ในสถานะผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอักเสบหรือปอดบวม หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ใน</p> <p>2. การเสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดบวม หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มี Principal Diagnosis (Pdx) ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็นโรคปอดบวม <u>และ</u> มีสาเหตุการตายจากโรคปอดบวม ซึ่งอยู่ในสถานะผู้ป่วยใน</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรคปอดบวม
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดบวม จากทุกห้องผู้ป่วย
	ตัวหาร b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคปอดบวม (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ หรือ sdx <u>และ</u> เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรคปอดบวม Pdx or Sdx = J10.0, J11.0, J12-J16, J17.0*, J17.1*, J17.2*, J17.3*, J17.8*, J18, J85.0, J85.1
	ตัวหาร J10.0, J11.0, J12-J16, J17.0*, J17.1*, J17.2*, J17.3*, J17.8*, J18, J85.0, J85.1
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	Australia, สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease
ประเภทตัวชี้วัด	Pneumonia
รหัสตัวชี้วัด	DR0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาล ของผู้ป่วยโรคปอดบวมภายใน 28 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Pneumonia: Rate of Re-admission for Pneumonia Patients
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Pneumonia หมายถึง ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุซึ่งอยู่ในสถานะผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอักเสบหรือปอดบวม โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้</p> <p>2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดบวมภายใน 28 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคปอดบวมกลับเข้ามารับการตรวจรักษา ภายหลังจากที่จำหน่ายมีชีวิตออกจากโรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status = improve) (ยกเว้นผู้ป่วยที่ปรึกษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่มีข้อมูลรับการรักษาตามแผน) ภายใน 28 วัน และต้องรับผู้ป่วยกลับเข้ามือนอนพักรักษาในโรงพยาบาล</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรคปอดบวม
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดบวมที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง $Pdx = J10.0, J11.0, J12-J16, J17.0^*, J17.1^*, J17.2^*, J17.3^*, J17.8^*, J18, J85.0, J85.1$
	ตัวหาร $Pdx = J10.0, J11.0, J12-J16, J17.0^*, J17.1^*, J17.2^*, J17.3^*, J17.8^*, J18, J85.0, J85.1$
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	Australia, สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease
ประเภทตัวชี้วัด	Pneumonia
รหัสตัวชี้วัด	DR0103
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยโรคปอดบวมได้รับคำแนะนำให้ดอดหรือเลิกบุหรี่ ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Pneumonia: Smoking Cessation Advice Given
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Pneumonia หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอักเสบ หรือปอดบวม โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ตั้งที่ระบุไว้ด้านล่าง</p> <p>2. การแนะนำให้ดอดหรือเลิกบุหรี่ หมายถึง การให้คำแนะนำ/การปรึกษา ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อภาวะของโรคที่เป็น แก่ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีประวัติ สูบบุหรี่ภายใน 1 ปีก่อนได้รับการตรวจรักษาในขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยลดหรือ เลิกบุหรี่</p>
วัดถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรคปอดบวม
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดบวมที่สูบบุหรี่ได้รับการแนะนำให้ดอดหรือเลิกบุหรี่
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดบวมที่สูบบุหรี่ทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = J10.0, J11.0, J12-J16, J17.0*, J17.1*, J17.2*, J17.3*, J17.8*, J18, J85.0, J85.1
	ตัวหาร Pdx = J10.0, J11.0, J12-J16, J17.0*, J17.1*, J17.2*, J17.3*, J17.8*, J18, J85.0, J85.1
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	JCI
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

ประเภท DR02 TB (mycobacterium tuberculosis)

หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease
ประเภทตัวชี้วัด	TB (Mycobacterium tuberculosis)
รหัสตัวชี้วัด	DR0201
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวันโรคปอดในช่วง 12 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	TB: Mortality Rate (during 12 months)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยวันโรคปอด หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอด โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยวันโรคปอดในช่วง 12 เดือน หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ของผู้ป่วยวันโรคปอดเด�数หนึ่งรายใหม่ ที่อยู่ระหว่างการรักษาวันโรค ภายในช่วงเวลา 12 เดือนของการรักษา</p> <p>3. ผู้ป่วยวันโรคปอดเด�数หนึ่งรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการตรวจเด�数หนึ่งรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษา วันโรคซึ่งเป็นผู้ป่วยวันโรคปอดระยะแพร่เชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษา</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยวันโรคปอด
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยวันโรคปอดระยะแพร่เชื้อรายใหม่ที่เสียชีวิตในระหว่างการรักษาในช่วง 12 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยวันโรคปอดเด�数หนึ่งรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา (ในรอบ ปีงบประมาณเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง $Pdx = A15, A16$ และเสียชีวิตในระหว่างการรักษาในช่วง 12 เดือน
	ตัวหาร $Pdx = A15, A16$ และเด�数หนึ่งรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าปีงบประมาณ = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	คำนิยามและวิธีการเก็บตัวชี้วัด ให้อ้างอิงจาก สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค



หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease	
ประเภทตัวชี้วัด	TB (Mycobacterium tuberculosis)	
รหัสตัวชี้วัด	DR0202	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	TB: Percentage of PLHIV having a TB Screening	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นผู้ป่วย/ ผู้ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยโดยมีผลการตรวจเลือด ยืนยันแล้วว่า HIV Positive โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ในนี้</p> <p>2. การคัดกรองวัณโรคปอด (Pulmonary TB) หมายถึง การกระทำในข้อใดข้อหนึ่ง และ/ หรือทุกข้อ ดังนี้ (1) การซักประวัติอาการทางคลินิก หรือความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค เช่น มีอาการไข้ ไอ เปื่อยอาหาร น้ำหนักลดเหี้อออกในเวลากลางคืน ติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์ มีประวัติรักษาวัณโรคมาก่อน เคยอาศัยใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคมาก่อน เคยมีประวัติต้องข้ามมาก่อน เป็นต้น (2) ตรวจ CXR (3) ตรวจสมมห</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพกระบวนการตรวจคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบปีงบประมาณ
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและไม่อยู่ในระหว่างการรักษาวัณโรค (ในรอบปีงบประมาณเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	HIVQUAL-T	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease
ประเภทตัวชี้วัด	TB (Mycobacterium tuberculosis)
รหัสตัวชี้วัด	DR0203
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราความสำเร็จการรักษาวันโรค
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	TB: Treatment Success Rate for TB
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยวันโรค หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรควันโรคปอดโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ใน</p> <p>2. ความสำเร็จของการรักษาวันโรค เป็นการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวันโรครายใหม่ที่เข้า ทะเบียนรักษาทุกรายย้อนหลัง 1 ปี (12 เดือน) ซึ่งประกอบด้วยจำนวนการรักษาหาย (cure) และ จำนวนการรักษาครบ (complete) รวมกันเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยวันโรคพบเชื้อร้าย ใหม่ที่เข้าทะเบียน</p> <p>3. การรักษาหาย (cure) หมายถึง ผู้ป่วยวันโรคสมหวังพบร่องรอยที่ได้รับการรักษาจนครบกำหนด และในระหว่างการรักษาไม่ผลการตรวจเสมอจะเปลี่ยนเป็นลบ อย่างน้อย 2 ครั้ง โดยเน้นมีการตรวจ ครั้งสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการรักษาปล่อยเป็นลบด้วย</p> <p>4. การรักษาครบ (complete) หมายถึง ผู้ป่วยวันโรคสมหวังพบร่องรอยที่ได้รับการรักษาจนครบ กำหนด ในระหว่างการรักษาไม่ผลการตรวจเสมอจะเปลี่ยนเป็นลบ แต่ไม่มีผลการตรวจครั้งสุดท้าย เมื่อสิ้นสุดการรักษา</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยวันโรคปอด
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยวันโรคปอดพบเชื้อร้ายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายรวมกับการรักษาครบ
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยวันโรคปอดพบเชื้อร้ายใหม่ที่เข้าทะเบียนรักษา (ในรอบปีงบประมาณเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = A15, A16
	ตัวหาร Pdx = A15, A16
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สร., สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	คำนิยามและวิธีการเก็บตัวชี้วัด ให้อ้างอิงจาก สำนักวันโรค กรมควบคุมโรค

หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease
ประเภทตัวชี้วัด	TB (Mycobacterium tuberculosis)
รหัสตัวชี้วัด	DR0204
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยวันโรคได้รับการตรวจคัดกรอง HIV
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	TB: Percentage of TB having a HIV Screening
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยวันโรค หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนักและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรควันโรคปอดโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ด้านล่าง</p> <p>2. การคัดกรอง HIV หมายถึง การคัดกรองภาวะการติดเชื้อเอชไอวี โดยผ่านระบบ Voluntary Counseling and Testing (VCT) หรือปัจจุบันอาจใช้ DCT (diagnosis counseling and testing) PICT (Provider induce counseling and testing)</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยวันโรคปอด
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยวันโรคปอดที่ได้รับการคัดกรอง HIV ทั้งโดยวิธี VCT, DCT, PICT
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยวันโรคปอดทั้งหมด (ในรอบปีงบประมาณเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = A15, A16
	ตัวหาร Pdx = A15, A16
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สำนักวัณโรค
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	คำนิยามและวิธีการเก็บตัวชี้วัด ให้อ้างอิงจาก สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค



หมวดตัวชี้วัด	Respiratory disease
ประเภทตัวชี้วัด	TB (Mycobacterium tuberculosis)
รหัสตัวชี้วัด	DR0205
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยวันโรคที่มีผลเลือดเชื้อไวรัสได้รับการรักษาด้วย ART
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	TB: Percentage of HIV-positive TB Patients Started on ART
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยวันโรค หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรควันโรคปอดโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ด้านล่าง</p> <p>2. ผู้ป่วยที่มีผลเลือดเชื้อไวรัส หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นผู้ป่วย/ผู้ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยโดยมีผล การตรวจเลือดยืนยันแล้วว่า HIV positive หรือมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรค B20-B24, Z21</p> <p>3. การรักษาด้วย ART หมายถึง การที่ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาโดยการกินยา ต้านไวรัสสูตรใดสูตรหนึ่งนานา มากกว่า 6 เดือน</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยวันโรคปอด
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยวันโรคปอดที่มีผลเลือดเชื้อไวรัสได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยวันโรคปอดที่มีผลเลือดเชื้อไวรัสทั้งหมด (ในรอบปีงบประมาณ เดียวกัน)
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = A15, A16, and B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร Pdx = A15, A16, and B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สำนักวัณโรค
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

ประเภท DR03 Asthma

หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Asthma	
รหัสตัวชี้วัด	DR0301	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Asthma ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Asthma: Unplanned Re-admission Rate of Asthma within 28 Days After Last Discharge	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Asthma หมายถึง ผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหิด โดยมี รหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้</p> <p>2. การรับผู้ป่วย Asthma กลับเข้าโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง การที่ผู้ป่วย Asthma กลับมารับการตรวจรักษาโดยไม่ได้วางแผน ภายหลังจากที่จำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) (ยกเว้น ผู้ป่วยที่ปรึกษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน) ภายใน 28 วัน และ ต้องรับกลับเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Asthma ที่เป็นผู้ป่วยใน ภาพรวม	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่จำหน่ายด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน ในเดือนก่อน หน้า�ั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J45, J46
	ตัวหาร	Pdx = J45, J46
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งข้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี ๖	
ที่มา/ Reference	THIP สปสช.	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease				
ประเภทตัวชี้วัด	Asthma				
รหัสตัวชี้วัด	DR0302				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วย Asthma ได้รับคำแนะนำให้อดหรือเลิกบุหรี่ ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Asthma: Smoking Cessation Advice Given				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Asthma หมายถึง ผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่ดี โดยมี รหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ใน</p> <p>2. การแนะนำให้อดหรือเลิกบุหรี่ หมายถึง การให้คำแนะนำ/การปรึกษา ให้ความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อภาวะของโรคที่เป็น แก่ผู้ป่วย Asthma ที่มีประวัติสูบ บุหรี่ภายใน 1 ปีก่อนการได้รับการตรวจรักษาในขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยลด หรือเลิกบุหรี่</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Asthma ที่เป็นผู้ป่วยใน ในการพรวม				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่สูบบุหรี่ได้รับการแนะนำให้อดหรือเลิกบุหรี่</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่สูบบุหรี่ได้รับการแนะนำให้อดหรือเลิกบุหรี่	ตัวหาร	$b =$ จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่สูบบุหรี่ได้รับการแนะนำให้อดหรือเลิกบุหรี่				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>Pdx = J45, J46</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>Pdx = J45, J46</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	Pdx = J45, J46	ตัวหาร	Pdx = J45, J46
ตัวตั้ง	Pdx = J45, J46				
ตัวหาร	Pdx = J45, J46				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	สร., สปสช.				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด	Respiratory disease				
ประเภทตัวชี้วัด	Asthma				
รหัสตัวชี้วัด	DR0303				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Asthma ภายใน 28 วัน				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Asthma: Total Re-admission Rate into the Hospital within 28 Days of Asthma Patients				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Asthma หมายถึง ผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (pdx) เป็นโรคหิด โดยมี รหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรค Asthma ภายใน 28 วัน ทั้งหมดหลังจากน้ำทึบ ออกจากโรงพยาบาล ยกเว้นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษา ตามแผน</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Asthma ที่เป็นผู้ป่วยใน ในภาพรวม				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลทั้งหมด ภายใน 28 วัน หลังออก โรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านั้น</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลทั้งหมด ภายใน 28 วัน หลังออก โรงพยาบาล	ตัวหาร	$b =$ จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านั้น
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลทั้งหมด ภายใน 28 วัน หลังออก โรงพยาบาล				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านั้น				
รหัสโรค/ หัดถก ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>Pdx = J45, J46</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>Pdx = J45, J46</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	Pdx = J45, J46	ตัวหาร	Pdx = J45, J46
ตัวตั้ง	Pdx = J45, J46				
ตัวหาร	Pdx = J45, J46				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



ประเภท DR04 COPD

หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease	
ประเภทตัวชี้วัด	COPD	
รหัสตัวชี้วัด	DR0401	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	COPD: Unplanned Re-admission Rate of COPD Within 28 Days After Last Discharge	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย COPD หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ใน</p> <p>2. การรับผู้ป่วย COPD กลับเข้าโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง การที่ผู้ป่วย COPD กลับมา=rับการตรวจรักษาโดยไม่ได้วางแผน ภายหลังจากที่จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status = improve) (ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน) ภายใน 28 วัน และต้องรับกลับเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COPD ที่เป็นผู้ป่วยใน ภาพรวม	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย COPD ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย COPD ที่จำหน่ายด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน ในเดือนก่อนหน้า นั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J44
	ตัวหาร	Pdx = J44
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่าสูงน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease
ประเภทตัวชี้วัด	COPD
รหัสตัวชี้วัด	DR0402
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	COPD: Total Re-admission Rate into The Hospital Within 28 Days of COPD Patients
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย COPD หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้</p> <p>2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรค COPD ภายใน 28 วัน ทั้งหมดหลังจากออกจากโรงพยาบาล ยกเว้นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COPD ที่เป็นผู้ป่วยใน ในการรักษา
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย COPD ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลทั้งหมด ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย COPD ที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = J44
	ตัวหาร Pdx = J44
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี ๖
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease	
ประเภทตัวชี้วัด	COPD	
รหัสตัวชี้วัด	DR0403	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราป่วยตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	COPD: Fatality Rate of COPD	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย COPD หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥18 ปี ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้</p> <p>2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย COPD หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย COPD ที่มี Pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็น COPD และมีสาเหตุการตายจากโรค COPD</p> <p>3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกรณี</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COPD	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย COPD จากทุกหอผู้ป่วย
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย COPD จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J44
	ตัวหาร	Pdx = J44
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่าถี่น้อย = มีคุณภาพดี G	
ที่มา/ Reference	สปสช.	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease
ประเภทตัวชี้วัด	COPD
รหัสตัวชี้วัด	DR0404
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	COPD: Percentage of COPD Patients with Ongoing Smoking
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่อยู่ หรือ เลิกบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่เกิน 12 เดือน 2) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพ ของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ที่ยัง สูบบุหรี่อยู่ หรือ เลิกบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่เกิน 12 เดือน (คน)
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ทั้งหมด (คน)
รหัสโรค/ หัวถูกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = J44
	ตัวหาร Pdx = J44
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี ๕
ที่มา/ Reference	กรมการแพทย์/ แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเทศไทย ปี 2558
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2559
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวด DC: Chronic Disease (C)

ประเภท DC01 Diabetes Mellitus

หมวดตัวชี้วัด	Chronic Disease
ประเภทตัวชี้วัด	DM
รหัสตัวชี้วัด	DC0101
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	DM: Percentage of Patients with Diabetes to Control Blood Sugar Levels as Well
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาภาระโรงพยาบาลซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก ≥ 2 ครั้งใน 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน 1 ปี โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ใน</p> <p>2. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>(1) ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ 7 <u>หรือ</u></p> <p>(2) ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน 70-130 มก./ดล. โดยเป็นค่าระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจติดตามในคลินิกเบาหวานตามนัด <u>หมายเหตุ</u> ในการตรวจติดตาม อาจใช้ Fasting Capillary Glucose แทน FPG ได้</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในครึ่งปี (6 เดือน)
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด (ในครึ่งปีเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง E10, E11, E12, E13, E14
	ตัวหาร E10, E11, E12, E13, E14
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ตัดนิยามคำว่า "Principal Diagnosis และ/หรือ pdx" ออก เนื่องจาก การลงทะเบียน ICD-10 ของผู้ป่วยนอก ในบริบทประเทศไทยผู้ป่วยจะมารับการรักษาด้วยโรคร่วมชายใจโรค โดยอาจจะไม่ได้ระบุให้เบาหวานเป็นโรคหลักเท่านั้น
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Chronic Disease				
ประเภทตัวชี้วัด	DM				
รหัสตัวชี้วัด	DC0103				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจ่อประสาทตา				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	DM: Percentage of Diabetic Retinopathy Screening				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาภัยโรงพยาบาลซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก ≥ 2 ครั้งใน 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน 1 ปี โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ใน</p> <p>2. การคัดกรองเบาหวานเข้าจ่อประสาทตา หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจจ่อประสาทตาอย่างละเอียด โดยจักษุแพทย์ หรือคัดกรองด้วย Fundus Camera อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจ่อประสาทตา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งต่อปี (คน)</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีเดียวกัน (คน)</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจ่อประสาทตา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งต่อปี (คน)	ตัวหาร	$b =$ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีเดียวกัน (คน)
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจ่อประสาทตา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งต่อปี (คน)				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีเดียวกัน (คน)				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>E10, E11, E12, E13, E14</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>E10, E11, E12, E13, E14</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	E10, E11, E12, E13, E14	ตัวหาร	E10, E11, E12, E13, E14
ตัวตั้ง	E10, E11, E12, E13, E14				
ตัวหาร	E10, E11, E12, E13, E14				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	กระทรวงสาธารณสุข, Service Plan สาขาตา, Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559				
เหตุผลของการปรับปรุง	<p>ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับแก้ไขชื่อภาษาอังกฤษ เพิ่มความชัดเจนของนิยาม ข้อมูลที่จัดเก็บ</p> <p>ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2559): (1) ตัดนิยาม คำว่า “principal diagnosis และ/ หรือ pdx” ออก เนื่องจาก การลงทะเบียน ICD-10 ของผู้ป่วยนอก ในบริบทประเทศไทยผู้ป่วยจะมารับการรักษาด้วยโรคร่วม癀ายโรค โดยอาจจะไม่ได้ระบุให้เบาหวานเป็นโรคหลักเท่านั้น</p>				
หมายเหตุ					

หมายตัวชี้วัด	Chronic Disease
ประเภทตัวชี้วัด	DM
รหัสตัวชี้วัด	DC0107
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	DM: Rate of Lower-extremity Amputation among Patients with Diabetes
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ มี Principal Diagnosis (pdx) เป็นโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่เข้าพยาบาลที่โรงพยาบาลชั้นนำ จำนวน 2 ครั้งใน 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน 1 ปี โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ด้านล่าง</p> <p>2. การตัดขาจากภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ได้จนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท่าชั้งจำเป็นต้องทำการรักษาโดยการตัดขา</p> <p>3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดขา หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าพยาบาลที่โรงพยาบาลชั้นนำ จำนวน 2 ครั้งใน 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน 1 ปี โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ด้านล่าง</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งหมด
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง $Pdx = E10, E11, E12, E13, E14 \text{ and Procedure} = 84.10 - 84.19$
	ตัวหาร $Pdx = E10, E11, E12, E13, E14$
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือเดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



ประเภท DC02 Hypertension

หมวดตัวชี้วัด	Chronic Disease
ประเภทตัวชี้วัด	HT
รหัสตัวชี้วัด	DC0201
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HT: Percentage of Patients with Hypertension have Good Controlled Blood Pressure
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการ วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงและเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษา กับโรงพยาบาลซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก \geq 2 ครั้ง ใน 6 เดือน หรือ \geq 3 ครั้ง ใน 1 ปี โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>2.1 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไป ที่ไม่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้ง สุดท้ายติดต่อกัน $< 140/90$ มม.ปอรอท.</p> <p>2.2 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย ติดต่อกัน $< 140/80$ มม.ปอรอท</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ใน ครึ่งปี
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด (ในครึ่งปี เดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง I10, I11, I12, I13, I14, I15
	ตัวหาร I10, I11, I12, I13, I14, I15
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ตัดนิยามคำว่า "principal diagnosis และ/หรือ pdx" ออก เนื่องจาก การลงทะเบียน ICD-10 ของผู้ป่วยนอก ในบริบทประเทศไทยผู้ป่วยจะมา รับการรักษาด้วยโรคร่วม癀ายโรค โดยอาจจะไม่ได้ระบุให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคหลัก เท่านั้น
หมายเหตุ	



ประเภท DC03 HIV

หมวดตัวชี้วัด	Chronic disease	
ประเภทตัวชี้วัด	HIV	
รหัสตัวชี้วัด	DC0301	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัส ได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HIV: Percentage of Patients with at least One Test VL after ARV Treatment	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นผู้ป่วย/ผู้ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยโดยมีผลการตรวจเลือด ยืนยันแล้วว่า HIV Positive โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้เนื่อง</p> <p>2. ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัสสูตรเดสูตรหนึ่งนานมากกว่า 6 เดือน</p> <p>3. ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัส ได้รับการตรวจ VL หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรเดสูตรหนึ่งนานมากกว่า 6 เดือน ได้รับการ ตรวจเลือดหาค่าจำนวนเชื้อไวรัส อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี (โดยผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้ ควรได้รับการตรวจติดตาม VL ทุก 6-12 เดือน)</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคHIV	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 1 ปี
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสนานมากกว่า 6 เดือน ทั้งหมด (ในปีเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งข้างอิง/ ปี) *	(ระดับประเทศ ปี 53-56 เฉลี่ย 97.14%)	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	HIVQUAL-T	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Chronic disease
ประเภทตัวชี้วัด	HIV
รหัสตัวชี้วัด	DC0302
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี VL < 50 copies/ml หลังจากกินยาต้านไวรัสมาแล้ว 12 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HIV: Percentage of patients with VL< 50 copies/ml after ARV Treatment 12 months ago
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นผู้ป่วย/ ผู้ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยโดยมีผลการตรวจเลือดยืนยันแล้วว่า HIV Positive โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ด้านล่างนี้</p> <p>2. ผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี VL < 50 copies/ml หลังจากกินยาต้านไวรัสมาแล้ว 12 เดือน หมายถึง ผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยการกินยาต้านไวรัสสูตรเดิมที่นิยมมาแล้ว 12 เดือน ได้รับการตรวจเลือดหาค่าจำนวนเชื้อไวรัส (VL) และพบว่ามีค่าน้อยกว่า 50 copies/ml</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคHIV
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี VL < 50 copies/ml หลังจากกินยาต้านไวรัสมาแล้ว 12 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มยาต้านไวรัสครบ 12 เดือนในช่วงปีที่ประเมิน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	(ระดับประเทศไทย ปี 2553-2556 เนลี่ย 84.94%)
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	HIVQUAL-T
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Chronic Disease
ประเภทตัวชี้วัด	HIV
รหัสตัวชี้วัด	DC0306
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้ออุโรหิเวศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HIV: Percentage of Patients Screening PAP Smear
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้ออุโรหิเวศ หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นผู้ป่วย/ ผู้ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยโดยมีผลการตรวจเลือด ยืนยันแล้วว่า HIV Positive โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ในนี้</p> <p>2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตรวจโดยวิธีการทำ Pap Smear หรือ Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) โดยผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้ออุโรหิเวศหญิงควรได้รับการ ตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค HIV
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้ออุโรหิเวศหญิงที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ประเมิน
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้ออุโรหิเวศหญิงทั้งหมด (ในรอบปีที่ประเมินเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	(ระดับประเทศไทย ปี 2553-2556 เฉลี่ย 84.27%)
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	HIVQUAL-T
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
เป้าหมายของระบบ THIP	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Chronic Disease
ประเภทตัวชี้วัด	HIV
รหัสตัวชี้วัด	DC0307
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HIV: Percentage of People Living with HIV Newly Registered who were Tested for Syphilis
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นผู้ป่วย/ผู้ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยโดยมีผลการตรวจเลือดยืนยันแล้วว่า HIV Positive โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ในข้อ 2 การตรวจคัดกรองซิฟิลิส มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาโรคซิฟิลิสโดยการตรวจเลือดสามารถทำได้โดยการตรวจเลือด (Syphilis Serologist Screening Tests) ประกอบด้วย การตรวจ 2 ชนิด คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Non-treponemal Test : VDRL, RPR 2.2 Treponemal Test : TPHA, TPPA, FTA-ABS
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ HIV
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ในรอบปีรายงาน
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมด ในรอบปีรายงาน
รหัสโรค/ หัดถกการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21, A51
	ตัวหาร Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	(ระดับประเทศ ปี 2553-2556 เนลี่ย 92.71%)
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	HIVQUAL-T
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2560
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



ประเภท DC04 Cancer

หมวดตัวชี้วัด	Chronic Disease
ประเภทตัวชี้วัด	Cancer
รหัสตัวชี้วัด	DC0401
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราตายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Cancer: Mortality Rate of Cancer
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) or Secondary Diagnosis (Sdx) เป็นโรคมะเร็ง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้เงี้น</p> <p>2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer) หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยที่มี Pdx เป็นมะเร็ง (Cancer) หรือ Sdx เป็นมะเร็ง และเสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก มะเร็ง</p> <p>3. การจำแนยทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกกรณี</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer) ที่จำแนยด้วยการเสียชีวิต ใน 1 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนครั้งของผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer) ที่จำแนยทุกสถานะ (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = C00-C97, D00-D09 หรือ Z51.0, Z51.1 and Sdx = C00-C97, D00-D09
	ตัวหาร Pdx = C00-C97, D00-D09 หรือ Z51.0, Z51.1 and Sdx = C00-C97, D00-D09
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือเดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Chronic disease
ประเภทตัวชี้วัด	Cancer
รหัสตัวชี้วัด	DC0402
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลก่อนวันนัดโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยมะเร็ง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Cancer: Unplanned Re-admission Rate of Cancer Patients
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) or Secondary Diagnosis (Sdx) เป็นโรคมะเร็ง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลก่อนวันนัดโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer) กลับมา=rับการตรวจรักษาก่อนถึงกำหนดวันนัดหมาย และจำเป็นต้องรับกลับเข้านอนพักรักษาใน รพ. โดยไม่ได้วางแผน</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer) ที่มาตรวจก่อนถึงกำหนดวันนัดหมายและรับไว้ในโรงพยาบาล
	ตัวหาร b = จำนวนครั้งของผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer) ที่รับไว้ในโรงพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = C00-C97, D00-D09 หรือ Z51.0, Z51.1 and Sdx = C00-C97, D00-D09
	ตัวหาร Pdx = C00-C97, D00-D09 หรือ Z51.0, Z51.1 and Sdx = C00-C97, D00-D09
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือเดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าถี่น้อย = มีคุณภาพดี ๖
ที่มา/ Reference	สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Chronic Disease				
ประเภทตัวชี้วัด	Cancer				
รหัสตัวชี้วัด	DC0403				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราป่วยตายด้วยโรคมะเร็งตับ				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Cancer: Fatality Rate of Liver Cancer				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) or Secondary Diagnosis (Sdx) เป็นโรคมะเร็ง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย Liver Cancer หมายถึง การเสียชีวิตจากสาเหตุของผู้ป่วย Liver Cancer ที่มี Pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็นโรค Liver Cancer และมีสาเหตุการตายจากโรคโรค Liver Cancer ซึ่งอยู่ในสถานะผู้ป่วยใน</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนครั้งของผู้ป่วย Liver Cancer ที่จำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ใน 1 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนครั้งของผู้ป่วย Liver Cancer ที่จำหน่ายทุกสถานะ (ในเดือนเดียวกัน)</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งของผู้ป่วย Liver Cancer ที่จำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ใน 1 เดือน	ตัวหาร	$b =$ จำนวนครั้งของผู้ป่วย Liver Cancer ที่จำหน่ายทุกสถานะ (ในเดือนเดียวกัน)
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งของผู้ป่วย Liver Cancer ที่จำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ใน 1 เดือน				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนครั้งของผู้ป่วย Liver Cancer ที่จำหน่ายทุกสถานะ (ในเดือนเดียวกัน)				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>Pdx = C22.0, C22.2, C22.3, C22.4, C22.5, C22.6, C22.7, C22.8, C22.9 หรือ Pdx = Z51.0, Z51.1 and Sdx = C22.0, C22.2, C22.3, C22.4, C22.5, C22.6, C22.7, C22.8, C22.9</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>Pdx = C22.0, C22.2, C22.3, C22.4, C22.5, C22.6, C22.7, C22.8, C22.9 หรือ Pdx = Z51.0, Z51.1 and Sdx = C22.0, C22.2, C22.3, C22.4, C22.5, C22.6, C22.7, C22.8, C22.9</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	Pdx = C22.0, C22.2, C22.3, C22.4, C22.5, C22.6, C22.7, C22.8, C22.9 หรือ Pdx = Z51.0, Z51.1 and Sdx = C22.0, C22.2, C22.3, C22.4, C22.5, C22.6, C22.7, C22.8, C22.9	ตัวหาร	Pdx = C22.0, C22.2, C22.3, C22.4, C22.5, C22.6, C22.7, C22.8, C22.9 หรือ Pdx = Z51.0, Z51.1 and Sdx = C22.0, C22.2, C22.3, C22.4, C22.5, C22.6, C22.7, C22.8, C22.9
ตัวตั้ง	Pdx = C22.0, C22.2, C22.3, C22.4, C22.5, C22.6, C22.7, C22.8, C22.9 หรือ Pdx = Z51.0, Z51.1 and Sdx = C22.0, C22.2, C22.3, C22.4, C22.5, C22.6, C22.7, C22.8, C22.9				
ตัวหาร	Pdx = C22.0, C22.2, C22.3, C22.4, C22.5, C22.6, C22.7, C22.8, C22.9 หรือ Pdx = Z51.0, Z51.1 and Sdx = C22.0, C22.2, C22.3, C22.4, C22.5, C22.6, C22.7, C22.8, C22.9				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือเดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี ๖				
ที่มา/ Reference	สปสช.				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



ประเภท DC05 Chronic Kidney Disease

หมวดตัวชี้วัด	Chronic Disease
ประเภทตัวชี้วัด	Chronic Kidney Disease (CKD)
รหัสตัวชี้วัด	DC0501
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมาย
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CKD: Percentage of Chronic Kidney Disease Patients who Achieve the Kidney Function Deterioration Delay Target
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR ≥ 2 ค่าในช่วงเวลาที่ ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล, และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง ลดลง $<4 \text{ mL/min}/1.73 \text{ m}^2/\text{Yr}$</p> <p>2) eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า Serum Creatinine</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อแสดงประสิทธิผล ของกระบวนการชะลอความเสื่อมของไตทั้งระบบ
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วย นอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR เกินกว่า 2 ค่า ในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล, <u>และ มีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง ลดลง $<4 \text{ mL/min}/1.73 \text{ m}^2/\text{Yr}$</u>
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วย นอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR เกินกว่า 2 ค่า ในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 1) N183, N184, (N189 ที่ไม่มี eGFR หรือมีค่า eGFR ≥ 15 แต่น้อยกว่า $60 \text{ mL/min}/1.73 \text{ m}^2/\text{Yr}$), 2) E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151 ที่มีค่า eGFR ≥ 15 แต่น้อยกว่า $60 \text{ mL/min}/1.73 \text{ m}^2/\text{Yr}$ โดยนับคนไม่ซ้ำ และต้องมีผล eGFR เกินกว่า 2 ค่า ในช่วงเวลา ที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล, <u>และ มีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง ลดลง $<4 \text{ mL/min}/1.73 \text{ m}^2/\text{Yr}$</u>
	ตัวหาร ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 1) N183, N184, (N189 ที่ไม่มี eGFR หรือมีค่า eGFR ≥ 15 แต่น้อยกว่า $60 \text{ mL/min}/1.73 \text{ m}^2/\text{Yr}$), 2) E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151 ที่มีค่า eGFR ≥ 15 แต่น้อยกว่า $60 \text{ mL/min}/1.73 \text{ m}^2/\text{Yr}$ โดยนับคนไม่ซ้ำ และต้องมีผล eGFR เกินกว่า 2 ค่า ในช่วงเวลา ที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล



ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 63 /อ้างอิงจาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข/26 พฤษภาคม 2559
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	กรมการแพทย์/ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2559
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Chronic Disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Chronic Kidney Disease (CKD)	
รหัสตัวชี้วัด	DC0502	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยา ACEi หรือ ARB	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CKD: Percentage of Chronic Kidney Disease Patients who are Receiving ACEi or ARB	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีค่า eGFR $\geq 15 \text{ mL/min}/1.73 \text{ m}^2/\text{Yr}$</p> <p>2) eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า Serum Creatinine</p> <p>3) ACEi หมายถึง ยาในกลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor</p> <p>4) ARB หมายถึง ยาในกลุ่ม Angiotensin Receptor Blocker</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อแสดงประสิทธิภาพ ของกระบวนการดูแลรักษาเพื่อชล栎ความเสี่อมของไตของหน่วย บริการ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วย นอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีค่า eGFR $\geq 15 \text{ mL/min}/1.73 \text{ m}^2/\text{Yr}$, และ ได้รับการรักษาด้วยยา ACEi หรือ ARB
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีค่า eGFR $\geq 15 \text{ mL/min}/1.73 \text{ m}^2/\text{Yr}$
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 1) N181, N182, N183, N184, (N189 ที่ไม่มี eGFR หรือมีค่า eGFR $\geq 15 \text{ mL/min}/1.73 \text{ m}^2/\text{Yr}$), 2) E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151 ที่มีค่า eGFR $\geq 15 \text{ mL/min}/1.73 \text{ m}^2/\text{Yr}$ โดยนับคนไม่ซ้ำ และ ได้รับการรักษาด้วยยา ACEi หรือ ARB
	ตัวหาร	ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 1) N181, N182, N183, N184, (N189 ที่ไม่มี eGFR หรือมีค่า eGFR $\geq 15 \text{ mL/min}/1.73 \text{ m}^2/\text{Yr}$), 2) E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151 ที่มีค่า eGFR $\geq 15 \text{ mL/min}/1.73 \text{ m}^2/\text{Yr}$ โดยนับคนไม่ซ้ำ
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดราย 6 เดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	

Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 44 /อ้างอิงจาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข/26 พฤษภาคม 2559
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	กรมการแพทย์/ สมาคมโรคติดแห่งประเทศไทย และ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2559
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวด DO: Musculoskeletal Disease (O)

ประเภท DO02 Hip

หมวดตัวชี้วัด	Musculoskeletal Disease				
ประเภทตัวชี้วัด	Hip				
รหัสตัวชี้วัด	DO0202				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกได้รับ Prophylactic Antibiotic				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Hip: Percentage of Patients who Received Antibiotic Prophylaxis in Hip Arthroplasty				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อสะโพกซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกโดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. การได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัด (กรณีเป็นการให้ยาแบบ IV drip ให้เริ่มนับเวลาเมื่อ drip ยาหมด)</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด Hip Arthroplasty				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกที่ได้รับ Prophylactic Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมีดผ่าตัด ใน 1 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมดในเดือนเดียวกัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกที่ได้รับ Prophylactic Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมีดผ่าตัด ใน 1 เดือน	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมดในเดือนเดียวกัน
ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกที่ได้รับ Prophylactic Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมีดผ่าตัด ใน 1 เดือน				
ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมดในเดือนเดียวกัน				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>Procedure = 81.51, 81.52, 81.53</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>Procedure = 81.51, 81.52, 81.53</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53	ตัวหาร	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53
ตัวตั้ง	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53				
ตัวหาร	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	<p>THIP http://www.aaos.org/about/papers/advistmt/1027.asp</p> <p>2012http://www.ashp.org/surgical-guidelines</p> <p>http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf</p>				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558				
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): (1) ให้รหัส ICD-9 81.40 ออกห่างในตัวตั้งและตัวหาร เพื่อให้นิยามการจัดเก็บสอดคล้องกับนิยามสาขาวิชา CDC ที่ระบุว่า HPRO หมายถึง 81.51, 81.52, 81.53				
หมายเหตุ	อัตราการติดเชื้อ 0.67- 2.4				



หมวดตัวชี้วัด	Musculoskeletal Disease				
ประเภทตัวชี้วัด	Hip				
รหัสตัวชี้วัด	DO0204				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 1 ปี				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Hip: Surgical Hip Replacement Infection Rate within 1 Year				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อสะโพก ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. เป็นการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ภายในช่วงระยะเวลา 1 ปี หลังการผ่าตัด นับเฉพาะการติดเชื้อครั้งแรก				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดข้อสะโพก				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมดในเดือนเดียวกัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมดในเดือนเดียวกัน
ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก				
ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมดในเดือนเดียวกัน				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>Procedure = 81.51, 81.52, 81.53 และ มีการติดเชื้อ</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>Procedure = 81.51, 81.52, 81.53</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53 และ มีการติดเชื้อ	ตัวหาร	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53
ตัวตั้ง	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53 และ มีการติดเชื้อ				
ตัวหาร	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53				
ความต้องการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี G				
ที่มา/ Reference	THIP I , CDC, January 2014				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558				
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): (1) ให้ตั้งรหัส ICD-9 81.40 ออกทั้งในตัวตั้งและตัวหาร เพื่อให้นิยามการจัดเก็บสอดคล้องกับนิยามສากลของ CDC ที่ระบุว่า HPRO หมายถึง 81.51, 81.52, 81.53., (2) ปรับเพิ่มคำว่า “ภายใน 1 ปี” ต่อหัวข้อตัวชี้วัด เพื่อความ ชัดเจนของระยะเวลาการติดตามการติดเชื้อในช่วงเวลา 1 ปี				
หมายเหตุ					

หมวดตัวชี้วัด	Musculoskeletal Disease
ประเภทตัวชี้วัด	Hip
รหัสตัวชี้วัด	DO0205
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 90 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Hip: Surgical Hip Replacement Infection Rate within 90 Days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อสะโพก ซึ่งจำเป็นต้องทำการรักษาโดยการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. เป็นการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ภายในช่วงระยะเวลา 90 วัน หลังการผ่าตัด นับเฉพาะการติดเชื้อครั้งแรก
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดข้อสะโพกที่สามารถเทียบเคียงได้กับ CDC
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก
	ตัวหาร b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมดในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Procedure = 81.51, 81.52, 81.53 และ มีการติดเชื้อ
	ตัวหาร Procedure = 81.51, 81.52, 81.53
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	CDC, January 2014
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	(1) ตาม CDC definition of HAI surveillance และระยะเวลาการติดตามออกตามความ ลึกของการติดเชื้อ ถ้าเป็น Superficial SSI จะตาม 30 วัน ถ้าเป็น Deep SSI และ Organ/space SSI จะตาม 90 วัน



ประเภท DO03 Knee

หมวดตัวชี้วัด	Musculoskeletal Disease				
ประเภทตัวชี้วัด	Knee				
รหัสตัวชี้วัด	DO0302				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้รับ Prophylactic Antibiotic				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Knee: Percentage of Patients who Received Antibiotic Prophylaxis in Knee Arthroplasty				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อเข่า ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้เงี้ยน</p> <p>2. การได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมือผ่าตัด (กรณีเป็นการให้ยาแบบ IV drip ให้เริ่มนับเวลาเมื่อ drip ยาหมด)</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด Knee Arthroplasty				
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x 100				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ได้รับ Prophylactic Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมือผ่าตัด ใน 1 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมดในเดือนเดียวกัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ได้รับ Prophylactic Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมือผ่าตัด ใน 1 เดือน	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมดในเดือนเดียวกัน
ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ได้รับ Prophylactic Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมือผ่าตัด ใน 1 เดือน				
ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมดในเดือนเดียวกัน				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>Procedure = 81.54, 81.55</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>Procedure = 81.54, 81.55</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	Procedure = 81.54, 81.55	ตัวหาร	Procedure = 81.54, 81.55
ตัวตั้ง	Procedure = 81.54, 81.55				
ตัวหาร	Procedure = 81.54, 81.55				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	<p>THIP I/ 2012 http://www.ashp.org/surgical-guidelines</p> <p>http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf</p>				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558				
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): (1) ให้ตั้งรหัส ICD-9 81.47 ออกห้าในตัวตั้งและตัวหาร เพื่อให้นิยามการจัดเก็บสอดคล้องกับนิยามสาขาระบบ CDC ที่ระบุว่า KPRO หมายถึง 81.54, 81.55				
หมายเหตุ	<p>(1) อัตราการติดเชื้อ 0.58- 1.60</p> <p>(2) กรณีผ่าตัดเข่าสองข้างพร้อมกัน นับเป็นการผ่าตัด 1 ครั้ง</p>				



หมวดตัวชี้วัด	Musculoskeletal Disease
ประเภทตัวชี้วัด	Knee
รหัสตัวชี้วัด	DO0303
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน 1 ปี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Knee: Surgical Knee Replacement Infection Rate within 1 Year
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหมายถึงผู้ป่วยใน(ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อเข่าซึ่งจำเป็นต้องทำการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้เงนี้</p> <p>2. เป็นการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ภายในระยะเวลา 1 ปี หลังการผ่าตัดนับเฉพาะการติดเชื้อครั้งแรก</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
	ตัวหาร b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Procedure = 81.54, 81.55 และ มีการติดเชื้อ
	ตัวหาร Procedure = 81.54, 81.55
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I ,CDC , January 2014, NSHN
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): (1) ให้ตัดรหัส ICD-9 81.47 ออกทิ้งในตัวตั้งและตัวหาร เพื่อให้沁ามการจัดเก็บสอดคล้องกับ沁ามสากลของ CDC ที่ระบุว่า KPRO หมายถึง 81.54, 81.55., (2) ปรับเพิ่มคำว่า “ภายใน 1 ปี” ต่อห้ายชื่อตัวชี้วัด เพื่อความชัดเจนของ ระยะเวลาการติดตามการติดเชื้อในช่วงเวลา 1 ปี
หมายเหตุ	(1) กรณีผ่าตัดเข้าสองข้างพร้อมกัน นับเป็นการผ่าตัด 1 ครั้ง



หมวดตัวชี้วัด	Musculoskeletal Disease				
ประเภทตัวชี้วัด	Knee				
รหัสตัวชี้วัด	DO0304				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน 90 วัน				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Knee: Surgical Knee Replacement Infection Rate within 90 Days				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทุกรายถึงผู้ป่วยใน(ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อเข่าซึ่งจำเป็นต้องทำการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. เป็นการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายในระยะเวลา 90 วัน หลังการผ่าตัดนับเฉพาะการติดเชื้อครั้งแรก</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่สามารถเทียบเคียงได้ กับ CDC				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมด</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมด
ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า				
ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมด				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">ตัวตั้ง</td> <td>Procedure = 81.54, 81.55 และ มีการติดเชื้อ</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">ตัวหาร</td> <td>Procedure = 81.54, 81.55</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	Procedure = 81.54, 81.55 และ มีการติดเชื้อ	ตัวหาร	Procedure = 81.54, 81.55
ตัวตั้ง	Procedure = 81.54, 81.55 และ มีการติดเชื้อ				
ตัวหาร	Procedure = 81.54, 81.55				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	CDC , January 2014, NSHN				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ	<p>(1) ตาม CDC Definition of HAI Surveillance และระยะเวลาการติดตามออกตามความลึกของการติดเชื้อ ถ้าเป็น Superficial SSI จะตาม 30 วัน ถ้าเป็น Deep SSI และ organ/space SSI จะตาม 90 วัน</p> <p>(2) กรณีผ่าตัดเข้าสองข้างพร้อมกัน นับเป็นการผ่าตัด 1 ครั้ง</p>				

หมวด DG: Gastrointestinal Disease (G)

ประเภท DG01 UGIH

หมวดตัวชี้วัด	Gastrointestinal Disease	
ประเภทตัวชี้วัด	UGIH	
รหัสตัวชี้วัด	DG0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Upper GI hemorrhage ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	UGIH: Unplanned Re-admission Rate into the Hospital within 28 Days of Upper GI Hemorrhage Patients	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ส่วนบนโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. เป็นการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรค Upper GI Hemorrhage ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนหลังจากออกจาก รพ. ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status = improve) (ยกเว้นผู้ป่วยที่ปรึกษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน)</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Upper GI Hemorrhage	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วัน หลังออกจาก รพ.
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage ที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2
	ตัวหาร	Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Gastrointestinal Disease
ประเภทตัวชี้วัด	UGIH
รหัสตัวชี้วัด	DG0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ระยะเวลาณอนเฉลี่ยของผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	UGIH: Average Length of Stays
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับเว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ส่วนบนโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผลรวมจำนวนวัน ที่ผู้ป่วย UGIH นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นับตั้งแต่วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงวันที่จำหน่าย (ทุกสถานะการจำหน่าย) ออกจากโรงพยาบาล</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรค Upper GI Hemorrhage
สูตรในการคำนวณ	a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = ผลรวมระยะเวลาณอนของผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage ที่จำหน่าย ในช่วงเวลาหนึ่ง
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2
	ตัวหาร Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	วัน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Gastrointestinal Disease
ประเภทตัวชี้วัด	UGIH
รหัสตัวชี้วัด	DG0103
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage ภายใน 28 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	UGIH: Total Re-admission Rate into The Hospital Within 28 Days of UGIH Patients
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นาน ≥ 4 ชั่วโมง ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ส่วนบนโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรค UGHI ภายใน 28 วัน ทั้งหมดหลังจาก โรงพยาบาล ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Upper GI Hemorrhage ที่เป็นผู้ป่วยใน ในภาพรวม
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลทั้งหมด ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage ที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2
	ตัวหาร Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



ประเภท DG02 Appendix

หมวดตัวชี้วัด	Gastrointestinal Disease				
ประเภทตัวชี้วัด	Appendix				
รหัสตัวชี้วัด	DG0201				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเกิดไส้ติ้งทะลุในผู้ป่วยโรคไส้ติ้งอักเสบเฉียบพลัน				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Appendicitis: Abrupton Rate of Acute Appendicitis				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	ผู้ป่วยไส้ติ้งทะลุ หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นาน > 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคไส้ติ้งอักเสบเฉียบพลันและเกิดภาวะแทรกซ้อนมีผลหลุด โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้เนื้อ				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคไส้ติ้งอักเสบเฉียบพลัน				
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x 100				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนผู้ป่วยโรคไส้ติ้งทะลุ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในเดือนนั้น</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนผู้ป่วยโรคไส้ติ้งอักเสบเฉียบพลัน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคไส้ติ้งทะลุ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในเดือนนั้น	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคไส้ติ้งอักเสบเฉียบพลัน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคไส้ติ้งทะลุ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในเดือนนั้น				
ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคไส้ติ้งอักเสบเฉียบพลัน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)				
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>Pdx = K35.2</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>Pdx = K35 หรือ K35.2, K35.3, K35.8</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	Pdx = K35.2	ตัวหาร	Pdx = K35 หรือ K35.2, K35.3, K35.8
ตัวตั้ง	Pdx = K35.2				
ตัวหาร	Pdx = K35 หรือ K35.2, K35.3, K35.8				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	สປช.				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด	Gastrointestinal Disease
ประเภทตัวชี้วัด	Appendix
รหัสตัวชี้วัด	DG0202
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราป่วยตาย (Fatality Rate) จากไส้ติ่งอักเสบเนียบพลัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Appendicitis: Fatality Rate of Acute Appendicitis
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเนียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเนียบพลัน โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้เงี้ยง</p> <p>2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเนียบพลัน หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเนียบพลัน</p> <p>3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะ ทุกรณี</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเนียบพลัน
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเนียบพลัน ที่จำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ในเดือนนั้น
	ตัวหาร b = จำนวนครั้งของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเนียบพลัน ที่จำหน่ายทุกสถานะ (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = K35 หรือ K35.2, K35.3, K35.8
	ตัวหาร Pdx = K35 หรือ K35.2, K35.3, K35.8
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่าปัจจุบัน = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวด DS: Substance Use Disorders (S)

ประเภท DS01 Methamphetamine Group

หมวดตัวชี้วัด	Substance Use Disorders	
ประเภทตัวชี้วัด	Methamphetamine Group	
รหัสตัวชี้วัด	DS0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine โดยรวมที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Methamphetamine Group: 3 Months Total Remission Rate of Methamphetamine	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>ผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ ยาอี และยาเลิฟ เป็นต้น</p> <p>หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ แบบผู้ป่วยนอกและไม่ครบเกณฑ์ในการวินิจฉัย ผู้ติด (dependence) ต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจากออกจาก การบำบัดรักษา <u>ห้ามน้ำมันร่วมผู้ป่วยกุจจุล</u> จับเสียชีวิต หรือส่งต่อ หลังจากนั้นจากการบำบัดรักษา</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine ในด้านการเสริมพลัง ให้มารับการติดตามและหยุดเสพต่อเนื่อง	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine ที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลัง จำหน่ายจากการบำบัดรักษา
		b = จำนวนผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบ สมัครใจ แบบผู้ป่วยนอก ที่จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทั้งหมดในไตรมาสก่อนหน้า
รหัสโรค/ หัวดูแล	ตัวตั้ง	F15.0-F15.9
ที่เกี่ยวข้อง	ตัวหาร	F15.0-F15.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน หรือ ทุกไตรมาส (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข)	
วิธีการแปลผล	ค่าถี่มาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	<ol style="list-style-type: none"> ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2558 และ 2559 สถาบันบำบัดรักษาและพื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรรษานนิเวศโรงพยาบาลรัตนภูมิ รักษ์ภูมิภาค 	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	<ol style="list-style-type: none"> เป้าหมายร้อยละ 50 อ้างอิงจาก ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2558 ตัวอย่างการรายงานผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 (1 ต.ค.-31 ธ.ค.) ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกราย ทั้งครบเกณฑ์กำหนด และไม่ครบเกณฑ์กำหนด (ยกเว้นถูกจับ เสียชีวิต หรือ ส่งต่อ) ในไตรมาสก่อนหน้า (1 ก.ค.-30 ก.ย.) และวหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน ในห้วง 1 ต.ค.-31 ธ.ค. 	



ประเภท DS02 Alcohol Group

หมวดตัวชี้วัด	Substance Use Disorders	
ประเภทตัวชี้วัด	Alcohol Group	
รหัสตัวชี้วัด	DS0201	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ติดสุราโดยรวม ที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Alcohol Group: 3 Months Total Remission Rate of Alcohol	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ติดสุรา หมายถึง ผู้ป่วยติดสารเสพติดกลุ่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ เหล้าขาว ๆ ฯลฯ หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หมายถึง ผู้ติดสารเสพติดกลุ่มแอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกและไม่ครบเกณฑ์ในการวินิจฉัย ผู้ติด (dependence) ต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจากนั้นจากการบำบัดรักษา ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยถูกจับ เสียชีวิต หรือส่งต่อ หลังจากนั้นจากการบำบัดรักษา	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Alcohol ในด้านการเสริมพลังให้มารับการติดตามและหยุดเสพต่อเนื่อง	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษา แบบผู้ป่วยนอก ที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากนั้นจากการบำบัดรักษา
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษา แบบผู้ป่วยนอก ที่จำนวนจากการบำบัดรักษาทั้งหมดในไตรมาสก่อนหน้า
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F10.0-F10.9
	ตัวหาร	F10.0-F10.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน หรือ ทุกไตรมาส (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ฐานข้อมูลสถาบันบำบัดรักษาและพื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรรษานนีและโรงพยาบาลรัตนภูรักษ์ภูมิภาค	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สถาบันบำบัดรักษาและพื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรรษานนีและโรงพยาบาลรัตนภูรักษ์ภูมิภาค	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	ตัวอย่างการรายงานผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 (1 ต.ค.-31 ธ.ค.) ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่จำนวนจากการบำบัดรักษาทุกราย ทั้งครบเกณฑ์กำหนด และไม่ครบเกณฑ์กำหนด (ยกเว้นถูกจับ เสียชีวิต หรือ ส่งต่อ) ในไตรมาสก่อนหน้า (1 ก.ค.-30 ก.ย.) และหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน ในระหว่าง 1 ต.ค.-31 ธ.ค.	



ประเภท DS03 Tobacco Group

หมวดตัวชี้วัด	Substance Use Disorders
ประเภทตัวชี้วัด	Tobacco Group
รหัสตัวชี้วัด	DS0301
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ติดยาสูบโดยรวม ที่หยุดสูบต่อเนื่อง 3 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Tobacco Group: 3 Months Total Remission Rate of Tobacco
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	ผู้ติดยาสูบ (Tobacco) หมายถึง ผู้ติดผลิตภัณฑ์จากใบยาสูบทุกชนิด เช่น บุหรี่ (cigarette) บุหรี่มวนเงา (ยาเส้น) ซิการ์ บุหรี่ไฟฟ้า บารากู หยุดสูบต่อเนื่อง 3 เดือน หมายถึง ผู้ติดยาสูบ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่ไม่ครบเกณฑ์ในการวินิจฉัย ผู้ติด (dependence) ต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจากน้ำยาจากการ บำบัดรักษา <u>ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยถูกจับ เสียชีวิต หรือส่งต่อ หลังจากน้ำยาจากการบำบัดรักษา</u>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาสูบติดกลุ่ม Tobacco ในด้านการเสริมพลังให้มารับการ ติดตามและหยุดสูบต่อเนื่อง
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ติดยาสูบที่เข้ารับการบำบัดรักษา แบบผู้ป่วยนอก หยุดสูบต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากน้ำยาจากการบำบัดรักษา
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ติดยาสูบที่เข้ารับการบำบัดรักษา แบบผู้ป่วยนอก ที่จำหน่ายจากการ บำบัดรักษาทั้งหมดในไตรมาสก่อนหน้า
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง F17.0-F17.9
	ตัวหาร F17.0-F17.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน หรือ ทุกไตรมาส (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ฐานข้อมูลสถาบันบำบัดรักษาและพื้นที่ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรรษานนีและโรงพยาบาล รัตนภารกษ์ภูมิภาค
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สถาบันบำบัดรักษาและพื้นที่ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรรษานนีและโรงพยาบาลรัตนภาร กษ์ภูมิภาค
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	ตัวอย่างการรายงานผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 (1 ต.ค.-31 ธ.ค.) ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกราย ทั้งครบเกณฑ์กำหนด และไม่ครบเกณฑ์กำหนด (ยกเว้นถูกจับ เสียชีวิต หรือ ส่งต่อ) ในไตรมาสก่อนหน้า (1 ก.ค.-30 ก.ย.) และหยุดสูบ ต่อเนื่อง 3 เดือน ในระหว่าง 1 ต.ค.-31 ธ.ค.



ประเภท DS04 Opioid Froup

หมวดตัวชี้วัด	Substance Use Disorders
ประเภทตัวชี้วัด	Opioid Group
รหัสตัวชี้วัด	DS0401
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราคงอยู่ในการบำบัดรักษา 1 ปีด้วยเมทาdoneระยะยาว ของผู้ติดสารเสพติดในกลุ่ม Opioid
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Opioid Group: 1 year Retention Rate of Opioid in Methadone Maintenance Program
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	ผู้ติดยาเสพติดในกลุ่ม Opioid หมายถึง ผู้ติดยาเสพติด ในกลุ่ม เอโรอีน มอร์ฟีน ฝิ่นและ อนุพันธ์ของฝิ่น คงอยู่ในการบำบัดรักษา 1 ปี หมายถึง ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดในกลุ่ม Opioid ที่มารับการ บำบัดรักษาด้วยเมทาdoneระยะยาว ต่อเนื่องจนครบ 1ปี โดยไม่ขาดการรักษาต่อเนื่องเกิน 1 เดือน <u>ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยที่ถูกจับ เสียชีวิต หรือ ส่งต่อไปรับเมทาdoneระยะยาวที่ สถานพยาบาลอื่น</u>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Opioid
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยนอก ระบบสมัครใจที่เริ่มบำบัดรักษาในแต่ละไตรมาสของปีงบประมาณที่ ผ่านมา ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเมทาdoneระยะยาว และคงอยู่ในการรักษาจนครบ 1 ปี ขึ้นไป ในแต่ละไตรมาสของปีงบประมาณปัจจุบัน
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยนอก ระบบสมัครใจที่เริ่มการบำบัดรักษาในแต่ละไตรมาสของ ปีงบประมาณที่ผ่านมา ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเมทาdoneระยะยาวทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง F11.0-F11.9
	ตัวหาร F11.0-F11.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน หรือ ทุกไตรมาส (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ฐานข้อมูลสถาบันบำบัดรักษาและพื้นพื้นผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลรัฐภารกษ์ภูมิภาค
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สถาบันบำบัดรักษาและพื้นพื้นผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลรัฐภารกษ์ภูมิภาค
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	ตัวอย่างการรายงานผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2559 ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วย ที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเมทาdoneในห้วง 1 ต.ค.-31 ธ.ค. 57 และวัยังคงอยู่ในการรักษา ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี ในห้วง 1 ต.ค.-31 ธ.ค. 58



หมวด DE: Center of Excellence (E)

ประเภท DE01 Breast Cancer

หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence				
ประเภทตัวชี้วัด	Breast Cancer				
รหัสตัวชี้วัด	DE0101				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ระยะเวลาการอ dõiตรวจภายหลังการส่งปรึกษาของผู้ป่วยที่มีผลเมมโมแกรมตั้งแต่ BI-RADS 4 ขึ้นไป ไม่เกิน 2 สัปดาห์				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Consultation Time in Patient with BI-RADS 4 or greater mammography result				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	จำนวนวันรอตรวจเฉลี่ย หมายถึง จำนวนวันตั้งแต่วันสืบเนื่องจากผลการตรวจ (เมมโมแกรมเป็น BI-RADS 4 ขึ้นไป) จนถึงวันที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการตรวจกับศัลยแพทย์เต้านม				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพของการส่งตรวจปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง				
สูตรในการคำนวณ	a/b				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>A= จำนวนวัน รอตรวจกับศัลยแพทย์เต้านมรวม ของผู้ป่วย BI-RADS 4 ขึ้นไปทั้งหมด (หน่วย = วัน)</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>B= จำนวนผู้ป่วย BI-RADS 4 ขึ้นไปทั้งหมด (หน่วย = ราย)</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	A= จำนวนวัน รอตรวจกับศัลยแพทย์เต้านมรวม ของผู้ป่วย BI-RADS 4 ขึ้นไปทั้งหมด (หน่วย = วัน)	ตัวหาร	B= จำนวนผู้ป่วย BI-RADS 4 ขึ้นไปทั้งหมด (หน่วย = ราย)
ตัวตั้ง	A= จำนวนวัน รอตรวจกับศัลยแพทย์เต้านมรวม ของผู้ป่วย BI-RADS 4 ขึ้นไปทั้งหมด (หน่วย = วัน)				
ตัวหาร	B= จำนวนผู้ป่วย BI-RADS 4 ขึ้นไปทั้งหมด (หน่วย = ราย)				
รหัสproc/ หัดถก ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	จำนวนวัน				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet)				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence
ประเภทตัวชี้วัด	Breast Cancer
รหัสตัวชี้วัด	DE0103
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก Stage 1, 2
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Rate of Diagnosis of Early Stage Breast Cancer Stage 1,2
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มี Principal diagnosis (Pdx) or Secondary diagnosis (sdx) เป็นโรคมะเร็งเต้านม โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. มะเร็งเต้านมระยะที่ 1 หมายถึง มะเร็งมีการลุกลามอกรากอกเนื้อเยื่อรูฐานราก แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และขนาดก้อนมะเร็งไม่เกิน 2 ซม.</p> <p>3. มะเร็งเต้านมระยะที่ 2 หมายถึง ก้อนมะเร็งขนาดเกิน 2 ซม. แต่ไม่เกิน 5 ซม. ที่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้ว</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรค (Stage) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการวินิจฉัยในสถาบันนี้ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2 ในรอบปี
	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับวินิจฉัยในสถาบันนี้ทั้งหมดในรอบปี
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง $Pdx = C50$ และอยู่ในระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2
	ตัวหาร $Pdx = C50$ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

ประเภท DE05 Stem Cell Transplantation

หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence
ประเภทตัวชี้วัด	Stem Cell Transplantation
รหัสตัวชี้วัด	DE0501
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตรา Engraftment ของผู้ป่วยภายใน 45 วันหลังการปลูกถ่ายไขกระดูก
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Engraftment Rate within 45 Days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	การรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกหรือการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่ประสบผลสำเร็จที่มีการปลูกถ่ายติด (Engraftment) ภายใน 45 วัน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไขกระดูก
สูตรในการคำนวน	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกที่มีผลของการปลูกถ่ายติด (Engraftment) ภายใน 45 วัน
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกทั้งหมด
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = (ICD-10) D61, C91-C95 และ (ICD-9) ของการปลูกถ่ายไขกระดูก รหัสหัดถกการ 410 และ ผู้ป่วยมี Engraftment
	ตัวหาร Pdx = ICD-10 D61,C91- C95 และ ICD-9 ของการปลูกถ่ายไขกระดูก รหัสหัดถกการ 410
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	95% : Olsson R et al. Graft failure in the modern era of allogeneic hematopoietic sci. Bone Marrow Transplantation/2013
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลคู่มิตรสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



ประเภท DE08 Thallasemia

หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence
ประเภทตัวชี้วัด	Thalassemia
รหัสตัวชี้วัด	DE0801
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วย TDT ที่อายุมากกว่า 2 ปีและถึง 15 ปี มีภาวะธาตุเหล็กเกิน (Serum ferritin > 1000 ug/l) ที่ได้รับยาขับธาตุเหล็ก
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	TDT in Pediatrics: Percentage of Received Iron Chelator in Patient with Iron Overload (Serum ferritin > 1000 ug/l)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย TDT ที่อายุมากกว่า 2 ปี ถึง 15 ปี ที่มีภาวะธาตุเหล็กเกิน หมายถึง ผู้ได้รับการตรวจเช็คระดับ Serum ferritin และ มีค่า Serum ferritin > 1000 ug/l (Hemochromatosis) 2. ผู้ป่วยที่มีค่า Serum ferritin > 1000 ug/l และได้รับยาขับธาตุเหล็ก หรือ Iron Chelator เช่น Deferasirox, Deferoxamine หรือ Deferiprone ชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือให้ร่วมกัน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย TDT และการเฝ้าระวังไม่ให้มีภาวะธาตุเหล็กเกิน
สูตรในการคำนวณ	(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย TDT ที่อายุมากกว่า 2 ปีและถึง 15 ปี มีภาวะธาตุเหล็กเกินได้รับยาขับธาตุเหล็ก
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย TDT ที่อายุมากกว่า 2 ปีและถึง 15 ปี มีภาวะธาตุเหล็กเกินทั้งหมด ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = รหัสโรค ICD-10 D561 <u>หรือ</u> D560 ร่วมกับ รหัส E831 <u>และ</u> ได้รับยา Iron chelator (รหัส TMTID (TPU) Deferasirox (Exjade) 250 mg รหัส 324011 Desferoxamine (Desferal) 500 mg รหัส 667111 Deferiprone (GPO-L-one) 500 mg รหัส 339467)
	ตัวหาร Pdx = รหัสโรค ICD-10 D561 <u>หรือ</u> D560 ร่วมกับ รหัส E831
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



ประเภท DE12 Cleft Lip – Cleft Palate and Craniofacial Disease

หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence
ประเภทตัวชี้วัด	Cleft Lips, Cleft Palate
รหัสตัวชี้วัด	DE1201
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมปากแหว่งตามเกณฑ์ช่วงอายุไม่เกิน 6 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Rate of Patients who had Cleft Lip Repair on Adequate Timing 6 Months
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	ผู้ป่วยปากแหว่งเดาโนโว่ทั้งชนิดสมบูรณ์และชนิดไม่สมบูรณ์ข้างเดียวและสองข้าง (Unilateral/ Bilateral complete/ Incomplete Cleft Lip-Cleft Palate) และที่มีภาวะ ปากแหว่งอย่างเดียว (Cleft Lip) ที่คลอดในเขตที่โรงพยาบาลนั้นรับผิดชอบ รวมถึงผู้ป่วยที่ ได้รับการส่งต่อมา ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการจัดสันหนึ่งก่อนผ่าตัด เพื่อเข้ารับการ ผ่าตัดปากแหว่งในช่วงอายุไม่เกิน 6 เดือน ที่ให้รหัสโรคตาม ICD-10 กลุ่ม Q35, Q36, Q37
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อวัดประสิทธิภาพของการเข้าถึงบริการและการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้ารับการผ่าตัดปากแหว่ง ในช่วงอายุไม่เกิน 6 เดือน
สูตรในการคำนวณ	(a/b)×100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Cleft Lip ที่เข้ารับการผ่าตัดภายใน 6 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Cleft Lip ที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมดในช่วงเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = ICD-10 Q35, Q36, Q37 ที่มีอายุต่ำกว่า 6 เดือน <u>และ</u> ICD-9 ของการผ่าตัด Cleft Lip รหัสหัตถการ 27.54, 27.59
	ตัวหาร Pdx = ICD-10 Q35, Q36, Q37
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งข้อมูล/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบัน แพทยศาสตรแห่งประเทศไทย (Uhosnet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	อัตราการผ่าตัดปากแหว่งตามช่วงอายุ ได้ร้อยละ 100 หากผลลัพธ์ต่ำกว่าค่าเป้าหมายถึง ร้อยละ 10 ควรมีการบทวนการดูแลของทีม



หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence
ประเภทตัวชี้วัด	Cleft Lips, <u>Cleft Palate</u>
รหัสตัวชี้วัด	DE1202
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมเพดานโหว่ตามช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Rate of patients who had cleft palate repair on adequate timing 18 months
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งชนิดสมบูรณ์และชนิดไม่สมบูรณ์ข้างเดียวและสองข้าง (Unilateral/ Bilateral complete/ Incomplete Cleft Lip-Cleft Palate) และที่มีภาวะปากแหว่งอย่างเดียว (cleft lip) ที่คลอดในเขตที่โรงพยาบาลนั้นรับผิดชอบ รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมา ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการจัดสันเหี้ยอกก่อนผ่าตัดเพื่อเข้ารับการผ่าตัดปากแหว่งในช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน ที่ให้รหัสโรคตาม ICD-10 กลุ่ม Q35, Q36, Q37
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อวัดประสิทธิภาพของการเข้าถึงบริการและการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้ารับการผ่าตัด เพดานโหว่ในช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน
สูตรในการคำนวณ	(a/b)×100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย Cleft Palate ที่เข้ารับการผ่าตัดเพดานโหว่ตามกำหนด
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย Cleft Palate ที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมดในช่วงเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = ICD-10 Q35, Q36, Q37 ที่มีอายุต่ำกว่า 6 เดือน <u>และ</u> ICD-9 ของการผ่าตัด Cleft Palate รหัสหัตถการ 2762, 2763
	ตัวหาร Pdx = ICD-10 Q35, Q36, Q37
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	เพื่อกำหนดเกณฑ์การแปลผลให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เช่น ไม่นำกลุ่มโรคร่วมกลุ่มที่มารับการรักษาช้ากว่า 18 เดือนมาคำนวณ เสนอให้นักกลุ่มอาการโรคร่วมทุกโรค เพื่อแสดงความเป็น Excellence ของโรงพยาบาล

ประเภท DE13 Infertility

หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence	
ประเภทตัวชี้วัด	Infertility	
รหัสตัวชี้วัด	DE1301	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสด (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Clinical Pregnancy Rate per Embryo Transfer Following IVF/ICSI and Fresh Embryo Transfer (Age < 34 Years)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การทำเด็กหลอดแก้ว หมายถึง การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการปฏิสนธินอกร่างกาย อันได้แก่ การผสมอกร่างกายในจานเพาะเลี้ยง (Standard in vitro fertilisation) และการฉีดตัวอสุจิเข้าเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI- Intracytoplasmic sperm injection) โดยทำการย้ายตัวอ่อนรอบสดตามหลังการกระตุนและเก็บไข่ เข้าในโพรงมดลูกของสตรี ผู้รับบริการ;</p> <p>2. Clinical Pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนมีชีพ (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์ หลังการใส่ตัวอ่อน</p>	
วัดถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) ที่มีการเต้นของหัวใจทารก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบสด ในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสดทั้งหมด (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสproc/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 30, สมาคมนักวิทยาศาสตร์เพาะเลี้ยงตัวอ่อนแห่งประเทศไทย สน.พท.	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ	ข้อมูลเก็บรวบรวมเพื่อรายงานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตาม พรบ.คุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ พศ.2558 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	



หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence	
ประเภทตัวชี้วัด	Infertility	
รหัสตัวชี้วัด	DE1302	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสด (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Clinical Pregnancy Rate per Embryo Transfer Following IVF/ICSI and Fresh Embryo Transfer (Age 34 - 39 Years)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การทำเด็กหลอดแก้ว หมายถึง การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการปฏิสนธินอกร่างกาย อันได้แก่ การผสมอกร่างกายในจานเพาะเลี้ยง (Standard in vitro fertilisation) และการฉีดตัวอ่อนสุกเข้าเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI- Intracytoplasmic sperm injection) โดยทำการย้ายตัวอ่อนรอบสดตามหลังการกระตุ้นและเก็บไข่ เข้าในโพรงดลูกของสตรี ผู้รับบริการ</p> <p>2. Clinical Pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนมีชีพ (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์ หลังการใส่ตัวอ่อน</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี) ที่มีการเต้นของหัวใจแรก จากการตรวจตัวอ่อนที่มีความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบสด ในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสด ทั้งหมด (กลุ่มอายุ 34-39 ปี) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ	ข้อมูลเก็บรวบรวมเพื่อรายงานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตาม พรบ.คุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ พศ.2558 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	

หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence	
ประเภทตัวชี้วัด	Infertility	
รหัสตัวชี้วัด	DE1303	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อน robust (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Clinical Pregnancy Rate per Embryo Transfer Following IVF/ICSI and Fresh Embryo Transfer (Age > 40 Years)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การทำเด็กหลอดแก้ว หมายถึง การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการปฏิสนธินอกร่างกาย อันได้แก่ การผสมนอกร่างกายในจานเพาะเลี้ยง (Standard in vitro fertilisation) และการฉีดตัวอ่อนสุจิเข้าเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI- Intracytoplasmic sperm injection) โดยทำการย้ายตัวอ่อนรอบสอดตามหลังการกระตุนและเก็บไว้ เข้าในโพรงมดลูกของสตรี ผู้รับบริการ</p> <p>2. Clinical Pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนเมียพ (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์ หลังการใส่ตัวอ่อน</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) ที่มีการเต้นของหัวใจแรก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบสอด ในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อน robust ทั้งหมด (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ	ข้อมูลเก็บรวบรวมเพื่อรายงานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตาม พรบ.คุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ พศ.2558 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	



หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence	
ประเภทตัวชี้วัด	Infertility	
รหัสตัวชี้วัด	DE1304	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแข็ง (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Clinical Pregnancy Rate per Embryo Transfer Following IVF/ICSI and Frozen Embryo Transfer (Age < 34 Years)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การทำเด็กหลอดแก้ว หมายถึง การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการปฏิสนธินอกร่างกาย อันได้แก่ การผสมนอกร่างกายในจานเพาะเลี้ยง (Standard in vitro fertilisation) และการฉีดตัวอ่อนสุกเข้าเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI- Intracytoplasmic sperm injection) โดยทำการย้ายตัวอ่อนที่ผ่านการแข็งแข็ง ละลาย และ/หรือเพาะเลี้ยงต่อหลังละลายตัวอ่อนเข้าในโพรงมดลูกของสตรีผู้รับบริการ</p> <p>2. Clinical Pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนมีชีพ (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์ หลังการใส่ตัวอ่อน</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) ที่มีการเต้นของหัวใจทารก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบแข็ง ในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแข็งทั้งหมด (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 30, สมาคมนักวิทยาศาสตร์เพาะเลี้ยงตัวอ่อนแห่งประเทศไทย สน.พท.	
วิธีการแปลผล	ค่าถี่มาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence	
ประเภทตัวชี้วัด	Infertility	
รหัสตัวชี้วัด	DE1305	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแข็ง (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Clinical Pregnancy Rate per Embryo Transfer Following IVF/ICSI and Frozen Embryo Transfer (Age 34 - 39 Years)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การทำเด็กหลอดแก้ว หมายถึง การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการปฏิสนธินอกร่างกาย อันได้แก่ การผสมนอกร่างกายในจานเพาะเลี้ยง (Standard in vitro fertilisation) และการฉีดตัวอ่อนสุกเข้าเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI- Intracytoplasmic sperm injection) โดยทำการย้ายตัวอ่อนที่ผ่านการแข็งแข็ง ละลาย และ/หรือเพาะเลี้ยงต่อหลังละลายตัวอ่อนเข้าในโพรงมดลูกของสตรีผู้รับบริการ</p> <p>2. Clinical Pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนมีชีพ (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์ หลังการใส่ตัวอ่อน</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี) ที่มีการเต้นของหัวใจแรก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบแข็งในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแข็งทั้งหมด (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	สมาคมนักวิทยาศาสตร์เพาะเลี้ยงตัวอ่อนแห่งประเทศไทย สน.พท.	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence	
ประเภทตัวชี้วัด	Infertility	
รหัสตัวชี้วัด	DE1306	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแข็ง (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Clinical Pregnancy Rate per Embryo Transfer Following IVF/ICSI and Frozen Embryo Transfer (Age > 40 Years)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การทำเด็กหลอดแก้ว หมายถึง การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการปฏิสนธินอกร่างกาย อันได้แก่ การผสมนอกร่างกายในจานเพาะเลี้ยง (Standard in vitro fertilisation) และการฉีดตัวอ่อนสุกเข้าเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI- Intracytoplasmic sperm injection) โดยทำการย้ายตัวอ่อนที่ผ่านการแข็งแข็ง ละลาย และ/หรือเพาะเลี้ยงต่อหลังละลายตัวอ่อนเข้าในโพรงมดลูกของสตรีผู้รับบริการ</p> <p>2. Clinical Pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนมีชีพ (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์ หลังการใส่ตัวอ่อน</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) ที่มีการเต้นของหัวใจแรก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบแข็งในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแข็งทั้งหมด (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	สมาคมนักวิทยาศาสตร์เพาะเลี้ยงตัวอ่อนแห่งประเทศไทย สน.พท.	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ		

ประเภท DE14 Gastrointestinal Scopy

หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence
ประเภทตัวชี้วัด	Gastrointestinal Scopy
รหัสตัวชี้วัด	DE1401
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วย UGIH ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ภายใน 24 ชั่วโมง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Rate of Upper GI Hemorrhage Patients who had Underwent EGD within 24 hr.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (Admit) นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้</p> <p>2. การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy) หมายถึง การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น</p> <p>3. ภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง ช่วงเวลา เริ่มนับตั้งแต่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย UGIH และ เข้ารับการรักษาแบบใน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย UGIH
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วย UGIH ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ภายใน 24 ชั่วโมง ในเดือน
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย UGIH ทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2, K22.1, I85 หรือ Pdx ((K70- K71, K74) + Sdx = I98.3) และ วินิจฉัย EGD code 4513
	ตัวหาร Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2, K22.1, I85 หรือ Pdx ((K70- K71, K74) + Sdx = I98.3)
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลสุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence	
ประเภทตัวชี้วัด	Gastrointestinal Scopy	
รหัสตัวชี้วัด	DE1402	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วย UGIH กลุ่ม High Risk ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ภายใน 24 ชั่วโมง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Rate of High Risk Upper GI Hemorrhage Patients who had undergone EGD within 24 hr.	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (Admit) นาน ≥ 4 ชั่วโมง ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ส่วนต้น โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. ผู้ป่วย UGIH กลุ่ม High Risk ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ ≥ 60 ปี, มีโรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคไตวาย โรคตับแข็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง, มีเลือดแดงสุดออกจากสาย NG-tube, มีเลือดแดงสุดออกจากทวารร่วมกับมีสัญญาณชีพที่ลดต่ำลง, Glasgow - Blatchford score ≥ 2 คะแนน</p> <p>3. การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy) หมายถึง การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น</p> <p>4. ภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง ช่วงเวลา เริ่มนับตั้งแต่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย UGIH และ เข้ารับการรักษาแบบใน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย UGIH	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนผู้ป่วย UGIH กลุ่ม High Risk ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ภายใน 24 ชั่วโมง ในช่วง 1 เดือน
	ตัวหาร	$b =$ จำนวนผู้ป่วย UGIH กลุ่ม High Risk ที่จำหน่ายออกจากรองพยาบาลทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	$Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2, K22.1, I85$ หรือ $Pdx ((K70-K71, K74) + Sdx = I98.3)$ และ คำจำกัดความ High Risk และ วินิจฉัย EGD code 4513
	ตัวหาร	$Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2, K22.1, I85$ หรือ $Pdx ((K70-K71, K74) + Sdx = I98.3)$ และ คำจำกัดความ High Risk
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	



Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคไทย (Uhosnet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence				
ประเภทตัวชี้วัด	Gastrointestinal Scopy				
รหัสตัวชี้วัด	DE1403				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วย Non - Variceal UGIH สามารถหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้องได้สำเร็จ				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Hemostatic Success Rates of Non-Variceal UGIH by Endoscopic Approach				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Non-Variceal UGIH หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (Admit) นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีลักษณะเด่นในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นแบบ Non-Variceal UGIH โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้เน้น</p> <p>2. การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy) หมายถึง การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น</p> <p>3. การหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้อง หมายถึง การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ร่วมกับ Adrenaline Injection, Heater Probe, Bipolar Electrocautery Probe, Argon Plasma Coagulation (APC), Hemoclipping, Band Ligation และ Histoacryl Injection</p> <p>4. การหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นสำเร็จ หมายถึง ไม่พบ เลือดออกหลังการหยุดเลือดด้วยการส่องกล้องในขณะนั้น</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น				
สูตรในการคำนวณ	(a/b) $\times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Non - Variceal UGIH) ที่ สามารถหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้องสำเร็จ ในช่วง 1 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Non - Variceal UGIH) ที่ได้รับ การหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้อง ในช่วงเวลาเดียวกัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Non - Variceal UGIH) ที่ สามารถหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้องสำเร็จ ในช่วง 1 เดือน	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Non - Variceal UGIH) ที่ได้รับ การหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้อง ในช่วงเวลาเดียวกัน
ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Non - Variceal UGIH) ที่ สามารถหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้องสำเร็จ ในช่วง 1 เดือน				
ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Non - Variceal UGIH) ที่ได้รับ การหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้อง ในช่วงเวลาเดียวกัน				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K22.1 <u>และ</u> การหยุดเลือด EGD code 4513, 4239 หรือ 4233, 4449, 4443 <u>และ</u> ส่องกล้องสำเร็จ</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K22.1 <u>และ</u> การหยุดเลือด EGD code 4513, 4239 หรือ 4233, 4449, 4443</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K22.1 <u>และ</u> การหยุดเลือด EGD code 4513, 4239 หรือ 4233, 4449, 4443 <u>และ</u> ส่องกล้องสำเร็จ	ตัวหาร	Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K22.1 <u>และ</u> การหยุดเลือด EGD code 4513, 4239 หรือ 4233, 4449, 4443
ตัวตั้ง	Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K22.1 <u>และ</u> การหยุดเลือด EGD code 4513, 4239 หรือ 4233, 4449, 4443 <u>และ</u> ส่องกล้องสำเร็จ				
ตัวหาร	Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K22.1 <u>และ</u> การหยุดเลือด EGD code 4513, 4239 หรือ 4233, 4449, 4443				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				



Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคไทย (Uhosnet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence	
ประเภทตัวชี้วัด	Gastrointestinal Scopy	
รหัสตัวชี้วัด	DE1404	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกซ้ำจากแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นภายหลังจากการหยุดเลือดด้วยการส่องกล้อง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Recurrent Rates of UGIH after Upper Endoscopic Treatment	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<p>1. แผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น หมายถึง แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก ส่วนต้น</p> <p>2. การหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้อง หมายถึง การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ร่วมกับ Adrenaline Injection, Heater Probe, Bipolar Electrocautery Probe, Argon Plasma Coagulation (APC), Hemoclippling, Band Ligation และ Histoacryl injection</p> <p>3. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่มี</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือดสด หรือ NG Lavage พบเลือดหลังการส่องกล้อง 2) ถ่ายดำหลังจากถ่ายเป็นปกติแล้ว 3) ถ่ายเป็นเลือดสดหลังจากถ่ายเป็นปกติหรือถ่ายดำแล้ว 4) สัญญาณชีพไม่ค่ำที่ ($\text{heart rate} \geq 110/\text{min}$ หรือ systolic blood pressure $\leq 90 \text{ mmHg}$ หลังจากที่สัญญาณชีพคงที่ $\geq 1 \text{ ชม.}$ โดยไม่มีเหตุอื่น) 5) Hemoglobin ลดลง $\geq 2 \text{ g/dl}$ หลังจากที่ Hb คงที่ ($\text{ลดลง} < 0.5 \text{ g/dl} \geq 3 \text{ ชม.}$) 6) Tachycardia or Hypotension ไม่ตีขึ้นภายใน 8 ชม. หลังการส่องกล้องทั้งที่ได้ Resuscitation ที่เหมาะสมและไม่มีเหตุอื่น ร่วมกับมีถ่ายดำหรือถ่ายเป็นเลือดอย่างต่อเนื่อง 	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น	
สูตรในการคำนวน	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกซ้ำจากแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นภายหลังจากการหยุดเลือดด้วยการส่องกล้องสำเร็จ
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการหยุดเลือดสำเร็จด้วยการส่องกล้อง
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	$Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0$ <u>และ</u> การหยุดเลือด EGD code 4513 ,4443 <u>และ</u> คำจำกัดความของภาวะเลือดออกซ้ำ (ไม่มีรหัสโรคในกรณีเลือดออกซ้ำ)



	ตัวหาร	Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0 <u>และ การหยุดเลือด EGD code 4513, 4449, 4443</u>
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		ทุกเดือน หรือ เดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี	
ที่มา/ Reference		คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence
ประเภทตัวชี้วัด	Gastrointestinal Scopy
รหัสตัวชี้วัด	DE1405
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อรักษา UGIH
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Complication Rates of Upper Endoscopic Treatment for UGIH
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (Admit) นาน ≥ 3 ชั่วโมง) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ตั้งที่ระบุไว้</p> <p>2. การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy) หมายถึง การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น</p> <p>3. ภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง หมายถึง ทะลุ การติดเชื้อหลังการส่องกล้อง และ ภาระระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว</p>
วัดถูกประสิทธิ์ของตัวชี้วัด	ประเมินความปลอดภัย (Safety) ของการรักษาด้วยการส่องกล้อง
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อรักษา UGIH
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วย UGIH ทั้งหมดที่ได้รับการส่องกล้องในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2, K22.1, K31.8, I85 หรือ Pdx ((K70- K71, K74) + Sdx = I98.3) <u>และ มีภาวะแทรกซ้อน จากการส่องกล้อง EGD code 4513</u>
	ตัวหาร Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2, K22.1, K31.8, I85 หรือ Pdx ((K70- K71, K74) + Sdx = I98.3) <u>และ EGD code 4513</u>
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าสูงน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลคู่สนับสนุนแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



ประเภท DE16 Conductive and Sensorineural Hearing Loss

หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence
ประเภทตัวชี้วัด	Conductive and Sensorineural Hearing Loss
รหัสตัวชี้วัด	DE1601
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยิน ภายใน 30 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percentage of Newborn Hearing Screening
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพทุกรายที่คลอดในโรงพยาบาลจากหญิงตั้งครรภ์โดยมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ยกเว้นย้ายไปโรงพยาบาลอื่นก่อน 2. การตรวจคัดกรองการได้ยิน หมายถึง การตรวจเพื่อประเมินความผิดปกติของการได้ยิน โดยวัดเสียงสะท้อนจากหูชนใน (Otoacoustic emissions: OAE) หรือ การตรวจความผิดปกติการได้ยินระดับก้านสมอง (Automated Auditory Brainstem Response: AABR)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการคัดกรองการดูแลทารกแรกเกิด
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดที่ได้รับการตรวจการได้ยิน ภายใน 30 วัน
	ตัวหาร b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในปีเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = Z380-Z388 รวมกับรหัส ICD 9 95.41 ภายใน 30 วัน
	ตัวหาร Sdx = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในปีเดียวกัน)
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	มากกว่าร้อยละ 95
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	<p>- Joint Committee for Infant Hearing (JCIH) Newborn Screening Coding and Terminology Guide http://pediatrics.aappublications.org/content/120/4/898.full?ijkey=oj9BAleq21OlA&keytype=ref&siteid=aapjournals</p> <p>- คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosnet)</p>
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
หมายเหตุ	

หมวด DM: Meantal Health (M)

ประเภท DM01 Global Development Delay (GDD)

หมวดตัวชี้วัด	Mental Health
ประเภทตัวชี้วัด	Global Developmental Delay (GDD)
รหัสตัวชี้วัด	DM0101
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละเด็กพัฒนาการช้ารอบด้าน (GDD) มีพัฒนาการดีขึ้น
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percentage of children with Global developmental delay that improved after intervened
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น Global Developmental Delay (F83) หรือ R62 อาจมีหรือไม่มีโรคร่วม - พัฒนาการดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านที่ล่าช้าดีขึ้นด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้าน โดยไม่มีด้านใดลดลงภายใน 6 เดือนหลังการรักษา ประเมินโดยใช้เครื่องมือตามบริบทและระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ - พัฒนาการ 5 ด้าน หมายถึง 1. ด้านการเคลื่อนไหว (gross motor) 2. ด้านการใช้กล้ามเนื้อ มัดเล็กและสติปัญญา (fine motor) 3. ด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) 4. ด้านการใช้ภาษา (expressive language) 5. ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD)
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนเด็กพัฒนาการช้ารอบด้าน (GDD) มีพัฒนาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน หลังรับการรักษา (คน)
	ตัวหาร b = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการ (คน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง F83 หรือ R62
	ตัวหาร F83 หรือ R62
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	ร้อยละ 80 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเบรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระดับเดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 85.33 ต่ำสุดร้อยละ 43.75 สูงสุดร้อยละ 100)
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเบรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Mental Health
ประเภทตัวชี้วัด	Global Developmental Delay (GDD)
รหัสตัวชี้วัด	DM0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละเด็กพัฒนาการช้ารอบด้าน (GDD) มีพัฒนาการดีขึ้นจากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percentage of children with Global developmental delay that improved after intervened
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น Global Developmental Delay (F83) หรือ R62 อาจมีหรือไม่มีโรคร่วม - พัฒนาการดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านที่ล่าช้าดีขึ้นด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้าน โดยไม่มีด้านใดลดลงภายใน 6 เดือนหลังการรักษา ประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I - พัฒนาการ 5 ด้าน หมายถึง 1. ด้านการเคลื่อนไหว (gross motor) 2. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (fine motor) 3. ด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) 4. ด้านการใช้ภาษา (expressive language) 5. ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD)
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนเด็กพัฒนาการช้ารอบด้าน (GDD) มีพัฒนาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน หลังรับการรักษา (คน)
	ตัวหาร b = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการ (คน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง F83 หรือ R62
	ตัวหาร F83 หรือ R62
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 80 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเบรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระดับเดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 85.33 ต่ำสุดร้อยละ 43.75 สูงสุดร้อยละ 100)
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเบรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Mental Health				
ประเภทตัวชี้วัด	Global Developmental Delay (GDD)				
รหัสตัวชี้วัด	DM0103				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percentage of children with Global developmental delay that are included in educational system for at least 1 year				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ Global developmental delay (F83) หรือ R62 อาจมีหรือไม่มีโรคร่วม ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 3 ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี หมายถึง หลังจากได้เข้าสู่ระบบการศึกษา เช่น การเข้าเรียนในโรงเรียนปกติ โรงเรียนเรียนร่วมหรือโรงเรียนการศึกษาพิเศษ หรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้อย่างน้อย 1 ปี โดยไม่ถูกส่งกลับหรือถูกปฏิเสธด้วยปัญหาพัฒนาการหรือพฤติกรรม 				
วัดคุณประสิทธิภาพการพัฒนา/ดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน(GDD)	ประเมินประสิทธิภาพการพัฒนา/ดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน(GDD)				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี (คน)</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) ที่ส่งเข้าระบบการศึกษา (คน)</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี (คน)	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) ที่ส่งเข้าระบบการศึกษา (คน)
ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี (คน)				
ตัวหาร	b = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) ที่ส่งเข้าระบบการศึกษา (คน)				
รหัสโรค/ หัดถกการที่เกี่ยวข้อง	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">ตัวตั้ง</td> <td>F83 หรือ R62</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>F83 หรือ R62</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	F83 หรือ R62	ตัวหาร	F83 หรือ R62
ตัวตั้ง	F83 หรือ R62				
ตัวหาร	F83 หรือ R62				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 70 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระดับเดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 75.21 ต่ำสุดร้อยละ 33.33 สูงสุดร้อยละ 100)				
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
หมายเหตุ					

ประเภท DM02 Autism Spectrum Disorder (ASD)

หมวดตัวชี้วัด	Mental Health				
ประเภทตัวชี้วัด	Autism Spectrum Disorder (ASD)				
รหัสตัวชี้วัด	DM0201				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละเด็กอหิสติกมีพัฒนาการด้านภาษาและสังคมดีขึ้น				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percentage of children with ASD with social and communication skills improvement				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>- เด็กอหิสติก หมายถึง เด็กทุกช่วงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย Autism Spectrum Disorder (F84.0-F84.9) จากแพทย์</p> <p>- พัฒนาการทางภาษาและสังคมดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) หรือด้านการใช้ภาษา (expressive language) <u>ร่วมกับ</u>ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (personal and social) ดีขึ้น <u>ประเมินโดยใช้เครื่องมือตามบริบทและระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์</u></p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กอหิสติก				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนเด็กอหิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงาน และมีพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาหรือด้านการใช้ภาษา <u>ร่วมกับ</u>ด้านการช่วยเหลือตัวเอง และสังคมดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน)</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนเด็กอหิสติกทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงาน (คน)</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กอหิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงาน และมีพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาหรือด้านการใช้ภาษา <u>ร่วมกับ</u> ด้านการช่วยเหลือตัวเอง และสังคมดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน)	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กอหิสติกทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงาน (คน)
ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กอหิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงาน และมีพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาหรือด้านการใช้ภาษา <u>ร่วมกับ</u> ด้านการช่วยเหลือตัวเอง และสังคมดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน)				
ตัวหาร	b = จำนวนเด็กอหิสติกทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงาน (คน)				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>F84.0-F84.9</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>F84.0-F84.9</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	F84.0-F84.9	ตัวหาร	F84.0-F84.9
ตัวตั้ง	F84.0-F84.9				
ตัวหาร	F84.0-F84.9				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	ร้อยละ 80 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเบรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในเด็กอหิสติกอายุ 2-6 ปี เดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 84.16 ต่ำสุดร้อยละ 74.82 สูงสุดร้อยละ 89)				
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเบรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
หมายเหตุ					

หมวดตัวชี้วัด	Mental Health	
ประเภทตัวชี้วัด	Autism Spectrum Disorder (ASD)	
รหัสตัวชี้วัด	DM0202	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละเด็กอ托ทิสติกมีพัฒนาการด้านภาษาและสังคมดีขึ้น จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percentage of children with ASD with social and communication skills improvement	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กอ托ทิสติก หมายถึง เด็กทุกช่วงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย Autism Spectrum Disorder (F84.0-F84.9) จากแพทย์ - พัฒนาการทางภาษา <u>และ</u>สังคมดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) หรือด้านการใช้ภาษา (expressive language) <u>ร่วมกับ</u>ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (personal and social) ดีขึ้น <u>ประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I</u> 	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กอ托ทิสติก	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กอ托ทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงานแล้วมีพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาหรือด้านการใช้ภาษา <u>ร่วมกับ</u> ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคมดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน)
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กอ托ทิสติกทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงาน (คน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F84.0-F84.9
	ตัวหาร	F84.0-F84.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 80 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเบรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในเด็กอ托ทิสติกอายุ 2-6 ปี เดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 84.16 ต่ำสุดร้อยละ 74.82 สูงสุดร้อยละ 89)	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเบรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Mental Health
ประเภทตัวชี้วัด	Autism Spectrum Disorder (ASD)
รหัสตัวชี้วัด	DM0203
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละเด็กอหิสติกคงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percentage of children with ASD that are included in educational system for at least 1 year
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กอหิสติก หมายถึง เด็กอายุ 3-14 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวินิจฉัย Autism Spectrum Disorder (F84.0-F84.9) จากแพทย์ - คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี หมายถึง หลังจากได้เข้าสู่ระบบการศึกษา เช่น การเข้าเรียนในโรงเรียนปกติ โรงเรียนเรียนร่วมหรือโรงเรียนการศึกษาพิเศษ หรือศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก หรือการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ได้อย่างน้อย 1 ปี โดยไม่ถูกส่งกลับหรือถูกปฏิเสธด้วยปัญหาพัฒนาการหรือพฤติกรรม
วัดคุณประสิทธิภาพการพื้นฟู/ดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กอหิสติก	ประเมินประสิทธิภาพการพื้นฟู/ดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กอหิสติก
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนเด็กอหิสติกที่คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี (คน)
	ตัวหาร b = จำนวนเด็กอหิสติกทั้งหมดที่รับการรักษาที่ส่งเข้าระบบการศึกษาภายในปีงบประมาณ (คน)
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง F84.0-F84.9
	ตัวหาร F84.0-F84.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 90 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 96 ต่ำสุดร้อยละ 89 สูงสุดร้อยละ 100)
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
หมายเหตุ	

ประเภท DM03 Cerebral Palsy

หมวดตัวชี้วัด	Mental Health
ประเภทตัวชี้วัด	Cerebral Palsy
รหัสตัวชี้วัด	DM0301
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) มีพัฒนาการดีขึ้น
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percentage of children with Cerebral Palsy that improve after intervented
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>- เด็กสมองพิการ หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น Cerebral Palsy อาจมี หรือไม่มีโรคร่วม</p> <p>- พัฒนาการดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านที่ล่าช้าด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้านดีขึ้นโดยไม่มี ด้านใดลดลง ภายใต้ 6 เดือน หลังการรักษา <u>ประเมินโดยใช้เครื่องมือตามบริบทและระดับ ความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์</u></p> <p>- พัฒนาการ 5 ด้าน หมายถึง 1. ด้านการเคลื่อนไหว (gross motor) 2. ด้านการใช้กล้ามเนื้อ มัดเล็กและสติปัญญา (fine motor) 3. ด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) 4. ด้านการใช้ภาษา (expressive language) 5. ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social)</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาเด็กสมองพิการ
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่มีพัฒนาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน)
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการทั้งหมดที่รับการรักษา (คน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง G80.0 - G80.9
	ตัวหาร G80.0 - G80.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 40 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเบรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข เดือนพฤษภาคม 2561 โดยใช้เครื่องมือวัดอื่น ผลร้อยละ 64.91 ต่อสูตรร้อยละ 42.80 สูงสุดร้อยละ 87.01)
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเบรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Mental Health				
ประเภทตัวชี้วัด	Cerebral Palsy				
รหัสตัวชี้วัด	DM0302				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) มีพัฒนาการดีขึ้น จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percentage of children with Cerebral Palsy that improve after intervented				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กสมองพิการ หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น Cerebral Palsy อาจมีหรือไม่มีโรคร่วม - พัฒนาการดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านที่ล่าช้าด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้านดีขึ้นโดยไม่มีด้านใดลดลง ภายใน 6 เดือน หลังการรักษา โดย <u>ประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I</u> - พัฒนาการ 5 ด้าน หมายถึง 1. ด้านการเคลื่อนไหว (gross motor) 2. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (fine motor) 3. ด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) 4. ด้านการใช้ภาษา (expressive language) 5. ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social) 				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาเด็กสมองพิการ				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่มีพัฒนาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน)</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการทั้งหมดที่รับการรักษา (คน)</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่มีพัฒนาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน)	ตัวหาร	$b =$ จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการทั้งหมดที่รับการรักษา (คน)
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่มีพัฒนาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน)				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการทั้งหมดที่รับการรักษา (คน)				
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>G80.0 - G80.9</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>G80.0 - G80.9</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	G80.0 - G80.9	ตัวหาร	G80.0 - G80.9
ตัวตั้ง	G80.0 - G80.9				
ตัวหาร	G80.0 - G80.9				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 40 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เดือนพฤษภาคม 2561 โดยใช้เครื่องมือวัดอื่น ผลร้อยละ 64.91 ต่อสูตรร้อยละ 42.80 สูงสุดร้อยละ 87.01)				
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
หมายเหตุ					

ประเภท DM04 Child and Adolescent Psychiatry

หมวดตัวชี้วัด	Mental Health
ประเภทตัวชี้วัด	Child and Adolescent Psychiatry
รหัสตัวชี้วัด	DM0401
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นรายใหม่อาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percentage of children with ADHD improved after intervened for 6 months
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	ผู้ป่วยสมาธิสั้น หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น (F90) อาการดีขึ้น หมายถึง คะแนนจากแบบวัด SNAP-IV ฉบับผู้ปกครองลดลงด้านใดด้านหนึ่ง หลังรับการรักษา 6 เดือน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-14 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มารับการรักษาทั้งหมด [*] ในช่วง 6 เดือนและมีคะแนน SNAP-IV ลดลงจากการประเมินโดยผู้ปกครอง (คน)
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-14 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มารับการรักษาทั้งหมด [*] ในช่วง 6 เดือน (คน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง F90
	ตัวหาร F90
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 80 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเบรี่ยบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข เดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 69.16 ต่อสุดร้อยละ 8.04 สูงสุดร้อยละ 100)
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเบรี่ยบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Mental Health
ประเภทตัวชี้วัด	Child and Adolescent Psychiatry
รหัสตัวชี้วัด	DM0402
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยเด็กซึ่งเครียดอาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percentage of children and adolescents with MDD having improved after intervened for 6 months
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	ผู้ป่วยซึ่งเครียด หมายถึง เด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 6-17 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึ่งเครียด (F32.0-F32.9, F33.0-F33.9, F34.1) อาการดีขึ้น หมายถึง อาการสงบ (clinical remission) หลังรักษาครบ 6 เดือน หรือ คะแนนจากแบบประเมิน Childhood Depressive Inventory (CDI) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึ่งเครียด
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึ่งเครียดที่อาการสงบหรือ คะแนน CDI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน (คน)
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึ่งเครียด ทั้งหมด ทั้งวินิจฉัยหลักและวินิจฉัยรอง (คน)
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง F 32.0 – F 32.9, F33.0-F33.9, F34.1
	ตัวหาร F 32.0 – F 32.9, F33.0-F33.9, F34.1
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 70 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 49.70 ต่อสูตรร้อยละ 23.01 สูงสุดร้อยละ 100)
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
หมายเหตุ	

KPI Template กลุ่มตัวชี้วัด กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ (Care Process: C)



หมวด CM: Maternal and Child Health Care Process (M)

ประเภท CM01 Maternal Health Care Process

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child Health Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Maternal Health Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CM0101
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และ/หรือการคลอด (ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Mortality Rate of Mother from Pregnancy and/or Labour
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. มาตรา หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งคลอดทราบมีชีพในโรงพยาบาล ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) or Secondary Diagnosis (sdx) เป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้รีบnie</p> <p>2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป</p> <p>3. การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หลังคลอด) ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุใดก็ได้ หรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์ และ/ หรือ การดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้อง</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอดไม่เกิน 6 สัปดาห์ ในช่วง 1 ปีที่ประเมิน
	ตัวหาร b = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมด (ในปีการประเมินเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = O00-O95 or O98-O99 หรือ Pdx = S00-T98 และ Sdx = O00-O95 or O98-O99
	ตัวหาร จำนวนทารกเกิดมีชีพ
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี <input type="checkbox"/> G
ที่มา/ Reference	สร., สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559
เหตุผลของการปรับปรุง	<p>ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559):</p> <p>(1) คำนิยามในข้อสาม และคำนิยามตัวตั้ง เพิ่มเติม คำว่า (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หลังคลอด),</p> <p>(2) ตัวตั้งรหัสโรค ตัดรหัสโรค O96 (การตายจากสาเหตุทางสูติกรรมที่เกิดหลังคลอดเกิน 42 วันแต่ไม่เกิน 1 ปี), และ O97 (การตายจากสาเหตุทางสูติกรรม (โดยตรงหรือโดยอ้อม) ที่เกิดหลังคลอด 1 ปีหรือนานกว่า),</p>



	(3) ตัวหารรหัสโรค แก้ไขรหัส ICD เป็น sdx = Z37.0-Z37.7, Z37.9 อ้างอิงตาม สปสช. เนื่องจาก รหัสโรคในกลุ่ม Z37 ใช้เป็นรหัสเสริมในการระบุผลของการคลอดในบันทึกของ มารดาในการประเมินภาวะขาดออกซิเจนแรกให้มีความสอดคล้องกัน
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child Health Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Maternal Health Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CM0104
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการรับผู้ป่วยที่กลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับการคลอดด้วยวิธี Caesarean Section ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Unplanned Re-admission Rate into the Hospital from Patients with Complication of Caesarean Section within 28 Days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<p>1. ผู้คลอด C/S หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) or Secondary Diagnosis (Sdx) ของการคลอดที่มีเหตุจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 และ/หรือ ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้คลอด C/S ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนหลังจากนี้จากโรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) (ยกเว้นผู้คลอด C/S ที่ปรึกษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน)</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้คลอด Caesarean Section ที่เป็นผู้ป่วยใน ในภาพรวม
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้คลอด C/S ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาล โดยไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร b = จำนวนผู้คลอด C/S ที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านี้
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx or Sdx = O82.0, O82.1, O82.2, O82.8, O82.9, O84.2 ที่กลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับการคลอดด้วยวิธี Caesarean Section ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน
	ตัวหาร Pdx or Sdx = O82.0, O82.1, O82.2, O82.8, O82.9, O84.2
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1)ปรับชื่อตัวชี้วัด เป็น “อัตราการรับผู้ป่วยที่กลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับการคลอดด้วยวิธี Caesarean Section ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน” เพื่อให้สะท้อนภาวะแทรกซ้อนของ C/S โดยตรง, (2)ปรับนิยามเปลี่ยนหน่วยวัดเป็น “ร้อยละ” ตามการวัดสาข, (3)เพิ่มรหัสโรค O84.2 เป็นการคลอดครรภ์ผิดทารกทุคนคลอดโดยการผ่าท้องทั้งตัวตั้งและตัวหาร
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child Health Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Maternal Health Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CM0105
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ระยะเวลาัตนนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ทำ Caesarean section
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Average Length of Stays of Caesarean Section
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยที่ทำ Caesarean Section หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis (Pdx) or Secondary Diagnosis (Sdx) ของการทำ Caesarean Section โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 และ/หรือ ICD-9 ตั้งที่ระบุไว้ใน</p> <p>2. จำนวนวันนอนรวมหมายถึง ผลรวมของจำนวนวัน ที่ผู้ป่วยที่ทำ Caesarean Section นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นับตั้งแต่วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงวันที่จำหน่ายออก จากโรงพยาบาล ทุกสถานะการจำหน่าย</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยที่ทำ Caesarean Section
สูตรในการคำนวณ	a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยที่ทำ Caesarean Section ทั้งหมดในเดือนที่ประเมิน
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ Caesarean Section ที่จำหน่าย ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Procedures = 74.0, 74.1, 74.2
	ตัวหาร Procedures = 74.0, 74.1, 74.2
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	วัน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child Health Care Process				
ประเภทตัวชี้วัด	Maternal Health Care Process				
รหัสตัวชี้วัด	CM0107				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการตกเลือดหลังคลอดเนียบพลันกรณีคลอดทางช่องคลอด				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Percentage of Immediate Postpartum Hemorrhage (Vaginal delivery)				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ตกเลือดหลังคลอดเนียบพลัน หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีการเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร ภายใน 2 ชั่วโมง ภายหลังการคลอดทางช่องคลอดตัวยังวิชัดเชิงตัตวิสัย</p> <p>2. การคำนวณหาอัตราตกเลือดหลังคลอดเนียบพลัน เป็นการคิดเทียบต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปทั้งหมดที่มาคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาล ช่วงระยะเวลาที่ประเมิน</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์คลอด				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนียบพลัน ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ใน 1 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาล (ในเดือนเดียวกัน)</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนียบพลัน ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ใน 1 เดือน	ตัวหาร	b = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาล (ในเดือนเดียวกัน)
ตัวตั้ง	a = จำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนียบพลัน ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ใน 1 เดือน				
ตัวหาร	b = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาล (ในเดือนเดียวกัน)				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>Pdx or Sdx = O72</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>Pdx or Sdx = O80, O81, O83, O84.0, O84.1, O84.8, O84.9</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	Pdx or Sdx = O72	ตัวหาร	Pdx or Sdx = O80, O81, O83, O84.0, O84.1, O84.8, O84.9
ตัวตั้ง	Pdx or Sdx = O72				
ตัวหาร	Pdx or Sdx = O80, O81, O83, O84.0, O84.1, O84.8, O84.9				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child Health Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Maternal Health Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CM0109
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการซักขะณตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Percentage of Eclampsia in Pregnancy Induce Hypertension
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซัก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยปัญหา การซักขะณตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอดเนื่องจากครรภ์เป็นพิษ ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) or Secondary Diagnosis (Sdx) อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 และ/ หรือ ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้ในอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป</p> <p>3. การคำนวณหาอัตราหญิงตั้งครรภ์ เป็นการคิดเทียบต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดในช่วงระยะเวลาที่ประเมิน</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์คลอดหรือหลังคลอด
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซักจากครรภ์เป็นพิษ ที่รับไว้ในโรงพยาบาลใน 1 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = O15.0-O15.9 (หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซัก)
	ตัวหาร Pdx = O00-O99 <u>or</u> Sdx = O00-O99 (หญิงตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด)
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าถี่น้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child Health Care Process	
ประเภทตัวชี้วัด	Maternal Health Care Process	
รหัสตัวชี้วัด	CM0110	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Percentage of Gestational DM	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในด้วย ปัญหาภาวะเบาหวาน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) or Secondary Diagnosis (Sdx) โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 และ/หรือ ICD-9 ดังที่ระบุไว้เนื่อง</p> <p>2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้ในอนพักรักษานาทีในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป</p> <p>3. การคำนวณหาอัตราหญิงตั้งครรภ์ เป็นการคิดเทียบต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คลอด หรือ หลังคลอด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดในช่วงระยะเวลาที่ประเมิน</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์คลอดหรือหลังคลอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	$b =$ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = O24, or Sdx = O24 (หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน)
	ตัวหาร	Pdx = O00-O99 or Sdx = O00-O99 (หญิงตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด)
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สปสช.	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child Health Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Maternal Health Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CM0116
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการได้รับ Prophylactic Antibiotic ในการผ่าตัด Abdominal Hysterectomy
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Percentage of Patients who Received Antibiotic Prophylaxis in Abdominal Hysterectomy
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยที่ผ่าตัด Abdominal Hysterectomy หมายถึง ผู้ป่วยในที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับมดลูกซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเอ岡ดลูกออกโดยมี รหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้</p> <p>2. การได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัด Abdominal Hysterectomy หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมือผ่าตัด (กรณีเป็น การให้ยาแบบ IV drip ให้เริ่มนับเวลาเมื่อ drip ยาหมด)</p>
วัดถูประسنค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด Abdominal Hysterectomy
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของการผ่าตัด Abdominal Hysterectomy ที่ได้รับ Prophylactic Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมือผ่าตัดใน 1 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนครั้งของการผ่าตัด Abdominal Hysterectomy ทั้งหมดในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัดถูกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง 68.3, 68.4, 68.60, 68.61, 68.62, 68.63, 68.64, 68.65, 68.66, 68.67, 68.68, 68.69
	ตัวหาร 68.3, 68.4, 68.60, 68.61, 68.62, 68.63, 68.64, 68.65, 68.66, 68.67, 68.68, 68.69
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I 2012 http://www.ashp.org/surgical-guidelines http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child Health Care Process				
ประเภทตัวชี้วัด	Maternal Health Care Process				
รหัสตัวชี้วัด	CM0117				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด Abdominal Hysterectomy				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Surgical Abdominal Hysterectomy infection Rate				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยผ่าตัด Abdominal Hysterectomy หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับมดลูก ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูกออก โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ตั้งที่ระบุไว้ใน</p> <p>2. การติดเชื้อแผลผ่าตัด Abdominal Hysterectomy หมายถึง เอพะการติดเชื้อครั้งแรกของแผลผ่าตัด Abdominal Hysterectomy ภายในช่วงระยะเวลา 30 วันหลังการผ่าตัด</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัด Abdominal Hysterectomy				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อแผลผ่าตัด Abdominal Hysterectomy</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนครั้งของการผ่าตัด Abdominal Hysterectomy ทั้งหมด</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อแผลผ่าตัด Abdominal Hysterectomy	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัด Abdominal Hysterectomy ทั้งหมด
ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อแผลผ่าตัด Abdominal Hysterectomy				
ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัด Abdominal Hysterectomy ทั้งหมด				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.61, 68.69 และ มีการติดเชื้อ</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.61, 68.69</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.61, 68.69 และ มีการติดเชื้อ	ตัวหาร	68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.61, 68.69
ตัวตั้ง	68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.61, 68.69 และ มีการติดเชื้อ				
ตัวหาร	68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.61, 68.69				
ความต้องการในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I , CDC, NSHN				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558				
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับจำนวนวันติดตามแผลจาก 28 วันเป็น 30 วัน ตาม CDC definition of HAI Surveillance และระยะเวลาการติดตามอุบัติเหตุความลึกของการติดเชื้อ ถ้าเป็น Superficial SSI จะตาม 30 วัน ถ้าเป็น Deep SSI และ organ/space SSI จะตาม 90 วัน				
หมายเหตุ					



ประเภท CM02 Child Health Care Process

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child Health Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Child Health Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CM0201
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 22 สัปดาห์)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Perinatal Mortality Rate (Gestational Age \geq 22 weeks)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การตายปริกำเนิด หมายถึง การตายของทารกในครรภ์ น้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป หรืออายุครรภ์ 22 สัปดาห์ หากไม่มีข้อมูลน้ำหนัก (still birth) และการตายของทารกแรกเกิดภายใน 7 วันหลังคลอด</p> <p>2. การเก็บข้อมูลการตายปริกำเนิด ให้นับเฉพาะการตายปริกำเนิดที่เกิดจากการคลอด(ทั้งที่คลอดมีชีวิตและไม่มีชีวิต) ขณะมา หรือขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวมทารกซึ่งส่งต่อมากจากโรงพยาบาลอื่น ทั้งนี้ในกรณีที่มีการส่งต่อทารกไปยังโรงพยาบาลอื่นและทารกตายภายใน 7 วันหลังคลอด ให้นับรวมเป็นการตายปริกำเนิดของโรงพยาบาลผู้ส่งต่อทารก (โดย รพ. ผู้ส่งต่อ ต้องติดตามผลการมีชีวิตของทารกเมื่อครบกำหนด 7 วันหลังคลอด)</p> <p>3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผลลัพธ์การให้บริการอนามัยแม่และเด็ก (ANC) - ประเมินผลลัพธ์กระบวนการกำคลอดและการดูแลหลังคลอด - ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาแรกคลอด
สูตรในการคำนวน	$(a/b) \times 1,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนทารกเกิด死胎 (still birth) และทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายใน 7 วันหลังคลอด ในช่วงเวลา 1 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนทารกเกิดทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัวดูแล ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง
	ตัวหาร
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	England : 3.3-6.8 per 1,000 total births
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี █
ที่มา/ Reference	THIP I / USAID and -Perinatal Mortality 2007-HIQP
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ปรับแก้ไข นิยาม จาก คำว่า น้ำหนักน้อยกว่า 500 กรัม เป็น น้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป ตามนิยามวิชาการสากล, (2) ตัดนิยาม คำว่า “โดย มีรหัสโรคนาม ICD-10 TM, ICD-10 ดังที่ระบุไว้” ออกจากนิยาม และ ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Templatesรหัสโรค/หัวดูแลที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีความหลากหลายของการลงทะเบียนรหัสโรคของ รพ.แต่ละระดับ
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child Health Care Process				
ประเภทตัวชี้วัด	Child Health Care Process				
รหัสตัวชี้วัด	CM0202				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์)				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Child: Perinatal Mortality Rate (Gestational Age \geq 28 weeks)				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การตายปริกำเนิด (ตามนิยามของ WHO สำหรับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา) หมายถึง การเสียชีวิตของทารกที่คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ และมีน้ำหนักแรกเกิดอย่างน้อย 1,000 กรัม ตั้งแต่แรกคลอดจนถึงอายุ 7 วันหลังคลอด</p> <p>2. การเก็บข้อมูลการตายปริกำเนิด ในหน้าบันเฉพการตายปริกำเนิดที่เกิดจากการคลอด(ทั้งที่คลอดมีชีวิตและไม่มีชีวิต)ของมาโรงพยาบาล หรือขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวม ทารกซึ่งส่งต่อมากจากโรงพยาบาลอื่น ทั้งนี้ในกรณีที่มีการส่งต่อทารกไปยังโรงพยาบาลอื่น และทราบด้วยภายใน 7 วันหลังคลอด ในหน้าบันเฉพเป็นการตายปริกำเนิดของโรงพยาบาลผู้ส่งต่อทารก (โดยโรงพยาบาลผู้ส่งต่อ ต้องติดตามผลการมีชีวิตรอดของทารกเมื่อครบกำหนด 7 วันหลังคลอด)</p> <p>3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาแรกคลอด - ประเมินผลลัพธ์กระบวนการท่าคลอดและการดูแลหลังคลอด 				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนการเสียชีวิตของทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนถึง 7 วันหลังคลอด</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนทารกคลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนการเสียชีวิตของทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนถึง 7 วันหลังคลอด	ตัวหาร	b = จำนวนทารกคลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
ตัวตั้ง	a = จำนวนการเสียชีวิตของทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนถึง 7 วันหลังคลอด				
ตัวหาร	b = จำนวนทารกคลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">ตัวตั้ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td></td> </tr> </table>	ตัวตั้ง		ตัวหาร	
ตัวตั้ง					
ตัวหาร					
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 ทารกคลอด				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี █				
ที่มา/ Reference	นโยบายรัฐมนตรี				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559				
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ปรับแก้ไข นิยาม ตัดคำว่า “โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 ดังที่ระบุไว้นี้” ออกจากนิยาม และ ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/หัตถการที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีความหลากหลายของการลงรหัส โรคของ รพ.แต่ละระดับ				
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child health Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Child Health Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CM0203
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตายของทารกแรกเกิด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Child: Neonatal Mortality Rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การตายของทารกแรกเกิด หมายถึง การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมีชีวิต ภายใน 28 วัน หลังคลอด (นับรวมทารกเกิดมีชีวิตที่ตายปริกำเนิดด้วย)</p> <p>2. ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่เกิดจากการคลอดมีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดขณะมา โรงพยาบาล หรือขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวมทารกซึ่งส่งต่อมากจากโรงพยาบาลอื่น ทั้งนี้ในกรณีที่มีการส่งต่อทารกไปยังโรงพยาบาลอื่น และทารกตายภายใน 28 วันหลังคลอด ให้นับรวมเป็นการตายของทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลผู้ส่งต่อบรรรภ (โดยโรงพยาบาลผู้ส่ง ต่อ ต้องติดตามผลการมีชีวิตของทารกเมื่อครบกำหนด 28 วันหลังคลอด)</p> <p>3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาในกระบวนการการคลอดการดูแลทารกหลังคลอดและสะท้อนถึง คุณภาพการให้คำแนะนำหลังคลอด
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนทารกแรกเกิด (neonate) ที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังคลอดในช่วงเวลา 1 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง
	ตัวหาร
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	UISA / Malasia = 4 , UK = 3 , UN= 4
วิธีการแปลผล	ค่าถี่น้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I / World Bank
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ปรับแก้ไข นิยาม ตัดคำว่า “โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 ดังที่ระบุไว้นี้” ออกจากนิยาม และ ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/หัตถการที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีความหลากหลายของการลงทะเบียน โรคของ รพ.แต่ละระดับ
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child health Care Process				
ประเภทตัวชี้วัด	Child Health Care Process				
รหัสตัวชี้วัด	CM0204				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Child : Birth Asphyxia Rate				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาล จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป</p> <p>2. การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดหมายถึงการที่ทารกแรกเกิดมีชีพ มีค่าคะแนน APGAR SCORE ที่ 1 นาที ≤ 7 โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้นี้</p> <p>3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาในกระบวนการการคลอด				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ที่มีคะแนน APGAR ที่ 1 นาที ≤ 7 ใน 1 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ที่มีคะแนน APGAR ที่ 1 นาที ≤ 7 ใน 1 เดือน	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ที่มีคะแนน APGAR ที่ 1 นาที ≤ 7 ใน 1 เดือน				
ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)				
รหัสโรค/ หัวติดการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>P21.0, P21.1, P21.9</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>Sdx = Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5, Z37.6</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	P21.0, P21.1, P21.9	ตัวหาร	Sdx = Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5, Z37.6
ตัวตั้ง	P21.0, P21.1, P21.9				
ตัวหาร	Sdx = Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5, Z37.6				
ความต้องการในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี C				
ที่มา/ Reference	ตัวชี้วัดนี้โดยบายรัฐบาล, ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย กรมอนามัย				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559				
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) แก้ไข รหัสโรค/หัวติดการที่เกี่ยวข้อง โดยตัวตั้ง เพิ่ม รหัส P21.9 ภาวะขาดอากาศหายใจแรกเกิด ไม่ระบุรายละเอียด, และ ตัวหาร แก้ไขรหัส ICD เป็น Sdx = Z370, Z372, Z373, Z375, Z376 ข้างลงตาม สปสช. เนื่องจาก รหัสโรค ในกลุ่ม Z37 ใช้เป็นรหัสเสริมในการระบุผลของการคลอดในบันทึกของมารดาในการประเมินภาวะขาดออกซิเจนแรกให้มีความสอดคล้องกัน				
หมายเหตุ					

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child health Care Process				
ประเภทตัวชี้วัด	Child Health Care Process				
รหัสตัวชี้วัด	CM0205				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการขาดออกซิเจนรุนแรงในทารกแรกเกิด				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Child: Severe Birth Asphyxia Rate				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาล จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไปและกรณีที่ไม่ทราบอายุครรภ์ ใช้น้ำหนัก 1,000 กรัมขึ้นไป</p> <p>2. การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดหมายถึง การที่ทารกแรกเกิดมีชีพ มีค่าคะแนน APGAR SCORE ที่ 5 นาที \leq 4</p> <p>3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลกระบวนการคลอดและพื้นคืนชีพทารกแรกเกิด				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ที่มีคะแนน APGAR ที่ 5 นาที \leq 4 ใน 1 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ที่มีคะแนน APGAR ที่ 5 นาที \leq 4 ใน 1 เดือน	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ที่มีคะแนน APGAR ที่ 5 นาที \leq 4 ใน 1 เดือน				
ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$Sdx = Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5, Z37.6$</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง		ตัวหาร	$Sdx = Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5, Z37.6$
ตัวตั้ง					
ตัวหาร	$Sdx = Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5, Z37.6$				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559				
เหตุผลของการปรับปรุง	<p>ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559):</p> <p>(1) ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 ดังที่ระบุไว้” ออกจากนิยาม และ</p> <p>(2) ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/หัตถการที่เกี่ยวข้อง ตัวตั้ง เนื่องจากการหัสด P21.0, P21.1 เป็นรหัสโรคที่หมายถึง ภาวะขาดออกซิเจนที่ APGAR Score 1 นาที ดังนั้นจึงไม่ตรงกับนิยามตัวชี้วัดนี้ที่วัดค่าคะแนน APGAR Score 5 นาที, และ ตัวหาร แก้ไขรหัส ICD เป็น sdx = Z370, Z372, Z373, Z375, Z376 อ้างอิงตาม สปสช. เนื่องจาก รหัสโรคในกลุ่ม Z37 ใช้เป็นรหัสเสริมในการระบุผลของการคลอดในบันทึกของมาตรการในการประเมินภาวะขาดออกซิเจนแรกให้มีความสอดคล้องกัน</p>				
หมายเหตุ					

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child health Care Process				
ประเภทตัวชี้วัด	Child Health Care Process				
รหัสตัวชี้วัด	CM0206				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Child : Low Birth Weight Rate				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาล 2. Low Birth Weight หมายถึง มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม 3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเพณของการคลอด 				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพการให้คำแนะนำการดูแล ตนเองระหว่างการตั้งครรภ์				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ใน 1 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ใน 1 เดือน	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ใน 1 เดือน				
ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)				
รหัสproc/ หัวtopic ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td></td> </tr> </table>	ตัวตั้ง		ตัวหาร	
ตัวตั้ง					
ตัวหาร					
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 9				
ที่มา/ Reference	สปสช., ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย กรมอนามัย				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559				
เหตุผลของการปรับปรุง	<p>ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559) :</p> <p>(1) ตัดนิยามคำว่า “จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป”, และ แก้ไข น้ำหนักแรกเกิดเป็น “ต่ำกว่า 2,500 กรัม” ให้สอดคล้องกับคำนิยามสากล, และ</p> <p>(2) ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสprocอยู่ในกลุ่มโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้นี้” และ, ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสproc/ หัวtopic ที่เกี่ยวข้อง</p>				
หมายเหตุ					

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child health Care Process				
ประเภทตัวชี้วัด	Child Health Care Process				
รหัสตัวชี้วัด	CM0207				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม ภายใน 28 วัน				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Child: Neonatal Mortality Rate (BW <1,000 g.)				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม หมายถึง การเสียชีวิตของ ทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป (ตามนิยามของ WHO สำหรับกลุ่มประเทศทำลังพัฒนา) มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 1,000 กรัม ภายใน 28 วันหลังคลอด</p> <p>2. ทารกแรกเกิดมีชีพ หมายถึง ทารกที่เกิดจากการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดขณะมา รพ. หรือขณะอยู่ในรพ. โดยไม่นับรวมทารกซึ่งส่งต่อมาระบบทั้งหมด</p> <p>3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษากระบวนการคลอดการดูแลทารกหลังคลอดและสหท้อนถึง คุณภาพการให้คำแนะนำหลังคลอด				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัมที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังการ คลอด ใน 1 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัมทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัมที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังการ คลอด ใน 1 เดือน	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัมทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัมที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังการ คลอด ใน 1 เดือน				
ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัมทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td></td> </tr> </table>	ตัวตั้ง		ตัวหาร	
ตัวตั้ง					
ตัวหาร					
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าถี่น้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	กระทรวงสาธารณสุข				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559				
เหตุผลของการปรับปรุง	<p>ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559):</p> <p>(1) ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้นี้” และ, ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนัก ตามนิยามทั้งหมด โดยไม่ต้องระบุรหัสโรค เพราะอาจเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งไม่ สามารถระบุด้วยรหัส ICD-10 ได้ครบถ้วน</p>				
หมายเหตุ					

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child health Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Child Health Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CM0208
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,000 - 1,499 กรัม ภายใน 28 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Child: Neonatal Mortality Rate (BW 1,000-1,499 g.)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,000-1,499 กรัม หมายถึง การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป (ตามนิยามของ WHO สำหรับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา) มีน้ำหนักแรกเกิด 1,000-1,499 กรัม ภายใน 28 วันหลังคลอด</p> <p>2. ทารกแรกเกิดมีชีพ หมายถึง ทารกที่เกิดจากการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดขณะมาหรือขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวมทารกซึ่งส่งต่อมากจากโรงพยาบาลอื่น</p> <p>3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพการให้คำแนะนำการดูแลตนเองระหว่างการตั้งครรภ์
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนัก 1,000-1,499 กรัมที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังการคลอด ใน 1 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ากว่า 1,000-1,499 กรัมทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัวtopic ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง
	ตัวหาร
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 9
ที่มา/ Reference	กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559
เหตุผลของการปรับปรุง	<p>ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559):</p> <p>(1) ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้นี้” และ, ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/ หัวtopic ที่เกี่ยวข้องเนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักตามนิยามทั้งหมด โดยไม่ต้องระบุรหัสโรค เพราะอาจเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งไม่สามารถระบุด้วยรหัส ICD-10 ได้ครบถ้วน</p>
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child health Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Child Health Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CM0209
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,500-2,499 กรัม ภายใน 28 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Child: Neonatal Mortality Rate (BW 1,500-2,499 g.)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,500-2,499 กรัม หมายถึง การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป (ตามนิยามของ WHO สำหรับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา) มีน้ำหนักแรกเกิด 1,500-2,499 กรัม ภายใน 28 วันหลังคลอด</p> <p>2. ทารกแรกเกิดมีชีพ หมายถึง ทารกที่เกิดจากการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดขณะมาระ พ. หรือขณะอยู่ในรพ. โดยไม่นับรวมทารกซึ่งส่งต่อมาระบุในโรงพยาบาลอื่น</p> <p>3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพการให้คำแนะนำการดูแล ตนเองระหว่างการตั้งครรภ์
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนัก 1,500-2,499 กรัมที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังการ คลอด ใน 1 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนัก 1,500-2,499 กรัมทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง
	ตัวหาร
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่าปัจจุบัน = มีคุณภาพดี G
ที่มา/ Reference	กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559
เหตุผลของการปรับปรุง	<p>ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559):</p> <p>(1) ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้นี้” และ, ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้องเนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนัก ตามนิยามทั้งหมด โดยไม่ต้องระบุรหัสโรค เพราะอาจเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งไม่สามารถระบุด้วยรหัส ICD-10 ได้ครบถ้วน</p>
หมายเหตุ	



หมวด CA: Anesthesia Care Process (A)

ประเภท CA01 Anesthesia Care Process

หมวดตัวชี้วัด	Anesthesia Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Anesthesia Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CA0101
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีระดับ ASA Physical Status I, II ก่อนผ่าตัด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Anesthesia: Intra-operative Cardiac Arrest ASA PS I, II
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัด หมายถึง การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นของผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการผ่าตัด</p> <p>2. ผู้ป่วยที่มีระดับ ASA Physical Status I, II ก่อนผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจประเมินก่อนผ่าตัด และพบว่ามีภาวะ ASA Physical Status I, II</p> <p>3. การผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดทุกชนิดที่มีการให้ยาและจับความรู้สึกโดยวิสัญญี</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาและจับความรู้สึกในกระบวนการผ่าตัด
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 10,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะ ASA Physical Status I, II ที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัด ใน 1 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะ ASA Physical Status I, II ก่อนผ่าตัดทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง
	ตัวหาร
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ต่อ 10,000 ราย
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 9
ที่มา/ Reference	ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Anesthesia Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Anesthesia Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CA0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการให้ยาอะนิสเซ็ติกในผู้ป่วยในที่รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Anesthesia: Percentage of Pre-anesthetic Visit Elective In-patient Cases
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการให้ยาอะนิสเซ็ติกในการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน หมายถึง การเยี่ยมเพื่อตรวจประเมินอาการของผู้ป่วยใน ก่อนการให้ยาอะนิสเซ็ติกในการรับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน</p> <p>2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป</p> <p>3. การผ่าตัด หมายถึง Major Operation จากคำนิยามสถิติสาธารณสุข นับรวมการผ่าตัด ในห้องผ่าตัด ที่มีการคอมยาหรือ Block ด้วยวิธี Spinal หรือ Epidural Block ในที่นี่จะนับรวม กลุ่มผู้ป่วยที่ Brachial Plexus Block, ฉีดยาชา เจาะคอ Under Maximum Anesthetic Care</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาอะนิสเซ็ติกในกระบวนการผ่าตัด
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ใน 1 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง
	ตัวหาร
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	ราชวิทยาลัยวิศณุภูมิแพทย์แห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559) การผ่าตัด หมายถึง Major Operation จากคำนิยามสถิติ สาธารณสุข นับรวมการผ่าตัดในห้องผ่าตัด ที่มีการคอมยาหรือ Block ด้วยวิธี Spinal หรือ Epidural Block ในที่นี่จะนับรวม กลุ่มผู้ป่วยที่ Brachial Plexus Block, ฉีดยาชา เจาะคอ Under Maximum Anesthetic Care
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Anesthesia Care Process				
ประเภทตัวชี้วัด	Anesthesia Care Process				
รหัสตัวชี้วัด	CA0103				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่รับการให้ยา劑จับความรู้สึกที่ได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Anesthesia: Percentage of Patients Observed in Recovery Room				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การให้ยา劑จับความรู้สึก หมายถึง การให้ยา劑จับความรู้สึกทุกวิธีการในผู้ป่วยผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึก ก่อนทำการผ่าตัด</p> <p>2. ผู้ป่วยที่รับการให้ยา劑จับความรู้สึกที่ได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น หมายถึง การที่ผู้ป่วย ผ่าตัดที่ได้รับยา劑จับความรู้สึก ได้รับการดูแลช่วงหลังการให้ยา劑จับความรู้สึกในห้องพัก ฟื้นในระยะเวลาที่เหมาะสมตามประเภทของการให้ยา劑จับความรู้สึกและสภาพของผู้ป่วย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย</p> <p>3. การผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดทุกชนิดที่มีการให้ยา劑จับความรู้สึกโดยวิสัญญี</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยา劑จับความรู้สึกในกระบวนการผ่าตัด				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา劑จับความรู้สึกและได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น ใน 1 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา劑จับความรู้สึกทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา劑จับความรู้สึกและได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น ใน 1 เดือน	ตัวหาร	$b =$ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา劑จับความรู้สึกทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา劑จับความรู้สึกและได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น ใน 1 เดือน				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา劑จับความรู้สึกทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td></td> </tr> </table>	ตัวตั้ง		ตัวหาร	
ตัวตั้ง					
ตัวหาร					
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด	Anesthesia Care Process	
ประเภทตัวชี้วัด	Anesthesia Care Process	
รหัสตัวชี้วัด	CA0104	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Anesthesia: Percentage of Re-intubation within 2 hrs. after Extubation	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อหายใจซ้ำหลังการถอดท่อหายใจ หมายถึง ผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ที่ใส่ท่อหายใจและได้รับการถอดท่อหายใจแล้วต้องกลับมาใส่ท่อหายใจซ้ำไม่ว่าจากสาเหตุใด ๆ</p> <p>2. การผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดทุกชนิดที่มีการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิสัญญี</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในกระบวนการผ่าตัด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง ตัวหาร	a = จำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจ ใน 1 เดือน b = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวที่ใส่ท่อหายใจทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
	ตัวตั้ง ตัวหาร	
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง ตัวหาร	
ความต้องการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Anesthesia Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Anesthesia Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CA0105
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังระดับก้ามكار์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Anesthesia: Percentage of Using Capnometry during General Anesthesia
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การเฝ้าระวังระดับก้ามكار์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก หมายถึง การเฝ้าระวังการหายใจโดยการใช้เครื่องวัดระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ด้วยเครื่อง Capnometry ในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาอะนีสีติกแบบทั้งตัวและใส่ท่อช่วยหายใจ ระหว่างการได้รับยาอะนีสีติกความรู้สึกแบบทั้งตัวและใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p>2. การผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดทุกชนิดที่มีการให้ยาอะนีสีติกโดยวิสัยญี่</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาอะนีสีติกในกระบวนการผ่าตัด
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังระดับก้ามكار์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ใน 1 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาอะนีสีติกแบบทั้งตัวและใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง
	ตัวหาร
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	ตัวชี้วัดคุณภาพบริการวิสัญญีวิทยา
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวด CO: Operative Care Process (O)

ประเภท CO01 Operative Care Process

หมวดตัวชี้วัด	Operative Care Process	
ประเภทตัวชี้วัด	Operative Care Process	
รหัสตัวชี้วัด	CO0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของการใช้แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Operation: Percentage of Using Surgical Safety Check List	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<p>1. แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด (Surgical Safety Check List) สามารถใช้ได้ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งมีการออกแบบเอง</p> <p>2. ให้ใช้ Surgical Safety Check List กับผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการทุกหัตถการ (รายครั้ง) ที่ทำในห้องผ่าตัด (กรณีมีหลายห้องผ่าตัด ให้รวมทุกห้องผ่าตัด) โดยนับรวมทั้งในหัตถการที่ดูดยาและไม่ดูดยา</p> <p>3. การทำแบบตรวจสอบฯ อย่างสมบูรณ์ หมายถึง ได้ทำตามกระบวนการอย่างถูกต้อง โดยทำครบถ้วนทุกขั้นตอนในแต่ละ Part (sign in, time out, sign out)</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินการใช้แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย (รายครั้ง) ที่ได้ทำแบบตรวจสอบฯ อย่างสมบูรณ์
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย (รายครั้ง) ที่มารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Operative Care Process				
ประเภทตัวชี้วัด	Operative Care Process				
รหัสตัวชี้วัด	CO0105				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Operation: Perioperative Mortality Rate				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดใหญ่ (Major Operation) ที่มีการให้ยาและจับความรู้สึก และเป็นการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน ซึ่งมีระยะเวลาในการเตรียมผู้ป่วยอย่างน้อย 24 ชั่วโมง</p> <p>2. ผู้ป่วยผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยใน และ/หรือผู้ป่วยซึ่งมีนัดรับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมผ่าตัด</p> <p>3. การเสียชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัด หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงระยะเวลา ระหว่างกระบวนการดูแลก่อนผ่าตัด การผ่าตัด และหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อใช้ในการติดตามกระบวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดกระบวนการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรก				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกรณีไม่ฉุกเฉินและเสียชีวิตระหว่างและหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรก</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกรณีไม่ฉุกเฉินในช่วงเวลาเดียวกัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกรณีไม่ฉุกเฉินและเสียชีวิตระหว่างและหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรก	ตัวหาร	$b =$ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกรณีไม่ฉุกเฉินในช่วงเวลาเดียวกัน
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกรณีไม่ฉุกเฉินและเสียชีวิตระหว่างและหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรก				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกรณีไม่ฉุกเฉินในช่วงเวลาเดียวกัน				
รหัสโรค/ หัดดการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td></td> </tr> </table>	ตัวตั้ง		ตัวหาร	
ตัวตั้ง					
ตัวหาร					
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี G				
ที่มา/ Reference	THIP I, ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					

หมวดตัวชี้วัด	Operative Care Process				
ประเภทตัวชี้วัด	Operative Care Process				
รหัสตัวชี้วัด	CO0107				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการผ่าตัดซ้ำ				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Operation: Percentage of Re-operation				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การผ่าตัดซ้ำ (กรณีผู้ป่วยใน) หมายถึง การผ่าตัดซ้ำด้วยโรคเดียวกันตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปใน การรับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในครั้งเดียวกันโดยไม่ได้วางแผน หรือ เป็นการผ่าตัด ซ้ำในผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดครั้งแรกซึ่งเป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน ทั้งนี้ไม่รวมถึงการผ่าตัดที่มีการ วางแผนไว้ล่วงหน้าว่าจะมีการผ่าตัดแยกเป็นหลายครั้งเป็นการผ่าตัดที่ละเอียด</p> <p>2. การผ่าตัดซ้ำ (กรณีผู้ป่วยนอกที่ต้อง admit โดยไม่ได้วางแผน) หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วย นอกที่นำไปสู่การรับเข้าเป็นผู้ป่วยในทันทีหลังผ่าตัด ทั้งนี้ไม่รวมถึงการผ่าตัดในกรณีผู้ป่วย นอกที่ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน หรือสังเกตอาการไม่เกิน 48 ชั่วโมง</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลของการรักษาโดยการผ่าตัดของทีมผ่าตัด				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนครั้งของการผ่าตัดซ้ำในผู้ป่วยในโดยไม่ได้วางแผนและการผ่าตัดผู้ป่วยนอกที่ Admit หลังผ่าตัดทันที ใน 1 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งของการผ่าตัดซ้ำในผู้ป่วยในโดยไม่ได้วางแผนและการผ่าตัดผู้ป่วยนอกที่ Admit หลังผ่าตัดทันที ใน 1 เดือน	ตัวหาร	$b =$ จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งของการผ่าตัดซ้ำในผู้ป่วยในโดยไม่ได้วางแผนและการผ่าตัดผู้ป่วยนอกที่ Admit หลังผ่าตัดทันที ใน 1 เดือน				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td></td> </tr> </table>	ตัวตั้ง		ตัวหาร	
ตัวตั้ง					
ตัวหาร					
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ	<p>(1) เพิ่มเวลาสังเกตอาการเป็น 48 ชั่วโมง (จากเดิม 12 ชั่วโมง) เพราะต้องการ Include การ ผ่าตัดซ้ำ ที่เกิด AE มากที่สุด ซึ่งมักเกิด Bleeding หลัง 24 ชั่วโมงแล้ว</p> <p>(2) ในกรณีการผ่าตัดฉุกเฉินในผู้ป่วยนอก ให้นับครั้งที่มีการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน</p>				

หมวด CG: General Care Process (G)

ประเภท CG01 Pressure Ulcer Care Process

หมวดตัวชี้วัด	General Care Process				
ประเภทตัวชี้วัด	Pressure Ulcer/Injury Care Process				
รหัสตัวชี้วัด	CG0101				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเกิดแผลกดทับ				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Pressure Ulcer/Injury: Incidence Rate of Pressure Ulcer				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนตัวเลขที่แสดงถึง จำนวนผู้ป่วย ที่เกิดแผลกดทับ ซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่รับนอนในโรงพยาบาล (admit) นาน ≥ 4 ชั่วโมง ภายใน 1 เดือน และมีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป เปรียบเทียบกับจำนวน 1000 วันนอนในเดือนนั้นๆ</p> <p>2. ความหมายและการแบ่งระดับของแผลกดทับ อ้างอิงตามนิยามที่กำหนดโดย คณะกรรมการคุณภาพการพยาบาล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สถาบันศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่กำหนดให้แผลกดทับเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 1-4 ไม่สามารถระบุระดับได้ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ (ระดับ 1-4, และ 5-8) และ</p> <p>3. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบรายงานการเก็บข้อมูลการเกิดแผลกดทับ แบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับและ 2 ลักษณะ (ระดับ 1-4, และ 5-8) และ (2) แบบรายงานสถิติข้อมูลแผลกดทับ</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล เพื่อเป็นมาตรฐานและมีประสิทธิผลของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็นมาตรฐานในการเทียบเคียงคุณภาพการพยาบาลระหว่างองค์กรพยาบาลในระดับเดียวกัน				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับที่เกิดใหม่ในโรงพยาบาล ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ในเดือนนั้น</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนวันของผู้ป่วยที่รับนอนในรพ.ทั้งหมดภายในเดือนเดียวกันนั้น</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับที่เกิดใหม่ในโรงพยาบาล ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ในเดือนนั้น	ตัวหาร	b = จำนวนวันของผู้ป่วยที่รับนอนในรพ.ทั้งหมดภายในเดือนเดียวกันนั้น
ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับที่เกิดใหม่ในโรงพยาบาล ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ในเดือนนั้น				
ตัวหาร	b = จำนวนวันของผู้ป่วยที่รับนอนในรพ.ทั้งหมดภายในเดือนเดียวกันนั้น				
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td></td> </tr> </table>	ตัวตั้ง		ตัวหาร	
ตัวตั้ง					
ตัวหาร					
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ครั้งต่อ 1,000 วันนอน				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	อัตราต้องมากกว่า 3 ครั้งต่อ 1000 วันนอน (คณะกรรมการคุณภาพการพยาบาล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สถาบันศรีนครินทร์ คุณภาพการพยาบาล UHNDC)				
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี ≥ ๗				
ที่มา/ Reference	THIP I, สำนักการพยาบาล THIP II, ปรับปรุงครั้งที่ 1: คณะกรรมการคุณภาพการพยาบาล มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์ คุณภาพการพยาบาล (University Hospital Nursing Director Consortium; UHNDC)				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2562				



เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1: ตุลาคม 2560 ตามข้อเสนอของ คณะกรรมการตัวชี้วัดผลกตทับชั้มรม เครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2: ตุลาคม 2562 ตามข้อเสนอของ คณะกรรมการตัวชี้วัดผลกตทับ ชั้มรม พยาบาลแล้ว ออสโตรี และควบคุมการขับถ่าย และชั้มรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการ พยาบาล
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	General Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Pressure Ulcer/Injury Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CG0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Pressure Ulcer/Injury: Incidence Rate of Pressure Ulcer in Risk Patients
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนตัวเลขที่แสดงถึงจำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่รับนอนในโรงพยาบาล (admit) นาน ≥4 ชั่วโมง ที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ รายใน 1 เดือน และมีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป เปรียบเทียบกับจำนวน 1000 วันนอนในเดือนนั้นๆ</p> <p>2. ความหมายและการแบ่งระดับของแผลกดทับ อ้างอิงตามนิยามที่กำหนดโดย คณะทำงานตัวชี้วัดแผลกดทับ ชุมชนโรงพยาบาลและ อสโตรามี และคุบคุมการขับถ่าย และชุมชนเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (University Hospital Nursing Director Consortium; UHNDC) ตามเอกสารภาคผนวก</p> <p>3. จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผลรวมของจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในหน้าผู้ป่วยในทั้งหมด</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เพื่อเป็นมาตรฐานและมีประสิทธิผลของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แบะเป็นมาตรฐานในการเทียบเคียงคุณภาพการพยาบาลระหว่างองค์กรพยาบาลในระดับเดียวกัน
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a= จำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับที่เกิดใหม่ในโรงพยาบาล ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในเดือนนั้น
	ตัวหาร b= จำนวนวันของผู้ป่วยที่รับนอนในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ทั้งหมดภายในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง
	ตัวหาร
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ครั้งต่อ 1,000 วันนอน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I, สำนักการพยาบาลและชุมชนเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2560
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1: ตุลาคม 2560 ปรับรายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด CG0101 โดยอ้างอิงตามการเปลี่ยนแปลงนิยามตัวชี้วัด CG0101 ที่เสนอของคณะกรรมการตัวชี้วัดแผลกดทับ ชุมชนเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (UHNDC)
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	General Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Pressure Ulcer/Injury Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CG0103
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราความซุกของแผลกดทับ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Pressure Ulcer/Injury: Prevalence of Hospital Acquires Pressure Ulcers
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. อัตราความซุกของแผลกดทับ หมายถึง ตัวเลขที่แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับทั้งหมด ในโรงพยาบาล ในช่วงเวลาที่สำรวจ</p> <p>2. การนับจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับในประชากรที่สำรวจ ณ เวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น เป็น การวัดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล ณ วันที่มีการสำรวจ การนับจำนวนให้ รวมผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับก่อนรับเข้าโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับภายหลัง รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล</p> <p>3. แผลกดทับ แบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับและ 2 ลักษณะ (ระดับความรุนแรง 1-4, ไม่สามารถระบุระดับความลึกของเนื้อเยื่อที่โดนทำลายได้และการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้น ลึก) คณะกรรมการตัวชี้วัดแผลกดทับ ชุมชนพยาบาลแผล ออสโตรี และควบคุมการขับถ่าย และชุมชนเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (University Hospital Nursing Director Consortium; UHNDC) ตามเอกสารภาคผนวก</p> <p>4. การคำนวณตัวชี้วัดนี้ ต้องการเอกสารผู้ป่วยทุกคนในหน่วยการรายงานในวันที่สำรวจ</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการคุณผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการ เกิดแผลกดทับ เพื่อเป็นมาตรฐานและมีประสิทธิผลของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แบบเป็น มาตรฐานในการเทียบเคียงคุณภาพการพยาบาลระหว่างองค์กรพยาบาลในระดับเดียวกัน
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a= จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่พบทั้งหมดในโรงพยาบาล แบ่งเป็นเกิดก่อนมาโรงพยาบาล และเกิดในโรงพยาบาล ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ในช่วงเวลาที่สำรวจ
	ตัวหาร b= จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอยู่ในโรงพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง
	ตัวหาร
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	น้อยกว่าร้อยละ 10 (คณะกรรมการตัวชี้วัดแผลกดทับ ชุมชนเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล UHNDC)
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	<p>THIP I, สำนักการพยาบาล</p> <p>THIP II, ปรับปรุงครั้งที่ 1: คณะกรรมการตัวชี้วัดแผลกดทับ ชุมชนเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (University Hospital Nursing Director Consortium; UHNDC)</p> <p>THIP II, ปรับปรุงครั้งที่ 2: คณะกรรมการตัวชี้วัดแผลกดทับ ชุมชนพยาบาลแผล ออสโตรี และควบคุมการขับถ่าย</p>
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557

วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2562
เหตุผลของการปรับปรุง	<p>ปรับปรุงครั้งที่ 1: ตุลาคม 2560 ตามข้อเสนอของ คณะกรรมการตัวชี้วัดແผลกตทับชุมชน เครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (UHNDC)</p> <p>ปรับปรุงครั้งที่ 2: ตุลาคม 2562 ตามข้อเสนอของ คณะกรรมการตัวชี้วัดແผลกตทับ ชุมชน พยาบาลແผล ออสโตรี และควบคุมการขับถ่าย</p>
หมายเหตุ	



กลุ่มตัวชี้วัด	Care Process
หมวดตัวชี้วัด	General Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Pressure Ulcer/Injury Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CG0104
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราความชุกแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Pressure Ulcer/Injury: Hospital Acquired Pressure Ulcer/Injury (HAPI) Rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. อัตราความชุกของแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล หมายถึง ตัวเลขที่แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ในช่วงเวลาที่สำรวจ</p> <p>2. การนับจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่เกิดภายใน admit ในประชากรที่สำรวจ ณ เวลาใดเวลาหนึ่งที่สำรวจ เป็นการวัดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล ณ วันที่มีการสำรวจ การนับจำนวนให้นับเฉพาะผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับใหม่หลังรับเข้าโรงพยาบาล</p> <p>3. การคำนวณ HAPI Rate จำเป็นต้องมีการทราบบันทึกผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ณ วันที่ admit ถ้าพบว่าบันทึกตอน admit ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ แสดงว่าผลที่พับเป็นแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล</p> <p>4. แผลกดทับ แบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับและ 2 ลักษณะ (ระดับความรุนแรง 1-4, ไม่สามารถบรรบุระดับความลึกของเนื้อเยื่อที่ได้ทำการบาดเจ็บเนื้อเยื่อขึ้นเล็ก) คณะกรรมการตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมพยาบาลแผล ออสโตรี และความคุ้มการขับถ่าย และชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (University Hospital Nursing Director Consortium; UHNDC) ตามเอกสารภาคผนวก</p> <p>5. การคำนวณตัวชี้วัดนี้ ต้องการเอกสารผู้ป่วยทุกคนในหน่วยการรายงานในวันที่สำรวจ</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อแยกความแตกต่างของการเกิดแผลกดทับที่เกิดในชุมชน Community Acquired Pressure Injury (CAPI) ทำให้ทราบว่าแผลกดทับมีจุดเริ่มต้นที่ใด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการแก้ปัญหาและพัฒนาได้อย่างตรงประเด็น
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ในช่วงเวลาที่สำรวจ
	ตัวหาร b = จำนวนประชากรผู้ป่วยทั้งหมดในเวลาที่สำรวจ
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง
	ตัวหาร
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (ค่า/ แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมพยาบาลแผล ออสโตรี และความคุ้มการขับถ่าย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2562

วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

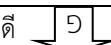


หมวด CE: Emergency Care Process (E)

ประเภท CE01 ER Care Process

หมวดตัวชี้วัด	Emergency Care Process	
ประเภทตัวชี้วัด	ER Care Process	
รหัสตัวชี้วัด	CE0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน 3 ชั่วโมง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ER: Broad-spectrum Antibiotic Received in Sepsis (in 3 hrs.)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หมายถึง ภาวะ Sepsis <u>หรือ</u> การที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงของ การอักเสบทั่วตัว (systemic inflammation) ร่วมกับพบเชื้อจากการตรวจเพาะเชื้อจาก เลือด <u>หรือ</u> พบว่ามีการติดเชื้อที่ใดที่หนึ่งในร่างกาย (reference: surviving sepsis campaign 2012) ซึ่งมี Pdx หรือมีอาการแสดงตามรหัสโรค ICD-10 TM ที่กำหนด (ในที่นี้หมายรวมถึงเฉพาะผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) เท่านั้น)</p> <p>2. การได้รับยาปฏิชีวนะ หมายถึง การที่ผู้ป่วย Sepsis, Severe Sepsis, Septic Shock ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึง ER จนถึงเวลาที่ได้รับยา</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x100	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับการตรวจรักษาที่ ER <u>และ</u> ได้รับยาปฏิชีวนะ ใน 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนถึงเวลาได้รับยา ในช่วงเวลา หนึ่งเดือน
	ตัวหาร	b = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับการตรวจรักษาที่ ER ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A40.0–A41.9, <u>or</u> Sdx= R57.2, R65.1
	ตัวหาร	Pdx = A40.0–A41.9, <u>or</u> Sdx= R57.2, R65.1
ความสนใจในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	U.S.A. 2005(74.5%)	
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I, U.S.A. 2005	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Emergency Care Process	
ประเภทตัวชี้วัด	ER Care Process	
รหัสตัวชี้วัด	CE0102	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ER: ED TIME-IN, TIME-OUT (ED=Emergency Department)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage as emergency patients) หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินตามประเภท ของ Triage ระดับ 1 ฉุกเฉินมาก Emergency Condition ภาวะที่มีอันตราย 1A ความเสี่ยงสูงต่อชีวิต Immediate Life Threatening ต้องการตรวจรักษาทันทีไม่เกิน 4 นาที ซึ่ง เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ไม่รวมกรณีเสียชีวิตผู้ป่วยคลินิกนอกเวลา ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนรักษาที่ ED หรือรอ admit)</p> <p>2. ระยะเวลา นับเริ่มตั้งแต่เข้ารับบริการ (Time-in) จนถึงออกจากห้องฉุกเฉิน (Time-out) ซึ่งอาจเป็นการออกโดยจำหน่าย, Admit, หรือ Refer</p> <p>3. กำหนดช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล ทุกวันที่ 5, 15, 25 ช่วงเวลา 00.00-23.59 น. (24 ชั่วโมง) โดยเก็บข้อมูลทุก 1 เดือนฯ ละ 3 ครั้ง</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	Emergency Department Efficiency	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ระยะเวลา (นาที) รวมทั้งหมดของผู้ป่วยฉุกเฉินมาก ที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (คน) ทั้งหมดที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	นาที	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	อาจเลือกจาก MBNQA Award Recipient	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	<p>THIP I The National Quality Measures Clearinghouse Developer: The Joint Commission; 2013 Jan</p>	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	<p>1. ปรับเกณฑ์ใหม่หลังจากบททวนข้อมูล THIP I ที่ผ่านมา</p> <p>2. การแบ่งระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน แบ่งเป็นระดับ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดับ 1A ฉุกเฉินมาก มีความเสี่ยงสูงต่อชีวิต ต้องตรวจรักษาทันทีไม่เกิน 4 นาที (ν/s: วัดไม่ได้ $BP \leq 80/50 \text{ mmHg}$ $RR \leq 10 \text{ b/m}$ เด็กชีพจรเราะร่วน, อาการ: เรียกไม่รู้สึกตัว $GCS \leq 8$ Cardiac arrest, Cyanosis Respiratory Arrest, Respiratory Rate <10 Severe shock, Seizure status Cervical spine compromise) 	



	<ul style="list-style-type: none"> - ระดับ 1B ภาวะเจ็บปอดรุนแรง อาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ต้องตรวจรักษาภายใน 10 นาที (v/s: BP \geq 200/140 mmHg \leq 90/50 mmHg PR \geq 150 b/m \leq 40 b/m RR \geq 35 b/m, อาการ: Semi coma Chest pain \geq 30 นาที Severe Behavior Disorder Pain scale 9 - 10 GCS \leq 13) - ระดับ 2A ภาวะฉุกเฉิน ภาวะที่เสี่ยงต่อชีวิตหรือพิการ ต้องตรวจรักษาภายใน 20 นาที (v/s: BP \geq 180/130 mmHg $>$ 90/60 mmHg PR \geq 120 b/m \leq 50 b/m RR \geq 30 b/m เด็ก T \geq 39 C, sub temp ผู้ใหญ่ T \geq 40 C, อาการ: ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หายใจไม่สะดวก หอบ ประวัติเลือดออก เช่น แท้ง, อาเจียนเป็นเลือด ซักมากกว่า 1 ครั้งใน 6 ชม. (ไม่ใช่อุบัติเหตุ) แขนขาอ่อนแรงปากเบี้ยว \leq 72 ชม.) - ระดับ 2B ภาวะเจ็บปอดปานกลาง ต้องตรวจรักษาภายใน 30 นาที (v/s: BP \geq 180/120 mmHg $<$ 100/60 mmHg PR \geq 100 b/m $<$ 60 b/m RR \geq 26 b/m เด็ก T $>$ 38.5 C ผู้ใหญ่ T $>$ 39 C, อาการ: Pain scale 7 - 8 History about Trauma Non-specific abdominal pain) - ระดับ 3 ภาวะไม่ฉุกเฉิน เป็นภาวะเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเล็กน้อย สามารถรอได้นาน 60 นาที (v/s: ปกติหรือเปลี่ยนแปลงจากค่าปกติ หรือเปลี่ยนแปลงจาก V/S เดิมเล็กน้อย BP = 100/60- 180/120 mmHg P = 60-100 b/m เด็ก T $<$ 38.5 C ผู้ใหญ่ T $<$ 39 C อาการ: Pain scale 5 - 9 บาดแผลลอกหรือแพลงนีกขาดที่ไม่ต้องเย็บแพลง Known patient with chronic symptoms)
--	---



หมวดตัวชี้วัด	Emergency Care Process	
ประเภทตัวชี้วัด	ER Care Process	
รหัสตัวชี้วัด	CE0103	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินมากที่ได้รับบริการที่ห้องฉุกเฉินระยะเวลาภายใน 60 นาที	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ER: ED TIME-IN, TIME-OUT within 60 Minutes (ED = Emergency Department)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage as emergency patients) หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินตามประเภท ของ Triage ระดับ 1 ฉุกเฉินมาก Emergency Condition ภาวะที่มีอันตราย 1A ความ เสี่ยงสูงต่อชีวิต Immediate Life Threatening ต้องการตรวจรักษาทันทีไม่เกิน 4 นาที ซึ่ง เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน(ไม่รวมกรณีเสียชีวิตผู้ป่วยคลินิกนอกเวลา ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนรักษาที่ ED หรือรอ admit)</p> <p>2. ระยะเวลา นับเริ่มตั้งแต่เข้ารับบริการ (Time-in) จนถึงออกจากห้องฉุกเฉิน (Time-out) ซึ่งอาจเป็นการออกโดยจำหน่าย, Admit, หรือ Refer</p> <p>3. กำหนดช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล ทุกวันที่ 5, 15, 25 ช่วงเวลา 00.00-23.59 น. (24 ชั่วโมง) โดยเก็บข้อมูลทุก 1 เดือนฯ ละ 3 ครั้ง</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	Emergency Department Efficiency	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย 1A ที่สามารถให้การรักษาที่ ED ได้ภายใน 60 นาที ในช่วงเวลาของการ เก็บข้อมูลในรอบหนึ่งเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย 1A ทั้งหมดที่รับการตรวจรักษาที่ ED ในช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลใน รอบหนึ่งเดือนนั้นในรอบเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	อาจเลือกจาก MBNQA Award Recipient	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I The National Quality Measures Clearinghouse Developer: The Joint Commission; 2013 Jan	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Emergency Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	ER Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CE0104
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ER: Broad-spectrum Antibiotic Received in Sepsis (in 1 hr.)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีการวินิจฉัยภาวะ Severe Sepsis /Septic Shock เมื่อมารับบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Sepsis/Septic Shock (Reference Crit Care Med 2007; 35 (4): 1105 – 12) The Criteria for Severe Sepsis/Septic Shock</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Two or More of the following four Items <ol style="list-style-type: none"> a. Temperature $>38.3^{\circ}\text{C}$ or $<36.0^{\circ}\text{C}$ b. Heart Rate > 90 beats/min c. Respiration > 20 b/min d. Wbc $> 12,000$ or $< 4,000/\text{mm}^3$, or $>10\%$ bandemia 2. A suspected infection 3. SBP <90 mmHg. after 20 mL/kg Fluid bolus or lactate >4 mmol/L <p>2. การได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง หมายถึง การที่ผู้ป่วย Severe Sepsis/ Septic Shock ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย จนถึงเวลาที่ได้รับยา)</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับการตรวจรักษาที่ ER และ ได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนถึงเวลาได้รับยา ในช่วงเวลาหนึ่งเดือน
	ตัวหาร b = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับการตรวจรักษาที่ ER ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง $Pdx = A40.0-A41.9, \text{ and } Sdx = R57.2, R65.1$
	ตัวหาร $Pdx = A40.0-A41.9, \text{ and } Sdx = R57.2, R65.1$
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	Crit Care Med 2007; 35 (4): 1105 – 12
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	<p>2012Surviving Sepsis Recommendations CDC.pdf หน้า 4</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23442987</p> <p>http://www.sccm.org/Documents/SSC-Guidelines.pdf</p> <p>http://news.aapc.com/index.php/2011/04/understand-how-icd-10-expands-sepsis-coding/</p>



หมวด CI: Intensive Care Process (I)

ประเภท CI01 Sepsis Care Process

หมวดตัวชี้วัด	Intensive Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Sepsis Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CI0101
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Sepsis: Fatality Rate of Sepsis
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การเสียชีวิตของผู้ป่วยใน หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยมีระยะเวลาการนอนพักรักษาanan ตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป</p> <p>2. ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หมายถึง ภาวะ Sepsis หรือการที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงของ การอักเสบทั่วตัว (systemic inflammation) ร่วมกับพบเชื้อจากการตรวจเพาะเชื้อจากเลือด หรือพบว่ามีการติดเชื้อที่ได้ที่หนึ่งในร่างกาย (reference : surviving sepsis campaign 2012) ซึ่งมี Pdx หรือ Sdx หรือมีอาการแสดงตามรหัสโรค ICD-10 TM ที่กำหนด</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาลที่เสียชีวิต
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาล
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = A40.0 - A40.9, A41.0 - A41.9, R57.2, R65.1 ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ หรือ Sdx = A40.0 - A40.9, A41.0- A41.9, R57.2, R65.1 และเสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก Sepsis
	ตัวหาร A40.0 - A40.9, A41.0-A41.9, R57.2, R65.1
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ปี 2555-2557 ข้อมูลจาก สปสช. ร้อยละ 17 --> 15
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สร., สปสช., นโยบายรัฐมนตรีฯ ปีงบประมาณ 2558
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวด CP: Psychiatry Care Process (P)

ประเภท CP01 Child and Adolescent Psychiatry Care Process

หมวดตัวชี้วัด	Psychiatry Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Child and Adolescent Psychiatry Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CP0101
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ปกครองของเด็กasma อิส汀/LD/MDD รายใหม่ที่มารับการบำบัดรักษาในรอบ 6 เดือน และมารับการรักษาตามนัด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percentage of carers of children with ADHD/LD/MDD having good compliance to treatment
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	มารับการบำบัดรักษาตามนัด หมายถึง ผู้ปกครองมาตามวันที่นัด หรือ มาในวันอื่นที่มีการแจ้งเลื่อนนัดในระบบบันด์ หรือจำนวนผู้ปกครองที่มาตามระบบบันด์ ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการคลินิกพัฒนาการหรือคลินิกจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการรักษา(continuity of care)
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนเด็ก/ผู้ดูแลที่นัดมารับการบำบัดรักษาตามแผนการรักษา ในรอบ 6 เดือน (ราย)
	ตัวหาร b = จำนวนเด็ก/ผู้ดูแลทั้งหมดที่นัดมารับการบำบัดรักษาในรอบ 6 เดือน (ราย)
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง
	ตัวหาร
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	ร้อยละ 60 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเบรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เดือน พฤษภาคม 2561 ร้อยละ 74.06 ต่อสุดร้อยละ 31.2 สูงสุดร้อยละ 93)
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเบรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
หมายเหตุ	



ประเภท CP02 Nuerodevelopmental Disorder Care Process

หมวดตัวชี้วัด	Psychiatry Care Process
ประเภทตัวชี้วัด	Neurodevelopmental Disorder Care Process
รหัสตัวชี้วัด	CP0201
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละเด็กที่ส่งสัญญาณกลุ่มพัฒนาการได้รับการวินิจฉัยภายใน 90 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percentage of children with neurodevelopmental disorder being diagnosed within 90 days after registration
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กที่ส่งสัญญาณกลุ่มพัฒนาการ หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านใดด้านหนึ่งหรือหลาย ด้านร่วมกันที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่ระบบบริการในคลินิกพัฒนาการหรือ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น - ได้รับการวินิจฉัยภายใน 90 วัน หมายถึง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ภายใน 90 วันนับ จากการมารับบริการครั้งแรก
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการเข้าถึงบริการในเด็กสัญญาณการล่าช้า
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนเด็กสัญญาณการล่าช้าที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 90 วัน (คน)
	ตัวหาร b = จำนวนเด็กสัญญาณการล่าช้าทั้งหมดที่มารับบริการวินิจฉัยและดูแลรักษา โดยไม่ นับรวมผู้ป่วยที่มาขอรับบริการเฉพาะการฝึก (คน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง G80.0-G80.9, F83, R62, F84.0-F84.9
	ตัวหาร G80.0-G80.9, F83, R62, F84.0-F84.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 60 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเบรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข เดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 84.36 สูงสุดร้อยละ 100 ต่ำสุดร้อยละ 48)
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเบรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
หมายเหตุ	



KPI Template กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ (System: S)

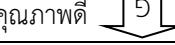


หมวด SI: Infection Control System (I)

ประเภท SI01 Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

หมวดตัวชี้วัด	Infection Control System
ประเภทตัวชี้วัด	Ventilator-associated Pneumonia (VAP)
รหัสตัวชี้วัด	SI0101
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ภาพรวม)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	VAP: Ventilator-associated Pneumonia (All)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยในจากทุกห้องผู้ป่วย โดยนับรวมผู้ป่วยทั้งที่อยู่ในและนอกห้อง ICU (Ventilator-associated Pneumonia: VAP) หมายถึง ภาวะปอดอักเสบที่เกิดขึ้นใหม่ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจโดยเกิดหลังจากผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมง หรือหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 48 ชั่วโมง (the ventilator was in place on the date of event or the day before)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด
	ตัวหาร b = จำนวนวันนอนผู้ป่วยในที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันนอนผู้ป่วยในที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	Definition CDC 2014
วิธีการแปลผล	ค่าปัจจุบัน = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I 2012 http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf รายงานผลการศึกษาในห้องผู้ป่วยสามัญ อายุรศาสตร์ รพ.ศิริราช http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(10)00987-9/abstract
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2561
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับเวลาหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 48 เป็น 24 ชั่วโมง ตาม US-CDC ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2561): ปรับเวลาหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 24 เป็น 48 ชั่วโมง ตามการทบทวนนิยามที่เสนอโดย สถาบันพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council)
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Infection Control System
ประเภทตัวชี้วัด	Ventilator-associated Pneumonia (VAP)
รหัสตัวชี้วัด	SI0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจใน ICU
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	VAP: Ventilator-associated Pneumonia in ICU (VAP in ICU)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่รักษาในห้อง ICU (Ventilator-associated Pneumonia: VAP) (in ICU) หมายถึง ภาวะปอดอักเสบที่เกิดขึ้นใหม่ในผู้ป่วยที่รักษาในห้อง ICU ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเกิดหลังจากผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมง หรือหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจใน 48 ชั่วโมง (the ventilator was in place on the date of event or the day before) (หากโรงพยาบาล มีหลาย ICU ให้รวมยอดจากทุก ICU)</p> <p>2. ไอ ซี ยู คือ หอผู้ป่วยจำเพาะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง $a =$ จำนวนครั้งของการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยใน ICU ทั้งหมด
	ตัวหาร $b =$ จำนวนวันนอนผู้ป่วยในที่รักษาในห้อง ICU ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันนอนผู้ป่วยในที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	Definition CDC 2014
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I 2012 http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2561
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับเวลาหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 48 เป็น 24 ชั่วโมง ตาม US-CDC และเพิ่มนิยามของห้อง ICU ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2561): ปรับเวลาหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 24 เป็น 48 ชั่วโมง ตามการทบทวนนิยามที่เสนอโดย สภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council)
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Infection Control System	
ประเภทตัวชี้วัด	Ventilator-associated Pneumonia (VAP)	
รหัสตัวชี้วัด	SI0103	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่อยู่นอกห้อง ICU	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	VAP: Ventilator-associated Pneumonia Outside ICU (VAP outside ICU)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยที่อยู่นอกห้อง ICU (VAP outside ICU) โดยนับเฉพาะผู้ป่วยที่รักษาอยู่นอกห้อง ICU หมายถึง ภาวะปอดอักเสบที่เกิดขึ้นใหม่ในผู้ป่วยที่รักษาอยู่นอกห้อง ICU ทั้งหมดที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเกิดหลังจากผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมง หรือหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 48 ชั่วโมง (the ventilator was in place on the date of event or the day before)</p> <p>2. ไอ ซี ยู คือ หอผู้ป่วยจำเพาะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่รักษาอยู่นอกห้อง ICU ทั้งหมด
	ตัวหาร	b = จำนวนวันนอนผู้ป่วยในที่รักษาอยู่นอกห้อง ICU ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันนอนผู้ป่วยในที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	Definition CDC 2014	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2561	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2561): ปรับเวลาหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 24 เป็น 48 ชั่วโมง ตามการทบทวนนิยามที่เสนอโดย สภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council)	
หมายเหตุ		

ประเภท SI02 Blood Stream Infection (BSI)

หมวดตัวชี้วัด	Infection Control System
ประเภทตัวชี้วัด	Blood Stream Infection (BSI)
รหัสตัวชี้วัด	SI0201
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการค่าสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	BSI: Catheter-associated Blood Stream Infection
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	เป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลางมากกว่า 48 ชั่วโมง และเมื่อถอดสายสวนหลอดเลือดออกจากภายใน 24* ชั่วโมง (* in place on the date of event or the day before) ของผู้ป่วยใน จากทุกห้องผู้ป่วยโดยนับรวมผู้ป่วยทั้งที่อยู่ใน และนอกห้อง ICU
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใส่สาย Central Line ทั้งหมด
	ตัวหาร b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใส่สาย Central Line ทั้งหมด
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันที่ค่าสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I ,CDC, January 2014, NSW Health
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับเวลาหลังจากถอดสายสวนหลอดเลือดออกจากภายใน 48 เป็น 24 ชั่วโมง ตาม US-CDC
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Infection Control System				
ประเภทตัวชี้วัด	Blood Stream Infection (BSI)				
รหัสตัวชี้วัด	SI0202				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการค่าสายสวนหลอดเลือดส่วนกลางของผู้ป่วยใน ICU				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	BSI: Catheter-associated Blood Stream Infection in ICU				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลางมากกว่า 48 ชั่วโมง และเมื่อถอดสายสวนหลอดเลือดออกจากภายใน 24* ชั่วโมง (* in place on the date of event or the day before) สำหรับผู้ป่วยที่รักษาในห้อง ICU (หาก รพ. มีหลาย ICU ให้รวมยอดจากทุก ICU)</p> <p>2. ไอ ซี ยู คือ หอผู้ป่วยจำเพาะที่ทำการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลางขณะนอนใน ICU				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใส่สาย Central Line ของผู้ป่วยที่นอนใน ICU</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใน ICU ที่ใส่สาย Central Line</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใส่สาย Central Line ของผู้ป่วยที่นอนใน ICU	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใน ICU ที่ใส่สาย Central Line
ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใส่สาย Central Line ของผู้ป่วยที่นอนใน ICU				
ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใน ICU ที่ใส่สาย Central Line				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันที่ค่าสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I , CDC , January 2014				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2558				
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับเวลาหลังจากถอดสายสวนหลอดเลือดออกจากภายใน 48 เป็น 24 ชั่วโมง ตาม US-CDC และเพิ่มนิยามของห้อง ไอ ซี ยู (ICU)				
หมายเหตุ					

หมวดตัวชี้วัด	Infection Control System	
ประเภทตัวชี้วัด	Blood Stream Infection (BSI)	
รหัสตัวชี้วัด	SI0203	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคายส่วนหลอดเลือดส่วนกลางของผู้ป่วยนอก ICU	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	BSI: Catheter-associated Blood Stream Infection Outside ICU	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากใส่สายส่วนหลอดเลือดส่วนกลางมากกว่า 48 ชั่วโมง และเมื่อถอดสายส่วนหลอดเลือดออกจากใน 24* ชั่วโมง (*in place on the date of event or the day before) โดยนับเฉพาะผู้ป่วยที่รักษานอกห้อง ICU ทั้งหมด</p> <p>2. ไอ ซี ยู คือ หอบริดส์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน รวมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากร และการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายส่วนหลอดเลือดส่วนกลาง	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใส่สาย Central Line ของผู้ป่วยที่นอนนอกICU
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยนอกICUที่ใส่สาย Central Line
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันที่คายส่วนหลอดเลือดส่วนกลาง	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่าถี่น้อย = มีคุณภาพดี ๕	
ที่มา/ Reference	สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

ประเภท SI03 Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)

หมวดตัวชี้วัด	Infection Control System
ประเภทตัวชี้วัด	Catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI)
รหัสตัวชี้วัด	SI0301
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคายสุนปัสสาวะ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CAUTI: Catheter-associated Urinary Tract Infection
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	เป็นการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (นับเฉพาะชนิดที่มีอาการ <u>ไม่นับการติดเชื้อที่ไม่มีอาการ</u> (Asymptomatic bacteriuria) แต่ทำการติดเชื้อในเลือด โดยเชื้อในเลือดเป็นชนิดเดียวกับที่พบในปัสสาวะ) อันเป็นผลมาจากการคายสุนปัสสาวะเกิน 48 ชั่วโมง และหลังคายสุนปัสสาวะออกภายใน 48* ชั่วโมง (* in place on the date of event or the day before) ของผู้ป่วยใน จากทุกห้องผู้ป่วยโดยนับรวมผู้ป่วยทั้งที่อยู่ใน และนอกห้อง ICU
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ได้คายสุนปัสสาวะ
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคายสุนปัสสาวะทั้งหมด
	ตัวหาร b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยคายสุนปัสสาวะทั้งหมด
รหัสโรค/ หัดการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันที่คายสุนปัสสาวะ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I ,CDC, NHSN, January 2014
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2561
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับเวลา <u>หลังจากการคายสุนปัสสาวะออกภายใน 48 เป็น 24 ชั่วโมง</u> ตาม US-CDC ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2561): ปรับเวลา <u>หลังจากการคายสุนปัสสาวะออกภายใน 24 เป็น 48 ชั่วโมง</u> ตามการทบทวนนิยามที่เสนอโดย สถาบันพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council)
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Infection Control System
ประเภทตัวชี้วัด	Catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI)
รหัสตัวชี้วัด	SI0302
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคายสุนปัสสาวะของผู้ป่วยใน ICU
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CAUTI: Catheter-associated Urinary Tract Infection in ICU
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การติดเชื้อของผู้ป่วยในระบบทางเดินปัสสาวะ (นับเฉพาะชนิดที่มีอาการ <u>ไม่นับ</u>การติด เชื้อที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic bacteriuria) แต่มีการติดเชื้อในเลือดโดยเชื้อในเลือด เป็นชนิดเดียวกับที่พบในปัสสาวะ) ยังเป็นผลมาจากการคายสุนปัสสาวะเกิน 48 ชั่วโมง และหลังເเอกสารสุนปัสสาวะออกภายใน 48* ชั่วโมง (* in place on the date of event or the day before) สำหรับผู้ป่วยที่รักษาในห้อง ICU(หากโรงพยาบาลมีหลาย ICU ให้ รวมยอดจากทุก ICU)</p> <p>2. ไอ ซี ยู คือ หอผู้ป่วยจำเพาะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บ รุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอดให้ อยู่วะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้ เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ได้คายสุนปัสสาวะขณะนอนใน ICU
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคายสุนปัสสาวะของ ผู้ป่วยที่นอนใน ICU
	ตัวหาร b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใน ICU ที่คายสุนปัสสาวะทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันที่คายสุนปัสสาวะ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I , CDC , NHSN, January 2014
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2561
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับเวลา <u>หลังເเอกสารสุนปัสสาวะออกภายใน 48</u> เป็น 24 ชั่วโมง ตาม US-CDC และเพิ่มนิยามของห้อง ICU ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2561): ปรับเวลา <u>หลังເเอกสารสุนปัสสาวะออกภายใน 24</u> เป็น 48 ชั่วโมง ตามการทบทวนนิยามที่เสนอโดย สภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council)
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Infection Control System
ประเภทตัวชี้วัด	Catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI)
รหัสตัวชี้วัด	SI0303
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคายสุนัขปัสสาวะของผู้ป่วยนอกICU
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CAUTI: Catheter-associated Urinary Tract Infection Outside ICU
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การติดเชื้อของผู้ป่วยในระบบทางเดินปัสสาวะ(นับเฉพาะชนิดที่มีอาการ <u>ไม่นับ</u>การติด เชื้อที่ไม่มีอาการ) (Asymptomatic bacteriuria) แต่มีการติดเชื้อในเลือดโดยเชื้อในเลือด เป็นชนิดเดียวกับที่พบในปัสสาวะ) ยันเป็นผลมาจากการคายสุนัขปัสสาวะเกิน 48 ชั่วโมง และหลังเอากายสุนัขปัสสาวะออกภายนอกใน 48* ชั่วโมง (* in place on the date of event or the day before) เฉพาะผู้ป่วยที่รักษาอยู่ห้อง ICU</p> <p>2. ไอ ซี ยู คือ หอผู้ป่วยจำเพาะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บ รุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอดให้ อวยะะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้ เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสุนัขปัสสาวะ
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคายสุนัขปัสสาวะของ ผู้ป่วยที่นอนนอกห้องICU
	ตัวหาร b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยนอนนอกห้องICU ที่คายสุนัขปัสสาวะทั้งหมด
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันที่คายสุนัขปัสสาวะ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี <u>≤ 5</u>
ที่มา/ Reference	สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2561
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2561): ปรับเวลา <u>หลังเอากายสุนัขปัสสาวะออกภายนอก</u> ใน 24 เป็น 48 ชั่วโมง ตามการทบทวนนิยามที่เสนอโดย สถาบันพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council)
หมายเหตุ	



หมวด SL: Laboratory System (L)

ประเภท SL01 Blood Bank

หมวดตัวชี้วัด	Laboratory System	
ประเภทตัวชี้วัด	Blood Bank	
รหัสตัวชี้วัด	SL0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราส่วนการขอใช้โลหิตต่อการใช้โลหิตจริง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Crossmatch-to-transfusion Ratios (C:T)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. อัตราส่วนการขอใช้โลหิตต่อการใช้โลหิตจริง หมายถึง อัตราส่วนของ จำนวนโลหิตที่ทำการ Crossmatch ต่อ จำนวนโลหิตที่ถูกนำไป Transfused ในเดือนที่ทำการเก็บข้อมูล</p> <p>2. การขอใช้โลหิตมากเกินความจำเป็น หมายถึง อัตราส่วนของการขอใช้โลหิตที่มีค่า C : T มากกว่า 2</p> <p>3. อัตราส่วนการขอใช้โลหิตต่อการใช้โลหิตจริง ช่วยสะท้อนผลลัพธ์ในการพัฒนา ประสิทธิภาพของการขอใช้โลหิต ลดการขอใช้โลหิตอย่างไม่จำเป็น, มีโลหิตสำรอง หมุนเวียนใช้เพียงพอ, ลดการทิ้งโลหิตจากสาเหตุหมดอายุ, และ ลด Workload</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพของการขอใช้โลหิต	
สูตรในการคำนวณ	C:T ratio = (a/b)	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวดัง	a = จำนวน units ของโลหิตที่ทำการ Crossmatch ในเดือนที่ทำการเก็บข้อมูล
	ตัวหาร	b = จำนวน units ของโลหิตที่ถูกนำไป Transfused ในเดือนที่ทำการเก็บข้อมูล
รหัสโรค/ หัดการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวดัง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	อัตราส่วน	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	AABB Technical Manual 2014	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	ศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทย/อ้างอิงจาก 1) Dunbar NM. Hospital Storage, Monitoring, Pretransfusion Processing, Distribution, and Inventory Management of Blood Components in Fung MK et al. ed. Technical Manual 18th ed. Bethesda MD: AABB 2014, 2) Friedman BA, Oberman HA, Chadwick AR, Kingon KI. The maximum surgical blood order schedule and Surgical blood use in the United States. Transfusion 1976; 380-7., 3) British Committee for Standards in Haematology Blood Transfusion Task Force. Guidelines for Implementation of a Maximum Surgical Blood Order Schedule. Clin. lab. Haemat. 1990; 12:321-7.	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2559	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวด SH: Human Resource System (H)

ประเภท SH01 Human Resource Management (HRM)

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System	
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Management (HRM)	
รหัสตัวชี้วัด	SH0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการลาออกของบุคลากร	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRM: Turnover Rate of Personnel	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การลาออกของบุคลากร หมายถึง การที่บุคลากร (รวมทุกประเภททุกตำแหน่ง) ขององค์กรลาออกโดยสมัครใจ ไม่นับกลุ่มที่ให้ออก, ไล่ออก, ปลดออก, เกษียณอายุ, เข้าโครงการเกษียณก่อนอายุ, ถึงแก่กรรม และโอน ย้าย</p> <p>2. ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุคลากรที่ลาออกในรอบปีงบประมาณ หมายถึง ผลรวมของจำนวนบุคลากรที่ลาออกทั้งหมดในรอบปีงบประมาณ หารด้วย 12</p> <p>3. ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุคลากร ณ วันแรกและวันสุดท้ายของปีงบประมาณ หมายถึง ผลรวมของจำนวนบุคลากรที่คงอยู่ณ วันแรกและวันสุดท้ายของปีงบประมาณ หารด้วย 2</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลขององค์กร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุคลากรที่ลาออกในรอบปีงบประมาณ
	ตัวหาร	b = ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุคลากร ณ วันแรก และวันสุดท้ายของปีงบประมาณเดียวกัน
รหัสproc/ หัดถก ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference		
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Management (HRM)
รหัสตัวชี้วัด	SH0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละบุคลากรที่บาดเจ็บจากการทำงาน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRM: Employee Work-related Injury
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. บุคลากร (employee) หมายถึง บุคลากรผู้ปฏิบัติงานภายใต้การจ้างงานหรือภายใต้การดูแลขององค์กรโดยตรง</p> <p>2. การบาดเจ็บจากการทำงาน (work-related injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุที่มีเหตุการณ์เกิดที่ชัดเจน มีกลไกการเกิดที่ชัดเจน เช่น เข็มทิ่มต่ำ สะคุดเครื่องจักรหนีน ของหล่นทับก่อให้เกิดการบาดเจ็บโดยตรงที่กระดูก กล้ามเนื้อ เอ็น หลอดเลือด หรือเส้นประสาท</p> <p>3. จำนวนบุคลากรเฉลี่ยปีงบประมาณ หมายถึง ผลรวมของจำนวนบุคลากรที่คงอยู่ ณ วันแรกและวันสุดท้ายของปีงบประมาณ หารด้วย 2</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการทำงานในบุคลากร
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของการบาดเจ็บจากการทำงาน
	ตัวหาร b = จำนวนบุคลากรเฉลี่ยปีงบประมาณ
รหัสโрок/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	จำนวนผู้เข้าฝึกงาน/นักศึกษาเบ่งเป็นหลายชั้นปี กิจกรรมที่มีขอบหมากร้าวไม่ได้เข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด และการติดตามผลการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรคจากการฝึกงานอาจไม่ได้แสดงผลในช่วงเวลาที่อยู่ในความดูแล เป็นไปได้ยากการแยกกลุ่มเพื่อวิเคราะห์น่าจะสะท้อนคุณภาพมากกว่า และบางมหาวิทยาลัยมีการจัดเก็บข้อมูลแยกจากกัน

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System				
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Management (HRM)				
รหัสตัวชี้วัด	SH0103				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงาน				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRM: Employee Work-related Illness				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. บุคลากร (employee) หมายถึง บุคลากรผู้ปฏิบัติงานภายใต้การจ้างงานหรือภายใต้การดูแลขององค์กรโดยตรง</p> <p>2. การเจ็บป่วยจากการทำงาน (work-related illness) หมายถึง การเจ็บป่วยที่เกิดจาก การสัมผัสถึงที่เป็นอันตรายในการทำงาน (แสง เสียง รังสี ความสั่นสะเทือน ความร้อน สารเคมี ยาเคมีบำบัด เชื้อโรค ฝุ่นละอองต่าง ๆ) รวมถึง การเจ็บป่วยซึ่งไม่ได้เกิดโดยตรง จากการทำงาน แต่การทำงานทำให้การเจ็บป่วยเป็นมากขึ้น ได้แก่ ปวดหลัง และ ความเครียดจากการทำงาน</p> <p>3. จำนวนบุคลากรเฉลี่ยปีงบประมาณ หมายถึง ผลรวมของจำนวนบุคลากรที่คงอยู่ ณ วัน แรกและวันสุดท้ายของปีงบประมาณ หารด้วย 2</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากการทำงานในบุคลากร				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนครั้งของการเจ็บป่วยจากการทำงาน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนบุคลากรเฉลี่ยปีงบประมาณ</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งของการเจ็บป่วยจากการทำงาน	ตัวหาร	$b =$ จำนวนบุคลากรเฉลี่ยปีงบประมาณ
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งของการเจ็บป่วยจากการทำงาน				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนบุคลากรเฉลี่ยปีงบประมาณ				
รหัสproc/ หัวข้อ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัตรายปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าถี่น้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ	จำนวนผู้เข้าฝึกงาน/นักศึกษาแบ่งเป็นหลายชั้นปี กิจกรรมที่มอบหมาย อาจไม่ได้เข้ามามี ส่วนในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด และการติดตามผลการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรคจากการฝึกงาน อาจไม่ได้แสดงผลในช่วงเวลาที่อยู่ในความดูแล เป็นไปได้จากการแยกกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ น่าจะสะท้อนคุณภาพมากกว่าและบางมหาวิทยาลัยมีการจัดเก็บข้อมูลแยกจากกัน				



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System				
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Management (HRM)				
รหัสตัวชี้วัด	SH0104				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการลาออก ของแพทย์/ทันตแพทย์				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRM: Turnover Rate of Physical/Dentist				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	คำนวณในกลุ่มที่ลาออกโดยสมัครใจ ไม่นับกลุ่มที่ห้ออก ไล่ออก ปลดออก เกษียณอายุ เข้า โครงการเกษียณก่อนอายุ ถึงแก่กรรม และโอน ย้าย โดยแยกเป็นกลุ่มวิชาชีพและไม่ใช่ วิชาชีพ				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลขององค์กร				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a = \text{จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ลาออกในแต่ละไตรมาส}$</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b = \text{จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ทั้งหมด ณ วันสุดท้ายของไตรมาสนั้น}$</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a = \text{จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ลาออกในแต่ละไตรมาส}$	ตัวหาร	$b = \text{จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ทั้งหมด ณ วันสุดท้ายของไตรมาสนั้น}$
ตัวตั้ง	$a = \text{จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ลาออกในแต่ละไตรมาส}$				
ตัวหาร	$b = \text{จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ทั้งหมด ณ วันสุดท้ายของไตรมาสนั้น}$				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System				
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Management (HRM)				
รหัสตัวชี้วัด	SH0105				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการลาออก ของพยาบาลวิชาชีพ				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRM: Turnover Rate of Nurses				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	คำนวณในกลุ่มที่ลาออกโดยสมัครใจ ไม่นับกลุ่มที่หันออก ไล่ออก ปลดออก เกษียณอายุ เข้า โครงการเกษียณก่อนอายุ ถึงแก่กรรม และโอน ย้าย โดยแยกเป็นกลุ่มวิชาชีพและไม่ใช่ วิชาชีพ				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลขององค์กร				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ลาออกในแต่ละไตรมาส</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ณ วันสุดท้ายของไตรมาสนั้น</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ลาออกในแต่ละไตรมาส	ตัวหาร	b = จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ณ วันสุดท้ายของไตรมาสนั้น
ตัวตั้ง	a = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ลาออกในแต่ละไตรมาส				
ตัวหาร	b = จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ณ วันสุดท้ายของไตรมาสนั้น				
รหัสproc/ หัวถูกการ ที่เกี่ยวข้อง	<table> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System	
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Management (HRM)	
รหัสตัวชี้วัด	SH0106	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการลาออก ของบุคลากรสาย Allied Health	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRM: Turnover Rate of Allied Health Personnel	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. บุคลากรสาย Allied Health หมายถึง บุคลากรในกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (ยกเว้น แพทย์/ ทันตแพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ) และไม่ใช่บุคลากรสายสนับสนุน (Back office)</p> <p>2. บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แพทย์, ทันตแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, ผดุงครรภ์วิชาชีพ, เภสัชกร, ผู้ช่วยแพทย์, จนท.ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, นักกายภาพบำบัด, โภชนากร, นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย, นักทัศนมาตรวิชาชีพ, นักอาชีวบำบัด, เจ้าหน้าที่เทคนิคพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการ, ผู้ช่วยเภสัชกร, จนท.อุปกรณ์การแพทย์เทียม, พนักงานการพยาบาล, ผู้ช่วยทันตแพทย์, เจ้าหน้าที่เวชระเบียนและข้อมูลสุขภาพ, เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชน, ช่างประกอบแบ่งตา, ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด, ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, ผู้ปฏิบัติงานด้านรถพยาบาล, เจ้าหน้าที่จ่ายยา, เวชภัณฑ์กลาง</p> <p>3. คำนวนในกลุ่มที่ลาออกโดยสมัครใจ ไม่นับกลุ่มที่ให้ออก ไล่ออก ปลดออก เกษียงอายุ เข้าโครงการเกษียณก่อนอายุ ถึงแก่กรรม และโอน ย้าย โดยแยกเป็นกลุ่มวิชาชีพ และไม่ใช่วิชาชีพ</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลขององค์กร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรสาย Allied Health ที่ลาออกในแต่ละไตรมาส
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสาย Allied Health ทั้งหมด ณ วันสุดท้ายของไตรมาสนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Management (HRM)
รหัสตัวชี้วัด	SH0107
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการลาออก ของบุคลากรสายสนับสนุน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRM : Turnover Rate of Back Office Personnel
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. บุคลากรสายสนับสนุน (back office) หมายถึง บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสถูปปัจจัยโดยตรง ได้แก่ นักบริหารด้านบริการสุขภาพ, นักวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต, นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา, เจ้าหน้าที่ด้านบริหาร ธุรการ คลัง บุคคล ตลาด พัสดุ กฎหมาย ประกัน คุณภาพ, เจ้าหน้าที่สารสนเทศ, เจ้าหน้าที่วิเทศสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ ผู้รับบริการสัมพันธ์, เจ้าหน้าที่งานสวนและสนาม, เจ้าหน้าที่ดูแลความสะอาดอาคารและห้องสุขา, ผู้ช่วยงานในโรงครัว, ช่างไม้, ช่างประปา, ช่างระบบปรับอากาศและความเย็น, ช่างทาสี, ช่างเชื่อม, ช่างกลและเครื่องจักร, ช่างไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์, เจ้าหน้าที่งานตัด-เย็บ</p> <p>2. คำนวนในกลุ่มที่ลาออกโดยสมัครใจ ไม่นับกลุ่มที่ให้ออก ไล่ออก ปลดออก เกษียณอายุ เข้าโครงการเกษียณก่อนอายุ ถึงแก่กรรม และโอน ย้าย โดยแยกเป็นกลุ่มวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพ</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลขององค์กร
สูตรในการคำนวน	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่ลาออกในแต่ละไตรมาส
	ตัวหาร b = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนทั้งหมด ณ วันสุดท้ายของไตรมาสนั้น
รหัสproc/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่าปัจจุบัน = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



ประเภท SH02 Human Resource Development (HRD)

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System	
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)	
รหัสตัวชี้วัด	SH0201	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของแพทย์/ทันตแพทย์ (ระดับ 4-5)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of Physician/Dentist Satisfaction (level 4-5)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<p>1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่องค์กร โดยรวม ในระดับใด”</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่องค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อ คำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 4-5
	ตัวหาร	b = จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัดถกการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน	



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System				
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)				
รหัสตัวชี้วัด	SH0202				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ (ระดับ 4-5)				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of Nurse Satisfaction (level 4-5)				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่องค์กร โดยรวม ในระดับใด”</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่องค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อ คำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p>				
รัฐุประสังค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 4-5</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 4-5	ตัวหาร	$b =$ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 4-5				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด				
รหัสproc/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ	ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน				



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)
รหัสตัวชี้วัด	SH0203
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย Allied Health (ระดับ 4-5)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of Allied Health Personnel Satisfaction (level 4-5)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด”</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อ คำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. บุคลากรสาย Allied Health หมายถึง บุคลากรในกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (ยกเว้น แพทย์/ พันตแพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ) และไม่ใช่บุคลากรสายสนับสนุน (Back office)</p> <p>4. บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แพทย์, พันตแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, ผดุงครรภ์ วิชาชีพ, เภสัชกร, ผู้ช่วยแพทย์, เจ้าหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, นักกายภาพบำบัด, โภชนากร, นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย, นักทัศนมาตรวิชาชีพ, นักอาชีวบำบัด, เจ้าหน้าที่เทคนิคพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการ, ผู้ช่วยเภสัชกร, เจ้าหน้าที่ อุปกรณ์การแพทย์พื้นฐาน, พนักงานการพยาบาล, ผู้ช่วยพันตแพทย์, เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และข้อมูลสุขภาพ, เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชน, ช่างประกอบเครื่อง械, ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด, ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, ผู้ปฏิบัติงานด้านรถพยาบาล, เจ้าหน้าที่จ่าย กลาง เวชภัณฑ์กลาง</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนบุคลากรสาย Allied Health ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจใน ระดับ 4-5
	ตัวหาร b = จำนวนบุคลากรสาย Allied Health ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสproc/ หัวข้อ/ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถานบัน

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System	
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)	
รหัสตัวชี้วัด	SH0204	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของแพทย์/ ทันตแพทย์	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Training Hour per Person per Year of Physician/Dentist	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การฝึกอบรมที่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ ศึกษา, ฝึกอบรม, ปฏิบัติงานวิจัย (ที่ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน), ดูงาน, การให้บริการทางวิชาการ, ประชุม, ประชุมและเป็นวิทยากร, ประชุมและเสนอผลงาน, อบรม, สมมนา ที่มีกำหนดการประชุมและ/ หรือช่วงเวลาเริ่มต้น - สิ้นสุด ที่ชัดเจน</p> <p>1.1 กรณีไปเป็นวิทยากรโดยไม่เข้าร่วมประชุม จะนับชั่วโมงจริงเฉพาะช่วงเวลาที่เป็นวิทยากรเท่านั้น</p> <p>1.2 กรณีไปเป็นวิทยากรและเข้าร่วมประชุม, กรณีประชุมและเสนอผลงาน จะนับชั่วโมงรวมเป็นประชุม</p> <p>2. การฝึกอบรมที่ไม่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ การไปปฏิบัติงานตามภาระงานบริหารหรือที่ได้รับมอบหมายด้านการบริหาร (ประจำการ)</p> <p>3. จำนวนชั่วโมงอบรม 1 วัน = 6 ชั่วโมง (ไม่คิดช่วงเวลาพักทานอาหารกลางวัน)</p> <p>1 เดือน = 23 วันทำการ (กรณีไม่มีกำหนดการอบรมจะไม่คิดวันเสาร์/อาทิตย์ - ตามมาตรฐานการคิดเวลาทำงาน)</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ความสามารถการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ และความรู้ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนชั่วโมงของแพทย์/ ทันตแพทย์ที่ได้ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพ ของตน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสายแพทย์/ทันตแพทย์ทั้งหมด
รหัสโรค/ หัดถก ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ชั่วโมง	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System	
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)	
รหัสตัวชี้วัด	SH0205	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของพยาบาลวิชาชีพ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Training Hour per Person per Year of Nurse	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การฝึกอบรมที่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ ศึกษา, ฝึกอบรม, ปฏิบัติงานวิจัย (ที่ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน), ดูงาน, การให้บริการทางวิชาการ, ประชุม, ประชุมและเป็นวิทยากร, ประชุมและเสนอผลงาน, อบรม, สมมนา ที่มีกำหนดการประจำปี และ / หรือช่วงเวลาเริ่มนั้น - สิ้นสุดที่ชัดเจน</p> <p>1.1 กรณีไปเป็นวิทยากรโดยไม่เข้าร่วมประชุม จะนับชั่วโมงจริงเฉพาะช่วงเวลาที่เป็นวิทยากรเท่านั้น</p> <p>1.2 กรณีไปเป็นวิทยากรและเข้าร่วมประชุม, กรณีประชุมและเสนอผลงาน จะนับชั่วโมงรวมเป็นประชุม</p> <p>2. การฝึกอบรมที่ไม่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ การไปปฏิบัติงานตามภาระงานบริหารหรือที่ได้รับมอบหมายด้านการบริหาร (ไปราชการ)</p> <p>3. จำนวนชั่วโมงอบรม 1 วัน = 6 ชั่วโมง (ไม่คิดช่วงเวลาพักทานอาหารกลางวัน)</p> <p>1 เดือน = 23 วันทำการ (กรณีไม่มีกำหนดการอบรมจะไม่คิดวันเสาร์/อาทิตย์ - ตามมาตรฐานการคิดเวลาทำงาน)</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ความการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ และความรู้ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพที่ได้ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพของตน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ชั่วโมง	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System				
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)				
รหัสตัวชี้วัด	SH0206				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของแพทย์/ ทันตแพทย์ (ค่าเฉลี่ย)				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of Physician/Dentist Satisfaction (average)				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่องค์กร โดยรวม ในระดับใด”</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่องค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อ คำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p>				
รัฐุประสูตรของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a = \text{ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถาม}$</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b = \text{คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด}$</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a = \text{ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถาม}$	ตัวหาร	$b = \text{คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด}$
ตัวตั้ง	$a = \text{ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถาม}$				
ตัวหาร	$b = \text{คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด}$				
รหัสproc/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ	ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน				



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System				
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)				
รหัสตัวชี้วัด	SH0207				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของแพทย์/ทันตแพทย์(ระดับ 1-2)				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of Physician/Dentist Satisfaction (level 1-2)				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่องค์กร โดยรวม ในระดับใด”</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความสุกสึ้กพึงพอใจต่องค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อ คำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a = \text{จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2}$</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b = \text{จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด}$</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a = \text{จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2}$	ตัวหาร	$b = \text{จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด}$
ตัวตั้ง	$a = \text{จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2}$				
ตัวหาร	$b = \text{จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด}$				
รหัสproc/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี $\boxed{\text{G}}$				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ	ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน				



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System				
ประเภทตัวชี้วัด	Human resource Development (HRD)				
รหัสตัวชี้วัด	SH0208				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ (ค่าเฉลี่ย)				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of Nurse Satisfaction (average)				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่องค์กร โดยรวม ในระดับใด”</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่องค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อ คำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p>				
รัฐุประสংর্কของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a = \text{ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถาม}$</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b = \text{คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด}$</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a = \text{ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถาม}$	ตัวหาร	$b = \text{คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด}$
ตัวตั้ง	$a = \text{ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถาม}$				
ตัวหาร	$b = \text{คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด}$				
รหัสproc/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ	ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน				



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System				
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)				
รหัสตัวชี้วัด	SH0209				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ (ระดับ 1-2)				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of Nurse Satisfaction (level 1-2)				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่องค์กร โดยรวม ในระดับใด”</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่องค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อ คำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p>				
รัฐุประสংর্কของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2	ตัวหาร	$b =$ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด				
รหัสproc/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี \boxed{G}				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ	ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน				



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System	
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)	
รหัสตัวชี้วัด	SH0210	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย Allied Health (ค่าเฉลี่ย)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of Allied Health Personnel Satisfaction (average)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด”</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจหมายถึงระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อ คำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. บุคลากรสาย Allied Health หมายถึง บุคลากรในกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (ยกเว้น แพทย์/ พันตแพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ) และไม่ใช่บุคลากรสายสนับสนุน (Back office)</p> <p>4. บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แพทย์, พันตแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, ผดุงครรภ์ วิชาชีพ, เภสัชกร, ผู้ช่วยแพทย์, เจ้าหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, นักกายภาพบำบัด, โภชนากร, นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย, นักทศนมาตรวิชาชีพ, นักอาชีวบำบัด, เจ้าหน้าที่เทคนิคพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการ, ผู้ช่วยเภสัชกร, เจ้าหน้าที่ อุปกรณ์การแพทย์เทียม, พนักงานการพยาบาล, ผู้ช่วยพันตแพทย์, เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และข้อมูลสุขภาพ, เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชน, ช่างประกอบเครื่อง械, ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด, ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, ผู้ปฏิบัติงานด้านรถพยาบาล, เจ้าหน้าที่จ่ายยา, เวชภัณฑ์กลาง</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของบุคลากรสาย Allied Health ที่ตอบแบบสอบถาม
	ตัวหาร	b = คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของบุคลากรสาย Allied Health ที่ตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด
รหัสโรค/ หัวติดการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	ข้อมูลกับบริบทของแต่ละสถาบัน	



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System				
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)				
รหัสตัวชี้วัด	SH0211				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย Allied Health (ระดับ 1-2)				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of Allied Health Personnel Satisfaction (level 1-2)				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่องค์กร โดยรวม ในระดับใด”</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่องค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อ คำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. บุคลากรสาย Allied Health หมายถึง บุคลากรในกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (ยกเว้น แพทย์/ พนักงานแพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ) และไม่ใช่บุคลากรสายสนับสนุน (Back office)</p> <p>4. บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แพทย์, พนักงานแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, พดุงครรภ์ วิชาชีพ, เภสัชกร, ผู้ช่วยแพทย์, เจ้าหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, นักกายภาพบำบัด, โภชนากร, นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย, นักทัศนมาตรวิชาชีพ, นักอาชีวบำบัด, เจ้าหน้าที่เทคนิคพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการ, ผู้ช่วยเภสัชกร, เจ้าหน้าที่ อุปกรณ์การแพทย์เทียม, พนักงานการพยาบาล, ผู้ช่วยพนักงานแพทย์, เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และข้อมูลสุขภาพ, เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชน, ช่างประกอบแวร์ด้า, ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด, ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, ผู้ปฏิบัติงานด้านรถพยาบาล, เจ้าหน้าที่จ่าย กลาง เวชภัณฑ์กลาง</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนบุคลากรสาย Allied Health ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจใน ระดับ 1-2</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนบุคลากรสาย Allied Health ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนบุคลากรสาย Allied Health ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจใน ระดับ 1-2	ตัวหาร	$b =$ จำนวนบุคลากรสาย Allied Health ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนบุคลากรสาย Allied Health ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจใน ระดับ 1-2				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนบุคลากรสาย Allied Health ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด				
รหัสroc/ หัดถก ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี <u>≥ ๗๕</u>				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ	ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถานบัน				



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)
รหัสตัวชี้วัด	SH0212
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสายสนับสนุน (ค่าเฉลี่ย)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of Back Office Personel Satisfaction (average)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด”</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อ คำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. บุคลากรสายสนับสนุน (back office) หมายถึง บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสรู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ นักบริหารด้านบริการสุขภาพ, นักวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต, นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา, เจ้าหน้าที่ด้านบริหาร อุรกร การ คลัง บุคคล ตลาด พัสดุ กกฎหมาย ประกัน คุณภาพ, เจ้าหน้าที่สารสนเทศ, เจ้าหน้าที่วิเทศสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ ผู้รับบริการสัมพันธ์, เจ้าหน้าที่งานสวนและสนาม, เจ้าหน้าที่ดูแลความสะอาดอาคารและห้องสุขา, ผู้ช่วยงานใน โรงครัว, ช่างแม้, ช่างประปา, ช่างระบบปรับอากาศและความเย็น, ช่างทาสี, ช่างเชื่อม, ช่างกลและเครื่องจักร, ช่างไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์, เจ้าหน้าที่งานตัด-เย็บ</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถาม
	ตัวหาร b = คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโroc/ หัดกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถานบัน

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)
รหัสตัวชี้วัด	SH0213
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสายสนับสนุน (ระดับ 4-5)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of Back Office Personel Satisfaction (level 4-5)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด”</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อ คำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. บุคลากรสายสนับสนุน (back office) หมายถึง บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสรู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ นักบริหารด้านบริการสุขภาพ, นักวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต, นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา, เจ้าหน้าที่ด้านบริหาร อุรุกวาร คลัง บุคคล ตลาด พัสดุ กัญญาภัย ประกัน คุณภาพ, เจ้าหน้าที่สารสนเทศ, เจ้าหน้าที่วิเทศสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ ผู้รับบริการสัมพันธ์, เจ้าหน้าที่งานสวนและสนาม, เจ้าหน้าที่ดูแลความสะอาดอาคารและห้องสุขา, ผู้ช่วยงานในโรงครัว, ช่างแม้, ช่างประปา, ช่างระบบปรับอากาศและความเย็น, ช่างท่าสี, ช่างเชื่อม, ช่างกลและเครื่องจักร, ช่างไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์, เจ้าหน้าที่งานตัด-เย็บ</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 4-5
	ตัวหาร b = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโroc/ หัดกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน



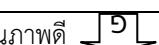
หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)
รหัสตัวชี้วัด	SH0214
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสายสนับสนุน (ระดับ 1-2)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of Back office Personel Satisfaction (level 1-2)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่องค์กร โดยรวม ในระดับใด”</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่องค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อ คำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. บุคลากรสายสนับสนุน (back office) หมายถึง บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสรู้ปัจจัยโดยตรง ได้แก่ นักบริหารด้านบริการสุขภาพ, นักวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต, นักสังคมสังเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา, เจ้าหน้าที่ด้านบริหาร ธุรการ คลัง บุคคล ตลาด พัสดุ กฎหมาย ประกัน คุณภาพ, เจ้าหน้าที่สารสนเทศ, เจ้าหน้าที่วิเทศสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ ผู้รับบริการสัมพันธ์, เจ้าหน้าที่งานสวนและสนาม, เจ้าหน้าที่ดูแลความสะอาดอาคารและห้องสุขา, ผู้ช่วยงานใน โรงครัว, ช่างไน้, ช่างประปา, ช่างระบบปรับอากาศและความเย็น, ช่างท่าสี, ช่างเชื่อม, ช่างกลและเครื่องจักร, ช่างไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์, เจ้าหน้าที่งานตัด-เย็บ</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2
	ตัวหาร b = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสໂຄ/ หัดกາຣ ทີເກີຍວ່ອງ	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี <u>၅</u>
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)
รหัสตัวชี้วัด	SH0215
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของบุคลากรสาย Allied Health
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Training Hour per Person per year of Allied Health Personnel
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การฝึกอบรมที่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ ศึกษา, ฝึกอบรม, ปฏิบัติงานวิจัย (ที่ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน), ดูงาน, การให้บริการทางวิชาการ, ประชุม, ประชุมและเป็นวิทยากร, ประชุม และเสนอผลงาน, อบรม, สมมนา ที่มีกำหนดการประชุมและ/หรือช่วงเวลาเริ่มต้น-สิ้นสุดที่ชัดเจน</p> <p>1.1 กรณีไปเป็นวิทยากรโดยไม่เข้าร่วมประชุม จะนับชั่วโมงจริงเฉพาะช่วงเวลาที่เป็นวิทยากรเท่านั้น</p> <p>1.2 กรณีไปเป็นวิทยากรและเข้าร่วมประชุม, กรณีประชุมและเสนอผลงาน จะนับชั่วโมงรวมเป็นประชุม</p> <p>2. การฝึกอบรมที่ไม่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ การไปปฏิบัติงานตามภาระงานบริหารหรือที่ได้รับมอบหมายด้านการบริหาร (ประจำการ)</p> <p>3. จำนวนชั่วโมงอบรม 1 วัน = 6 ชั่วโมง (ไม่คิดช่วงเวลาพักทานอาหารกลางวัน)</p> <p>1 เดือน = 23 วันทำการ (กรณีไม่มีกำหนดการอบรมจะไม่คิดวันเสาร์/อาทิตย์-ตามมาตรฐานการคิดเวลาทำงาน)</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ความการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ และความรู้ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ	a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนชั่วโมงของบุคลากรสาย Allied Health ที่ได้ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพของตน
	ตัวหาร b = จำนวนบุคลากรสาย Allied Health ทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ชั่วโมง
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System	
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)	
รหัสตัวชี้วัด	SH0216	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของบุคลากรสายสนับสนุน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Training Hour per Person per Year of Back Office Personnel	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การฝึกอบรมที่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ ศึกษา, ฝึกอบรม, ปฏิบัติงานวิจัย (ที่ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน), ดูงาน, การให้บริการทางวิชาการ, ประชุม, ประชุมและเป็นวิทยากร, ประชุมและเสนอผลงาน, อบรม, สมมนา ที่มีกำหนดการประชุมและ/หรือช่วงเวลาเริ่มต้น-สิ้นสุดที่ชัดเจน</p> <p>1.1 กรณีไปเป็นวิทยากรโดยไม่เข้าร่วมประชุม จะนับชั่วโมงจริงเฉพาะช่วงเวลาที่เป็นวิทยากรเท่านั้น</p> <p>1.2 กรณีไปเป็นวิทยากรและเข้าร่วมประชุม, กรณีประชุมและเสนอผลงาน จะนับชั่วโมงรวมเป็นประชุม</p> <p>2. การฝึกอบรมที่ไม่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ การไปปฏิบัติงานตามภาระงานบริหารหรือที่ได้รับมอบหมายด้านการบริหาร (ประจำการ)</p> <p>3. จำนวนชั่วโมงอบรม 1 วัน = 6 ชั่วโมง (ไม่คิดช่วงเวลาพักทานอาหารกลางวัน)</p> <p>1 เดือน = 23 วันทำการ (กรณีไม่มีกำหนดการอบรมจะไม่คิดวันเสาร์/อาทิตย์-ตามมาตรฐานการคิดเวลาทำงาน)</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ความการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ และความรู้ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนชั่วโมงของบุคลากรสายสนับสนุน ที่ได้ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพของตน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนทั้งหมด
รหัสโroc/ หัดถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ชั่วโมง	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

ประเภท SH03 Human Resource and Occupational Health (HRH)

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System				
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resources and Occupational Health (HRH)				
รหัสตัวชี้วัด	SH0301				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราความถี่การบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRH: Injury (Illnesses) Frequency Rate : IFR				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. เป็นการวัดอัตราการบาดเจ็บของบุคลากรที่มีการบาดเจ็บซึ่งมีสาเหตุจากการปฏิบัติงาน ในหน้าที่และในเวลาทำงานเท่านั้นเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนผลการดำเนินงานในอดีตเท่านั้น</p> <p>2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคิดคำนวณชั่วโมงการทำงานของบุคลากร ทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเราว่าที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ คูณด้วยจำนวนชั่วโมงในแต่ละ เวลา (เช่น ในเดือนนั้นมีบุคลากรมีปฏิบัติงาน 50 คน เข้าเวลา 8 ชั่วโมง จำนวนเวลาทั้งหมด 200 เวลา รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมดในเดือนนั้นคิดเป็น $8 \times 200 = 1,600$ ชั่วโมงการ ทำงาน)</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อติดตามหลังจากมีการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000,000$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนครั้งที่บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วย เนื่องจากการทำงานในช่วงเวลาที่กำหนด</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในองค์กรในช่วงเวลาเดียวกัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งที่บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วย เนื่องจากการทำงานในช่วงเวลาที่กำหนด	ตัวหาร	$b =$ จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในองค์กรในช่วงเวลาเดียวกัน
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งที่บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วย เนื่องจากการทำงานในช่วงเวลาที่กำหนด				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในองค์กรในช่วงเวลาเดียวกัน				
รหัสroc/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	สถาบันมาตรฐานแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (American National Standard Institute; ANSI)				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System				
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resources and Occupational Health (HRH)				
รหัสตัวชี้วัด	SH0302				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บของบุคลากรกลุ่มสัมผัสรู้ป่วยโดยตรง				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRH: Injury Severity Rate: ISRoF Direct Contact with Patients				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. เป็นการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บจากจำนวนวันทั้งหมดที่พนักงานต้องหยุดงาน เพื่อรักษาพยาบาลจนกว่าจะกลับไปทำงานใหม่ได้ ต่อชั่วโมงการทำงาน 1,000,000 ชั่วโมงโดยไม่นับวันที่เข้ารับการปฐมพยาบาลหากมีการเสียชีวิตในงานให้คิดเป็น 8,000 ชั่วโมงที่หายไป</p> <p>2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคิดคำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร ทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเวลาที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ คูณด้วยจำนวนชั่วโมงในแต่ละ เวลา (เช่น ในเดือนนั้นบุคลากรมาราบปฏิบัติงาน 50 คน เข้าเวร 8 ชั่วโมง จำนวนเวลาทั้งหมด 200 เวลา รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมดคิดเป็น $8 \times 200 = 1,600$ ชั่วโมงการทำงาน)</p> <p>3. การบาดเจ็บ (injury) หมายถึง เฉพาะการบาดเจ็บเท่านั้น ไม่รวมถึงการเจ็บป่วย (illness) จากโรคที่เกิดจากการทำงาน</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อติดตามหลังจากมีการดำเนินการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัย ความ รุนแรงของการบาดเจ็บลดลง				
สูตรในการคำนวน	$(a/b) \times 1,000,000$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนวันที่บุคลากรกลุ่มสัมผัสรู้ป่วยโดยตรงทั้งหมดขององค์กรหยุดงานหรือสูญเสีย เนื่องจากการบาดเจ็บในช่วงเวลาที่กำหนด</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรกลุ่มสัมผัสรู้ป่วยโดยตรงในองค์กร ในช่วง เวลาเดียวกัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนวันที่บุคลากรกลุ่มสัมผัสรู้ป่วยโดยตรงทั้งหมดขององค์กรหยุดงานหรือสูญเสีย เนื่องจากการบาดเจ็บในช่วงเวลาที่กำหนด	ตัวหาร	$b =$ จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรกลุ่มสัมผัสรู้ป่วยโดยตรงในองค์กร ในช่วง เวลาเดียวกัน
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนวันที่บุคลากรกลุ่มสัมผัสรู้ป่วยโดยตรงทั้งหมดขององค์กรหยุดงานหรือสูญเสีย เนื่องจากการบาดเจ็บในช่วงเวลาที่กำหนด				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรกลุ่มสัมผัสรู้ป่วยโดยตรงในองค์กร ในช่วง เวลาเดียวกัน				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	จำนวนวันที่หยุดงานหรือสูญเสียเนื่องจากการบาดเจ็บต่อหนึ่งล้านชั่วโมงการทำงาน				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*					
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	สถาบันมาตรฐานแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (American National Standard Institute; ANSI)				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559				
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1)เพิ่มเติมคำนิยาม “การบาดเจ็บ (injury) หมายถึง เฉพาะการบาดเจ็บเท่านั้น ไม่รวมถึงการเจ็บป่วย (illness) จากโรคที่เกิดจากการทำงาน” เพื่อความรุนแรงของการเจ็บป่วย (illness) ที่มีผลให้หยุดงานนั้นยังมีองค์ประกอบอื่นๆ อีกมากที่นอกเหนือจากสิ่งแวดล้อม				



หมายเหตุ	<p>(1) บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่</p> <p>2211 แพทย์ทั่วไป</p> <p>2212 แพทย์เฉพาะทาง</p> <p>2221 พยาบาลวิชาชีพ</p> <p>2222 ผดุงครรภ์วิชาชีพ</p> <p>2230 แพทย์ทางเลือก</p> <p>2240 ผู้ช่วยแพทย์ (เช่น feldsher)</p> <p>2261 ทันตแพทย์</p> <p>2262 เภสัชกร</p> <p>2263 จนท.ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม</p> <p>2264 นักกายภาพบำบัด</p> <p>2265 โภชนากร</p> <p>2266 นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย</p> <p>2267 นักทัศนมาตรวิชาชีพ</p> <p>2269 ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักอาชีวบำบัด</p> <p>3212 จนท.เทคนิคพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการ</p> <p>3213 ผู้ช่วยเภสัชกร</p> <p>3214 จนท.อุปกรณ์การแพทย์เที่ยม</p> <p>322 พนง.การพยาบาล</p> <p>3251 ผู้ช่วยทันตแพทย์</p> <p>3252 จนท.เวชระเบียนและข้อมูลสุขภาพ</p> <p>3253 จนท.สุขภาพชุมชน</p> <p>3254 ช่างประกอบแวนดา</p> <p>3255 ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด</p> <p>3257 ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม</p> <p>3258 ผู้ปฏิบัติงานด้านรถพยาบาล</p> <p>3259 จนท.จ่ายกลาง เวชภัณฑ์กลาง</p> <p>*** แหล่งที่มาของ รหัส code กลุ่มวิชาชีพ</p> <p>1. WHO. Classification of health workforce statistics. Geneva: WHO Available from: http://www.who.int/hrh/statistics/workforce_statistics/en/ (accessed March 05, 2015) ซึ่งเขาใช้ โดยอ้างอิงจากการจัดประเภทอาชีพตามมาตรฐานสากล ที่มีชื่อฉบับว่า International Standard Classification of Occupation, 2008 revision (ISCO-08)</p> <p>2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การจัดประเภทอาชีพตามมาตรฐานสากลฉบับแปลภาษาไทย ฉบับแยกจาก International Standard Classification of Occupation : ISCO-08. กรุงเทพฯ : กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2553.</p>
----------	---



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resources and Occupational Health(HRH)
รหัสตัวชี้วัด	SH0303
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสรู้ป่วยโดยตรง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRH: Injury Severity Rate: ISRoF non Direct Contact with Patients
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. เป็นการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บจากจำนวนวันทั้งหมดที่พนักงานต้องหยุดงาน เพื่อรักษาพยาบาลจนกว่าจะกลับไปทำงานใหม่ได้ ต่อชั่วโมงการทำงาน 1,000,000 ชั่วโมงโดยไม่นับวันที่เข้ารับการปฐมพยาบาลหากการเสียชีวิตในงานให้คิดเป็น 8,000 ชั่วโมงที่หายไป</p> <p>2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคิดคำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร ทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเวลาที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ คูณด้วยจำนวนชั่วโมงในแต่ละ เวลา (เช่น ในเดือนนั้นมีบุคลากรมาราบปฏิบัติงาน 50 คน เข้าเวร 8 ชั่วโมง จำนวน 150 เวลา และเข้าเวร 10 ชั่วโมง จำนวน 50 เวลา รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมด คิดเป็น $(8*150) + (10*50) = 1,700$ ชั่วโมงการทำงาน)</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อติดตามหลังจากมีการดำเนินการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัย ความ รุนแรงของการบาดเจ็บลดลง
สูตรในการคำนวน	$(a/b) \times 1,000,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนวันที่บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสรู้ป่วยโดยตรงทั้งหมดขององค์กรหยุดงานหรือ สูญเสียเนื่องจากการบาดเจ็บในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร b = จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสรู้ป่วยโดยตรงในองค์กร ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโครค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	จำนวนวันที่หยุดงานหรือสูญเสียเนื่องจากการบาดเจ็บต่อหนึ่งล้านชั่วโมงการทำงาน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี <u>၅၂</u>
ที่มา/ Reference	สถาบันมาตรฐานแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (American National Standard Institute; ANSI)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสรู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ 1342 นักบริหารด้านบริการสุขภาพ 2131, 2133 นักวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต 2635 นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา

3299 ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ เช่น

- เจ้าหน้าที่ ด้านบริหาร อธิการ คลัง บุคคล ตลาด พัสดุ

- กฏหมาย ประกันคุณภาพ

- เจ้าหน้าที่ สารสนเทศ

- เจ้าหน้าที่ วิเทศสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ผู้รับบริการสัมพันธ์

- เจ้าหน้าที่ งานสวนและสวน

- เจ้าหน้าที่ ดูแลความสะอาดอาคารและห้องสุขา

- WHO Code พนักงานทำงานด้านพื้นฐานอื่นๆ เช่น ผู้ช่วยงานในโรงพยาบาล

7115 ช่างไม้

7126 ช่างประปา

7127 ช่างระบบปรับอากาศและความเย็น

7131 ช่างทาสี

7212 ช่างเชื่อม

7231 ช่างกลและเครื่องจักร

74 ช่างไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์

753 เจ้าหน้าที่ งานตัด-เย็บ

*** แหล่งที่มาของ รหัส Code กลุ่มวิชาชีพ

1. WHO. Classification of health workforce statistics. Geneva: WHO

Available from: http://www.who.int/hrh/statistics/workforce_statistics/en/

(accessed March 05, 2015) ซึ่งเข้าใช้ โดยอ้างอิงจากการจัดประเภทอาชีพตาม

มาตรฐานสากลที่มีชื่อฉบับว่า International Standard Classification of

Occupation, 2008 revision (ISCO-08)

2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การจัดประเภทอาชีพตามมาตรฐานสากลฉบับแปลภาษาไทย

ฉบับแปลจาก International Standard Classification of Occupation : ISCO-08.

กรุงเทพฯ : กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2553.



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resources and Occupational Health (HRH)
รหัสตัวชี้วัด	SH0306
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน ของบุคลากรกลุ่มสัมผัสรู้ป่วยโดยตรง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRH: Injury (Illnesses) Frequency Rate : IFR of Direct Contact with Patients
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	<p>1. เป็นการวัดอัตราการบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยของบุคลากร ซึ่งมีสาเหตุจากการปฏิบัติงานในหน้าที่และในเวลางานเท่านั้น เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนผลการดำเนินงานในอีดีเท่านั้น</p> <p>2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคิดคำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเรเวที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ คูณด้วยจำนวนชั่วโมงในแต่ละเรเว (เช่น ในเดือนนี้มีบุคลากรมารยาปฏิบัติงาน 50 คน เข้าเรเว 8 ชั่วโมง จำนวนเรเวทั้งหมด 200 เรเว รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมดคิดเป็น $8 \times 200 = 1,600$ ชั่วโมงการทำงาน)</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อติดตามหลังจากมีการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุช้ำ
สูตรในการคำนวน	$(a/b) \times 1,000,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งที่บุคลากรกลุ่มสัมผัสรู้ป่วยโดยตรงทั้งหมดขององค์กรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วย เนื่องจากการทำงาน ในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร b = จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรกลุ่มสัมผัสรู้ป่วยโดยตรงในองค์กร ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ครั้งต่อหนึ่งล้านชั่วโมงการทำงาน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าถี่น้อย = มีคุณภาพดี <u>๑</u>
ที่มา/ Reference	สถาบันมาตรฐานแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (American National Standard Institute: ANSI)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	พฤษภาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	บุคลากรกลุ่มสัมผัสรู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ 2211 แพทย์ทั่วไป 2212 แพทย์เฉพาะทาง 2221 พยาบาลวิชาชีพ 2222 ผดุงครรภ์วิชาชีพ 2230 แพทย์ทางเลือก 2240 ผู้ช่วยแพทย์ (เช่น feldsher) 2261 ทันตแพทย์



	<p>2262 เกสัชกร</p> <p>2263 เจ้าหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม</p> <p>2264 นักกายภาพบำบัด</p> <p>2265 โภชนากร</p> <p>2266 นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย</p> <p>2267 นักทัศนมาตรวิชาชีพ</p> <p>2269 ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักอาชีวบำบัด</p> <p>3212 เจ้าหน้าที่เทคนิคพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการ</p> <p>3213 ผู้ช่วยเภสัชกร</p> <p>3214 เจ้าหน้าที่อุปกรณ์การแพทย์เทียม</p> <p>322 พนักงานการพยาบาล</p> <p>3251 ผู้ช่วยทันตแพทย์</p> <p>3252 เจ้าหน้าที่เวชระเบียนและข้อมูลสุขภาพ</p> <p>3253 เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชน</p> <p>3254 ช่างประกอบแวนดา</p> <p>3255 ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด</p> <p>3257 ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม</p> <p>3258 ผู้ปฏิบัติงานด้านรถพยาบาล</p> <p>3259 เจ้าหน้าที่จ่ายกลาง เวชภัณฑ์กลาง</p> <p>*** แหล่งที่มาของ รหัส code กลุ่มวิชาชีพ</p> <p>1. WHO. Classification of health workforce statistics. Geneva: WHO Available from: http://www.who.int/hrh/statistics/workforce_statistics/en/ (accessed March 05, 2015) ซึ่งเขาใช้ โดยอ้างอิงจากการจัดประเภทอาชีพตามมาตรฐานสากลที่มีชื่อ ฉบับว่า International Standard Classification of Occupation, 2008 revision (ISCO-08)</p> <p>2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การจัดประเภทอาชีพตามมาตรฐานสากลฉบับแปลภาษาไทย ฉบับแปลจาก International Standard Classification of Occupation : ISCO-08. กรุงเทพฯ : กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2553.</p>
--	---



หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resources and Occupational Health (HRH)
รหัสตัวชี้วัด	SH0307
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราความถี่การบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวเนื่องจากการ ของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสรู้ป่วยโดยตรง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRH: Injury (Illnesses) Frequency Rate : IFR of Non-direct Contact with Patients
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. เป็นการวัดอัตราการบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยของบุคลากร ซึ่งมีสาเหตุจากการปฏิบัติงานในหน้าที่และในเวลางานเท่านั้น เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนผลการดำเนินงานในอดีตเท่านั้น</p> <p>2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคิดคำนวณชั่วโมงการทำงานของบุคลากร ทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเวรที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ คูณด้วยจำนวนชั่วโมงในแต่ละ เวร (เช่น ในเดือนนั้นมีบุคลากรมาปฏิบัติงาน 50 คน เข้าเวร 8 ชั่วโมง จำนวน 150 เวร และเข้าเวร 10 ชั่วโมง จำนวน 50 เวร รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมดคิดเป็น $\{(8 \times 150) + (10 \times 50)\} = 1,700$ ชั่วโมงการทำงาน)</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อติดตามหลังจากมีการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุช้ำ
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งที่บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสรู้ป่วยโดยตรงทั้งหมดขององค์กรได้รับบาดเจ็บ/ เจ็บป่วย เนื่องจากการทำงาน ในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร b = จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสรู้ป่วยโดยตรงในองค์กร ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ครั้งต่อหนึ่งล้านชั่วโมงการทำงาน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี G
ที่มา/ Reference	สถาบันมาตรฐานแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (American National Standard Institute: ANSI)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	พฤษภาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสรู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ 1342 นักบริหารด้านบริการสุขภาพ 2131, 2133 นักวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต 2635 นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา 3299 ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ เช่น - เจ้าหน้าที่ ด้านบริหาร อุรุกวาร คลัง บุคคล ตลาด พัสดุ



- กฎหมาย ประกันคุณภาพ
- เจ้าหน้าที่ สารสนเทศ
- เจ้าหน้าที่ วิเทศสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์รับบริการสัมพันธ์
- เจ้าหน้าที่ งานสวนและสนาม
- เจ้าหน้าที่ ดูแลความสะอาดอาคารและห้องสุขา
- WHO code พนักงานทำงานด้านพื้นฐานอื่นๆ เช่น ผู้ช่วยงานในโรงพยาบาล

7115 ช่างไม้

7126 ช่างประปา

7127 ช่างระบบปรับอากาศและความเย็น

7131 ช่างทาสี

7212 ช่างเชื่อม

7231 ช่างกลและเครื่องจักร

74 ช่างไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์

753 เจ้าหน้าที่ งานตัด-เย็บ

*** แหล่งที่มาของ รหัส code กลุ่มวิชาชีพ

1. WHO. Classification of health workforce statistics. Geneva: WHO Available from: http://www.who.int/hrh/statistics/workforce_statistics/en/ (accessed March 05, 2015) ซึ่งเขาใช้ โดยอ้างอิงจากการจัดประเภทอาชีพตามมาตรฐานสากลที่มีชื่อ ฉบับว่า International Standard Classification of Occupation, 2008 revision (ISCO-08)

2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การจัดประเภทอาชีพตามมาตรฐานสากลฉบับแปลภาษาไทย ฉบับแปลจาก International Standard Classification of Occupation : ISCO-08. กรุงเทพฯ : กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2553.



หมวด SF: Financial System (F)

ประเภท SF01 Financial

หมวดตัวชี้วัด	Financial System	
ประเภทตัวชี้วัด	Financial	
รหัสตัวชี้วัด	SF0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Financial: Current Ratio	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current ratio) คือ อัตราส่วนระหว่างสินทรัพย์หมุนเวียน และ หนี้สินหมุนเวียน ซึ่งบ่งบอกถึงสภาพคล่องของกิจการในการที่จะชำระหนี้ระยะสั้น หาก < 1 อาจมีปัญหาในการชำระหนี้ระยะสั้น หาก > 1 แสดงว่ากิจการมีสินทรัพย์หมุนเวียนมากพอที่จะชำระหนี้ระยะสั้น แต่หากมีค่าสูงกว่า 1 หากฯ อาจหมายถึง ประสิทธิภาพในการใช้สินทรัพย์ของกิจการไม่ดีพอ</p> <p>2. สินทรัพย์หมุนเวียน (Current Assets) หมายถึง สินทรัพย์ที่เป็นเงินสดหรือสามารถเปลี่ยนเป็นเงินสดได้ภายใน 1 รอบระยะเวลาของการดำเนินธุรกิจหรือ 1 ปี ได้แก่ เงินสดเงินฝากธนาคารเงินลงทุนระยะสั้นลูกหนี้การค้าตัวเงินรับสินค้าคงเหลือลูกหนี้อื่นๆ รายได้ค้างรับค่าใช้จ่ายล่วงหน้าสต็อกสินเปลือง (Supplies)</p> <p>3. หนี้สินหมุนเวียน (Current Liabilities) หมายถึง หนี้สินที่กิจการมีภาระผูกพันที่จะต้องชำระคืนภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี ได้แก่ เงินเบิกเกินบัญชีธนาคารเงินกู้ยืมธนาคารระยะสั้นเจ้าหนี้การค้าตัวเงินจ่าย รายได้รับล่วงหน้าค่าใช้จ่ายค้างจ่ายเจ้าหนี้อื่น</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ระบุถึงความสามารถในการชำระหนี้สินระยะสั้นที่จะครบกำหนด	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	$a = \text{จำนวนสินทรัพย์หมุนเวียน}$
	ตัวหาร	$b = \text{จำนวนหนี้สินหมุนเวียน}$
รหัสโศก/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	เท่า	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี (มีความสามารถในการชำระหนี้สูง) 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	โรงพยาบาลภาครัฐ ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อทำกำไร และมีการบริหารสินทรัพย์รวมทั้งลักษณะทางบัญชี ไม่เหมือน โรงพยาบาลเอกชน ทำให้ตัวชี้วัดนี้อาจไม่สอดทอนการจัดการได้โดยตรง	



หมวดตัวชี้วัด	Financial System
ประเภทตัวชี้วัด	Financial
รหัสตัวชี้วัด	SF0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (อัตราส่วนสินทรัพย์สภาพคล่อง)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Financial: Quick Ratio
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	คือ อัตราส่วนที่ปรับปรุงมาจากอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current ratio) ซึ่งในการคำนวณ จะไม่นำสินค้าคงเหลือมาคำนวณกับสินทรัพย์หมุนเวียนอื่นๆ เช่น เงินสด ลูกหนี้การค้า และ สินทรัพย์ในความต้องการของตลาด เนื่องจากสินค้าคงเหลือสามารถแปลงเป็นเงินสดได้มากกว่าและอาจมีมูลค่าต่ำกว่ามูลค่าทางบัญชี ทำให้อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็วของสภาพคล่องของกิจการได้ดีกว่าอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (เป็นตัวชี้วัดที่ใช้เป็นเครื่องวัด ความสามารถในการชำระหนี้อย่างทันทีทันใด)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ระบุถึงความสามารถในการชำระหนี้สินระยะสั้นอย่างทันทีทันใด
สูตรในการคำนวณ	a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนสินทรัพย์สภาพคล่อง
	ตัวหาร b = จำนวนหนี้สินหมุนเวียน
รหัสproc/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	เท่า
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Financial System				
ประเภทตัวชี้วัด	Financial				
รหัสตัวชี้วัด	SF0103				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Financial: Fixed Asset Turnover				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร (fixed asset turnover) เป็นการคำนวณหาอัตราส่วนระหว่างรายได้จากการบริการ หรือรายได้จากการดำเนินกิจการ กับสินทรัพย์ถาวรโดยสินทรัพย์ถาวร (Fixed Assets) หมายถึง สินทรัพย์ที่มีไว้ตั้งแต่และมีอายุการใช้งานเกิน 1 ปี ที่องค์กรมีไว้เพื่อที่จะใช้ผลิตสินค้าหรือบริการเพื่อที่จะก่อให้เกิดรายได้				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความสามารถในการใช้สินทรัพย์ให้เกิดประสิทธิภาพ				
สูตรในการคำนวณ	a/b				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = ยอดขายสุทธิ จากงบการเงินในรอบการประเมินของปีงบประมาณ</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = สินทรัพย์ถาวร จากงบการเงินในรอบการประเมินของปีงบประมาณเดียวกัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = ยอดขายสุทธิ จากงบการเงินในรอบการประเมินของปีงบประมาณ	ตัวหาร	b = สินทรัพย์ถาวร จากงบการเงินในรอบการประเมินของปีงบประมาณเดียวกัน
ตัวตั้ง	a = ยอดขายสุทธิ จากงบการเงินในรอบการประเมินของปีงบประมาณ				
ตัวหาร	b = สินทรัพย์ถาวร จากงบการเงินในรอบการประเมินของปีงบประมาณเดียวกัน				
รหัสproc/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	เท่า				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					

หมวดตัวชี้วัด	Financial System				
ประเภทตัวชี้วัด	Financial				
รหัสตัวชี้วัด	SF0104				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ระยะเวลาถ้วนเฉลี่ยในการเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาสุทธิ				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Financial: Day in Account Receivable (Average collection period for account receivables)				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	ระยะเวลาถ้วนเฉลี่ยในการเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาสุทธิ เป็นการหาค่าระยะเวลาถ้วนเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ที่แสดงให้เห็นถึงระยะเวลาในการเรียกเก็บหนี้สั้นหรือยาว (จำนวนวันที่ต้องรอเพื่อเก็บเงินจากลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล) เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพของลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ประสิทธิภาพในการเรียกเก็บหนี้ และนโยบายในการให้สินเชื่อ				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพในการเก็บหนี้และการบริหารสินเชื่อ				
สูตรในการคำนวณ	a/b				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = ยอดลูกหนี้สุทธิ ณ วันสิ้นปี</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = ยอดขายเชื่อเฉลี่ยต่อวัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = ยอดลูกหนี้สุทธิ ณ วันสิ้นปี	ตัวหาร	b = ยอดขายเชื่อเฉลี่ยต่อวัน
ตัวตั้ง	a = ยอดลูกหนี้สุทธิ ณ วันสิ้นปี				
ตัวหาร	b = ยอดขายเชื่อเฉลี่ยต่อวัน				
รหัสproc/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	วัน				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี G				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ	ปรับแก้เพิ่มหลังจากทบทวนข้อมูล THIP ที่ผ่านมา				



หมวดตัวชี้วัด	Financial System
ประเภทตัวชี้วัด	Financial
รหัสตัวชี้วัด	SF0105
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราส่วนระหว่างกำไรสุทธิ กับยอดขายสุทธิ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Financial: Net Profit Margin
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. หมายถึง กำไรสุทธิ (Net Profit)/ยอดขายสุทธิ (SALES) มีค่าอยู่สูงยิ่งดี แสดงให้เห็น ประสิทธิภาพในการดำเนินงานของโรงพยาบาลในการทำกำไร หลังจากหักต้นทุนค่าใช้จ่าย รวมทั้งภาษีเงินได้ทั้งหมดแล้ว</p> <p>2. กำไรสุทธิ เป็นค่าที่ได้จากการรวมของรายได้ทั้งหมด (รายได้จากการบริการและรายได้อื่นๆ นอกเหนือจากการบริการ) หักค่าใช้จ่าย ค่าเสื่อม และต้นทุนแล้ว</p> <p>3. ยอดขายสุทธิ หมายถึง รายได้เฉพาะส่วนที่เกิดจากการบริการเท่านั้น</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความสามารถในการทำกำไร
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = กำไรสุทธิ
	ตัวหาร b = ยอดขายสุทธิ
รหัสproc/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่าสูงมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Financial System				
ประเภทตัวชี้วัด	Financial				
รหัสตัวชี้วัด	SF0106				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์รวม				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Financial: Return on Asset (ROA)				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	เป็นการหาค่าที่ใช้ในการวัดความสามารถในการทำกำไรของสินทรัพย์ทั้งหมดที่ใช้ในการดำเนินงาน ว่าให้ผลตอบแทนจากการดำเนินงานได้มากน้อยเพียงใด ค่า愈งสูงยิ่งดี หากมีค่าสูงแสดงถึงการใช้สินทรัพย์อย่างมีประสิทธิภาพ				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความสามารถในการทำกำไรของสินทรัพย์				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a = \text{ยอดกำไรสุทธิ} (\text{Net Profit})$</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b = \text{ยอดสินทรัพย์รวม} (\text{Total Assets})$</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a = \text{ยอดกำไรสุทธิ} (\text{Net Profit})$	ตัวหาร	$b = \text{ยอดสินทรัพย์รวม} (\text{Total Assets})$
ตัวตั้ง	$a = \text{ยอดกำไรสุทธิ} (\text{Net Profit})$				
ตัวหาร	$b = \text{ยอดสินทรัพย์รวม} (\text{Total Assets})$				
รหัสproc/ หัวถูกการ ที่เกี่ยวข้อง	<table> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่า愈งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					

หมวด SC: Customer Service System (C)

ประเภท SC01 Customer Service

หมวดตัวชี้วัด	Customer Service System				
ประเภทตัวชี้วัด	Customer Service				
รหัสตัวชี้วัด	SC0101				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (ภาพรวม)				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Customer: Percentage of Outpatient Satisfaction (overview)				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การประเมินความพึงพอใจในภาพรวมหมายถึงการประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีข้อคำถาม "ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล.....โดยรวมในระดับใด" สุ่มสอบถามจากผู้รับบริการในกระบวนการบริการผู้ป่วยนอกอาทั้งหมด</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. การวัดระดับความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินความรู้สึกต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยโดยวัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ 4-5 เท่านั้น</p>				
วัดคุณประสิทธิ์ของตัวชี้วัด	ประเมินความพึงพอใจแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>A = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5				
ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด				
รหัสโรค/ หัดการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด	Customer Service System
ประเภทตัวชี้วัด	Customer Service
รหัสตัวชี้วัด	SC0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน (ภาพรวม)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Customer: Percentage of Inpatient Satisfaction (overview)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. การประเมินความพึงพอใจในภาพรวมหมายถึงการประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีข้อคำถาม "ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล.....โดยรวมในระดับใด" สุ่มสอบถามจากผู้รับบริการในกระบวนการบริการผู้ป่วยในทั้งหมดซึ่งมีจำนวนวันนอนมากกว่า 3 วัน</p> <p>2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด</p> <p>3. การวัดระดับความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินความรู้สึกต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วย โดยวัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ 4-5 เท่านั้น</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความพึงพอใจแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Customer Service System	
ประเภทตัวชี้วัด	Customer Service	
รหัสตัวชี้วัด	SC0103	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Customer: Percentage of Out-patients who Return to Receive Care	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. เป็นความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลของผู้รับบริการ และการกลับมารักษาต่อเนื่อง</p> <p>2. วิธีการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก ซึ่งมีข้อคำถาม "ถ้าท่านสามารถเลือกโรงพยาบาลได้ท่านจะเลือกกลับมาใช้บริการที่ รพ. นี้อีกหรือไม่" และมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ คือ มา/ไม่มา</p> <p>3. การวัดผลการประเมิน โดยคำนวนหาค่าของผู้รับบริการที่จะกลับมารับบริการซ้ำ</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความภักดีแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 20% ของจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจรักษาในช่วงเวลาหนึ่นที่ตอบว่าจะกลับมารักษาในครั้งต่อไป
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 20% ของจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจรักษาในช่วงเวลาหนึ่นที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโเรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Customer Service System	
ประเภทตัวชี้วัด	Customer Service	
รหัสตัวชี้วัด	SC0104	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยในที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Customer: Percentage of In-patients who Return to Receive Care	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. เป็นความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลของผู้รับบริการ และการกลับมารักษาต่อเนื่อง</p> <p>2. วิธีการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในช่วงมีข้อคำถาม "ถ้าท่านสามารถเลือกโรงพยาบาลได้ท่านจะเลือกกลับมาใช้บริการที่ รพ. นี้อีกรึไม่" และมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ คือมา/ไม่มา</p> <p>3. การวัดผลการประเมิน โดยคำนวนหาค่าของผู้รับบริการที่จะกลับมาบั้นบริการซ้ำ</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความภักดีแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 20% ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลที่ตอบว่าจะกลับมารักษาในครั้งต่อไป
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 20% ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Customer Service System
ประเภทตัวชี้วัด	Customer Service
รหัสตัวชี้วัด	SC0105
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยนอกที่จะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Customer: Percentage of Out-patients who would Recommend Friends or Family to Receive Care
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. เป็นการแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการต่อไป</p> <p>2. วิธีการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก ซึ่งมีข้อคำถาม "ท่านจะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการที่โรงพยาบาลนี้ หรือไม่" และมีค่าตอบให้เลือก 2 ข้อ คือ แนะนำ/ ไม่แนะนำ</p> <p>3. การวัดผลการประเมิน โดยคำนวณหาค่าของผู้รับบริการที่จะแนะนำให้มารับบริการ</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความภักดีแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง $a =$ จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่เลือกแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ
	ตัวหาร $b =$ จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสproc/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Customer Service System				
ประเภทตัวชี้วัด	Customer Service				
รหัสตัวชี้วัด	SC0106				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยในที่จะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Customer: Percentage of In-patients who would Recommend Friends or Family to Receive Care				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. เป็นการแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการต่อไป</p> <p>2. วิธีการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยใน ซึ่งมีข้อคำถาม "ท่านจะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการที่โรงพยาบาลนี้ หรือไม่" และมีค่าตอบให้เลือก 2 ข้อ คือ แนะนำ/ไม่แนะนำ</p> <p>3. การวัดผลการประเมิน โดยคำนวณหาค่าของผู้รับบริการที่จะกลับมารับบริการซ้ำโดยใช้ จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามประมาณ 20% ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาใน โรงพยาบาล</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความภักดีแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ป่วยใน/ญาติ) ว่าจะแนะนำผู้อื่นมารักษาที่โรงพยาบาล จำนวนตามกลุ่มผู้รับบริการ</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ป่วยใน/ญาติ) ทั้งหมดตามกลุ่มผู้รับบริการนั้น ๆ</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ป่วยใน/ญาติ) ว่าจะแนะนำผู้อื่นมารักษาที่โรงพยาบาล จำนวนตามกลุ่มผู้รับบริการ	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ป่วยใน/ญาติ) ทั้งหมดตามกลุ่มผู้รับบริการนั้น ๆ
ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ป่วยใน/ญาติ) ว่าจะแนะนำผู้อื่นมารักษาที่โรงพยาบาล จำนวนตามกลุ่มผู้รับบริการ				
ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ป่วยใน/ญาติ) ทั้งหมดตามกลุ่มผู้รับบริการนั้น ๆ				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



หมวด SG: Governance System (G)

ประเภท SG01 Governance

หมวดตัวชี้วัด	Governance System	
ประเภทตัวชี้วัด	Governance	
รหัสตัวชี้วัด	SG0104	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	สัดส่วนของขยะรีไซเคิล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Governance: Proportion of Recycled Waste	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ขยะรีไซเคิล หมายถึง ขยะที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ โดยนำไปผ่านกระบวนการแปรรูปในระบบอุตสาหกรรม</p> <p>2. ระบบการดำเนินการเกี่ยวกับขยะรีไซเคิล เป็นการประเมินว่าองค์กรมีระบบและแผนปฏิบัติการกำจัดขยะรีไซเคิล ที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรทุกระดับสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้</p>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เป็นการติดตามประเมินการกำจัดขยะรีไซเคิล ในโรงพยาบาล	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = น้ำหนักของขยะรีไซเคิลของเดือนนี้ (กก.)
	ตัวหาร	b = น้ำหนักของขยะรีไซเคิลในเดือนที่ผ่านมา (กก.)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือเดือนละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	เท่า	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference		
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวด SS: Sterilization System (S)

ประเภท SS01 Sterilization and Service System

หมวดตัวชี้วัด	Sterilization System				
ประเภทตัวชี้วัด	Sterilization and Services System				
รหัสตัวชี้วัด	SS0101				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อผ่านเกณฑ์				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CSSD: Percentage of Examination of Effective Sterilisation				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. วิธีการตรวจสอบการทำปราศจากเชื้อ (ทั้งการนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ และการอบฆ่าเชื้อด้วย ก๊าซ) ประกอบด้วยกรรมวิธี 3 ด้าน คือ</p> <p>1.1 ตัวบ่งชี้ทางเชิงกล (Mechanical Indicator) เพื่อบ่งบอกสถานะของเครื่องที่ทำให้ปราศจากเชื้อ โดยดูจากการรัծอุณหภูมิ มาตรวัดความดัน สัญญาณไฟต่างๆ และแผ่นบันทึกการทำงานของเครื่อง</p> <p>1.2 ตัวบ่งชี้ทางเคมี (Chemical Indicator) โดยดูจากการเปลี่ยนสีของตัวบ่งชี้ทางเคมี ภายนอก และการเปลี่ยนสีของตัวบ่งชี้ทางเคมีภายใน</p> <p>1.3 ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biological Indicator) โดยดูจากการตรวจ Spore Test Negative</p> <p>2. อุณหภูมิและความดันที่ปรากฏที่มาตรวัดตลอดจนตัวบ่งชี้ทางเคมีและชีวภาพ ที่ทำให้ปราศจากเชื้อ ต้องสอดคล้องเป็นไปตามข้อกำหนดและคุณวิธีการใช้งานของบริษัทผู้ผลิต</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามประเมินประสิทธิภาพระบบการทำให้ปราศจากเชื้อ				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนครั้งการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อผ่านเกณฑ์ใน 1 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนครั้งการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อผ่านเกณฑ์ใน 1 เดือน	ตัวหาร	$b =$ จำนวนครั้งการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อผ่านเกณฑ์ใน 1 เดือน				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนครั้งการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="0"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือเดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	CSSD				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด	Sterilization System				
ประเภทตัวชี้วัด	Sterilization and Services System				
รหัสตัวชี้วัด	SS0102				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการจัดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CSSD: Percentage of Exact Medical Equipment Prepared for Specific Procedures				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	เป็นการประเมินประสิทธิภาพของการจัดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ตามมาตรฐาน หรือข้อตกลงที่กำหนดโดยคณะกรรมการของโรงพยาบาล				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามประเมินประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการเครื่องมือทางการแพทย์				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนครั้งการจัดเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ตามข้อตกลงถูกต้องครบถ้วน ในช่วงเวลา 1 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนครั้งการจัดเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งการจัดเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ตามข้อตกลงถูกต้องครบถ้วน ในช่วงเวลา 1 เดือน	ตัวหาร	$b =$ จำนวนครั้งการจัดเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งการจัดเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ตามข้อตกลงถูกต้องครบถ้วน ในช่วงเวลา 1 เดือน				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนครั้งการจัดเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน				
รหัสproc/ หัดกการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือเดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	CSSD				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด	Sterilization System				
ประเภทตัวชี้วัด	Sterilization and Services System				
รหัสตัวชี้วัด	SS0103				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้หน่วยงานถูกต้อง				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CSSD: Percentage of Medical Supplies which are Accurately Provided by the CSSD				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	อัตราการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้หน่วยงานถูกต้อง เป็นการประเมิน ประสิทธิภาพของการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ถูกต้อง ครบถ้วน (ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา) ของหน่วย CSSD				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามประเมินประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการเครื่องมือทางการแพทย์				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนครั้งการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ถูกต้องครบถ้วนในช่วงเวลา 1 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนครั้งการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ถูกต้องครบถ้วนในช่วงเวลา 1 เดือน	ตัวหาร	$b =$ จำนวนครั้งการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ถูกต้องครบถ้วนในช่วงเวลา 1 เดือน				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนครั้งการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความต้องการในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือเดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	CSSD				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					

หมวด SM: Medication System (M)

ประเภท SM01 Medication Use

หมวดตัวชี้วัด	Medication System
ประเภทตัวชี้วัด	Medication Use
รหัสตัวชี้วัด	SM0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Medication Use: Antibiotic Prescribing Rate on Upper Respiratory Infection
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย</p> <p>2. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Infection: URI) หมายถึง ผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ที่ป่วยในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งมี Pdx ตามรหัสโรค ICD-10 ที่กำหนด</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ในช่วง 6 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง B05.3, J00, J01.0-J01.4, J01.8, J01.9, J02.0, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9, J04.0-J04.2, J05.0, J05.1, J06.0, J06.8, J06.9, J10.1, J11.1, J20.0 - J20.9, J21.0, J21.8, J21.9, H65.0, H65.1, H65.9, H66.0, H66.4, H66.9, H67.0, H67.1, H67.8, H72.0-H72.2, H72.8, H72.9 และได้รับยาปฏิชีวนะ
	ตัวหาร B05.3, J00, J01.0-J01.4, J01.8, J01.9, J02.0, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9, J04.0-J04.2, J05.0, J05.1, J06.0, J06.8, J06.9, J10.1, J11.1, J20.0-J20.9, J21.0, J21.8, J21.9, H65.0, H65.1, H65.9, H66.0, H66.4, H66.9, H67.0, H67.1, H67.8, H72.0-H72.2, H72.8, H72.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี G
ที่มา/ Reference	สธ., สปสช., นโยบายรัฐมนตรีปีงบประมาณ 2558
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Medication System
ประเภทตัวชี้วัด	Medication Use
รหัสตัวชี้วัด	SM0103
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจาระร่วงเฉียบพลัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Medication Use: Antibiotic Prescribing Rate on Acute Diarrhea
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย</p> <p>2. ผู้ป่วยอุจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea: AD) หมายถึง ผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ที่ป่วยในกลุ่มโรคอุจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งมี Pdx ตาม ICD-10 ที่กำหนด</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง a = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย Acute Diarrhea ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ในช่วง 6 เดือน
	ตัวหาร b = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย Acute Diarrhea ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง A00.0, A00.1, A00.9, A02.0, A03.0-A03.3, A03.8, A03.9, A04.0-A04.9, A05.0, A05.3, A05.4, A05.9, A08.0-A08.5, A09, A09.0, A09.9, K52.1, K52.8, K52.9 และ ได้รับยาปฏิชีวนะ
	ตัวหาร A00.0, A00.1, A00.9, A02.0, A03.0-A03.3, A03.8, A03.9, A04.0-A04.9, A05.0, A05.3, A05.4, A05.9, A08.0-A08.5, A09, A09.0, A09.9, K52.1, K52.8, K52.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	สธ., สປสช., นโยบายรัฐมนตรีปีงบประมาณ 2558
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

ประเภท SM02 Medication Management

หมวดตัวชี้วัด	Medication System
ประเภทตัวชี้วัด	Medication Management
รหัสตัวชี้วัด	SM0201
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	จำนวนเดือนสำรองคลังยา
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Medication Management : Inventory Turn
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. จำนวนเดือนที่ยาของฝ่าย/กลุ่มงานเภสัชกรรมในคลังยาไม่เพียงพอสำหรับการให้บริการผู้ป่วย</p> <p>2. คลังยา หมายถึง ทุกคลังยาที่สำรองยาที่โรงพยาบาลจัดซื้อ และเป็นคลังใหญ่ที่จ่ายยาให้แก่คลังยาอยู่โดยไม่ได้จ่ายยาให้ผู้ป่วยโดยตรง</p> <p>3. คลังยาอยู่ หมายถึงหน่วยจ่ายยาที่สำรองยาและจ่ายให้ผู้ป่วยโดยตรง</p> <p>4. มูลค่ายา หมายถึง ราคาทุนที่ใช้ในการจัดซื้อ คำนวณจากราคาทุนต่อหน่วยคูณด้วยจำนวน(ปริมาณ)</p> <p>5. มูลค่ายาที่จ่ายไป หมายถึง มูลค่าการขาย และ มูลค่าการใช้ (ที่มีการเบิกไปใช้จ่ายเป็นต้นทุนการให้บริการต่างๆ)</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบบริหารคลังยา
สูตรในการคำนวณ	<p><u>มูลค่ายาสำรองคงเหลือรวม (คลังยาและคลังยาอยู่) ณ สิ้นเดือน (a)</u></p> <p><u>มูลค่ายารวมที่จ่ายไป ณ เดือนนั้น (b)</u></p>
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = ปริมาณยาสำรองคงเหลือรวม(คลังยาและคลังยาอยู่) ณ สิ้นเดือน <u>คูณด้วย ราคาทุนของยาสำรองคงเหลือที่คลัง</u>
	ตัวหาร b = ปริมาณการจ่ายประจำเดือน <u>คูณด้วย ราคาทุนของยาที่จ่ายออกจากคลัง</u>
รหัสproc/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 เดือน (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	เดือน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ไม่เกิน 40 วัน (คำนวณจากจำนวนเดือนสำรองคลังคูณด้วย 30) (เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย/ 2561)
วิธีการแปลผล	หากอยู่ในช่วงที่กำหนด แสดงถึงประสิทธิภาพของการบริหารคลังยาว่าสามารถสำรองยาพอยเมะมาโดยไม่ก่อให้เกิดปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน โดยพิจารณาจากอัตราการจ่ายยา และ Lead Time ของการจัดซื้อยา
ที่มา/ Reference	(1) หนังสือตัวชี้วัดระบบยาในโรงพยาบาล Hospital Drug System Performance Indicator, หน้า 53-54 , จิตา นิสานันท์ / เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ (2) เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	



เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	<p>(1) โรงพยาบาลรัฐไม่มีวัดถูกประสงค์เพื่อทำกำไรและมีการบริหารสินทรัพย์รวมทั้งลักษณะทางบัญชีต่างจาก รพ.เอกชน ทำให้ตัวชี้วัดไม่สามารถสะท้อนการจัดการได้โดยตรง</p> <p>(2) แต่ละโรงพยาบาลใช้ข้อมูลนี้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานของระบบบริหารเวชภัณฑ์เพื่อกำหนดมูลค่ายาสำรองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมของโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นเกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>(3) เป็นตัวชี้วัดนำร่อง ใช้เปรียบเทียบเฉพาะโรงพยาบาลภาครัฐมีการเรียนการสอน ทดลองใช้ในเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)</p>



KPI Template กลุ่มตัวชี้วัด

สร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion: H)



หมวด HE: Employee Health Promotion (E)

ประเภท HE01 Employee Health Status

หมวดตัวชี้วัด	Employee Health Promotion	
ประเภทตัวชี้วัด	Employee Health Status	
รหัสตัวชี้วัด	HE0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละบุคลากรได้รับการตรวจร่างกายประจำปี	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Employee: Percentage of Employee Check-up	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	บุคลากรที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง กรณีเป็นข้าราชการและลูกจ้างประจำ ตรวจสุขภาพตามสิทธิ์ระหว่างการคลังกำหนด ส่วนลูกจ้างชั่วคราว ตรวจสุขภาพตามนโยบายขององค์กร/ หน่วยงาน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อส่งเสริมการมีสวัสดิการด้านสุขภาพของบุคลากร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรได้รับการตรวจร่างกายประจำปี
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Employee Health Promotion				
ประเภทตัวชี้วัด	Employee Health Status				
รหัสตัวชี้วัด	HE0102				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละบุคลากรที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) เกินเกณฑ์มาตรฐาน				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Employee: Percentage of Employee have Exceeding BMI				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	การประเมินภาวะสุขภาพของบุคลากร หมายถึง เป็นการตรวจประเมินหาค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งมีการกระทำพร้อมกันกับการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรด้วยการประเมินจาก น้ำหนักและส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกายที่เกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คือมากกว่าหรือเท่ากับ 23.0				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	มุ่งมองด้าน Internal Process และทรัพยากรบุคคล				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>a = จำนวนบุคลากรที่มี BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>b = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการตรวจประเมินหาค่าดัชนีมวลกายทั้งหมด</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรที่มี BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการตรวจประเมินหาค่าดัชนีมวลกายทั้งหมด
ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรที่มี BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน				
ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการตรวจประเมินหาค่าดัชนีมวลกายทั้งหมด				
รหัสproc/ หัวถูกการ ที่เกี่ยวข้อง	<table> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด	Employee Health Promotion
ประเภทตัวชี้วัด	Employee Health Status
รหัสตัวชี้วัด	HE0103
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละบุคลากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Employee: Percentage of Employee have Behavior-smoky
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	บุคลากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ภาวะสุขภาพของบุคลากรตามโรคและพฤติกรรมที่กำหนด
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนบุคลากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่
	ตัวหาร b = จำนวนบุคลากรทั้งหมด
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี <u>๖</u>
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Employee Health Promotion				
ประเภทตัวชี้วัด	Employee Health Status				
รหัสตัวชี้วัด	HE0104				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละบุคลากรเพศชายมีภาวะอ้วนลงพุง				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Employee: Percentage of Employee (male) Obesity				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	ภาวะอ้วนลงพุง หมายถึง ภาวะที่มีการสะสมไขมันในร่างกายบริเวณช่องท้องเกินมาตรฐานวัดรอบเอวตรงตำแหน่งสะเอ้อ โดยใช้สายวัดในช่วงหายใจออกสุด สายวัดแนบกับลำตัว ไม่รัดแน่น และให้ระดับของสายวัดวางอยู่ในแนวขนานกับพื้น โดยรอบเอวของผู้ชาย ไม่เกิน 90 เซนติเมตร				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ภาวะสุขภาพของบุคลากรตามรั้คและพฤติกรรมที่กำหนด				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนบุคลากรเพศชายที่ได้รับการวัดรอบเอวและมีค่ารอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนบุคลากรเพศชายที่ได้รับการวัดรอบเอวทั้งหมด</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a = $ จำนวนบุคลากรเพศชายที่ได้รับการวัดรอบเอวและมีค่ารอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร	ตัวหาร	$b = $ จำนวนบุคลากรเพศชายที่ได้รับการวัดรอบเอวทั้งหมด
ตัวตั้ง	$a = $ จำนวนบุคลากรเพศชายที่ได้รับการวัดรอบเอวและมีค่ารอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร				
ตัวหาร	$b = $ จำนวนบุคลากรเพศชายที่ได้รับการวัดรอบเอวทั้งหมด				
รหัสroc/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	<table> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่าสูงน้อย = มีคุณภาพดี <u>๖</u>				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด	Employee Health Promotion				
ประเภทตัวชี้วัด	Employee Health Status				
รหัสตัวชี้วัด	HE0105				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละบุคลากรเพศหญิงมีภาวะอ้วนลงพุง				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Employee: Percentage of Employee (female) Obesity				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	ภาวะอ้วนลงพุง หมายถึง ภาวะที่มีการสะสมไขมันในร่างกายบริเวณช่องท้องเกิน มาตรฐานวัดรอบเอวตรงตำแหน่งสะเอ้อ โดยใช้สายวัดในช่วงหายใจออกสุด สายวัดแนบกับ ลำตัว ไม่รัดแน่น และให้ระดับของสายวัดยาวอยู่ในแนวขานานกับพื้น โดยรอบเอวของผู้หญิง ไม่เกิน 80 เซนติเมตร				
รัฐุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ภาวะสุขภาพของบุคลากรตามโรคและพฤติกรรมที่กำหนด				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>$a =$ จำนวนบุคลากรเพศหญิงที่ได้รับการวัดรอบเอว และมีค่ารอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>$b =$ จำนวนบุคลากรเพศหญิงที่ได้รับการวัดรอบเอวทั้งหมด</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนบุคลากรเพศหญิงที่ได้รับการวัดรอบเอว และมีค่ารอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร	ตัวหาร	$b =$ จำนวนบุคลากรเพศหญิงที่ได้รับการวัดรอบเอวทั้งหมด
ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนบุคลากรเพศหญิงที่ได้รับการวัดรอบเอว และมีค่ารอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร				
ตัวหาร	$b =$ จำนวนบุคลากรเพศหญิงที่ได้รับการวัดรอบเอวทั้งหมด				
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ตัวหาร</td> <td>-</td> </tr> </table>	ตัวตั้ง	-	ตัวหาร	-
ตัวตั้ง	-				
ตัวหาร	-				
ความต้องการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตั้งชื่อรายปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	THIP I				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง					
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด	Employee Health Promotion
ประเภทตัวชี้วัด	Employee Health Status
รหัสตัวชี้วัด	HE0106
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละบุคลากรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Employee: Percentage of Employee Received Influenza Immunization
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	บุคลากรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ หมายถึง การที่บุคลากรได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตาม ฤดูกาล เพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในแต่ละปี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลพัฒนาการได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
	ตัวหาร b = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (1 มิถุนายน สิ้นสุด 30 กันยายน ของทุกปี)
รหัสโรค/ หัดถกการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง -
	ตัวหาร -
ความสนใจในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	National Hospital Organization Clinical Evaluation Index 2009 (In Japanese) : 87.3
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี  G
ที่มา/ Reference	THIP I (เป็นตัวชี้วัดที่เพิ่มมาใหม่ในปีงบ 2558)
	National Hospital Organization Clinical Evaluation Index 2009 (In Japanese)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวด HC: Customer Health Promotion (C)

ประเภท HC01 Customer Health Status

หมวดตัวชี้วัด	Customer Health Promotion
ประเภทตัวชี้วัด	Customer Health Status
รหัสตัวชี้วัด	HC0101
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ความสามารถในการดูแลตนเอง/การดูแลผู้ป่วยของญาติโรค Asthma
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Customer: Asthma Patients or their Relative(s) who are Able to Care for the Patient's Needs
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย Asthma หมายถึงผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหอบหืดโดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ตั้งที่ระบุไว้ข้างล่างและในที่นี้หมายรวมถึงเฉพาะผู้ป่วย Asthma ผู้ใหญ่ในแผนกอายุรกรรม</p> <p>2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล หมายถึง การที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับการเสริมพลังให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและใช้บริการในการรักษาได้อย่างเหมาะสม</p> <p>3. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย Asthma/ญาติผู้ดูแล หมายถึง การประเมินโดยตรวจสอบสัดส่วนของผู้ป่วย Asthma ที่มารับบริการที่ ER กับ OPD มีอัตราเพิ่มขึ้น (จำนวนครั้งที่ ER ลดลง : จำนวนคนที่ OPD เพิ่มขึ้น)</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยการวางแผนจ้างหน่วยการเสริมพลัง และการสร้างเสริมสุขภาพ
สูตรในการคำนวณ	a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรค Asthma ที่มารับการรักษาที่ ER ในรอบ 1 ปี
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยโรค Asthma ทั้งหมดที่มารับการรักษาที่ OPD อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี ในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = J45, J46
	ตัวหาร Pdx = J45, J46
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	อัตรา (ครั้ง : คน)
Benchmark (แหล่งข้อมูล/ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Customer Health Promotion
ประเภทตัวชี้วัด	Customer Health Status
รหัสตัวชี้วัด	HC0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ความสามารถในการดูแลตนเอง/ การดูแลผู้ป่วยของญาติโรค COPD
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Customer: COPD Patients or their Relative(s) who are Able to Care for the Patient's Needs
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>1. ผู้ป่วย COPD หมายถึงผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีรหัสโรครอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ตั้งที่ระบุไว้นี้</p> <p>2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ ญาติผู้ดูแล หมายถึง การที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับการเสริมพลังให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ เข้าใจสภาวะของโรค มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เข้าใจในการปฏิบัติตัว สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน อาหาร และการหลีกเลี่ยง/ ควบคุมปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ เป็นต้น</p> <p>3. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย COPD/ ญาติผู้ดูแล หมายถึง การประเมินโดยตรวจสอบสัดส่วนของผู้ป่วย COPD ที่มารับบริการที่ ER กับ OPD มือตระลดลง</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยการวางแผนจ้างหน่วยการเสริมพลัง และการสร้างเสริมสุขภาพ
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนผู้ป่วยโรค COPD ที่มารับการรักษาที่ ER มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อปี
	ตัวหาร b = จำนวนผู้ป่วยโรค COPD ทั้งหมดที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = J44.0, J44.1, J44.2
	ตัวหาร Pdx = J44.0, J44.1, J44.2
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครึ่ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าปีงบประมาณ = มีคุณภาพดี <u>≥</u>
ที่มา/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	

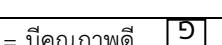
KPI Template กลุ่มตัวชี้วัด

โรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory Care: A)



หมวด AA: Ambulatory Care (A)

ประเภท AA01 Ambulatory Care Sensitive Condition (A)

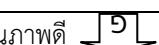
หมวดตัวชี้วัด	Ambulatory Care				
ประเภทตัวชี้วัด	Ambulatory Care Sensitive Condition				
รหัสตัวชี้วัด	AA0101				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคลมชัก)				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ACSC: Hospitalization Rate of Ambulatory Care Sensitive Condition (Epilepsy)				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคลมชัก) (ACSC: Ambulatory Care Sensitive Condition) เป็นการคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุม ด้วยบริการผู้ป่วยนอก โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยหลัก (Pdx) โดยใช้รหัส ICD-10 ของผู้ป่วยโรคลมชัก (Epilepsy) ได้แก่ G40 และ G41</p> <p>*ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุเพล ลิมวัฒนาณนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยโรคลมชัก (epilepsy), ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), หืด (Asthma), เบาหวาน (DM), และความดันโลหิตสูง (HT) โดยบริบทประเทศไทยไม่รวมโรคหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอด (Heart Failure-HT, Pulmonary Edema-PE) เนื่องจากไม่สามารถให้การรักษาลงโรคนี้ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ</p>				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามและประเมินสมรรถนะการใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้า院นรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100,000$				
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำเข้ารักษาในโรงพยาบาลในโรคลมชัก (epilepsy)			
	ตัวหาร	b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี			
รหัสโรค/ หัวติดการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	$Pdx = G40, G41$			
	ตัวหาร				
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)				
หน่วยวัด	ต่อแสนประชากร				
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*					
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	ตัวชี้วัด Sub-group ปรับปรุงรายละเอียดให้มีความครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ทุกสิทธิ (Population-based) โดยอ้างอิงจาก ตัวชี้วัด สปสช. อัตราการนอนโรงพยาบาล ด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) ในโรคลมชัก (epilepsy), ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), หืด (Asthma), เบาหวาน (DM), และความดันโลหิตสูง (HT)				



วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมายเหตุ	Ambulatory Care
ประเภทตัวชี้วัด	Ambulatory Care Sensitive Condition
รหัสตัวชี้วัด	AA0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ACSC: Hospitalization Rate of Ambulatory Care Sensitive Condition (COPD)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคลมชัก) (ACSC: Ambulatory Care Sensitive Condition) เป็นการคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยหลัก (Pdx) โดยใช้รหัส ICD-10 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ได้แก่ J40-J44 และ J47 รวมทั้ง J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22 ที่มีการวินิจฉัยรอง (Sdx) เป็น J44</p> <p>*ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุপล ลิมวัฒนาณท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยโรคลมชัก (epilepsy), ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), ทึ่ด (Asthma), เบาหวาน (DM), และความดันโลหิตสูง (HT) โดยบริษัทประเทศไทยไม่รวมโรคหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอด (Heart Failure-HT, Pulmonary Edema-PE) เนื่องจากไม่สามารถให้การรักษาสองโรคนี้ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามและประเมินสมรรถนะการใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้า院อนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการ ประจำเข้ารักษาในโรงพยาบาลในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
	ตัวหาร b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี
รหัสโรค/ หัวติดการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = J40-J44 และ J47
	Pdx = J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22 และ มีการวินิจฉัยรอง (Sdx)= J44
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ต่อแสนประชากร
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี <u>≥</u>
ที่มา/ Reference	ตัวชี้วัด Sub-group ปรับปรุงรายละเอียดให้มีความครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ทุกสิทธิ (Population-based) โดยอ้างอิงจาก ตัวชี้วัด สปสช. อัตราการนอนโรงพยาบาล ด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) ในโรคลมชัก (epilepsy), ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), ทึ่ด (Asthma), เบาหวาน (DM), และความดันโลหิตสูง (HT)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด	Ambulatory Care
ประเภทตัวชี้วัด	Ambulatory Care Sensitive Condition
รหัสตัวชี้วัด	AA0103
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคพื้น)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ACSC: Hospitalization Rate of Ambulatory Care Sensitive Condition (Asthma)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคลมชัก) (ACSC: Ambulatory Care Sensitive Condition) เป็นการคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยหลัก (Pdx) โดยใช้รหัส ICD-10 ของผู้ป่วยโรคพื้น (Asthma) ได้แก่ J45 และ J46</p> <p>*ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุเพล ลิมวัฒนาณนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยโรคลมชัก (epilepsy), ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), หืด (Asthma), เบาหวาน (DM), และความดันโลหิตสูง (HT) โดยบริบทประเทศไทยไม่รวมโรคหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอด (Heart Failure-HT, Pulmonary Edema-PE) เนื่องจากไม่สามารถให้การรักษาสองโรคนี้ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามและประเมินสมรรถนะการใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้า院นรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำเข้ารักษาในโรงพยาบาลในโรคพื้น (Asthma)
	ตัวหาร b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = J45, J46
	ตัวหาร
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ต่อแสนประชากร
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	ตัวชี้วัด Sub-group ปรับปรุงรายละเอียดให้มีความครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบทุกสิทธิ (Population-based) โดยอ้างอิงจาก ตัวชี้วัด สปสช. อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) ในโรคลมชัก (epilepsy), ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), หืด (Asthma), เบาหวาน (DM), และความดันโลหิตสูง (HT)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Ambulatory Care
ประเภทตัวชี้วัด	Ambulatory Care Sensitive Condition
รหัสตัวชี้วัด	AA0104
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคเบาหวาน)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ACSC: Hospitalization Rate of Ambulatory Care Sensitive Condition (DM)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคลมชัก) (ACSC: Ambulatory Care Sensitive Condition) เป็นการคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยหลัก (Pdx) โดยใช้รหัส ICD-10 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DM) ได้แก่ E10.0, E10.1, E10.6, E10.9, E11.0, E11.1, E11.6, E11.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6 และ E14.9</p> <p>*ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุเพล ลิมวนานันท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยโรคลมชัก (epilepsy), ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), หืด (Asthma), เบาหวาน (DM), และความดันโลหิตสูง (HT) โดยบริบทประเทศไทยไม่รวมโรคหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอด (Heart Failure-HT, Pulmonary Edema-PE) เนื่องจากไม่สามารถให้การรักษาสองโรคนี้ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามและประเมินสมรรถนะการใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำเข้ารักษาในโรงพยาบาลในโรคเบาหวาน (Diabetes)
	ตัวหาร b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง $Pdx = E10.0, E10.1, E10.6, E10.9, E11.0, E11.1, E11.6, E11.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6 และ E14.9$
	ตัวหาร
ความลึกในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ต่อแสนประชากร
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	ตัวชี้วัด Sub-group ปรับปรุงรายละเอียดให้มีความครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบทุกสิทธิ (Population-based) โดยอ้างอิงจาก ตัวชี้วัด สปสช. อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) ในโรคลมชัก (epilepsy), ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), หืด (Asthma), เบาหวาน (DM), และความดันโลหิตสูง (HT)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Ambulatory Care
ประเภทตัวชี้วัด	Ambulatory Care Sensitive Condition
รหัสตัวชี้วัด	AA0105
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคความดันโลหิตสูง)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ACSC: Hospitalization Rate of Ambulatory Care Sensitive Condition (HT)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	<p>ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคลมชัก) (ACSC: Ambulatory Care Sensitive Condition) เป็นการตัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยหลัก (Pdx) โดยใช้รหัส ICD-10 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (HT) ได้แก่ I10 และ I11 โดยไม่มีการให้หัตถการดังต่อไปนี้ 33.6, 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94, และ 37.98</p> <p>*ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุพล ลิมวัฒนานนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยโรคลมชัก (epilepsy), ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), หืด (Asthma), เบาหวาน (DM), และความดันโลหิตสูง (HT) โดยบริบทประเทศไทยไม่รวมโรคหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอด (Heart Failure-HT, Pulmonary Edema-PE) เนื่องจากไม่สามารถให้การรักษาสองโรคนี้ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ</p>
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามและประเมินสมรรถนะการใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้า院รักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100,000$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำเข้ารักษาในโรงพยาบาลในโรคความดันโลหิตสูง (HT)
	ตัวหาร b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง Pdx = I10 และ I11 โดยไม่มีการให้หัตถการดังต่อไปนี้ 33.6, 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.94, และ 37.98
	ตัวหาร
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด	ต่อแสนประชากร
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	ตัวชี้วัด Sub-group ปรับปรุงรายละเอียดให้มีความครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบทุกสิทธิ (Population-based) โดยอ้างอิงจาก ตัวชี้วัด สปสช. อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) ในโรคลมชัก (epilepsy), ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), หืด (Asthma), เบาหวาน (DM), และความดันโลหิตสูง (HT)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
หมายเหตุ	



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก.

แนวทางการกำหนดรหัสตัวชี้วัด THIP

มีการกำหนดรหัสตัวชี้วัด THIP เป็นสองส่วน ได้แก่ 1) รหัสชุดตัวอักษร ประกอบด้วย ตัวอักษรจำนวน 2 ตัว, และ 2) รหัสชุดตัวเลข ประกอบด้วย ตัวเลขารบิก จำนวน 4 ตัว โดยมีความหมายดังนี้

1. รหัสตัวอักษรตัวที่ 1 เป็นการระบุ กลุ่มของตัวชี้วัดได้แก่

D – ย่อมาจาก Disease กลุ่มตัวชี้วัตรายโรค

C – ย่อมาจาก Care Process กลุ่มตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ

S – ย่อมาจาก System กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ

H – ย่อมาจาก Health Promotion กลุ่มตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ

A – ย่อมาจาก Ambulatory Care กลุ่มตัวชี้วัดกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก

2. รหัสตัวอักษรตัวที่ 2 เป็นการระบุหมวดของตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัตรายโรค (D)		ตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ (C)	
ตัวอักษร	รายละเอียดหมวด	ตัวอักษร	รายละเอียดหมวด
H	Cardiovascular Disease (heart disease)	M	Maternal and Child Health CareProcess
N	Neurovascular Disease	A	Anesthesia CareProcess
R	Respiratory Disease	O	Operative CareProcess
C	Chronic Disease	G	General CareProcess
M	Musculoskeletal Disease	E	Emergency CareProcess
G	Gastrointestinal Disease	I	Intensive Care Process
P	Pediatric Disease	P	Psychiatry Care Process
S	Substance Use Disorders		
E	Center of Excellence		
M	Mental Health		



ตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ (S)		ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ (H)	
ตัวอักษร	รายละเอียดหมวด	ตัวอักษร	รายละเอียดหมวด
I	Infection Control System	E	Employee
L	Laboratory System	C	Customer
H	Human Resource System		ตัวชี้วัดกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (A)
F	Financial System	ตัวอักษร	รายละเอียดหมวด
C	Customer Service System	A	ACSC : Ambulatory Care Sensitive Condition
G	Governance System		
S	Sterilization System		
M	Medication System		

3. รหัสตัวเลข 4 ตัว มีความหมาย ดังนี้

รหัสตัวเลข 2 ตัวแรก (ตัวที่ 1-2) หมายถึง ตัวเลขหลักสิบที่บ่งบอกถึงประเภทของตัวชี้วัดในแต่ละหมวดของกลุ่มนั้น

รหัสตัวเลข 2 ตัวหลัง (ตัวที่ 3-4) หมายถึง ตัวเลขหลักสิบที่บอกลำดับของตัวชี้วัดในแต่ละประเภท

4. ตัวอย่างการใช้รหัสตัวชี้วัด

ตัวอย่างที่ 1

DN0101 หมายถึง ตัวชี้วัดกลุ่มโรค (Disease: D) ในหมวดระบบประสาทและหลอดเลือดสมอง (Neurovascular System: N) ประเภทที่ 01 คือ Stroke ตัวชี้วัดลำดับที่ 01 คือ Stroke: Stroke Mortality Rate (การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis เป็นโรค Stroke)

ตัวอย่างที่ 2

CM0201 หมายถึง ตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ (Care process: C) ในหมวดกระบวนการดูแลมารดาและทารก (Maternal and child health care process: M) ประเภทที่ 02 ในกลุ่มทารก ตัวชี้วัดลำดับที่ 01 คือ Child: Perinatal Mortality Rate (22 wks.) อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 22 สัปดาห์)

ตัวอย่างที่ 3

SH0101 หมายถึง ตัวชี้วัดระบบ (System: S) ในหมวดบริหารทรัพยากรบุคคล (Human resource: H) ประเภทที่ 01 การบริหารบุคคล (human resource management) ตัวชี้วัดลำดับที่ 01 คือ HRM: Turnover Rate of Personnel (อัตราการลาออกจากบุคลากร)



ภาคผนวก ข.

โครงสร้าง KPI Template THIP ปีงบประมาณ 2563

โครงสร้าง Template KPI THIP เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ในการเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาลได้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกรายระดับตามบริบทของโรงพยาบาลทั่วประเทศ รวมทั้งสามารถเทียบเคียงในระดับสากลได้ด้วย รายละเอียดตามโครงสร้าง ดังนี้

กลุ่มตัวชี้วัด		
หมวดตัวชี้วัด		
ประเภทตัวชี้วัด		
รหัสตัวชี้วัด		
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		
สูตรในการคำนวณ		
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
รหัสโรค/ หัตถการ	ตัวตั้ง	
ที่เกี่ยวข้อง	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		
หน่วยวัด		
Benchmark (ค่า/แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		
ที่มา/ Reference		
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

เครื่องหมายดอกจันทร์ (*) ใช้สำหรับข้อมูลที่มีการเคลื่อนไหว ซึ่งมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนไปตามช่วงระยะเวลา สภาพแวดล้อม สถานการณ์ และแหล่งเปรียบเทียบหรือคู่เทียบ



ภาคผนวก ค.

ข้อกำหนดการจัดเก็บข้อมูลและระยะเวลาการอกรายงานตัวชี้วัด THIP

ข้อกำหนดครอบระยะเวลาของการกรอกและบันทึกส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ (ทุก 2 เดือน) คิดเป็นช่วงปีงบประมาณ (ช่วงเดือนตุลาคมของปีก่อน ถึงเดือนกันยายนของปีปัจจุบัน) การขอปลดล็อกเพื่อแก้ไขข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออกรายงานเปรียบเทียบตัวชี้วัด โดยกำหนดตามรอบระยะเวลาดังนี้

ตัวชี้วัดรายเดือน			
รอบของตัวชี้วัด	ช่วงเวลาการกรอกและบันทึกส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ	ช่วงเวลาปลดล็อกเพื่อแก้ไขข้อมูล	ช่วงเวลาการอกรายงานเปรียบเทียบ
เดือนตุลาคม	ภายในวันสุดท้ายของเดือนธันวาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 มกราคม	หลังจากวันที่ 16 มกราคม เป็นต้นไป
เดือนพฤษจิกายน	ภายในวันสุดท้ายของเดือนมกราคม	ภายในวันที่ 1 - 15 กุมภาพันธ์	หลังจากวันที่ 16 กุมภาพันธ์ เป็นต้นไป
เดือนธันวาคม	ภายในวันสุดท้ายของเดือนกุมภาพันธ์	ภายในวันที่ 1 - 15 มีนาคม	หลังจากวันที่ 16 มีนาคม เป็นต้นไป
เดือนมกราคม	ภายในวันสุดท้ายของเดือนมีนาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 เมษายน	หลังจากวันที่ 16 เมษายน เป็นต้นไป
เดือนกุมภาพันธ์	ภายในวันสุดท้ายของเดือนเมษายน	ภายในวันที่ 1 - 15 พฤษภาคม	หลังจากวันที่ 16 พฤษภาคม เป็นต้นไป
เดือนมีนาคม	ภายในวันสุดท้ายของเดือนพฤษภาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 มิถุนายน	หลังจากวันที่ 16 มิถุนายน เป็นต้นไป
เดือนเมษายน	ภายในวันสุดท้ายของเดือนมิถุนายน	ภายในวันที่ 1 - 15 กรกฎาคม	หลังจากวันที่ 16 กรกฎาคม เป็นต้นไป
เดือนพฤษภาคม	ภายในวันสุดท้ายของเดือนกรกฎาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 สิงหาคม	หลังจากวันที่ 16 สิงหาคม เป็นต้นไป
เดือนมิถุนายน	ภายในวันสุดท้ายของเดือนสิงหาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 กันยายน	หลังจากวันที่ 16 กันยายน เป็นต้นไป
เดือนกรกฎาคม	ภายในวันสุดท้ายของเดือนกันยายน	ภายในวันที่ 1 - 15 ตุลาคม	หลังจากวันที่ 16 ตุลาคม เป็นต้นไป
เดือนสิงหาคม	ภายในวันสุดท้ายของเดือนตุลาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 พฤศจิกายน	หลังจากวันที่ 16 พฤศจิกายน เป็นต้นไป
เดือนกันยายน	ภายในวันสุดท้ายของเดือนพฤศจิกายน	ภายในวันที่ 1 - 15 ธันวาคม	หลังจากวันที่ 16 ธันวาคม เป็นต้นไป



ตัวชี้วัดรายไตรมาส			
รอบของตัวชี้วัด	ช่วงเวลาการกรอกและบันทึกส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ	ช่วงเวลาปลดล็อคเพื่อแก้ไขข้อมูล	ช่วงเวลาการออกรายงานเปรียบเทียบ
ไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ (เดือน ต.ค. - ธ.ค.)	ภายในวันสุดท้ายของเดือน กุมภาพันธ์	ภายในวันที่ 1 - 15 มีนาคม	หลังจากวันที่ 16 มีนาคม เป็นต้นไป
ไตรมาสที่ 2 ของปีงบประมาณ (เดือน ม.ค. - มี.ค.)	ภายในวันสุดท้ายของเดือน พฤษภาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 มิถุนายน	หลังจากวันที่ 16 มิถุนายน เป็นต้นไป
ไตรมาสที่ 3 ของปีงบประมาณ (เดือน เม.ย. - มิ.ย.)	ภายในวันสุดท้ายของเดือน สิงหาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 กันยายน	หลังจากวันที่ 16 กันยายน เป็นต้นไป
ไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ (เดือน ก.ค. – ก.ย.)	ภายในวันสุดท้ายของเดือน พฤษภาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 ธันวาคม	หลังจากวันที่ 16 ธันวาคม เป็นต้นไป

ตัวชี้วัดรายครึ่งปี			
รอบของตัวชี้วัด	ช่วงเวลาการกรอกและบันทึกส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ	ช่วงเวลาปลดล็อคเพื่อแก้ไขข้อมูล	ช่วงเวลาการออกรายงานเปรียบเทียบ
ครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ (เดือน ต.ค. – มี.ค.)	ภายในวันสุดท้ายของเดือน พฤษภาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 มิถุนายน	หลังจากวันที่ 16 มิถุนายน เป็นต้นไป
ครึ่งปีหลังของปีงบประมาณ (เดือน เม.ย. - ก.ย.)	ภายในวันสุดท้ายของเดือน พฤษภาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 ธันวาคม	หลังจากวันที่ 16 ธันวาคม เป็นต้นไป

ตัวชี้วัดรายปีงบประมาณ			
ปีงบประมาณ	ภายในวันสุดท้ายของเดือน พฤษภาคม ของปีที่ผ่านมา – ก.ย. ของปีปัจจุบัน)	ภายในวันที่ 1 - 15 ธันวาคม ของปีปัจจุบัน	หลังจากวันที่ 16 ธันวาคม ของปีปัจจุบัน เป็นต้นไป



หมายเหตุ:

ข้อกำหนดการจัดเก็บตัวชี้วัดรายปี สำหรับกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน ที่มีการเก็บตัวชี้วัดรายปีปฏิทิน ที่เกี่ยวข้องกับ Financial System ประกอบด้วยตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

1. SF0101 อัตราส่วนทุนหมุนเวียน
2. SF0102 อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (อัตราส่วนสินทรัพย์สภาพคล่อง)
3. SF0103 อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร
4. SF0104 ระยะเวลาถ้วนเฉลี่ยในการเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาสุทธิ
5. SF0105 อัตราส่วนระหว่างกำไรสุทธิ กับยอดขายสุทธิ
6. SF0106 อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์รวม

ให้มีการส่งข้อมูลตามรอบที่ระบุไว้ ดังนี้

ตัวชี้วัดรายปีปฏิทิน (สำหรับกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน)			
ปีปฏิทินปัจจุบัน (เดือน ม.ค.-ธ.ค.ปี ปัจจุบัน)	ภายในวันสุดท้ายของเดือน กุมภาพันธ์ ของปีปฏิทินถัดไป	ภายในวันที่ 1 - 15 มีนาคม ของปีปฏิทิน ถัดไป	หลังจากวันที่ 16 มีนาคม ของปีปฏิทินถัดไป เป็นต้น ไป



ภาคผนวก ง.

แนวทางการขอปลดล็อกข้อมูลในระบบ THIP นอกรอบปกติ

ในกรณีที่โรงพยาบาลสามารถเข้าใจว่าต้องการขอปลดล็อกเพื่อแก้ไขข้อมูลนอกรอบปกติ (นอกเหนือจากระยะเวลา 15 วันปกติ) ให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินการดังนี้

- 1) ส่งหนังสือคำร้องอย่างเป็นทางการ เพื่อขอปลดล็อกแก้ไขข้อมูลนอกรอบปกติในโปรแกรม THIP โดยเรียน ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
- 2) ระบุรายละเอียดข้อมูลที่ต้องการแก้ไข ประกอบด้วย (1) ชื่อตัวชี้วัด, (2) รอบข้อมูลที่ส่งตัวชี้วัด (3) ข้อมูลเดิมที่บันทึก, (4) ข้อมูลใหม่ที่ต้องการเปลี่ยนแปลง, (5) ระบุเหตุผลที่ต้องการแก้ไข
- 3) สำเนาหนังสือคำร้อง เป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์มายังอีเมล Thip@ha.or.th

แนวทางการพิจารณาการปลดล็อกคนนอกรอบปกติ

เกณฑ์การพิจารณาปลดล็อกเพื่อแก้ไขข้อมูลนอกรอบปกติ ของคณะกรรมการ THIP² ได้แก่

- 1) เป็นข้อมูลที่มีความคลาดเคลื่อน ในระดับที่ส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม เช่น ส่งผลให้การวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะค่า Median เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

โดยจะดำเนินการปลดล็อกคนนอกรอบปกติตามไตรมาส และแจ้งให้กับโรงพยาบาลสามารถได้รับทราบ ทุกครั้งผ่านทาง www.thip2.com

สำหรับข้อมูลที่มีการขอปลดล็อกคนนอกรอบปกติที่พบบ่อย แต่ไม่อยู่ในเกณฑ์การพิจารณาของคณะกรรมการ THIP ให้สามารถแก้ไขข้อมูลได้ ยกตัวอย่างเช่น (1) การส่งข้อมูลไม่ทันเวลารอบปกติ ให้ถือว่า เป็นข้อมูล missing, (2) การบันทึกข้อมูลผิดพลาดโดยไม่มีผลกระทบต่อการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม เป็นต้น ทางคณะกรรมการจะแจ้งข้อมูลดังกล่าวให้โรงพยาบาลสามารถทราบ เพื่อใช้พิจารณาประกอบการใช้ข้อมูล ต่อไป ทาง www.thip2.com

² ข้างต้น รายงานการประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบระดับคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2559 วันที่ 26 มกราคม 2559, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



ภาคผนวก จ.

ทำเนียบ คณะกรรมการระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) วาระ ปี พ.ศ. 2563-2564

1. นพ.อนุวัฒน์ ศุภชัยกุล	ที่ปรึกษา
2. รศ.นพ.อภิชาติ จิราภรณ์พงศ์	ที่ปรึกษา
3. รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์	ประธานกรรมการ
4. พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ	รองประธาน
5. นพ.กิตติ โล่สุวรรณรักษ์	กรรมการ
6. น.อ.ทัญ พญ.จันทรารณ์ เศียรเมือง	กรรมการ
7. นางสาวนิภา เวชสุวรรณรักษ์	กรรมการ
8. พญ.รัชพร ทวีรุจนะ	กรรมการ
9. ดร.นพ.สรรษวัช อัศวเรืองชัย	กรรมการ
10. นางสาวหอมจันทร์ ห้อมแก่นจันทร์	กรรมการ
11. ดร.อาภากร สุปัญญา	กรรมการ
12. ดร.อําพัน วิมลวัฒนา	กรรมการ
13. พญ.เอกจิตรา สุขกุล	กรรมการ
14. นพ.ทรง พิลาลัย	กรรมการและเลขานุการ
15. นายส่วน แก้วขาว	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่ ดังนี้

- ดำเนินการพัฒนาชุดตัวชี้วัดเปรียบเทียบให้เหมาะสม ครอบคลุม น่าเชื่อถือ เป็นสากล
- ดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) ให้มีประสิทธิภาพ มีความเที่ยงตรง
- ดำเนินการส่งเสริมการใช้ประโยชน์ ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อการยกระดับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล



ภาคผนวก ฉ.

แนวทางการนำเสนอตัวชี้วัดเพื่อบรรจุในบัญชีตัวชี้วัด โครงการ THIP

1. โครงการ THIP

THIP ย่อมาจาก Thailand Hospital Indicator Program เป็นระบบการเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลที่ผู้รายงานจะได้ทราบค่าของตนเปรียบเทียบกับค่า Percentile ของกลุ่ม โดยความร่วมมือระหว่าง สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กับ เครือข่ายโรงพยาบาล กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) เริ่มดำเนินการปี พ.ศ.2550 มีเป้าประสงค์ของโครงการดังนี้

- 1) ส่งเสริมให้สถานพยาบาล ใช้ประโยชน์จากการเปรียบเทียบ (Benchmarking) เพื่อการยกระดับผลลัพธ์ (Performance) ขององค์กร
 - 2) พัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบในการวัดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล และบูรณาการตัวชี้วัดร่วมของหุ้นภาคีที่เป็นมาตรฐาน
 - 3) พัฒนาองค์ความรู้ จากการปฏิบัติที่ดี/เป็นเลิศ (Best Practice) ของเครือข่ายสถานพยาบาล และฐานข้อมูลผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
 - 4) พัฒนากลไกเครื่องมือ/เทคโนโลยี ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล
2. คุณลักษณะของตัวชี้วัดเปรียบเทียบ
 - 2.1. มีความสำคัญต่อคุณภาพของโรงพยาบาล (Organization relevance)
 - 2.2. อ้างอิงได้ทางวิชาการ (Academic relevance)
 - 2.3. มีประโยชน์ต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (Applicability in quality improvement processes)
 - 2.4. มีองค์ประกอบที่มีคุณสมบัติในระดับที่ยอมรับได้ สำหรับการตัดสินใจเชิงการจัดการ (Acceptability): Validity, Reliability, Sensitivity to Change
 - 2.5. เป็นไปได้จริงและคุ้มค่าในการเก็บข้อมูลให้ได้ถูกต้อง (Cost effectiveness)
 - 2.6. คำนึงผลกระทบต่อผู้ตัดสินใจและผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงาน
 3. การนำเสนอตัวชี้วัดเปรียบเทียบเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการฯ
นำเสนอตัวชี้วัด ในนามขององค์กร/หน่วยราชการ/ชุมชน/สมาคม/ราชวิทยาลัย เพื่อเข้าสู่การพิจารณาตามแนวทางของคณะกรรมการฯ โดยตัวชี้วัดที่ได้รับการคัดเลือกจะบรรจุในบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ สำหรับใช้งานในปีงบประมาณถัดไป สามารถส่งข้อมูลตาม KPI Template ทางอีเมล thip@ha.or.th หรือติดต่อ สำนักพัฒนาองค์กร สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



แนวทางการเสนอตัวชี้วัดเพื่อบรรจุในบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

ขั้นตอน	วิธีการ	หมายเหตุ/เกณฑ์พิจารณา
(1) การเสนอตัวชี้วัด	1. เสนอตัวชี้วัด ในนามของ องค์กร/ หน่วยงาน/ ชุมชน/ สมาคม 2. ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม THIP KPI Template ที่ www.thip2.com และบันทึก [*] ข้อมูลตัวชี้วัดให้สมบูรณ์	1. ส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (Microsoft word) ทางอีเมล thip@ha.or.th กรณี นำเสนอตัวชี้วัดเกินหนึ่งตัว ให้เรียงลำดับ ตามความจำเป็น * ก่อนวันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปี
(2) การคัดกรองตัวชี้วัด โดย รพ.สมาชิก (Provider Screening)	1. โครงสร้างตัวชี้วัดนำเสนอด้วยเครือข่าย รพ. ผู้ สมาชิกเพื่อคัดกรองตัวชี้วัดที่เป็นประโยชน์ เก็บข้อมูลได้จริง และมี รพ.สนใจเทียบเคียง [*] อย่างน้อย 20 รพ.	1. ประเมินความต้องการใช้งานตัวชี้วัดจาก แบบสอบถาม โดยใช้ผลการประเมินความ ต้องการใช้งานตัวชี้วัด
(3) การทบทวนทาง วิชาการโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert Review)	1. ผู้เสนอตัวชี้วัด ประสานกับผู้เชี่ยวชาญ/ องค์กรเชี่ยวชาญ เพื่อจัดทำข้อสรุปทาง วิชาการของตัวชี้วัด	
(4) การพิจารณาขั้นต้น โดย ทีมเลขานุการ (Primary KPI Selection)	1. ทีมเลขานุการ คณะกรรมการฯ ดำเนินการ คัดเลือกตัวชี้วัดเพื่อเข้าสู่การพิจารณา ตาม เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกขั้นต้น 2. ทีมเลขานุการ แจ้งผลการคัดเลือกขั้นต้นแก่ผู้ เสนอตัวชี้วัด	<u>เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกขั้นต้น</u> ได้แก่ (1) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพในโรงพยาบาล (2) เป็นตัวชี้วัดที่ส่งสัญญาณชัดเจนเพื่อการ เปรียบเทียบ (Benchmark) (3) KPI Template มีความสมบูรณ์
(5) การทบทวนทาง เทคนิค โดย คณะกรรมการฯ (KPI Technical Review)	1. ทบทวนทางเทคนิค เพื่อให้ข้อเสนอแนะ และจัดลำดับในการพิจารณา โดย คณะกรรมการฯ ที่มีความเชี่ยวชาญตัวชี้วัด 2. กรณี ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม จะมีการขอ [*] เชิญตัวแทนผู้นำเสนอนำเสนอในที่ประชุม	<u>หลักการพิจารณาทบทวนทางเทคนิค</u> (1) นิยามหลักและเป้าหมาย (2) คุณลักษณะของตัวชี้วัดเปรียบเทียบ (3) ความสมบูรณ์ของเนื้อหาTemplate
(6) การรับรองตัวชี้วัด (KPI Approval)	1. ให้การพิจารณารับรองตัวชี้วัด โดยมิติกาที่ ประชุมคณะกรรมการฯ 2. การขึ้นทะเบียนตัวชี้วัด (KPI Register) 3. เปิดใช้งานในปีงบประมาณถัดไป * ก่อนวันที่ 16 สิงหาคม	<u>หลักการจัดลำดับการพิจารณา</u> <u>กลุ่มที่ 1</u> มี Evidence-based สามารถรับ, ประเภทที่ยังไม่มีใน THIP, เป็นปัญหา สาธารณสุขของประเทศไทย, เป็นโอกาสพัฒนา จากการเยี่ยมสำรวจ <u>กลุ่มที่ 2</u> มีใช้ในต่างประเทศแพร่หลาย <u>กลุ่มที่ 3</u> : อื่นๆ



ภาคผนวก ช.

ความหมายและการแบ่งระดับของแผลกดทับ ตัวชี้วัดกลุ่ม CG01 Pressure Ulcer/Injury Care Process³

ความนำ

The National Pressure Ulcer Advisory Panel ซึ่งเป็นองค์กรที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับระดับประเทศของสหรัฐอเมริกา มีประกาศการเปลี่ยนความหมายและปรับปรุงระบบการแบ่งระดับแผลกดทับเมื่อวันที่ 13 เมษายน 2560 โดยใช้คำ Pressure Injury แทน Pressure Ulcer ในเอกสารฉบับแปลและเรียบเรียงฉบับนี้ ชุมชนเครือข่ายพัฒนาการพยาบาลตัวชี้วัดแผลกดทับ ชุมชนพยาบาลแผล ออสโตรามีและควบคุมการขับถ่าย ยังคงใช้คำ Pressure Ulcer เพื่อป้องกันความสับสนเมื่อมีการสื่อสารในระหว่างวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติ

แผลกดทับ (Pressure Ulcer)

แผลกดทับ คือ การบาดเจ็บเฉพาะที่ต่อผิวนัง และ/หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวนังปกติมักเกิดบริเวณเนื้อปุ่มกระดูกหรือเกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ทางการแพทย์หรืออุปกรณ์อื่นๆ การบาดเจ็บนี้เห็นได้ทั้งที่ผิวนังยังคงสภาพหรือเป็นแผลเปิดและอาจมีความเจ็บปวด การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการรุนแรงของแรงกด และ/หรือระยะเวลาที่กดหรือแรงกดที่เกิดร่วมกับแรงเฉือน ความทนทานของเนื้อเยื่อต่อแรงกดและแรงเฉือนอาจเป็นผลจากความชื้นและอุณหภูมิเฉพาะที่ของผิวนังภาวะโภชนาการ การแลกเปลี่ยนออกซิเจน โรคร่วม และสภาวะของเนื้อเยื่ออ่อน

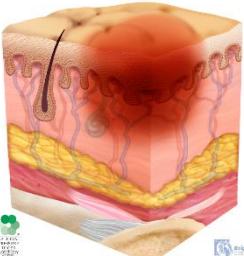
³ ความหมายและการแบ่งระดับของแผลกดทับ จัดอิงตามนิยามที่กำหนดโดยคณะกรรมการตัวชี้วัดแผลกดทับ ชุมชนพยาบาลแผล ออสโตรามี และควบคุมการขับถ่าย และชุมชนเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (University Hospital Nursing Director Consortium; UHNDC) ตามเอกสารภาคผนวก



แผลกดทับ ระดับ 1: รอยแดงบนผิวนังที่ยังคงสภาพเมื่อใช้น้ำมือกดรอยแดงไม่จางหายไป

Stage 1 Pressure Ulcer: Non-blanchable erythema of intact skin

Stage 1 Pressure Injury - Lightly Pigmented



รอยแดงบนผิวนังที่ยังคงสภาพเฉพาะที่ เมื่อใช้น้ำมือกดรอยแดงนั้นไม่จางหายไป ซึ่งรอยแดงอาจเห็นแตกต่างกันในผู้ที่มีสีผิวเข้มมากของรอยแดงบนผิวนังที่เห็นอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ขึ้นอยู่กับสีแดงที่จำลงหรือจากการรับความรู้สึกที่เปลี่ยนไป อุณหภูมิ หรือความแข็งของผิวนัง การเปลี่ยนสีไปไม่รวมถึงการเปลี่ยนเป็นสีม่วง หรือสีแดงอมน้ำตาล (maroon) ซึ่งอาจปั่งชี้ถึงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก

แผลกดทับระดับ 2: สูญเสียผิวนังบางชั้นที่มองเห็นชั้นหนังแท้

Stage 2 Pressure Ulcer: Partial-thickness skin loss with exposed dermis

Stage 2 Pressure Injury



มีการสูญเสียของผิวนังบางชั้นที่มองเห็นชั้นหนังแท้พื้นแพลงที่ยังทำหน้าที่ได้มีสีชมพูหรือสีแดงชุ่มชื้นและอาจเห็นเป็นตุ่มน้ำใสที่ผิวนังยังคงสภาพหรือที่แตกแล้วจะมองไม่เห็นชั้นไขมันและเนื้อเยื่อที่ลึกกว่า ไม่เห็นเนื้อเยื่องอกขยายใหม่ เนื้อตายเปื่อยยุ่ย และเนื้อตายติดแข็งการบาดเจ็บเหล่านี้โดยปกติเกิดจากผลไม่พึงประสงค์ของอุณหภูมิและความชื้นเฉพาะที่ของผิวนังและแรงเฉือนในบริเวณผิวนังหนึ่งหรือเชิงกราน และแรงเฉือนบริเวณสันเท้าและระดับนี้ไม่ใช่ในการอธิบายการบาดเจ็บของผิวนังจากความเปียกชื้นรวมถึงการอักเสบของผิวนังจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้และการอักเสบของผิวนังจากเหื่อ การบาดเจ็บของผิวนังจากการของวัสดุทางการแพทย์หรือผลิตภัณฑ์ที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ผิวนังฉีกขาด แผลใหม่ แผลลอก)



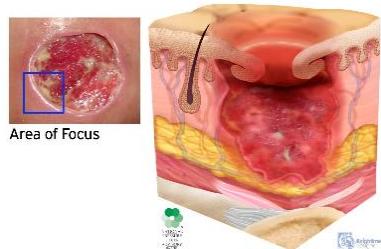
แผลกดทับระดับ 3: สูญเสียผิวนังทุกชั้น

Stage 3 Pressure Ulcer: Full-thickness skin loss

Stage 3 Pressure Injury



Stage 3 Pressure Injury with Epibole



มีการสูญเสียของผิวนังทุกชั้น มองเห็นถึงชั้นไขมันในแผลมักพบเนื้อเยื่องอกขยายใหญ่ และขอบแผลที่ม้วนเข้าหากันเนื้อตายเปื่อยยุ่ยและ/หรือเนื้อตายติดแข็ง ความลึกของเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บมีความแตกต่างตามตำแหน่งทางกายวิภาค เช่น บริเวณที่มีไขมันมากแผลจะลึก อาจเกิดโพรงใต้ขอบแผลและเป็นโพรงลึกจะไม่เห็นพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน กระดูกอ่อนและ/หรือกระดูก ถ้าพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายติดแข็งปกคลุมเนื้อเยื่อที่สูญเสียทั้งหมด จะเป็นแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้

แผลกดทับระดับ 4: สูญเสียผิวนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวนัง

Stage 4 Pressure Ulcer: Full-thickness skin and tissue loss

Stage 4 Pressure Injury



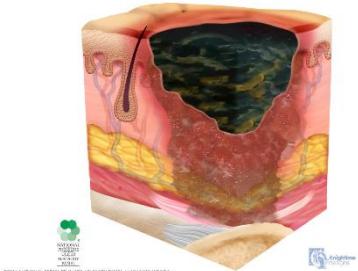
มีการสูญเสียผิวนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวนัง ซึ่งพังผืดกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน กระดูกอ่อนหรือกระดูกในแผลมองเห็นหรือคลำได้ชัดเจน อาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ย และ/หรือเนื้อตายติดแข็งมักพบขอบแผลม้วนเข้า โพรงใต้ผิวนังและ/หรือโพรงลึกความลึกมีความแตกต่างตามตำแหน่งทางกายวิภาคถ้าพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ย หรือเนื้อตายติดแข็งปกคลุมเนื้อเยื่อที่สูญเสียทั้งหมดจะเป็นแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ (สามารถคลำได้หรือมองเห็นพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน กระดูกอ่อน หรือกระดูกในแผลได้ชัดเจน)



แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุความลึกได้: ผิวนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวนังที่ถูกทำลายถูกปกคลุมทั้งหมด

Unstageable Pressure Ulcer: Obscured full-thickness skin and tissue loss

Unstageable Pressure Injury - Dark Eschar



ผิวนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวนังที่ถูกทำลาย ถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเป็นอยุ่หรือเนื้อตายติดแข็ง ทำให้ไม่สามารถระบุความลึกของชั้นเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายได้หากกำจัดออกจะสามารถระบุได้ว่าเป็นแผลกดทับระดับ 3 หรือระดับ 4 ได้ เนื้อตายติดแข็ง (มีลักษณะ แห้ง ติดแน่น คงสภาพไม่มีรอยแดง หรือโยกแล้วไม่เคลื่อน) บนบริเวณสันเท้าหรือบริเวณอวัยวะส่วนปลายที่เกิดจาก การขาดเลือดไม่ควรทำให้นิ่มลงหรือกำจัดออก



แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก:ผิวนังเป็นรอยแดงคล้ำและรอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ่วมือกดสีแดงอมน้ำตาล หรือเปลี่ยนเป็นสีม่วง

Deep Tissue Injury: Persistent non-blanchable deep red, maroon or purple discoloration

Deep Tissue Pressure Injury



ผิวนังที่คงสภาพหรือมีผลบริเวณเฉพาะที่ ที่ผิวนังเป็นรอยแดงคล้ำและรอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ่วมือกด แดงอมน้ำตาล หรือเปลี่ยนเป็นสีม่วง หรือมีการฉีกขาดของหนังกำพร้า มองเห็นพื้นแพลงเป็นสีดำหรือตุ่มน้ำเลือด ความปวดและอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงไปมากจะเกิดขึ้นก่อนการเปลี่ยนแปลงของสีผิวการเปลี่ยนแปลงของสีผิวอาจจะเห็นแตกต่างในผู้ที่มีสีผิวคล้ำกว่า การบาดเจ็บนี้เป็นผลจากความรุนแรงและ/หรือการถูกกดทับเป็นเวลานานและแรงเฉือนบริเวณที่กระดูกและผิวนังสัมผัสกัน ผลอาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เห็นการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ลุก Alam ไป หรืออาจจะหายโดยไม่มีการสูญเสีย เนื้อเยื่อ ถ้าพบเนื้อตายแข็ง เนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวนัง เนื้อเยื่อที่งอกขยายใหม่ พังผืด กล้ามเนื้อหรืออวัยวะอื่นๆ จะบ่งชี้เป็นแผลกด





ทับที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อทั้งหมด (แผลกดทับที่ไม่สามารถบรรบุระดับ แผลกดทับระดับ 3 หรือแผลกดทับระดับ 4) ไม่ใช้การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อขั้นลึกมากิบายสภาวะเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ความเสื่อมของเส้นประสาท หรือโรคทางผิวหนัง

การเพิ่มเติมคำจำกัดความของแผลกดทับ (Additional Pressure Ulcer Definitions)

แผลกดทับที่สัมพันธ์กับอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Medical Device Related Pressure Ulcer):

การอิจิบายสาเหตุการเกิด

แผลกดทับที่สัมพันธ์กับอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นผลจากการใช้อุปกรณ์นี้ในการวินิจฉัยหรือการรักษา แผลกดทับที่เกิดขึ้นจะเห็นรอยหรือรูปร่างตามลักษณะของอุปกรณ์ที่ใช้ การบาดเจ็บนี้ควรระบุโดยใช้ระบบการแบ่งระดับความรุนแรงของแผลกดทับ



แผลกดทับของเยื่อบุผิวภายใน (Mucosal Membrane Pressure Ulcer):

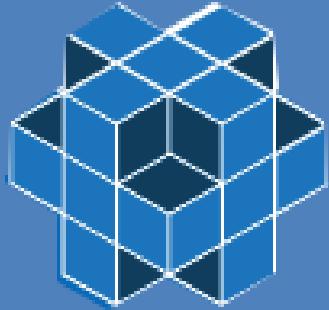
แผลกดทับของเยื่อบุผิวภายใน พบรูปในเยื่อบุผิวภายในที่มีประวัติการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในบริเวณที่บาดเจ็บ เนื่องจากลักษณะทางกายวิภาคของเนื้อเยื่อนี้ การบาดเจ็บไม่สามารถบรรบุระดับได้

แปลและเรียบเรียงโดย: ชัมรมพยาบาลแพล ออสโตรี และควบคุมการขับถ่าย และชัมรมเครื่องข่ายพัฒนาการพยาบาลตัวชี้วัดแผลกดทับ

เอกสารอ้างอิง:

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. April 13, 2016. <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>





Thailand Hospital Indicator Program

THIP KPI DICTIONARY 2020

(Thailand Hospital Indicator Program: THIP)

