



บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล

Thailand Hospital
Indicator Program

THIP

THIP Benchmark KPI
Dictionary 2022



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

แนวทางการจัดกลุ่มเปรียบเทียบของโรงพยาบาลสมาชิก THIP

คณะกรรมการระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) ได้มีการทบทวนแนวทางการจัดกลุ่มเทียบเคียงของโรงพยาบาลสมาชิก THIP¹ โดย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- กลุ่มที่ 1** **โรงพยาบาลภาครัฐ - มีการเรียนการสอน และตติยภูมิ ได้แก่**
- 1.1 โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ มีการเรียนการสอนครบทุกสาขา
 - 1.2 โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ มีการเรียนการสอนบางสาขา
 - 1.3 โรงพยาบาลศูนย์ มีการเรียนการสอนครบทุกสาขา
 - 1.4 โรงพยาบาลศูนย์ มีการเรียนการสอนบางสาขา
 - 1.5 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีการเรียนการสอนทุกสาขา
 - 1.6 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีการเรียนการสอนบางสาขา
 - 1.7 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ไม่มีการเรียนการสอน
 - 1.8 สถาบันเฉพาะทาง มีการเรียนการสอนบางสาขา
 - 1.9 สถาบันเฉพาะทาง ไม่มีการเรียนการสอน
- กลุ่มที่ 2** **โรงพยาบาลภาครัฐ - ทั่วไป**
- กลุ่มที่ 3** **โรงพยาบาลภาครัฐ - ชุมชน**
- กลุ่มที่ 4** **โรงพยาบาลเอกชน**

หมายเหตุ:

- 1. โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ หมายถึง โรงพยาบาลที่มีหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตเป็นของตนเอง
- 2. มีการเรียน-สอนครบทุกสาขา หมายถึง มีการเรียนการสอนระดับ **resident** สาขาหลัก ครบ 5 สาขา ได้แก่ 1) สูติรีเวชกรรม 2) ศัลยกรรม 3) อายุรกรรม 4) กุมารเวชกรรม 5) ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
- 3. โรงพยาบาลศูนย์/ตติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการรับส่งต่อ (refer) ในหลายสาขา
- 4. สถาบันเฉพาะทาง หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการรับส่งต่อ (refer) ในบางกลุ่มโรคหรือเฉพาะสาขา

¹อ้างอิง รายงานการประชุมคณะกรรมการระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 3 ปีงบประมาณ 2562 วันที่ 17 สิงหาคม 2562, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



รายการบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2565

คณะกรรมการระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) ได้ทบทวนรายการตัวชี้วัดเปรียบเทียบโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์องค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้

- 1) ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญต่อคุณภาพในระบบของโรงพยาบาล
- 2) ตัวชี้วัดที่ส่งสัญญาณชัดเจนเพื่อการเปรียบเทียบ
- 3) สามารถอ้างอิงได้ทางวิชาการ
- 4) มีประโยชน์ต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
- 5) มีองค์ประกอบที่มีคุณสมบัติในระดับที่ยอมรับได้ สำหรับการตัดสินใจเชิงการจัดการ
- 6) เป็นไปได้จริง และคุ้มค่าในการเก็บข้อมูลให้ได้อย่างถูกต้อง
- 7) คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ตัดสินใจและผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงาน

ในปีงบประมาณ 2565 คณะกรรมการฯ มีการทบทวนปรับปรุงและเพิ่มรายการตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ตาม “บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2565” จำนวน 225 รายการ (จากเดิม 215 ตัวชี้วัด) โดยแบ่งกลุ่มตัวชี้วัด เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

- | | | |
|---|-----------|----------------------------------|
| 1. กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค | จำนวน 117 | ตัวชี้วัด (เดิมมี 107 ตัวชี้วัด) |
| 2. กลุ่มตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ | จำนวน 38 | ตัวชี้วัด (เดิมมี 36 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. กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค (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 disorder)



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: การดูแลมารดาและทารก (Maternal and Child health care)

2.2 หมวด CA: การดูแลผู้ป่วยทางด้านวิสัญญี (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 (Psychiatry care)

3. กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ (System: S) ประกอบด้วย 8 หมวด ดังนี้

3.1 หมวด SI: ระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Infectious and prevention control system)

3.2 หมวด SL: ระบบการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ (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: ระบบธรรมาภิบาลองค์กร (Governance system)

3.7 หมวด SS: ระบบการทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization system)

3.8 หมวด SM: ระบบยา (Medication system)

4. กลุ่มตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion: H) ประกอบด้วย 5 หมวด ดังนี้

4.1 หมวด HE: ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร (Employee health promotion)

4.2 หมวด HC: ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มบริการลูกค้า (Customer health promotion)

4.3 หมวด HD: ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มโรค (Disease-based health promotion)

4.4 หมวด HP: ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย (Population-based health promotion)

4.5 หมวด HH: ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงภัยสุขภาพ (Health risk factors)

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 และชุดตัวเลขหลักสิบ 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 ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke: Percent of mortality

กลุ่มตัวชี้วัด	หมวดตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด	ลำดับตัวชี้วัด	รายการตัวชี้วัด
D กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค	N หมวดตัวชี้วัด Neurovascular System	01 ประเภทตัวชี้วัด Stroke	01 ลำดับที่ 1	DN0101 ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke Stroke: Percent of mortality



แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค (Disease: D)

หมวด		ประเภท
DH	โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease)	01 Acute Coronary Syndrome 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 Tuberculosis 03 Asthma 04 COPD
DC	โรคเรื้อรัง (Chronic disease)	01 Diabetes mellitus 02 Hypertension 03 HIV 04 Cancer 05 Chronic kidney disease
DO	โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal disease)	01 Femur 02 Hip arthroplasty 03 Knee arthroplasty
DG	โรคระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal disease)	01 Upper gastrointestinal hemorrhage 02 Appendicitis
DP	โรคเกี่ยวกับเด็ก (Pediatric disease)	01 Diabetes in children and adolescents
DS	โรคเกี่ยวกับผู้ติดยาและสารเสพติด (Substance use disorder)	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 Thalassemia 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



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
1. บัญชีตัวชี้วัดรายโรค (Disease: D)		
1.1 หมวด DH: Cardiovascular disease (Heart disease: H)		
1.1.1 DH01 Acute coronary syndrome (ACS)		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DH0101	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน <i>Acute coronary syndrome: Percent of mortality</i>	38
DH0101.1	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) <i>Acute coronary syndrome (STEMI): Percent of mortality</i>	39
DH0101.2	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) <i>Acute coronary syndrome (NSTEMI-ACS): Percent of mortality</i>	40
DH0102	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยา Aspirin ภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล <i>Acute Coronary syndrome: Percent of patient receiving Aspirin within 24 hours of arrival</i>	41
DH0103	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสั่งยา Aspirin เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล <i>Acute Coronary syndrome: Percent of Aspirin prescribed at discharge</i>	42
DH0104	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มี LVSD และได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARB <i>Acute Coronary syndrome: Percent of ACE inhibitors or ARB received for patient who have LVSD</i>	43
DH0105	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่สูบบุหรี่และได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล <i>Acute Coronary syndrome: Percent of smoking cessation advice given</i>	45
DH0106	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยา Beta-blocker ระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาล <i>Acute Coronary syndrome: Percent of Beta-blocker receiving during hospital admitted</i>	46



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DH0107	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสั่งยา Beta-blocker เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล <i>Acute Coronary syndrome: Percent of Beta-blocker prescribed at discharge</i>	47
DH0108	ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการทำ EKG เมื่อมาถึงโรงพยาบาล <i>Acute Coronary syndrome: Average door to EKG time</i>	48
DH0109	ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อ <i>Acute Coronary syndrome: Average door to refer time</i>	49
DH0110	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ที่ได้รับ Primary Percutaneous Coronary Intervention (PPCI) ภายใน 120 นาที หรือ Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาทีเมื่อแรกรับ <i>Acute Coronary syndrome: Percent of Primary Percutaneous Coronary Intervention (PCI) given within 120 minutes or received Fibrinolytic agent within 30 minutes of arrival</i>	50
DH0111	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน <i>Acute Coronary syndrome: Percent of unplanned re-admission within 28 days after last discharge</i>	52
DH0112	ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน <i>Acute Coronary syndrome: Average length of stay</i>	53
DH0113	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ที่ได้รับ Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล <i>Acute Coronary syndrome: Percent of time to Fibrinolytic administration agents within 30 minutes of arrival</i>	54
DH0114	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายใน 28 วัน <i>Acute Coronary syndrome: Percent of total re-admission into the hospital within 28 days</i>	56



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
1.1.2 DH02 Coronary Artery Disease (CAD)		
DH0201	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ Coronary Artery Bypass Graft (CABG) <i>Coronary Artery Bypass Graft (CABG): Percent of mortality</i>	58
DH0202	ร้อยละการได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัด Coronary Artery Bypass Graft (CABG) <i>Coronary Artery Bypass Graft (CABG): Percent of patient who received antibiotic prophylaxis</i>	59
DH0203	ร้อยละการติดเชื้อแผลผ่าตัด Coronary Artery Bypass Graft (CABG) <i>Coronary Artery Bypass Graft (CABG): Percent of surgical site Infection</i>	60
DH0204	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ CABG ภายใน 30 วันหลังรับการรักษาแบบผู้ป่วยในวันแรก <i>Coronary Artery Bypass Graft (CABG): percent of 30-days hospital mortality</i>	61
1.1.3 DH03 Heart Failure (HF)		
DH0301	ร้อยละผู้ป่วยในที่มีหัวใจล้มเหลวที่เป็น Heart Failure Reduced Ejection Fraction (HFREF) ได้รับยา Angiotensin II Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) หรือ Angiotensin II Receptor Blockers (ARBs) หรือ Mineralocorticoid Receptor Antagonists (MRA) <i>Heart failure: Percent of patient with Heart Failure Reduced Ejection Fraction (HFREF) received Angiotensin II Converting Enzyme inhibitors (ACEIs) or Angiotensin II Receptor Blockers (ARBs) or Mineralocorticoid Receptor Antagonists (MRA)</i>	62
DH0302	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่สูบบุหรี่ได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล <i>Heart failure: Percent of smoking cessation advice given</i>	64
1.1.4 DH04 Atrial fibrillation (AF)		
DH0401	ร้อยละของผู้ป่วย Atrial fibrillation ได้รับยา Warfarin มีระดับ INR ตามเป้าหมายการรักษา <i>Atrial fibrillation: Percent of patient received Warfarin within target dose</i>	65



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DH0402	ร้อยละของการเกิด Adverse event (major bleeding) ของผู้ป่วย Atrial fibrillation ที่ได้รับยา Warfarin <i>Atrial Fibrillation: Percent of major bleeding (intracranial hemorrhage and hemorrhage need blood transfusion)</i>	67
1.2 หมวด DN: Neurovascular Disease (N)		
1.2.1 DN01 Stroke		
DN0101	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke <i>Stroke: Percent of mortality</i>	68
DN0102	ร้อยละผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ภายใน 2 วัน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล <i>Ischemic Stroke: Percent of patient receiving Antiplatelet within 2 days of hospital admission</i>	69
DN0103	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับการส่งยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) หรือยาต้านภาวะแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล <i>Ischemic Stroke: Percent of Antiplatelet or Anticoagulant therapy prescribed at discharge</i>	70
DN0104	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกหรือหัวใจห้องบนเต้นระริวได้รับยาต้านภาวะแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) <i>Ischemic Stroke: Percent of patient with Atrial fibrillation/Flutter receiving Anticoagulation therapy</i>	71
DN0105	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรู้ในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล <i>Stroke: Percent of patients who were given stroke education during their hospital stay</i>	72
DN0106	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินและได้รับการรักษาด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใน 72 ชั่วโมง <i>Stroke: Percent of treatment, physiotherapy or rehabilitation in stroke or paralytic syndrome within 72 hours</i>	73
DN0107	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเดิม ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน <i>Stroke: Percent of unplanned re-admission of stroke within 28 days</i>	74



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DN0108	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ด้วยทุกสาเหตุ ภายใน 28 วัน (Total Re-admit) <i>Stroke: Percent of total re-admission of stroke with any cause within 28 days</i>	75
DN0109	ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย Stroke <i>Stroke: Average length of stay</i>	76
DN0110	ร้อยละผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agents ภายใน 60 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล <i>Ischemic Stroke: Percent of time to Thrombolytic administration agents within 60 minutes of arrival</i>	77
1.2.2 Epilepsy: ยังไม่มีรายการตัวชี้วัดให้เปรียบเทียบ		
1.2.3 DN03 Head Injury		
DN0301	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy โดยมีสาเหตุจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน <i>Head Injury: Percent of unplanned re-admission of Craniotomy within 28 days</i>	78
DN0302	ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง ภายหลังการบาดเจ็บ (เฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง) <i>Head Injury: Percent of mortality within 48 hours</i>	79
DN0303	ร้อยละการผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Intracranial Injury <i>Head Injury: Percent of patient underwent craniotomy for Intracranial injury</i>	80
DN0304	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Craniotomy ภายใน 28 วัน <i>Head injury: Percent of total re-admission into the hospital within 28 days of craniotomy patients</i>	81
1.3 หมวด DR: Respiratory disease (R)		
1.3.1 DR01 Pneumonia		
DR0101	ร้อยละการเสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดบวม <i>Pneumonia: Percent of mortality after hospital admission</i>	82



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DR0102	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดบวมภายใน 28 วันหลัง โดยไม่ได้อำนาจ <i>Pneumonia: Percent of unplanned re-admission within 28 days after last discharge</i>	83
DR0103	ร้อยละผู้ป่วยโรคปอดบวมได้รับคำแนะนำให้หยุดหรือเลิกบุหรี่ ระหว่างอยู่ใน โรงพยาบาล <i>Pneumonia: Percent of smoking cessation advice given</i>	84
1.3.2 DR02 Mycobacterium Tuberculosis (TB)		
DR0201	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในช่วง 12 เดือน <i>TB: Percent of mortality during 12 months</i>	85
DR0202	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด <i>TB: Percentage of people living with HIV having a TB screening</i>	86
DR0203	ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัณโรค <i>TB: Percent of treatment success</i>	87
DR0204	ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคได้รับการตรวจคัดกรอง HIV <i>TB: Percent of TB having a HIV screening</i>	88
DR0205	ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกได้รับการรักษาด้วย Antiretroviral therapy (ART) <i>TB: Percent of HIV-positive TB patients started on Antiretroviral therapy (ART)</i>	89
1.3.3 DR03 Asthma		
DR0301	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Asthma ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้ วางแผน <i>Asthma: Percent of unplanned re-admission within 28 days after last discharge</i>	90
DR0302	ร้อยละผู้ป่วย Asthma ได้รับคำแนะนำให้หยุดหรือเลิกบุหรี่ ระหว่างอยู่ใน โรงพยาบาล <i>Asthma: Percent of smoking cessation advice given</i>	91
DR0303	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Asthma ภายใน 28 วัน <i>Asthma: Percent of total re-admission into the Hospital within 28 days after last discharge</i>	92



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
1.3.4 DR04 COPD		
DR0401	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน <i>COPD: Percent of unplanned re-admission into the hospital within 28 days after last discharge</i>	93
DR0402	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน <i>COPD: Percent of total re-admission into the hospital within 28 days after last discharge</i>	94
DR0403	ร้อยละการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง <i>COPD: Percent of mortality</i>	95
DR0404	ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ <i>COPD: Percent of patient with ongoing smoking</i>	96
1.4 หมวด DC: Chronic disease (C)		
1.4.1 DC01 Diabetes mellitus (DM)		
DC0101	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี <i>DM: Percent of good controlled of blood sugar</i>	97
DC0103	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา <i>DM: Percent of diabetic retinopathy screening</i>	98
DC0107	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน <i>DM: Percent of lower-extremity amputation among patients with diabetes</i>	99
DC0108	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี <i>DM: Percent of good controlled of blood sugar in adult</i>	100
DC0108.1	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุเกินกว่า 60 ปีที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี <i>DM: Percent of good controlled of blood sugar in adult aged ≥ 60 years old</i>	101
DC0108.2	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่อายุน้อยกว่า 60 ปีที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี <i>DM: Percent of good controlled of blood sugar in adult aged < 60 years old</i>	102



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
1.4.2 DC02 Hypertension (HT)		
DC0201	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี <i>HT: Percent of good controlled of blood pressure</i>	103
DC0201.1	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี <i>HT: Percent of good controlled of blood pressure of patient aged < 65 years old</i>	105
DC0201.2	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุเกินกว่า 65 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี <i>HT: Percent of good controlled of blood pressure of patient aged ≥ 65 years old</i>	106
1.4.3 DC03 HIV		
DC0301	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัส ได้รับการตรวจ Viral load (VL) อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี <i>HIV: Percent of people living with HIV with at least one test viral load (VL) after ARV treatment</i>	107
DC0302	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี Viral load (VL) < 50 copies/ml หลังจากกินยาต้านไวรัสมาแล้ว 12 เดือน <i>HIV: Percent of people living with HIV with viral load (VL) < 50 copies/ml after ARV treatment 12 months ago</i>	108
DC0306	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก <i>HIV: Percent of people living with HIV screening PAP smear</i>	109
DC0307	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส <i>HIV: Percent of people living with HIV newly registered who were tested for syphilis</i>	110
DC0308	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน <i>HIV: Percent of people living with HIV who were currently receiving antiretroviral therapy</i>	111
DC0309	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มีข้อบ่งชี้ในการรับยาป้องกันวัณโรค (Tuberculosis preventive therapy: TPT) ได้รับยา TPT <i>HIV: Percent of newly diagnosed people living with HIV were receiving tuberculosis preventive therapy</i>	112



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
1.4.4 DC04 Cancer		
DC0401	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง <i>Cancer: Percent of mortality</i>	113
DC0402	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลก่อนวันนัดโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยมะเร็ง <i>Cancer: Percent of unplanned re-admission</i>	114
DC0403	ร้อยละการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ <i>Liver Cancer: Percent of mortality</i>	115
1.4.5 DC05 Chronic kidney disease (CKD)		
DC0501	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมาย <i>CKD: Percent of patients who achieve the kidney function deterioration delayed target</i>	116
DC0502	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยา ACEIs หรือ ARBs <i>CKD: Percent of patients who are receiving ACEIs or ARBs</i>	118
1.5 หมวด DO: Musculoskeletal disease (O)		
1.5.1 D001 Femur: ยังไม่มีรายการตัวชี้วัดให้เปรียบเทียบ		
1.5.2 D002 Hip		
D00202	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ได้รับ Prophylactic antibiotic <i>Hip arthroplasty: Percent of patients who received antibiotic prophylaxis in Hip arthroplasty</i>	120
D00204	ร้อยละการติดเชื้อแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 1 ปี <i>Hip arthroplasty: Percent of hip arthroplasty associated infection within 1 Year</i>	121
D00205	ร้อยละการติดเชื้อแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 90 วัน <i>Hip arthroplasty: Percent of hip arthroplasty associated infection within 90 days</i>	122
1.5.3 D003 Knee		
D00302	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ได้รับ Prophylactic Antibiotic <i>Knee Arthroplasty: Percent of patients who received antibiotic prophylaxis</i>	123



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DO0303	ร้อยละการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน 1 ปี <i>Knee Arthroplasty: Percent of surgical infection within 1 year</i>	124
DO0304	ร้อยละการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน 90 วัน <i>Knee Arthroplasty: Percent of surgical infection within 90 days</i>	125
1.6 หมวด DG: Gastrointestinal disease (G)		
1.6.1 DG01 Upper GI Hemorrhage (UGIH)		
DG0101	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน <i>Upper Gastrointestinal Hemorrhage (UGIH): Percent of unplanned re-admission into the hospital within 28 days after last discharge</i>	126
DG0102	ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage (UGIH) <i>Upper Gastrointestinal Hemorrhage (UGIH): Average length of stay</i>	127
DG0103	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage ภายใน 28 วัน <i>Upper Gastrointestinal Hemorrhage (UGIH): Percent of total re-admission into the hospital within 28 days</i>	128
1.6.2 DG02 Appendicitis		
DG0201	ร้อยละการเกิดไส้ติ่งทะลุในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ <i>Acute Appendicitis: Percent of abruption</i>	129
DG0202	ร้อยละการเสียชีวิตจากไส้ติ่งอักเสบ <i>Acute Appendicitis: Percent of mortality</i>	130
1.7 หมวด DP: Pediatric Disease (P)		
1.7.1 DP: Diabetes in child and adolescent (DP)		
DP0101	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 18 ปีที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี <i>Diabetes in child and adolescent: Percent of good controlled of blood sugar (age < 18 years)</i>	131
1.8 หมวด DS: Substance Use Disorder (S)		



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
1.8.1 DS01 Methamphetamine Group		
DS0101	ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine โดยรวมที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน <i>Methamphetamine Group: 3 months total remission rate</i>	133
1.8.2 DS02 Alcohol Group		
DS0201	ร้อยละของผู้ติดสุราโดยรวม ที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน <i>Alcohol Group: 3 months total remission rate</i>	134
1.8.3 DS03 Tobacco Group		
DS0301	ร้อยละของผู้ติดยาสูบโดยรวม ที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน <i>Tobacco Group: 3 months total remission rate</i>	135
1.8.4 DS04 Opioid Group		
DS0401	อัตราการอยู่ในการบำบัดรักษา 1 ปี ด้วยเมทาโดนระยะยาวของผู้ติดยาเสพติดในกลุ่ม Opioid <i>Opioid Group: 1 year retention rate of opioid in methadone maintenance program</i>	136
1.9 หมวด DE: Center of excellence (E)		
1.9.1 DE01 Breast cancer		
DE0101	ระยะเวลาการรอตรวจภายหลังการส่งปรึกษาของผู้ป่วยที่มีผลแมมโมแกรมตั้งแต่ BI-RADS 4 ขึ้นไป <i>Breast Cancer: Consultation time in patient with BIRADS 4 or greater mammography result</i>	137
DE0103	ร้อยละการตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก Stage 1, 2 <i>Breast Cancer: Percent of early diagnosis of stage 1, 2</i>	138
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		
DE0501	อัตราการปลูกถ่ายติด (Engraftment) ของผู้ป่วย Stem cell transplantation ภายใน 45 วัน หลังการปลูกถ่ายไขกระดูก <i>Stem Cell Transplantation: Engraftment rate within 45 days</i>	139



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
1.9.6 DE06 Leukemia		
1.9.7 DE07 Hemophilia		
1.9.8 DE08 Thalassemia		
DE0801	ร้อยละของผู้ป่วย Transfusion Dependent Thalassemia (TDT) ที่อายุมากกว่า 2 ปี และถึง 15 ปี มีภาวะธาตุเหล็กเกิน (Serum ferritin > 1000 ug/L) ที่ได้รับยาขับธาตุเหล็ก <i>TDT in Pediatrics Patient: Percent of received iron chelator in patient with iron overload (serum ferrous > 1000 ug/L)</i>	140
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		
DE1201	ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมปากแหว่งตามเกณฑ์ช่วงอายุไม่เกิน 6 เดือน <i>Cleft Lip: Percent of patients who had cleft lip repair with under 6 months of age</i>	141
DE1202	ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมเพดานโหว่ตามช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน <i>Cleft Palate: Percent of patients who had cleft Palate repair with under 18 months of age</i>	142
1.9.13 DE13 Infertility		
DE1301	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสด (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) <i>Infertility: Clinical pregnancy rate per Embryo Transfer following IVF/ICSI and Fresh embryo transfer (age < 34 years)</i>	143
DE1302	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสด (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี) <i>Infertility: Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and fresh embryo transfer (age 34 - 39 Years)</i>	144
DE1303	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสด (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป)	145



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
	<i>Infertility: Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and fresh embryo transfer (age > 40 years)</i>	
DE1304	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็ง (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) <i>Infertility: Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and frozen embryo transfer (age < 34 years)</i>	146
DE1305	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็ง (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี) <i>Infertility: Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and frozen embryo transfer (age 34 - 39 years)</i>	147
DE1306	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็ง (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) <i>Infertility: Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and frozen embryo transfer (age > 40 years)</i>	148
1.9.14 DE14 Gastrointestinal Scopy		
DE1401	ร้อยละผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage (UGIH) ได้รับการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง <i>Upper Gastrointestinal Hemorrhage (UGIH): Percent of patients who had underwent EGD within 24 hours</i>	149
DE1402	ร้อยละผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage (UGIH) กลุ่ม High Risk ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ภายใน 24 ชั่วโมง <i>Upper Gastrointestinal Hemorrhage (UGIH): Percent of high risk patients who had underwent EGD within 24 hours</i>	150
DE1403	ร้อยละผู้ป่วย Non-variceal UGIH สามารถหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้องได้สำเร็จ <i>Non-variceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage (UGIH): Percent of hemostatic success by endoscopic approach</i>	152
DE1404	ร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกซ้ำจากแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ภายหลังจากการหยุดเลือดด้วยการส่องกล้อง <i>Upper Gastrointestinal Hemorrhage (UGIH): Recurrent rates of UGIH after Upper Endoscopic treatment</i>	154



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DE1405	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อรักษา UGIH <i>Upper Gastrointestinal Hemorrhage (UGIH): Complication rates of Upper Endoscopic treatment</i>	156
1.9.15 DE15 End of life care		
1.9.16 DE16 Conductive and sensorineural hearing loss		
DE1601	ร้อยละของทารกแรกเกิดที่ได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยิน ภายใน 30 วัน <i>New born: Percent of hearing screening within 30 days</i>	157
1.10 หมวด DM: Mental Health (M)		
1.10.1 DM01 Global developmental delay (GDD)		
DM0101	ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (Global development delay: GDD) มีพัฒนาการดีขึ้น <i>GDD: Percent of children with global development delay that improved after intervened</i>	158
DM0102	ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (Global development delay: GDD) มีพัฒนาการดีขึ้น จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I <i>GDD: Percent of children with Global development delay that improved after intervened with TEDA4I</i>	159
DM0103	ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (Global development delay: GDD) คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี <i>GDD: Percent of children with global development delay that are included in educational system for at least 1 year</i>	160
1.10.2 DM02 Autism spectrum disease (ASD)		
DM0201	ร้อยละเด็กออทิสติกมีพัฒนาการด้านภาษาและสังคมดีขึ้น <i>ASD: Percent of children with Autism Spectrum disorder (ASD) with social and communication skills improvement</i>	161
DM0202	ร้อยละเด็กออทิสติกมีพัฒนาการด้านภาษาและสังคมดีขึ้น จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I <i>ASD: Percent of children with Autism Spectrum disorder (ASD) with social and communication skills improvement with TEDA4I</i>	162



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
DM0203	ร้อยละเด็กออทิสติกคงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี <i>ASD: Percent of children with autism Spectrum disorder (ASD) that are included in educational system for at least 1 year</i>	163
1.10.3 DM03 Cerebral palsy		
DM0301	ร้อยละผู้ป่วยเด็กสมองพิการ (Cerebral palsy) มีพัฒนาการดีขึ้น <i>Cerebral Palsy: Percent of children with Cerebral palsy that improved after intervened</i>	164
DM0302	ร้อยละผู้ป่วยเด็กสมองพิการ (Cerebral palsy) มีพัฒนาการดีขึ้น จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I <i>Cerebral Palsy: Percent of children with Cerebral palsy that improved after intervened</i>	165
1.10.4 DM04 Child and adolescent psychiatry		
DM0401	ร้อยละผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นรายใหม่อาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน <i>Child and adolescent psychiatry: Percent of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) improved after intervened for 6 months</i>	166
DM0402	ร้อยละผู้ป่วยเด็กซึมเศร้าอาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน <i>Child and adolescent psychiatry: Percent of children and adolescents with Major Depressive Disorder (MDD) improved after intervened for 6 months</i>	167



แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ (Care process: C)

หมวด		ประเภท
CM	การดูแลมารดาและทารก (Maternal and Child health care)	01 Maternal Health Care Process 02 Child Health Care Process
CA	การดูแลผู้ป่วยทางด้านวิสัญญี (Anesthesia care)	01 Anesthesia Care Process
CO	การดูแลผู้ป่วยทางการผ่าตัด (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



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
2. บัญชีตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ (Care process: C)		
2.1 หมวด CM: Maternal and child health care process (M)		
2.1.1 CM01 Maternal health care process		
CM0101	สัดส่วนการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และ/หรือการคลอด (ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ) <i>Maternal: Mortality rate of mother from pregnancy and/or labour (1:100,000)</i>	168
CM0104	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้คลอด Caesarean section ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน <i>Maternal: Percent of unplanned re-admission of Caesarean Section within 28 days</i>	170
CM0105	ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง <i>Maternal: Average length of stay of Caesarean Section</i>	171
CM0107	ร้อยละการตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันกรณีคลอดทางช่องคลอด <i>Maternal: Percent of immediate postpartum hemorrhage (Vaginal delivery)</i>	172
CM0109	ร้อยละการชักขณะตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอด <i>Maternal: Percent of Eclampsia in pregnancy induce Hypertension</i>	173
CM0110	อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน <i>Maternal: Percent of gestational DM</i>	174
CM0116	ร้อยละการได้รับ Prophylactic antibiotic ในการผ่าตัด Abdominal hysterectomy <i>Maternal: Percent of patients who received antibiotic prophylaxis in abdominal hysterectomy</i>	175
CM0117	ร้อยละการติดเชื้อแผลผ่าตัด Abdominal hysterectomy <i>Maternal: Percent of abdominal hysterectomy associated infection</i>	176
CM0118	ร้อยละการผ่าตัดคลอดบุตรปฐมภูมิของโรงพยาบาล <i>Maternal: Percent of primary cesarean section</i>	177



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
CM0119	ร้อยละการผ่าตัดคลอดบุตรทั้งหมดของโรงพยาบาล Maternal: Percent of Overall cesarean section	178
2.1.2 CM02 Child health care process		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
CM0201	อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์) Child: Perinatal mortality rate (24 weeks)	179
CM0202	อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์) Child: Perinatal mortality rate (28 weeks)	180
CM0203	อัตราการตายของทารกแรกเกิด Child: Neonatal mortality rate	181
CM0204	อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด Child: Birth asphyxia rate	182
CM0205	อัตราการขาดออกซิเจนรุนแรงในทารกแรกเกิด Child: Severe birth asphyxia rate	183
CM0206	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม Child: Percent of low birth weight < 2500 grams	184
CM0207	ร้อยละการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม ภายใน 28 วัน Child: Percent of neonatal mortality with birth weight < 1,000 grams within 28 days	185
CM0208	ร้อยละการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,000-1,499 กรัม ภายใน 28 วัน Child: Percent of neonatal mortality with birth weight between 1,000 - 1,499 grams within 28 days	186
CM0209	ร้อยละการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,500 - 2,499 กรัม ภายใน 28 วัน Child: Percent of neonatal mortality with birth weight between 1,500 - 2,499 grams within 28 days	187



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
2.2 หมวด CA: Anesthesia care process (A)		
2.2.1 CA01 Anesthesia care process		
CA0101	อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีระดับ ASA physical status I, II ก่อนผ่าตัด <i>Anesthesia: Intra-operative Cardiac arrest ASA physical Status I, II</i>	188
CA0102	ร้อยละของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน <i>Anesthesia: Percent of pre-anesthetic visit elective in-patient cases</i>	189
CA0103	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกที่ได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น <i>Anesthesia: Percent of patients observed in recovery room</i>	190
CA0104	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจ <i>Anesthesia: Percent of re-intubation within 2 hours after extubation</i>	191
CA0105	ร้อยละของผู้ป่วยที่ดมยาสลบได้รับการเฝ้าระวังระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก <i>Anesthesia: Percent of using capnometry during general anesthesia</i>	192
2.3 หมวด CO: Operative Care Process (O)		
2.3.1 CO01 Operative Care Process		
CO0101	ร้อยละของการใช้แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด <i>Operation: Percent of using Surgical Safety Check list</i>	193
CO0105	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง <i>Operation: Percent of peri-operative mortality within 24 hours</i>	194
CO0107	ร้อยละการผ่าตัดซ้ำ <i>Operation: Percent of re-operation</i>	195
2.4 หมวด CG: General care process (G)		
2.4.1 CG01 Pressure ulcer/injury care process		
CG0101	อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล <i>Pressure Ulcer/Injury: Rate of Pressure ulcer</i>	196



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
CG0102	อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง <i>Pressure Ulcer/Injury: Rate of Pressure ulcer in risk patients</i>	198
CG0103	อัตราความชุกของแผลกดทับ <i>Pressure Ulcer/Injury: Hospital-acquired pressure ulcer/Injury</i>	199
CG0104	อัตราความชุกของแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล <i>Pressure Ulcer/Injury: Hospital-acquired pressure ulcer/Injury (HAPI) rate</i>	201
2.5 หมวด CE: Emergency care process (E)		
2.5.1 CE01 ER care process		
CE0101	ร้อยละผู้ป่วยห้องฉุกเฉินที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาต้านจุลชีพ ภายใน 3 ชั่วโมง <i>Sepsis: Percent of broad-spectrum antibiotic receiving within 3 hours</i>	202
CE0102	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเข้ารับ-ออกจากบริการของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน <i>ER: Average Emergency Department (ED) TIME-IN, TIME-OUT</i>	203
CE0103	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินมากที่ได้รับบริการที่ห้องฉุกเฉินระยะเวลาภายใน 60 นาที <i>ER: Percent of Emergency patients receiving Emergency service (ED TIME-IN, TIME-OUT) within 60 minutes</i>	205
CE0104	ร้อยละผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง <i>Sepsis: Percent of broad-spectrum antibiotic received within 1 hour in emergency room</i>	206
2.6 หมวด CI: Intensive care process (I)		
2.6.1 CI01 Sepsis care process		
CI0101	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต <i>Sepsis: Percent of mortality</i>	207
2.7 หมวด CP: Psychiatric Care Process (M)		



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
2.7.1 CP01 Child and adolescent psychiatric care process		
CP0101	ร้อยละผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น/LD/MDD รายใหม่ที่ได้รับการบำบัดรักษาในรอบ 6 เดือน และมารับการรักษาตามนัด <i>Percent of carers of children with ADHD/LD/MDD having good compliance to treatment</i>	208
2.7.2 CP02 Neurodevelopmental disorder care process		
CP0201	ร้อยละเด็กที่สงสัยโรคในกลุ่มพัฒนาการได้รับการวินิจฉัยภายใน 90 วัน <i>Percent of children with Neurodevelopmental Disorder being diagnosed within 90 days after registration</i>	209



แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ (System: S)

หมวด		ประเภท
SI	ระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Infectious and prevention control system)	01 VAP 02 BSI 03 CAUTI 04 SSI 05 HAI
SL	ระบบการตรวจวินิจฉัยทาง ห้องปฏิบัติการ (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



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
3. บัญชีตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ (System: S)		
3.1 หมวด SI: Infection control system (I)		
3.1.1 SI01 VAP		
SI0101	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ภาพรวม) <i>VAP: Rate of ventilator-associated pneumonia (All)</i>	210
SI0102	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยที่นอนรักษาใน ICU <i>VAP: Rate of ventilator-associated pneumonia in ICU</i>	211
SI0103	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยที่นอนรักษานอก ICU ของโรงพยาบาล <i>VAP: Rate of ventilator-associated pneumonia Outside ICU</i>	212
3.1.2 SI02 BSI		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SI0201	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (ภาพรวม) <i>BSI: Rate of CABS I (All)</i>	213
SI0202	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง ของผู้ป่วยที่นอนรักษาใน ICU <i>BSI: Rate of CABS I in ICU</i>	214
SI0203	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง ของผู้ป่วยที่นอนรักษานอก ICU ของโรงพยาบาล <i>BSI: Rate of CABS I Outside ICU</i>	215
3.1.3 SI03 CAUTI		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SI0301	อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (ภาพรวม) <i>CAUTI: Rate of CAUTI (All)</i>	216
SI0302	อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ของผู้ป่วยที่นอนรักษาใน ICU <i>CAUTI: Rate of CAUTI in ICU</i>	217



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SI0303	อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ของผู้ป่วย ที่นอนรักษานอก ICU ของโรงพยาบาล <i>CAUTI: Rate of CAUTI Outside ICU</i>	218
3.2 หมวด SL: Laboratory system (L)		
3.2.1 SL01 Blood bank		
SL0101	อัตราส่วนการขอใช้โลหิตต่อการใช้โลหิตจริงในผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดประเภทต่าง ๆ <i>Crossmatch-to-Transfusion ratios (C:T) in selective surgery cases</i>	219
3.3 หมวด SH: Human resource system (H)		
3.3.1 SH01 Human resource management (HRM)		
SH0101	อัตราการลาออกของบุคลากร <i>HRM: Turnover rate</i>	220
SH0102	ร้อยละบุคลากรที่บาดเจ็บจากการทำงาน <i>HRM: Percent of employee work-related Injury</i>	221
SH0103	ร้อยละบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงาน <i>HRM: Percent of employee work-related Illness</i>	222
SH0104	อัตราการลาออก ของแพทย์/ทันตแพทย์ <i>HRM: Turnover rate of physician and dentist</i>	223
SH0105	อัตราการลาออก ของพยาบาลวิชาชีพ <i>HRM: Turnover rate of nurses</i>	224
SH0106	อัตราการลาออก ของบุคลากรสาย Allied Health <i>HRM: Turnover rate of allied health personnel</i>	225
SH0107	อัตราการลาออก ของบุคลากรสายสนับสนุน <i>HRM: Turnover rate of back office personnel</i>	226
3.3.2 SH02 Human resource development (HRD)		
SH0201	ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของแพทย์/ทันตแพทย์ (ระดับ 4-5) <i>HRD: Percent of physician/dentist satisfaction (level 4-5)</i>	227
SH0202	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ (ระดับ 4-5) <i>HRD: Percent of Nurse satisfaction (level 4-5)</i>	228



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SH0203	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย Allied Health (ระดับ 4-5) HRD: Percent of allied health personel satisfaction (level 4-5)	229
SH0204	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของแพทย์/ ทันตแพทย์ HRD: Training hour per person per year of physician/dentist	230
SH0205	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของพยาบาลวิชาชีพ HRD: HRD: Training hour per person per Year of Nurse	231
SH0206	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของแพทย์/ ทันตแพทย์ (ค่าเฉลี่ย) HRD: Percent of physician and dentist satisfaction (average)	232
SH0207	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของแพทย์/ทันตแพทย์ (ระดับ 1-2) HRD: Percent of physician and dentist satisfaction (level 1-2)	233
SH0208	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ (ค่าเฉลี่ย) HRD: Percentage of Nurse satisfaction (average)	234
SH0209	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ (ระดับ 1-2) HRD: Percentage of Nurse satisfaction (level 1-2)	235
SH0210	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย Allied Health (ค่าเฉลี่ย) HRD: Percent of allied health personnel satisfaction (average)	236
SH0211	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย Allied health (ระดับ 1-2) HRD: Percent of allied health personnel satisfaction (level 1-2)	237
SH0212	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย สนับสนุน (ค่าเฉลี่ย) HRD: Percent of back office personnel satisfaction (average)	238
SH0213	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย สนับสนุน (ระดับ 4-5) HRD: Percentage of back office personnel satisfaction (level 4-5)	239



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SH0214	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสายสนับสนุน (ระดับ 1-2) <i>HRD: Percentage of back office personnel satisfaction (level 1-2)</i>	240
SH0215	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของบุคลากรสาย Allied Health <i>HRD: Training hour per person per year of allied health personnel</i>	241
SH0216	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของบุคลากรสายสนับสนุน <i>HRD: Training hour per person per year of back office personnel</i>	242
3.3.3 SH03 Human resources and occupational health (HRH)		
SH0301	อัตราการเกิดการบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน <i>HRH: Injury (Illnesses) Frequency Rate (IFR)</i>	243
SH0302	อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง <i>HRH: Injury Severity Rate: ISR of Direct Contact with Patients</i>	244
SH0303	อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง <i>HRH: Injury Severity Rate: ISR of non Direct Contact with Patients</i>	246
SH0306	อัตราการเกิดการบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง <i>HRH: Injury (illnesses) Frequency Rate: IFR of direct contact with patients</i>	248
SH0307	อัตราการเกิดการบาดเจ็บ/ เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง <i>HRH: Injury (Illnesses) Frequency Rate : IFR of Non-direct Contact with Patients</i>	250
3.4 หมวด SF: Financial system (F)		
3.4.1 SF01 Finance and accounting		
SF0101	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน <i>Financial: Current ratio</i>	252
SF0102	อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (อัตราส่วนสินทรัพย์สภาพคล่อง) <i>Financial: Quick ratio</i>	253
SF0103	อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร <i>Financial: Fixed asset turnover</i>	254



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SF0104	ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาสุทธิ <i>Financial: Day in account receivable (average collection period for account receivables)</i>	255
SF0105	อัตราส่วนระหว่างกำไรสุทธิ กับยอดขายสุทธิ <i>Financial: Net profit Margin</i>	256
SF0106	อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์รวม <i>Financial: Return On Asset (ROA)</i>	257
3.5 หมวด SC: Customer service system (C)		
3.5.1 SC01 Customer Service		
SC0101	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (ภาพรวม) <i>Customer: Percent of outpatient satisfaction (overall)</i>	258
SC0102	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน (ภาพรวม) <i>Customer: Percent of inpatient satisfaction (overall)</i>	259
SC0103	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ <i>Customer: Percent of outpatients who return to receive care</i>	260
SC0104	ร้อยละของผู้ป่วยในที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ <i>Customer: Percent of inpatients who return to receive care</i>	261
SC0105	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่จะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ <i>Customer: Percent of outpatients who would recommend friends or family to receive care at this facility</i>	262
SC0106	ร้อยละของผู้ป่วยในที่จะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ <i>Customer: Percent of inpatients who would recommend friends or family to receive care at this facility</i>	263
3.6 หมวด SG: Governance system (G)		
3.6.1 SG01 Governance		
SG0104	สัดส่วนของขยะรีไซเคิล <i>Governance: Percent of recycled waste</i>	264
3.7 หมวด SS: Sterilization system (S)		
3.7.1 SS01 Sterilization and services system		



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SS0101	ร้อยละการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อผ่านเกณฑ์ <i>CSSD: Percent of examination of effective sterilization</i>	265
SS0102	ร้อยละการจัดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน <i>CSSD: Percent of exact medical equipment prepared for specific procedures</i>	266
SS0103	ร้อยละการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้หน่วยงานถูกต้อง <i>CSSD: Percent of medical supplies which are accurately provided by the CSSD</i>	267
3.8 หมวด SM: Medication System (M)		
3.8.1 SM01 Medication Use		
รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
SM0102	ร้อยละการจ่ายยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน <i>Medication Use: Percent of Antibiotic prescribing rate on Upper respiratory infection</i>	268
SM0103	ร้อยละการจ่ายยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน <i>Medication Use: Percent of Antibiotic prescribing on Acute diarrhea</i>	269
3.8.2 SM02 Medication management		
SM0201	จำนวนเดือนสำรองคลังยา <i>Medication Management: Inventory turn</i>	270



แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion: H)

หมวด		ประเภท
HE	ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร	01 Employee Health Status
HC	ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพประชาชน	01 Customer Health Status
HD	ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มโรค (Disease-based health promotion)	
HP	ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย (Population-based health promotion)	
HH	ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง ภัยสุขภาพ (Health risk factors)	



รหัส	ชื่อตัวชี้วัด	หน้า
4. บัญชีตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion: H)		
4.1 หมวด HE: สร้างเสริมสุขภาพบุคลากร (Employee health promotion: E)		
4.1.1 HE01 Employee health status		
HE0101	ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี <i>Employee: Percent of employee check-up</i>	272
HE0102	ร้อยละบุคลากรที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) เกินเกณฑ์มาตรฐาน <i>Employee: Percent of employee have exceeding BMI</i>	273
HE0103	ร้อยละบุคลากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ <i>Employee: Percent of employee have behavior-smoky</i>	274
HE0104	ร้อยละบุคลากรเพศชายมีภาวะอ้วนลงพุง <i>Employee: Percent of employee (male) obesity</i>	275
HE0105	ร้อยละบุคลากรเพศหญิงมีภาวะอ้วนลงพุง <i>Employee: Percent of employee (female) obesity</i>	276
HE0106	ร้อยละบุคลากรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ <i>Employee: Percent of employee received Influenza immunization</i>	268
4.2 หมวด HC: สร้างเสริมสุขภาพผู้รับบริการ (Customer health promotion: C)		
4.2.1 HC01 Customer health status		
HC0101	ความสามารถในการดูแลตนเอง/ การดูแลผู้ป่วยของญาติ โรค Asthma <i>Customer: Asthma patients or their relative(s) who are able to care for the patient's needs</i>	278
HC0102	ความสามารถในการดูแลตนเอง/ การดูแลผู้ป่วยของญาติ โรค COPD <i>Customer: COPD patients or their relative(s) who are able to care for the patient's needs</i>	279
4.3 หมวด HD: ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มโรค (Disease-based health promotion)		
4.4 หมวด HP: ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย (Population-based health promotion)		
4.5 หมวด HH: ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงภัยสุขภาพ (Health risk factors)		



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) <i>Epilepsy: Hospitalization rate</i>	280
AA0102	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) <i>COPD: Hospitalization rate</i>	281
AA0103	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคหืด) <i>Asthma: Hospitalization rate</i>	282
AA0104	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคเบาหวาน) <i>Diabetes Mellitus (DM): Hospitalization rate</i>	283
AA0105	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคความดันโลหิตสูง) <i>Hypertension: Hospitalization rate</i>	284



หมวด DH: Cardiovascular disease (Heart disease:H)

ประเภท DH01 Acute coronary Syndrome (ACS)

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Coronary Syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute Coronary Syndrome: Percent of mortality	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Acute coronary syndrome (ACS) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนับตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1.1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 1.2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome (ACS) หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย ACS ที่มี Pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็น ACS และ มีสาเหตุการตายจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการกระบวนการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วย ACS	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย ACS จากทุกหอผู้ป่วยในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย ACS จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ <u>หรือ</u> Sdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 และ เสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก ACS
	ตัวหาร	I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	NQF, THIP I ,แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามสอดคล้องตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Coronary Syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0101.1	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute Coronary Syndrome: Percent of mortality (STEMI)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย STEMI ที่มี Pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็น STEMI <u>และ</u> มีสาเหตุการตายจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการกระบวนการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) จากทุกหอผู้ป่วยในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3 ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ <u>หรือ</u> Sdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3 <u>และ</u> เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)
	ตัวหาร	I21.0, I21.1, I21.2, I21.3
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2564	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Coronary Syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0101.2	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute Coronary Syndrome : Percent of mortality (NSTEMI-ACS)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็น ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย NSTEMI-ACS ที่มี Pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็น NSTEMI-ACS <u>และ</u> มีสาเหตุการตายจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการกระบวนการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS)	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) จากทุกหอผู้ป่วยในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.4, I21.9 ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ <u>หรือ</u> Sdx = I21.4, I21.9 <u>และ</u> เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS)
	ตัวหาร	I21.4, I21.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2564	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Coronary Syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0102	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยา Aspirin ภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute Coronary Syndrome: Percent of patient receiving Aspirin within 24 hours of arrival	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1.1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 1.2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับ Aspirin ภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา และได้รับ Aspirin ในการรักษา โดยนับระยะเวลาตั้งแต่มีอาการและมาตรวจรักษาที่ ER/OPD และรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับ Aspirin ภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อมาถึงโรงพยาบาลในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I, แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 (Thai Acute Coronary Syndrome Guidelines 2020)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามสอดคล้องตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute coronary syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0103	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการสั่งยา Aspirin เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute Coronary Syndrome: Percent of Aspirin prescribed at discharge	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1.1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 1.2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการสั่งยา Aspirin เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยานี้ และมีการสั่งให้ยา Aspirin เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยนับเฉพาะการจำหน่ายมีชีวิตด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่ได้รับการสั่งยา Aspirin เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยนับเฉพาะการจำหน่ายมีชีวิตด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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 : 85	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I, แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามสอดคล้องตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด		Cardiovascular disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute coronary syndrome (ACS)
รหัสตัวชี้วัด		DH0104
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มี LVSD และได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARBS
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Acute coronary syndrome: Percent of ACE inhibitors or ARBS received for patient who have LVSD
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1.1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 1.2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่มี LVSD หมายถึง ผู้ป่วย ACS ที่ได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียง ultrasound แล้วพบว่า มี LVSD 3. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่ได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARBS หมายถึง ผู้ป่วย ACS ที่ไม่มีข้อห้าม หรือข้อจำกัด (ผู้ป่วยแพ้ยา, ความดันโลหิตต่ำกว่า 100/60 mmHg) ของการให้ยานี้ และได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARBS ในการรักษา
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มี LVSD
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่มี LVSD และได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARB ทั้งหมด ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่มี LVSD ทั้งหมด ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference		NQF, สปสช., แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		1 ตุลาคม 2564
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): (1) ปรับนิยามโดยตัดคำว่า “โรงพยาบาลต้องมีเครื่อง Ultrasound” ออก ซึ่งหมายถึง โรงพยาบาลอาจไม่มีเครื่อง Ultrasound แต่มีวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วยเครื่อง Ultrasound

	ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามสอดคล้องตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute coronary syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0105	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่สูบบุหรี่และได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute coronary syndrome: Percent of smoking cessation advice given	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1.1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 1.2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่สูบบุหรี่และได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย ACS ที่มีประวัติสูบบุหรี่ภายใน 1 ปีก่อนได้รับการตรวจรักษาและรับไว้ในโรงพยาบาล ได้รับคำแนะนำ/Counseling ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อภาวะของโรคที่เป็น เพื่อให้ผู้ป่วยงดบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล และแนะนำให้ทอดหรือเลิกบุหรี่ต่อไป	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาในมิติการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่สูบบุหรี่และที่ได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาลในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่สูบบุหรี่ทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาล ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	U.S.A. 2005 = 92.1	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามสอดคล้องตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute coronary syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0106	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับยา Beta-blocker ระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute Coronary Syndrome: Percent of Beta-blocker receiving during hospital admitted	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1.1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 1.2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่ได้รับ Beta-blocker ระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย ACS ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยานี้ และ ได้รับยา Beta-blocker ในระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา และได้รับ Beta-blocker ระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยานี้ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I, แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): (1) ปรับชื่อตัวชี้วัดและนิยาม โดยตัดคำว่า “ภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล” ออก โดยแทนด้วยคำว่า “ระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาล” ให้สอดคล้องตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute coronary syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0107	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการสั่งยา Beta-blocker เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute Coronary Syndrome: Percent of Beta-blocker prescribed at discharge	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1.1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 1.2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่ได้รับยา Beta-blocker เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย ACS ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา และ มีการสั่งให้ยา Beta-blocker เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยการอนุญาตให้กลับบ้าน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ ได้รับยา Beta-blocker เมื่อจำหน่าย ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยนับเฉพาะการจำหน่ายมีชีวิตด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I, แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามสอดคล้องตามแนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute coronary syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0108	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการทำ EKG เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute Coronary Syndrome: Average door to EKG time	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1.1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 1.2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ได้รับการทำ EKG เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่ผู้ป่วย ACS มาถึงโรงพยาบาล (ในทุก OPD, ER) จนถึงได้รับการทำ EKG ครั้งแรกของการตรวจรักษา โดยมีหน่วยนับเป็นรายนาที	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพกระบวนการประเมินกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ระยะเวลารวม (นาที) ที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ได้รับการทำ EKG เมื่อมาถึงโรงพยาบาลทุกราย ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวน (คน) ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่มาโรงพยาบาล และได้รับการทำ EKG ทั้งหมด ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9
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	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามสอดคล้องตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute coronary syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0109	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute Coronary Syndrome: Average door to refer time	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1.1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 1.2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อ หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่ผู้ป่วย ACS มาถึงโรงพยาบาล (ในทุก OPD, ER) จนถึงได้รับการส่งต่อ โดยมีหน่วยนับเป็นนาที 3. กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ต้องไม่อยู่ภายใต้ข้อจำกัดเรื่อง โรงพยาบาลปลายทาง/โรงพยาบาลผู้รับส่งต่อ (Refer) กำหนดให้มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบก่อนส่งต่อ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการและกระบวนการประเมิกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ระยะเวลารวม (นาที) ที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการส่งต่อทุกราย ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวน (คน) ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่มาโรงพยาบาล และได้รับการส่งต่อทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	นาที	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามสอดคล้องตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute coronary syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0110	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ที่ได้รับ Primary Percutaneous Coronary Intervention (PPCI) ภายใน 120 นาที หรือ Fibrinolytic Agent ภายใน 30 นาทีเมื่อแรกรับ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute Coronary Syndrome (STEMI): Percent of Primary Percutaneous Coronary Intervention (PCI) given within 120 minutes or received Fibrinolytic agent within 30 minutes of arrival	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ซึ่งต้องให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic Agent) และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI: Percutaneous Coronary Intervention) โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. เป็นผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีข้อจำกัดของการทำ PPCI หรือไม่มีข้อห้ามของการให้ Thrombolytic agent ในการรักษา 3. การได้รับ PPCI ภายใน 120 นาที หรือ Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาที นับตั้งแต่วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล ได้รับการตรวจรักษาที่ ER/OPD และรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้ทำ PPCI หรือได้รับยา Fibrinolytic agent	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพกระบวนการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ที่ไม่มีข้อจำกัดของการทำ PPCI หรือไม่มีข้อห้ามของการให้ Thrombolytic agent ในการรักษาที่รับไว้ในโรงพยาบาล ที่ได้รับ PPCI ภายใน 120 นาที หรือ Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาทีเมื่อแรกรับ ในช่วงไตรมาส (3 เดือน) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ที่ไม่มีข้อจำกัดของการทำ PPCI หรือไม่มีข้อห้ามของการให้ Thrombolytic agent ในการรักษาที่รับไว้ในโรงพยาบาลทั้งหมด ในไตรมาสเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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 แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ปรับเปลี่ยนชื่อและคำนิยามของตัวชี้วัดให้มีความครอบคลุมมากขึ้น โดยคำนิยามครอบคลุมทั้งผู้ที่ได้รับ PCI ภายใน 90 นาที หรือ Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาทีเมื่อแรกเริ่ม อ้างอิงตามหลักฐานวิชาการ โดยข้อเสนอแนะของกรมการแพทย์ ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2564): ปรับเปลี่ยนระยะเวลาการได้รับ PPCI จาก 90 นาที เป็นระยะเวลา 120 นาที อ้างอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute coronary syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0111	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute Coronary Syndrome: Percent of unplanned re-admission within 28 days after last discharge	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1.1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 1.2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) ยกเว้น ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการวางแผนจำหน่ายและการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วย ACS	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีการรับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่จำหน่ายด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (Status=improve) ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I , สปสช.	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามสอดคล้องตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute coronary syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0112	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute coronary syndrome: Average length of stay	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1.1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 1.2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผลรวมของจำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยนับตั้งแต่วันที่รับไว้จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกรายที่จำหน่ายในเดือนนั้น 3. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ทุกสถานะการจำหน่าย	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	
สูตรในการคำนวณ	(a/b)	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุกรายที่จำหน่ายในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่จำหน่ายในเดือนนั้น (คน)
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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	วัน	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามสอดคล้องตามแนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute coronary syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0113	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ที่ได้รับ Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute Coronary Syndrome (STEMI) : Percent of time to Fibrinolytic administration agents within 30 minutes of arrival	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) หมายถึง ผู้ป่วยอายุ ≥ 18 ปี ที่มี principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ซึ่งต้องให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic agent) โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ Thrombolytic agent ในการรักษา 3. การได้รับ Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาที นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ ER/OPD และรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา Fibrinolytic agent	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพกระบวนการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ Thrombolytic agent ในการรักษา ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ที่ได้รับยา Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาทีเมื่อแรกรับในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ Thrombolytic agent ในการรักษา ที่รับไว้ในโรงพยาบาลทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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 2564
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): ปรับเปลี่ยนชื่อและคำนิยามของตัวชี้วัด จาก Thrombolytic Agents เป็น Fibrinolytic Agents เพื่อให้สอดคล้องกับ ACCF/AHA ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามสอดคล้องตามแนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษา ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Acute coronary syndrome (ACS)	
รหัสตัวชี้วัด	DH0114	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายใน 28 วัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute coronary syndrome: Percent of total re-admission into the hospital within 28 days	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1.1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 1.2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายใน 28 วัน หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) ยกเว้นผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการวางแผนจำหน่ายและการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีการรับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายภายใน 28 วันทั้งหมดในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่จำหน่ายด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (Status=improve) ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9
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	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามสอดคล้องตามแนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563	
หมายเหตุ	ตัวชี้วัดนี้เปิดใช้งานสำหรับการเทียบเคียง ปีงบประมาณ 2565 เป็นปีสุดท้าย เสนอแนะให้โรงพยาบาลทบทวนกระบวนการและเลือกใช้ “ตัวชี้วัด DH0111 ร้อยละการ	



	รับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (unplanned re-admission)” ซึ่งมีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพมากกว่า
--	---



ประเภท DH02 Coronary artery disease

หมวดตัวชี้วัด		Cardiovascular disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด		Coronary artery disease
รหัสตัวชี้วัด		DH0201
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ Coronary Artery Bypass Graft (CABG)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Coronary Artery Bypass Graft (CABG): Percent of mortality
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยที่ทำ CABG หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาด้วยการทำ CABG จากทุกหอผู้ป่วยใน โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ CABG หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ทำ CABG
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CABG แล้วเสียชีวิต
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CABG แล้วจำหน่ายทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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		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	Coronary artery disease	
รหัสตัวชี้วัด	DH0202	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัด Coronary Artery Bypass Graft (CABG)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Coronary Artery Bypass Graft (CABG): Percent of patient who received antibiotic prophylaxis	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยที่ทำ CABG หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาด้วยการทำ CABG โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัด CABG หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัด (กรณีเป็นการให้ยาแบบ IV drip ให้เริ่มนับเวลาเมื่อ drip ยาหมด)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด CABG	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัด CABG ที่ได้รับ prophylactic antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัดในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัด CABG ทั้งหมดในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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	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	อัตราการติดเชื้อ 0.23- 5.67	

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular Disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Coronary artery disease	
รหัสตัวชี้วัด	DH0203	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการติดเชื้อแผลผ่าตัด Coronary Artery Bypass Graft (CABG)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Coronary Artery Bypass Graft (CABG): Percent of surgical site Infection	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยที่ทำ CABG หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาด้วยการทำ CABG โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG หมายถึง เฉพาะการติดเชื้อครั้งแรกของแผลผ่าตัด CABG ภายในช่วงระยะเวลา 30 วันหลังการผ่าตัด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัด CABG	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัด CABG ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Procedure = 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19 <u>และ</u> 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	ค่ายิ่งน้อย = 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 วัน ตาม CDC Definition of HAI Surveillance แยกระยะเวลาการติดตามออกตามความลึกของการติดเชื้อ ถ้าเป็น Superficial SSI จะตาม 30 วัน ถ้าเป็น Deep SSI และ organ/space SSI จะตาม 90 วัน	
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Coronary artery disease	
รหัสตัวชี้วัด	DH0204	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ CABG ภายใน 30 วันหลังรับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรก	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Coronary Artery Bypass Graft (CABG): percent of 30 - day hospital mortality	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยที่ทำ CABG หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principle diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) จากทุกหอผู้ป่วย โดยเป็นการ admit ครั้งแรกหลังทำหัตถการ โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2) การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ CABG ภายใน 30 วันหลังเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ภายในระยะเวลา 30 วัน ทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นับจากวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรก ยกเว้นเป็นการเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกิดจากอุบัติเหตุ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG)	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CABG ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุภายในระยะเวลา 30 วัน ทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ยกเว้นเป็นการเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกิดจากอุบัติเหตุ) นับจากวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรก ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CABG ทั้งหมดในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี	
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2562	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ	โรงพยาบาลเก็บข้อมูลโดยการติดตามสถานะของผู้ป่วยหลังจากวัน Admit ในโรงพยาบาล 30 วัน ด้วยวิธีการ เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ การตรวจสอบกับฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ เป็นต้น	

ประเภท DH03 Heart Failure

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)	
ประเภทตัวชี้วัด	Heart failure	
รหัสตัวชี้วัด	DH0301	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยในที่มีหัวใจล้มเหลวที่เป็น Heart Failure Reduced Ejection Fraction (HFREF) ได้รับยา Angiotensin II Converting Enzyme inhibitors (ACEIs) หรือ Angiotensin II Receptor Blockers (ARBs) หรือ Mineralocorticoid Receptor Antagonists (MRA)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Heart failure: Percent of patient with Heart Failure Reduced Ejection Fraction (HFREF) received Angiotensin II Converting Enzyme inhibitors (ACEIs) or Angiotensin II Receptor Blockers (ARBs) or Mineralocorticoid Receptor Antagonists (MRA)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Heart failure หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหัวใจล้มเหลว โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วย Heart Failure Reduced Ejection Fraction (HFREF) หมายถึง ผู้ป่วย Heart failure ที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง echocardiogram แล้วพบว่ามี LVEF < 40% (โรงพยาบาลต้องมีเครื่อง echocardiogram) 3. เป็นผู้ป่วย HFREF ที่ไม่มีข้อห้าม หรือข้อจำกัด (ผู้ป่วยแพ้ยา, ผู้ป่วยโรคหอบหืด, ผู้ป่วยที่มีการเต้นหัวใจช้ากว่า 50 ครั้งต่อนาที, และความดันโลหิต Systolic ต่ำกว่า 90 mmHg ของการให้น้ำ และได้รับ ACE inhibitors หรือ ARBS หรือ MRA ในการรักษา)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์และประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย Heart failure	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย HFREF ที่ได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARBS หรือ MRA ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย HFREF ที่ไม่มีข้อห้าม หรือข้อจำกัดในการให้น้ำ ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I50 ที่ได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARBS หรือ MRA
	ตัวหาร	Pdx = I50 ที่ไม่มีข้อห้าม หรือข้อจำกัดในการให้น้ำ
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	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. Circulation. 2012; 125: 2382-2401. 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)	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่สูบบุหรี่ ได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่ ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Heart failure: Percent of smoking cessation advice given	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Heart failure หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหัวใจล้มเหลว โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การแนะนำให้อดหรือเลิกบุหรี่ หมายถึง การให้คำแนะนำ/การปรึกษา ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อภาวะของโรคที่เป็น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีประวัติสูบบุหรี่ภายใน 1 ปี ก่อนการได้รับการตรวจรักษาและรับไว้ในโรงพยาบาล อดหรือเลิกบุหรี่	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย Heart failure	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Heart failure ที่สูบบุหรี่ที่ได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Heart failure ที่สูบบุหรี่ทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาล ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I50
	ตัวหาร	Pdx = I50
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 มีระดับ INR ตามเป้าหมายการรักษา	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Atrial fibrillation (AF): Percent of patient received Warfarin within target dose	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Atrial fibrillation หมายถึงผู้ป่วยที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรค Atrial Fibrillation โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้วันที่มาตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือ Warfarin Clinic 2. เป็นผู้ป่วย Atrial fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยานี้ และ ได้รับยา Warfarin ในการรักษา 3. ค่า INR ระดับเป้าหมาย หมายถึง ค่าอัตราส่วนของ PT ของผู้ป่วย Atrial fibrillation ต่อผู้ป่วยปกติอยู่ในช่วง 2-3 ตามเป้าหมายการรักษา 4. ผู้ป่วย AF ที่ได้รับยา Warfarin มีระดับตามเป้าหมายการรักษา หมายถึง ผู้ป่วย AF ที่ได้รับยา Warfarin ที่มีค่า INR ระดับเป้าหมาย ในทุกครั้งของการตรวจรักษา ในไตรมาส	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์และประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย Atrial fibrillation	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Atrial fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยานี้ และได้รับยา Warfarin ที่มารับการรักษา และ มีค่า INR ระดับเป้าหมาย ในทุกครั้งของการตรวจรักษา ในไตรมาส
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Atrial fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยานี้ และได้รับยา Warfarin ที่มารับการรักษาทั้งหมดในไตรมาสเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I480, I481, I482, I483, I484, I489
	ตัวหาร	Pdx = I480, I481, I482, I483, I484, I489
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	กรมการแพทย์/ 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 2563	

เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2560): ขยายความนิยาม “ผู้ป่วย AF ที่ได้รับยา Warfarin มีระดับตามเป้าหมายการรักษา หมายถึง ผู้ป่วย AF ที่ได้รับยา Warfarin ที่มีค่า INR ระดับเป้าหมายในทุกครั้งของการตรวจรักษาในไตรมาสนั้น” เพื่อให้มีความชัดเจนในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปฏิบัติการ ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2563): ปรับรหัสโรค/รหัสหัตถการ ให้มีความสอดคล้องเป็นปัจจุบัน
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)	Atrial fibrillation (AF): Percent of major bleeding (intracranial hemorrhage and hemorrhage need blood transfusion)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Atrial fibrillation หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรค Atrial Fibrillation โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD9 ดังที่ระบุไว้ในวันที่มาตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือ Warfarin Clinic 2. เป็นผู้ป่วย Atrial fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยานี้ และได้รับยา Warfarin ในการรักษา 3. การเกิด adverse event หมายถึง Major bleeding (intracranial hemorrhage and hemorrhage need blood transfusion)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์และประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย Atrial fibrillation	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Atrial fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยานี้และได้รับยา Warfarin ที่เกิด adverse event ในไตรมาสนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Atrial fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยานี้และได้รับยา Warfarin ในการรักษาทั้งหมด ในช่วงไตรมาสเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I480, I481, I482, I483, I484, I489
	ตัวหาร	Pdx = I480, I481, I482, I483, I484, I489
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	กรมการแพทย์/ 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 2563	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2563): ปรับรหัสโรค/รหัสหัตถการ ให้มีความสอดคล้องเป็นปัจจุบัน	
หมายเหตุ		

หมวด DN: Neurovascular disease (N)

ประเภท DN01 Stroke

หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke	
รหัสตัวชี้วัด	DN0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke: Percent of mortality	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Stroke หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย Stroke 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย Stroke	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ของผู้ป่วย Stroke จากทุกหอผู้ป่วยใน เดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะ ของผู้ป่วย Stroke จากทุกหอผู้ป่วยในช่วง เดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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 และปรับเกณฑ์วัดระดับฯ ตามค่าข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด		Neurovascular disease
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		DN0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) ภายใน 2 วัน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Ischemic Stroke: Percent of patient receiving Antiplatelet within 2 days of hospital admission
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคสมองขาดเลือด ที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การได้รับยาต้านเกล็ดเลือด หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการให้ Antiplatelet drugs ภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ (นับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงเวลาที่ได้รับยา) 3. ผู้ป่วยในที่เข้าเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 2-120 วัน ซึ่งไม่อยู่ในสถานะประคับประคองระยะสุดท้าย หรือถูกคัดเลือกเข้า โครงการวิจัยทางคลินิก หรือ Admit เพื่อทำการผ่าตัดหลอดเลือดแดงคาโรติดแบบไม่ เร่งด่วน หรือไม่ใช่ผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านภาวะแข็งตัวของเลือดทางหลอดเลือดภายใน 24 ชั่วโมงก่อนมาถึง โรงพยาบาล หรือไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีหลักฐานว่ามีเหตุผลอันสมควรที่ไม่ได้รับ ยาด้านเกล็ดเลือดภายใน 2 วัน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย Ischemic stroke
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับยาด้านเกล็ดเลือด ภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิด อาการ 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 ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท ปี 2555-2558
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) : เพิ่มแหล่งอ้างอิงและที่มา จากศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke	
รหัสตัวชี้วัด	DN0103	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับการสั่งยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) หรือยาต้านภาวะแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Ischemic Stroke: Percent of Antiplatelet or Anticoagulant therapy prescribed at discharge	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การได้รับยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านภาวะแข็งตัวของเลือด ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับ Antiplatelet or Anticoagulant Drugs ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยนับเฉพาะการจำหน่ายมีชีวิตด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (improve) 3. ผู้ป่วยในที่เข้าเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยใน อายุ ≥ 18 ปีที่รับไว้ในโรงพยาบาล นานไม่เกิน 120 วัน ซึ่งไม่อยู่ในการประคับประคองระยะสุดท้ายหรือถูกคัดเลือกเข้าโครงการวิจัย หรือ admit เพื่อทำการผ่าตัดหลอดเลือดแดงคาโรติดแบบไม่เร่งด่วน หรือไม่ใช้ผู้ป่วยที่มีหลักฐานว่ามีเหตุผลอันสมควรที่ไม่ให้ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยากันเลือดเป็นลิ่มขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย Ischemic stroke	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Ischemic stroke ที่ได้รับ Antithrombotic drugs ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในช่วงเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Ischemic stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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 ศูนย์ข้อมูลระบบประสาทปี 2555-2558	
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): ปรับความชัดเจนของนิยาม พร้อมกำหนดค่าเป้าหมายและเกณฑ์วัดระดับฯ ตามค่าข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke	
รหัสตัวชี้วัด	DN0104	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกหรือหัวใจห้องบนเต้นระริวได้รับยาต้านภาวะแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Ischemic Stroke: Percent of patient with Atrial fibrillation/flutter receiving Anticoagulation therapy	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การได้รับยาต้านภาวะแข็งตัวของเลือด หมายถึง การให้ Anticoagulant ในการรักษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกหรือหัวใจห้องบนเต้นระริว ที่รับไว้ในโรงพยาบาล นานไม่เกิน 120 วัน ไม่อยู่ในการประทับประคองระยะสุดท้าย หรือถูกคัดเลือกเข้าโครงการวิจัยหรือ admit เพื่อทำการผ่าตัดหลอดเลือดแดงคาโรติดแบบไม่เร่งด่วน หรือไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีหลักฐานว่ามีเหตุผลอันสมควรที่ไม่ให้ยากันเลือดเป็นลิ่ม และให้ยาในขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยนับเฉพาะการจำหน่ายที่มีชีวิตด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (improve)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย Stroke	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่มีภาวะ AF or A-flutter และได้รับการบำบัดด้วย Anticoagulant ในช่วงเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่มีภาวะ AF or A-flutter ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I63 Sdx = I48, I489
	ตัวหาร	Pdx = I63 Sdx = I48, I489
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สมาคมหลอดเลือดสมองไทย, ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2563	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2563): ปรับรหัสโรค/รหัสหัตถการ ให้มีความสอดคล้องเป็นปัจจุบัน	
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke	
รหัสตัวชี้วัด	DN0105	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรู้ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke: Percent of patients who were given stroke education during their hospital stay	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การได้รับความรู้ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดสมองแตก หรือผู้ดูแล ได้รับคำแนะนำ/ความรู้ ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ การแจ้งระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน การมาตรวจติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยาที่ได้รับขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งอาการเตือนและอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย Stroke	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงเดือนนั้น ที่ได้รับความรู้ขณะอยู่ในโรงพยาบาล
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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 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 “การได้รับความรู้” ไม่จำเป็นต้องระบุว่าครบทั้ง 5 หัวข้อ เพราะอาจให้ครอบคลุมมากกว่านั้น” กำหนดค่าเป้าหมายและเกณฑ์ฯ ตามศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke	
รหัสตัวชี้วัด	DN0106	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินและได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพภายใน 72 ชั่วโมง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke: Percent of treatment, physiotherapy or rehabilitation in stroke or paralytic syndrome within 72 hours	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภายใน 72 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วย Stroke ซึ่งไม่มีภาวะที่คุกคามชีวิตแล้ว ได้รับการประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูและได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และให้กลับมาช่วยตัวเองได้มากที่สุด ภายใน 72 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล	
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/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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 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 2560	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับเพิ่มนิยามการประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูภายใน 72 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2560): ปรับชื่อตัวชี้วัดให้มีความสอดคล้องกับนิยาม จากเดิม “อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ” เป็น “อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ และได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภายใน 72 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล” ตามข้อเสนอของชุมชนนักปฏิบัติ THIP	
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke	
รหัสตัวชี้วัด	DN0107	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเดิม ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke: Percent of unplanned re-admission of stroke within 28 days	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	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 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง ผู้ป่วย Stroke ที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน 3. การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายมีชีวิตออกจากโรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Stroke ที่เป็นผู้ป่วยใน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองเดิม โดยไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วันหลังออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	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 2 และปรับเกณฑ์วัดระดับฯ ตามค่าข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke	
รหัสตัวชี้วัด	DN0108	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ด้วยทุกสาเหตุ ภายใน 28 วัน (total re-admit)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke: Percent of total re-admission of stroke with any cause within 28 days	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Stroke หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ทั้งหมดภายใน 28 วัน หมายถึง ผู้ป่วย Stroke ที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ทั้งหมด 3. การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายทุกประเภทด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Stroke ที่เป็นผู้ป่วยในในภาพรวมโดยเฉพาะการเตรียมพร้อมจำหน่ายเพื่อสร้างศักยภาพในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยที่บ้าน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Stroke ทั้งหมดที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาล ใน 28 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในเดือนก่อนหน้านั้น (จำหน่ายทุกประเภทด้วยโรคหลอดเลือดสมอง)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	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 2 และปรับเกณฑ์วัดระดับฯ ตามค่าข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	
หมายเหตุ	ตัวชี้วัดนี้เปิดใช้งานสำหรับการเทียบเคียง ปีงบประมาณ 2565 เป็นปีสุดท้าย เสนอแนะให้โรงพยาบาลทบทวนกระบวนการและเลือกใช้ “ตัวชี้วัด DN0107 ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเดิม ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (unplanned re-admission)” ซึ่งมีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพมากกว่า	



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke	
รหัสตัวชี้วัด	DN0109	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย Stroke	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Stroke: Average length of Stay	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	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 2. ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วย Stroke หมายถึง ผลรวมของจำนวนวันนอนที่ผู้ป่วย Stroke นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยนับตั้งแต่วันที่รับไว้จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกรายที่จำหน่ายในเดือนนั้น ทหารด้วยจำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเดือนนั้น 3. ผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกสถานะการจำหน่าย	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษผู้ป่วยโรค Stroke	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วย Stroke ทุกรายที่จำหน่ายในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวน (คน) ผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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) ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท ปี 2557	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I , ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับลดค่าเป้าหมายจาก 7 เป็น 6 และปรับเกณฑ์วัดระดับฯ ตามค่าข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2564): ปรับรายละเอียดนิยามระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วย Stroke ให้ชัดเจน	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Stroke	
รหัสตัวชี้วัด	DN0110	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic agents ภายใน 60 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Ischemic Stroke: Percent of time to thrombolytic administration agents within 60 minutes of arrival	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Ischemic Stroke หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบหรืออุดตัน โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic agents ภายใน 60 นาทีเมื่อแรกรับ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา และ ได้รับ Thrombolytic agents ในการรักษาภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ ER/OPD และรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา (door to needle time)	
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/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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 และปรับลดค่าเป้าหมายจากมากกว่าร้อยละ 95 เป็นมากกว่าร้อยละ 65 โดยปรับเกณฑ์วัดระดับฯ ตามค่าข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ในปี 2557-2558	
หมายเหตุ		

ประเภท DN03 Head injury

หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Head injury	
รหัสตัวชี้วัด	DN0301	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy โดยมีสาเหตุจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Head Injury: Percent of unplanned re-admission of Craniotomy within 28 days	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งจำเป็นต้องได้รับการทำ Craniotomy โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ภายใน 28 วัน หมายถึง ผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน 3. การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่จำหน่ายมีชีวิตออกจากโรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status = improve) ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน ที่ทำ Craniotomy	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 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
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		



หมวดตัวชี้วัด	Neurovascular disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Head injury	
รหัสตัวชี้วัด	DN0302	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง หลังการบาดเจ็บ (เฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Head Injury: Percent of mortality within 48 hours	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Head Injury หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคของการบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเกิดจากแรงที่เข้ามากระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะกะโหลกศีรษะ และ สมอง กับเส้นประสาทสมอง (อ้างอิงนิยามจากแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม โดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย) โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การป่วยตายจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (เฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง) หมายถึง การตายจากทุกสาเหตุภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ	
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/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
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)	ร้อยละการผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Intracranial injury	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Head Injury: Percent of patient underwent craniotomy for Intracranial injury	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Intracranial Injury หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคของการบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่มีการแตกเลือดหรือมีความผิดปกติภายในกะโหลกศีรษะ โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. Intracranial injury Craniotomy หมายถึง การผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการแตกเลือดหรือมีความผิดปกติภายในกะโหลกศีรษะซึ่งต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรค Head injury	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Intracranial injury ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Intracranial injury ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Craniotomy ภายใน 28 วัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Head injury: Percent of total re-admission into the hospital within 28 days of craniotomy patients	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งจำเป็นต้องได้รับการทำ Craniotomy โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ภายใน 28 วันทั้งหมด หมายถึง ผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ทั้งหมด 3. การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกประเภท ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษตามแผน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Craniotomy ที่เป็นผู้ป่วยใน ในภาพรวม	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Craniotomy ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลทั้งหมด ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Craniotomy ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในเดือนก่อนหน้านั้น (จำหน่ายทุกประเภท)
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
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ	ตัวชี้วัดนี้เปิดใช้งานสำหรับการเทียบเคียง ปีงบประมาณ 2565 เป็นปีสุดท้าย เสนอแนะให้โรงพยาบาลทบทวนกระบวนการและเลือกใช้ “ตัวชี้วัด DN0301 ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy โดยมีสาเหตุจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (unplanned re-admission)” ซึ่งมีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพมากกว่า	

หมวด DR: Respiratory disease (R)

ประเภท DR01 Pneumonia

หมวดตัวชี้วัด	Respiratory disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Pneumonia	
รหัสตัวชี้วัด	DR0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดบวม	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Pneumonia: Percent of mortality after hospital admission	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Pneumonia หมายถึง ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุซึ่งอยู่ในสถานะผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอักเสบหรือปอดบวม หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การเสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดบวม หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มี Principal Diagnosis (Pdx) ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็นโรคปอดบวม <u>และ</u> มีสาเหตุการตายจากโรคโรคปอดบวม ซึ่งอยู่ในสถานะผู้ป่วยใน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรคปอดบวม	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดบวม จากทุกหอผู้ป่วย
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคปอดบวม (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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	ค่าอย่างน้อย = 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)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดบวมภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Pneumonia: Percent of unplanned re -admission within 28 days after last discharge	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Pneumonia หมายถึง ผู้ป่วยใน อายุ ≥ 18 ปี (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอักเสบหรือปอดบวม โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดบวมภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) ยกเว้น ผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการวางแผนจำหน่ายและการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยปอดบวม	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีการรับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดบวมที่จำหน่ายด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (Status=improve) ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	Australia, สปสช.	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับชื่อตัวชี้วัด นิยาม และการเก็บข้อมูล โดยเปลี่ยนจาก “ภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล” เป็น “ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน” ซึ่งมีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพมากกว่า	
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Pneumonia	
รหัสตัวชี้วัด	DR0103	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ได้รับการแนะนำให้สูดหรือเลิกบุหรี่ ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Pneumonia: Percent of smoking cessation advice given	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Pneumonia หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอักเสบหรือปอดบวม โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การแนะนำให้สูดหรือเลิกบุหรี่ หมายถึง การให้คำแนะนำ/การปรึกษาให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อภาวะของโรคที่เป็น แก่ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีประวัติสูบบุหรี่ภายใน 1 ปีก่อนได้รับการตรวจรักษาในขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสูดหรือเลิกบุหรี่	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรคปอดบวม	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดบวมที่สูบบุหรี่ที่ได้รับการแนะนำให้สูดหรือเลิกบุหรี่
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดบวมที่สูบบุหรี่ทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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)	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในช่วง 12 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	TB: Percent of mortality during 12 months	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรควัณโรคปอด โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคลงอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในช่วง 12 เดือน หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอพบเชื้อรายใหม่ ที่อยู่ระหว่างการรักษาวัณโรค ภายในช่วงเวลา 12 เดือนของการรักษา 3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอพบเชื้อรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการตรวจเสมหะและพบเชื้อวัณโรคซึ่งเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษา	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อรายใหม่ ที่เสียชีวิตในระหว่างการรักษาในช่วง 12 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอพบเชื้อรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา (ในรอบปีงบประมาณเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A15, A16 และ เสียชีวิตในระหว่างการรักษาในช่วง 12 เดือน
	ตัวหาร	Pdx = A15, A16 และ เสมหะพบเชื้อรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = 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)	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	TB: Percentage of people living with HIV having a TB screening	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นผู้ป่วย/ ผู้ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยโดยมีผลการตรวจเลือดยืนยันแล้วว่า HIV Positive โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การคัดกรองวัณโรคปอด (Pulmonary TB) หมายถึง การกระทำในข้อใดข้อหนึ่ง และ/หรือทุกข้อ ดังนี้ (1) การซักประวัติอาการทางคลินิก หรือความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค เช่น มีอาการไข้ ไอ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดเหงื่อออกในเวลากลางคืน ติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์ มีประวัติรักษาวัณโรคมาก่อน เคยอาศัยใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคมาก่อน เคยมีประวัติต้องขังมาก่อน เป็นต้น (2) ตรวจ CXR (3) ตรวจเสมหะ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพกระบวนการตรวจคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบปีงบประมาณ
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและไม่อยู่ในระหว่างการรักษาวัณโรค (ในรอบปีงบประมาณเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (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)	ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัณโรค	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	TB: Percent of treatment success	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรควัณโรคปอดโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค เป็นการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษาทุกรายย้อนหลัง 1 ปี (12 เดือน) ซึ่งประกอบด้วยจำนวนการรักษาหาย (cure) และจำนวนการรักษากรบ (complete) รวมกันเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อรายใหม่ที่ยื่นทะเบียน 3. การรักษาหาย (cure) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการรักษาจนครบกำหนด และในระหว่างการรักษามีผลการตรวจเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ อย่างน้อย 2 ครั้ง โดยเน้นมีการตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการรักษาเปลี่ยนเป็นลบด้วย 4. การรักษากรบ (complete) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ที่ได้รับการรักษาจนครบกำหนด ในระหว่างการรักษามีผลการตรวจเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ แต่ไม่มีผลภาตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการรักษา	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดพบเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายรวมกับการรักษากรบ
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดพบเชื้อรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนรักษา (ในรอบปีงบประมาณเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A15, A16
	ตัวหาร	Pdx = A15, A16
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สธ., สปสช.	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	ค่านิยามและวิธีการเก็บตัวชี้วัด ให้อ้างอิงจาก สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค	

หมวดตัวชี้วัด	Respiratory disease	
ประเภทตัวชี้วัด	TB (Mycobacterium tuberculosis)	
รหัสตัวชี้วัด	DR0204	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการตรวจคัดกรอง HIV	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	TB: Percent of TB having a HIV screening	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรควัณโรคปอดโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การคัดกรอง HIV หมายถึง การคัดกรองภาวะการติดเชื้อเอชไอวี โดยผ่านระบบ Voluntary Counseling and testing (VCT) หรือปัจจุบันอาจใช้ DCT (diagnosis counseling and testing) PICT (Provider induce counseling and testing)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการคัดกรอง HIV ทั้งโดยวิธี VCT, DCT, PICT
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมด (ในรอบปีงบประมาณเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A15, A16
	ตัวหาร	Pdx = A15, A16
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค	
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)	ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกได้รับการรักษาด้วย Antiretroviral therapy (ART)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	TB: Percent of HIV-positive TB patients started on Antiretroviral therapy (ART)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรควัณโรคปอดโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยที่มีผลเลือดเอชไอวีบวก หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นผู้ป่วย/ผู้ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยโดยมีผลการตรวจเลือดยืนยันแล้วว่า HIV positive หรือมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรค B20-B24, Z21 3. การรักษาด้วย Antiretroviral therapy (ART) หมายถึง การที่ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาโดยการกินยาต้านไวรัสสูตรใดสูตรหนึ่งมานาน มากกว่า 6 เดือน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกทั้งหมด (ในรอบปีงบประมาณเดียวกัน)
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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 ปีละครั้ง (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		

ประเภท DR03 Asthma

หมวดตัวชี้วัด	Respiratory disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Asthma	
รหัสตัวชี้วัด	DR0301	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Asthma ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Asthma: Percent of unplanned re-admission within 28 days after last discharge	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Asthma หมายถึง ผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหืด โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การรับผู้ป่วย Asthma กลับเข้าโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง การที่ผู้ป่วย Asthma กลับมารับการตรวจรักษาโดยไม่ได้วางแผน ภายหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) (ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษตามแผน) ภายใน 28 วัน และต้องรับกลับเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Asthma ที่เป็นผู้ป่วยในในภาพรวม	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่จำหน่ายด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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, สปสช.	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Respiratory disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Asthma	
รหัสตัวชี้วัด	DR0302	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วย Asthma ได้รับคำแนะนำให้ลดหรือเลิกบุหรี่ ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Asthma: Percent of smoking cessation advice given	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Asthma หมายถึง ผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหืด โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การแนะนำให้ลดหรือเลิกบุหรี่ หมายถึง การให้คำแนะนำ/การปรึกษา ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อภาวะของโรคที่เป็น แก่ผู้ป่วย Asthma ที่มีประวัติสูบบุหรี่ภายใน 1 ปีก่อนการได้รับการตรวจรักษาในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยลดหรือเลิกบุหรี่	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Asthma ที่เป็นผู้ป่วยในในภาพรวม	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่สูบบุหรี่ได้รับการแนะนำให้ลดหรือเลิกบุหรี่
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J45, J46
	ตัวหาร	Pdx = J45, J46
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สธ., สปสช.	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Respiratory disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Asthma	
รหัสตัวชี้วัด	DR0303	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Asthma ภายใน 28 วัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Asthma: Percent of total re-admission into the Hospital within 28 days after last discharge	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Asthma หมายถึง ผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหืด โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรค Asthma ภายใน 28 วัน ทั้งหมดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Asthma ที่เป็นผู้ป่วยในในภาพรวม	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลทั้งหมด ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	ตัวชี้วัดนี้เปิดใช้งานสำหรับการเทียบเคียง ปีงบประมาณ 2565 เป็นปีสุดท้าย เสนอแนะให้โรงพยาบาลทบทวนกระบวนการและเลือกใช้ “ตัวชี้วัด DR0301 ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Asthma ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (unplanned re-admission)” ซึ่งมีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพมากกว่า	

ประเภท DR04 COPD

หมวดตัวชี้วัด	Respiratory disease	
ประเภทตัวชี้วัด	COPD	
รหัสตัวชี้วัด	DR0401	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	COPD: Percent of unplanned re-admission into the hospital within 28 days after last discharge	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย COPD หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การรับผู้ป่วย COPD กลับเข้าโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง การที่ผู้ป่วย COPD กลับมารับการตรวจรักษาโดยไม่ได้วางแผน ภายหลังจากที่จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status = improve) (ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษตามแผน) ภายใน 28 วัน และต้องรับกลับเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COPD ที่เป็นผู้ป่วยในในภาพรวม	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย COPD ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย COPD ที่จำหน่ายด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J44
	ตัวหาร	Pdx = J44
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		

หมวดตัวชี้วัด	Respiratory Disease	
ประเภทตัวชี้วัด	COPD	
รหัสตัวชี้วัด	DR0402	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	COPD: Percent of total re-admission into the hospital within 28 days after last discharge	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย COPD หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรค COPD ภายใน 28 วัน ทั้งหมดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COPD ที่เป็นผู้ป่วยในในภาพรวม	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย COPD ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลทั้งหมด ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย COPD ที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J44
	ตัวหาร	Pdx = J44
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	ตัวชี้วัดนี้เปิดใช้งานสำหรับการเทียบเคียง ปีงบประมาณ 2565 เป็นปีสุดท้าย เสนอแนะให้โรงพยาบาลทบทวนกระบวนการและเลือกใช้ “ตัวชี้วัด DR0401 ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (unplanned re-admission)” ซึ่งมีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพมากกว่า	



หมวดตัวชี้วัด	Respiratory disease	
ประเภทตัวชี้วัด	COPD	
รหัสตัวชี้วัด	DR0403	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	COPD: Percent of mortality	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย COPD หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย COPD หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย COPD ที่มี Pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็น COPD และมีสาเหตุการตายจากโรค COPD 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกกรณี	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COPD	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย COPD จากทุกหอผู้ป่วย
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย COPD จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J44
	ตัวหาร	Pdx = J44
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	Respiratory disease	
ประเภทตัวชี้วัด	COPD	
รหัสตัวชี้วัด	DR0404	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	COPD: Percent of patient with ongoing smoking	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่อยู่ หรือ เลิกบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่เกิน 12 เดือน 2) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพ ของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ หรือ เลิกบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่เกิน 12 เดือน (คน)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ทั้งหมด (คน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J44
	ตัวหาร	Pdx = J44
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
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: Percent of good controlled of blood sugar				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก ≥ 2 ครั้งใน 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน 1 ปี โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ ดังนี้ (1) ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ 7 หรือ (2) ค่าระดับ Fasting plasma glucose (FPG) 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน 70-130 มก./ดล. โดยเป็นค่าระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจติดตามในคลินิกเบาหวานตามนัด หมายเหตุ ในการตรวจติดตาม อาจใช้ Fasting Capillary glucose แทน FPG ได้				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td><td>a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในครึ่งปี (6 เดือน)</td></tr> <tr> <td>ตัวหาร</td><td>b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด (ในครึ่งปีเดียวกัน)</td></tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในครึ่งปี (6 เดือน)	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด (ในครึ่งปีเดียวกัน)
ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในครึ่งปี (6 เดือน)				
ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด (ในครึ่งปีเดียวกัน)				
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	<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	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)				
หน่วยวัด	ร้อยละ				
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 				
ที่มา/ Reference	กระทรวงสาธารณสุข				
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557				
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด					
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ตัดนิยามคำว่า “Principal diagnosis และ/หรือ pdx” ออก เนื่องจาก การลงรหัส ICD-10 ของผู้ป่วยนอก ในบริบทประเทศไทยผู้ป่วยจะมารับการรักษาด้วยโรคร่วมหลายโรค โดยอาจจะไม่ได้ระบุให้เบาหวานเป็นโรคหลักเท่านั้น				
หมายเหตุ	ตัวชี้วัดนี้เปิดใช้งานสำหรับการเทียบเคียง ปีงบประมาณ 2565 เป็นปีสุดท้าย เสนอแนะให้โรงพยาบาลทบทวนกระบวนการและเลือกใช้ “ตัวชี้วัด DR0108 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี” ซึ่งมีการปรับนิยามให้สอดคล้องกับหลักฐานวิชาการเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน				

หมวดตัวชี้วัด	Chronic disease	
ประเภทตัวชี้วัด	DM	
รหัสตัวชี้วัด	DC0103	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	DM: Percent of diabetic retinopathy screening	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก ≥ 2 ครั้งใน 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน 1 ปี โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างละเอียด โดยจักษุแพทย์ หรือคัดกรองด้วย Fundus Camera อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งต่อปี (คน)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีเดียวกัน (คน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10, E11, E12, E13, E14
	ตัวหาร	E10, E11, E12, E13, E14
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	กระทรวงสาธารณสุข, Service Plan สาขาทา, Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับแก้ไขชื่อภาษาอังกฤษ เพิ่มความชัดเจนของนิยามข้อมูลที่จัดเก็บ ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2559): ตัดนิยาม คำว่า “Principal diagnosis และ/หรือ Pdx” ออก เนื่องจาก การลงรหัส ICD-10 ของผู้ป่วยนอก ในบริบทประเทศไทยผู้ป่วยจะมารับการรักษาด้วยโรคร่วมหลายโรค โดยอาจจะไม่ได้ระบุให้เบาหวานเป็นโรคหลักเท่านั้น	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Chronic disease	
ประเภทตัวชี้วัด	DM	
รหัสตัวชี้วัด	DC0107	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	DM: Percent of lower-extremity amputation among patients with diabetes	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มี Principal diagnosis (pdx) เป็นโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งมีการตรวจติดตามในคลินิก ≥ 2 ครั้งใน 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน 1 ปี โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การตัดขาจากภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ได้จนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการตัดขา 3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดขา หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาของโรงพยาบาลซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนจนจำเป็นต้องตัดขา โดยนับรวมทั้งรายที่ผ่าตัดเองและรายที่ส่งไปเพื่อรับการผ่าตัดที่ รพ.อื่น (กรณี ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเพื่อทำการผ่าตัด ให้นับเป็นยอดผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดขา ของโรงพยาบาล ผู้ส่ง Refer โดยไม่นับเป็นยอดของโรงพยาบาล ผู้รับ Refer มาเพื่อทำการผ่าตัด)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งหมด
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาของโรงพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = E10, E11, E12, E13, E14 and Procedure = 84.10 - 84.19
	ตัวหาร	Pdx = E10, E11, E12, E13, E14
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	DM	
รหัสตัวชี้วัด	DC0108	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	DM: Percent of good controlled of blood sugar in adult	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ หมายถึง ผู้ป่วยอายุ ≥ 18 ปี ในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งมารับการตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายสถานพยาบาล ≥ 2 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่มีระดับผลการตรวจ HbA1c อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ตามกลุ่มอายุ ในช่วงเวลาที่ประเมิน ดังนี้ 2.1 ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ อายุ < 60 ปี: มีค่าระดับ HbA1c ครั้งล่าสุดภายใน 6 เดือน ≤ 7 mg% 2.2 ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ อายุ ≥ 60 ปี: มีค่าระดับ HbA1c ครั้งล่าสุด ≤ 8 mg% 3. ตัวชี้วัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามมาตรฐานโดยใช้ HbA1c ผ่านกลไกการเทียบเคียงตัวชี้วัด โดยแนะนำให้ตรวจอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หากไม่มีผลการตรวจ HbA1c ครั้งล่าสุดในช่วงเวลา 6 เดือนที่ประเมินติดตาม ให้ยังคงนับผู้ป่วยรายที่ไม่ปรากฏผลการตรวจ HbA1c รวมอยู่ในตัวหาร และแปลผลตัวชี้วัดที่ไม่ปรากฏผลตรวจเป็นผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้ใหญ่	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนดในช่วงเวลา 6 เดือน (ครั้งปี)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมดในช่วงเวลาครั้งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10, E11, E12, E13, E14
	ตัวหาร	E10, E11, E12, E13, E14
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครั้งปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2564	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด		Chronic Disease
ประเภทตัวชี้วัด		DM
รหัสตัวชี้วัด		DC0108.1
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ อายุเกินกว่า 60 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		DM: Percent of good controlled of blood sugar in adult aged ≥ 60 years old
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ อายุเกินกว่า 60 ปี หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่ อายุ ≥ 60 ปี ในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งมารับการตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายสถานพยาบาล ≥ 2 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ อายุเกินกว่า 60 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ อายุ ≥ 60 ปี ที่มีระดับผลการตรวจ HbA1c ครั้งล่าสุดภายใน 6 เดือน ≤ 8 mg% 3. ตัวชี้วัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามมาตรฐานโดยใช้ HbA1c ผ่านกลไกการเทียบเคียงตัวชี้วัด โดยแนะนำให้ตรวจอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หากไม่มีผลการตรวจ HbA1c ครั้งล่าสุดในช่วงเวลา 6 เดือนที่ประเมินติดตาม ให้ยังคงนับผู้ป่วยรายที่ไม่ปรากฏผลการตรวจ HbA1c รวมอยู่ในตัวหาร และแปลผลตัวชี้วัดที่ไม่ปรากฏผลตรวจเป็นผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ อายุ ≥ 60 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงเวลา 6 เดือน (ครั้งปี)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ อายุ ≥ 60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาล และมารับบริการทั้งหมดในช่วงเวลาครั้งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10, E11, E12, E13, E14
	ตัวหาร	E10, E11, E12, E13, E14
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครั้งปี)
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference		สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2564
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Chronic disease	
ประเภทตัวชี้วัด	DM	
รหัสตัวชี้วัด	DC0108.2	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	DM: Percent of good controlled of blood sugar in adult aged < 60 years old	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุเกินกว่า 18 ปี แต่น้อยกว่า 60 ปี ในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งมารับการตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายสถานพยาบาล ≥ 2 ครั้งในระยะช่วงเวลา 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี ที่มีระดับผลการตรวจ HbA1c ครั้งล่าสุดภายใน 6 เดือน ≤ 7 mg% 3. ตัวชี้วัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามมาตรฐานโดยใช้ HbA1c ผ่านกลไกการเทียบเคียงตัวชี้วัด โดยแนะนำให้ตรวจอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หากไม่มีผลการตรวจ HbA1c ครั้งล่าสุดในช่วงเวลา 6 เดือนที่ประเมินติดตาม ให้ยังคงนับผู้ป่วยรายที่ไม่ปรากฏผลการตรวจ HbA1c รวมอยู่ในตัวหาร และแปลผลตัวชี้วัดที่ไม่ปรากฏผลตรวจเป็นผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ทำงานที่เป็นโรคเบาหวาน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุเกินกว่า 18 ปี แต่น้อยกว่า 60 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงเวลา 6 เดือน (ครั้งปี)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุเกินกว่า 18 ปี แต่น้อยกว่า 60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมดในช่วงเวลาครั้งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10, E11, E12, E13, E14
	ตัวหาร	E10, E11, E12, E13, E14
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครั้งปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี G	
ที่มา/ Reference	สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2564	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



ประเภท DC02 Hypertension

หมวดตัวชี้วัด	Chronic disease	
ประเภทตัวชี้วัด	HT	
รหัสตัวชี้วัด	DC0201	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HT: Percent of good controlled of blood pressure	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยอายุ ≥ 18 ปี ในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งมารับการตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายสถานพยาบาล ≥ 2 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลการตรวจวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์ควบคุมตามระดับความดันโลหิตเป้าหมายการรักษา ในช่วงเวลาที่ประเมิน ดังนี้ 2.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ < 65 ปี มีผลการวัดความดันโลหิต 2 ครั้งล่าสุดติดต่อกัน มีค่า $\leq 130/80$ mmHg 2.2 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ ≥ 65 ปี มีผลการวัดความดันโลหิต 2 ครั้งล่าสุดติดต่อกัน มีค่า $\leq 140/80$ mmHg	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนดในช่วงเวลา 6 เดือน (ครั้งปี)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมดในช่วงเวลาครั้งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ตัดนิยามคำว่า “principal diagnosis และ/หรือ	

	pdx” ออก เนื่องจาก การลงรหัส ICD-10 ของผู้ป่วยนอก ในบริบทประเทศไทยผู้ป่วยจะมา รับการรักษาด้วยโรคร่วมหลายโรค โดยอาจจะไม่ได้ระบุให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคหลัก เท่านั้น ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคความ ดันโลหิตในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด		Chronic disease
ประเภทตัวชี้วัด		HT
รหัสตัวชี้วัด		DC0201.1
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		HT: Percent of good controlled of blood pressure of patient aged < 65 years old
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 65 ปี หมายถึง ผู้ป่วยอายุ ≥ 18 ปี แต่ < 65 ปี ในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งมารับการตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายสถานพยาบาล ≥ 2 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลการตรวจวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์ควบคุมตามระดับความดันโลหิตเป้าหมายการรักษา ในช่วงเวลาที่ประเมิน ดังนี้ 2.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ < 65 ปี มีผลการวัดความดันโลหิต 2 ครั้งล่าสุดติดต่อกัน มีค่า ≤ 130/80 mmHg
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ ≥ 18 ปี แต่ < 65 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงเวลา 6 เดือน (ครั้งปี)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ≥ 18 ปี แต่ < 65 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมดในช่วงเวลาครั้งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	I10, I11, I12, I13, I14, I15
	ตัวหาร	I10, I11, I12, I13, I14, I15
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครั้งปี)
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference		กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2564
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Chronic disease	
ประเภทตัวชี้วัด	HT	
รหัสตัวชี้วัด	DC0201.2	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุเกินกว่า 65 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HT: Percent of good controlled of blood pressure of patient aged ≥ 65 years old	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุเกินกว่า 65 ปี หมายถึง ผู้ป่วยอายุ ≥ 65 ปี ในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งมารับการตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายสถานพยาบาล ≥ 2 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุเกินกว่า 65 ปี ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลการตรวจวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์ควบคุมตามระดับความดันโลหิตเป้าหมายการรักษา ในช่วงเวลาที่ประเมิน ดังนี้ 2.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ ≥ 65 ปี มีผลการวัดความดันโลหิต 2 ครั้งล่าสุดติดต่อกัน มีค่า $\leq 140/80$ mmHg	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ ≥ 18 ปี แต่ < 65 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงเวลา 6 เดือน (ครั้งปี)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ≥ 18 ปี แต่ < 65 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมดในช่วงเวลาครั้งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	I10, I11, I12, I13, I14, I15
	ตัวหาร	I10, I11, I12, I13, I14, I15
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครั้งปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2564	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



ประเภท DC03 HIV

หมวดตัวชี้วัด	Chronic disease	
ประเภทตัวชี้วัด	HIV	
รหัสตัวชี้วัด	DC0301	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัส ได้รับการตรวจ Viral load (VL) อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HIV: Percent of people living with HIV with at least one test viral load (VL) after ARV treatment	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นผู้ป่วย/ผู้ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยโดยมีผลการตรวจเลือดยืนยันแล้วว่า HIV positive โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัสสูตรใดสูตรหนึ่งมานานมากกว่า 6 เดือน 3. ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัส ได้รับการตรวจ VL หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรใดสูตรหนึ่งมานานมากกว่า 6 เดือน ได้รับการตรวจเลือดหาค่าจำนวนเชื้อไวรัส อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี (โดยผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้ ควรได้รับการตรวจติดตาม VL ทุก 6-12 เดือน)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค HIV	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 1 ปี
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไว้นานมากกว่า 6 เดือนทั้งหมด (ในปีเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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) *		
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)	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี Viral load (VL) < 50 copies/ml หลังจากกินยาต้านไวรัสมาแล้ว 12 เดือน				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HIV: Percent of people living with HIV with viral load (VL) < 50 copies/ml after ARV treatment 12 months ago				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นผู้ป่วย/ ผู้ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยโดยมีผลการตรวจเลือดยืนยันแล้วว่า HIV positive โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี VL < 50 copies/ml หลังจากกินยาต้านไวรัสมาแล้ว 12 เดือน หมายถึง ผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยการกินยาต้านไวรัสสูตรใดสูตรหนึ่งมาแล้ว 12 เดือน ได้รับการตรวจเลือดหาค่าจำนวนเชื้อไวรัส (VL) แล้วพบว่ามีความน้อยกว่า 50 copies/ml				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค HIV				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td><td>a = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี VL < 50 copies/ml หลังจากกินยาต้านไวรัสมาแล้ว 12 เดือน</td></tr> <tr> <td>ตัวหาร</td><td>b = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มยาต้านไวรัสครบ 12 เดือนในช่วงปีที่ประเมิน</td></tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี VL < 50 copies/ml หลังจากกินยาต้านไวรัสมาแล้ว 12 เดือน	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มยาต้านไวรัสครบ 12 เดือนในช่วงปีที่ประเมิน
ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี VL < 50 copies/ml หลังจากกินยาต้านไวรัสมาแล้ว 12 เดือน				
ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มยาต้านไวรัสครบ 12 เดือนในช่วงปีที่ประเมิน				
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td><td>Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21</td></tr> <tr> <td>ตัวหาร</td><td>Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21</td></tr> </table>	ตัวตั้ง	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21	ตัวหาร	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
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) *					
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		DC0306
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		HIV: Percent of people living with HIV screening PAP smear
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นผู้ป่วย/ ผู้ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยโดยมีผลการตรวจเลือดยืนยันแล้วว่า HIV positive โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตรวจโดยวิธีการทำ Pap smear หรือ visual inspection with acetic acid (VIA) โดยผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงควรได้รับการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค HIV
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ประเมิน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงทั้งหมด (ในรอบปีที่ประเมินเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference		HIVQUAL-T
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เป้าหมายของระบบ THIP		
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Chronic disease	
ประเภทตัวชี้วัด	HIV	
รหัสตัวชี้วัด	DC0307	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HIV: Percent of people living with HIV newly registered who were tested for syphilis	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นผู้ป่วย/ผู้ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยโดยมีผลการตรวจเลือดยืนยันแล้วว่า HIV Positive โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การตรวจคัดกรองซิฟิลิส มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาโรคซิฟิลิสโดยการตรวจเลือดสามารถทำได้โดยการตรวจเลือด (Syphilis serologist screening tests) ประกอบด้วย การตรวจ 2 ชนิด คือ 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/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21, A51
	ตัวหาร	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือปีละครั้ง (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		Chronic disease
ประเภทตัวชี้วัด		HIV
รหัสตัวชี้วัด		DC0308
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		HIV: Percentage of people living with HIV who were currently receiving antiretroviral therapy
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีผลการตรวจเลือดยืนยันแล้วว่า HIV positive มีผลการตรวจวินิจฉัย โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาล 2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่กินยาต้านไวรัสสูตรหนึ่งและมารับยา ตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาล ≥ 1 ครั้งใน 1 ปีที่รายงาน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค HIV
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าถึงยาต้านไวรัสตามนิยามข้อ 2
	ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดตามนิยามข้อ 1
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร	B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		ทุกปี หรือปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		75 (HIV HUB info Thailand / 2563)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2563-2564
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2564
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		สามารถอ้างอิงได้จากรายงานตัวชี้วัดในโปรแกรม NAP web report สปสช.

หมวดตัวชี้วัด	Chronic disease	
ประเภทตัวชี้วัด	HIV	
รหัสตัวชี้วัด	DC0309	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มีข้อบ่งชี้ในการรับยาป้องกันวัณโรค (Tuberculosis preventive therapy, TPT) ได้รับยา TPT	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HIV: Percentage of newly diagnosed people living with HIV were receiving tuberculosis preventive therapy	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกในช่วงปีที่รายงาน 2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มีข้อบ่งชี้ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ไม่ป่วยเป็นวัณโรค ร่วมกับมี CD4 < 200 cells/μL หรือ ในกรณีที่ CD4 $\geq$ 200 cells/μL มีผล TST $\geq$ 5 มม. หรือ IGRA positive หรือแพทย์แนะนำให้เริ่มการรับยาป้องกันวัณโรคโดยไม่จำเป็นต้องมีผลตรวจ 3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้รับการป้องกันวัณโรค (TPT) โดยได้รับประทาน ยาไอโซไนอะซิด (Isoniazid) ร่วมกับ ไรฟาเพนติน (Rifapentine) ทุกวันเป็นเวลา 1 เดือน หรือทุกสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หรือได้รับยาสูตรอื่นๆ ตามแนวทางประเทศเพื่อป้องกันการป่วยเป็นวัณโรค ภายใน 6 เดือนหลังจากรับยาต้านไวรัส HIVตามแนวทางการตรวจรักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2563/64	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อป้องกันการเกิดวัณโรครายใหม่ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้รับยาป้องกันวัณโรค (TPT)
	ตัวหาร	B = ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มีข้อบ่งชี้
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร	B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี	
ที่มา/ Reference	กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2563-2564	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2564	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



ประเภท DC04 Cancer

หมวดตัวชี้วัด	Chronic disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Cancer	
รหัสตัวชี้วัด	DC0401	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Cancer: Percent of mortality	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยมะเร็ง (cancer) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) or Secondary diagnosis (Sdx) เป็นโรคมะเร็ง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (cancer) หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยที่มี Pdx เป็นมะเร็ง (cancer) หรือ Sdx เป็นมะเร็ง <u>และ</u>เสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก มะเร็ง 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกกรณี	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง	
สูตรในการคำนวณ	(a/b) × 100	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของผู้ป่วยมะเร็งที่จำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของผู้ป่วยมะเร็งที่จำหน่ายทุกสถานะ (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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: Percent of unplanned re-admission
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยมะเร็ง (cancer) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) or Secondary diagnosis (Sdx) เป็นโรคมะเร็ง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลก่อนวันนัดโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยมะเร็ง (cancer) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็ง (cancer) กลับมารับการตรวจรักษาก่อนถึงกำหนดวันนัดหมายและจำเป็นต้องรับกลับเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของผู้ป่วยมะเร็งที่มาตรวจก่อนถึงกำหนดวันนัดหมายและรับไว้ในโรงพยาบาล
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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		DC0403
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Liver Cancer: Percent of mortality
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยมะเร็ง (cancer) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) or Secondary diagnosis (Sdx) เป็นโรคมะเร็ง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย Liver cancer หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย Liver cancer ที่มี Pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็นโรค Liver cancer และมีสาเหตุการตายจากโรคโรค Liver cancer ซึ่งอยู่ในสถานะผู้ป่วยใน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของผู้ป่วย Liver cancer ที่จำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของผู้ป่วย Liver cancer ที่จำหน่ายทุกสถานะ (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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		ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 
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: Percent of patients who achieve the kidney function deterioration delayed target	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR ≥ 2 ค่าในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล, และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง ลดลง $<4 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{Yr}$ 2) eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า Serum creatinine	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อแสดงประสิทธิผล ของกระบวนการชะลอความเสื่อมของไตทั้งระบบ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum creatinine โดยมีผล eGFR เกินกว่า 2 ค่า ในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล, <u>และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง ลดลง $<4 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{Yr}$</u>
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR เกินกว่า 2 ค่า ในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 1) N183, N184, (N189 ที่ไม่มี eGFR หรือมีค่า eGFR ≥ 15 แต่ไม่น้อยกว่า $60 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{Yr}$), 2) E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151 ที่มีค่า eGFR ≥ 15 แต่ไม่น้อยกว่า $60 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{Yr}$ โดยนับคนไม่ซ้ำ และต้องมีผล eGFR เกินกว่า 2 ค่า ในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล, <u>และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง ลดลง $<4 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{Yr}$</u>
	ตัวหาร	ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 1) N183, N184, (N189 ที่ไม่มี eGFR หรือมีค่า eGFR ≥ 15 แต่ไม่น้อยกว่า $60 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{Yr}$), 2) E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151 ที่มีค่า eGFR ≥ 15 แต่ไม่น้อยกว่า $60 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{Yr}$ โดยนับคนไม่ซ้ำ และต้องมีผล eGFR เกินกว่า 2 ค่า ในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล
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 ACEIs หรือ ARBs	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CKD: Percent of patients who are receiving ACEIs or ARBs	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum creatinine โดยมีค่า $eGFR \geq 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{Yr}$ 2) $eGFR$ (estimated Glomerular Filtration Rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า Serum creatinine 3) ACEIs หมายถึง ยาในกลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor 4) ARBs หมายถึง ยาในกลุ่ม Angiotensin receptor blocker	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อแสดงประสิทธิภาพ ของกระบวนการดูแลรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไตของหน่วยบริการ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum creatinine โดยมีค่า $eGFR \geq 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{Yr}$, และ ได้รับการรักษาด้วยยา ACEi หรือ ARB
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum creatinine โดยมีค่า $eGFR \geq 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{Yr}$
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 1) N181, N182, N183, N184, (N189 ที่ไม่มี $eGFR$ หรือมีค่า $eGFR \geq 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{Yr}$), 2) E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151 ที่มีค่า $eGFR \geq 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{Yr}$ โดยนับคนไม่ซ้ำ และ ได้รับการรักษาด้วยยา ACEi หรือ ARB
	ตัวหาร	ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 1) N181, N182, N183, N184, (N189 ที่ไม่มี $eGFR$ หรือมีค่า $eGFR \geq 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{Yr}$), 2) E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151 ที่มีค่า $eGFR \geq 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{Yr}$ โดยนับคนไม่ซ้ำ
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดราย 6 เดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 44 /อ้างอิงจาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข/26 พฤษภาคม 2559	



วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference	กรมการแพทย์/ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 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)	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ได้รับ prophylactic antibiotic				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Hip arthroplasty: Percent of patients who received antibiotic prophylaxis in Hip arthroplasty				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อสะโพกซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกโดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัด (กรณีเป็นการให้ยาแบบ Intravenous drip ให้เริ่มนับเวลาเมื่อ drip ยาหมด)				
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/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	<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	THIP I, http://www.aaos.org/about/papers/advistmt/1027.asp 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	1 ตุลาคม 2558				
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ให้ตัดรหัส ICD-9 81.40 ออกทั้งในตัวตั้งและตัวหาร เพื่อให้นิยามการจัดเก็บสอดคล้องกับนิยามสากลของ CDC ที่ระบุว่า HPRO หมายถึง 81.51, 81.52, 81.53				
หมายเหตุ					



หมวดตัวชี้วัด		Musculoskeletal disease
ประเภทตัวชี้วัด		Hip
รหัสตัวชี้วัด		DO0204
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการติดเชื้อแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 1 ปี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Hip arthroplasty: Percent of Hip arthroplasty associated infection within 1 Year
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อสะโพก ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. เป็นการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ภายในช่วงระยะเวลา 1 ปี หลังการผ่าตัด นับเฉพาะการติดเชื้อครั้งแรก
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดข้อสะโพก
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมดในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53 <u>และ</u> มีการติดเชื้อ
	ตัวหาร	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด		ร้อยละ
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		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ให้ตัดรหัส ICD-9 81.40 ออกทั้งในตัวตั้งและตัวหาร เพื่อให้การนับการติดเชื้อสอดคล้องกับนิยามสากลของ CDC ที่ระบุว่า HPRO หมายถึง 81.51, 81.52, 81.53., (2) ปรับเพิ่มคำว่า “ภายใน 1 ปี” ต่อท้ายชื่อตัวชี้วัด เพื่อความชัดเจนของระยะเวลาการติดตามการติดเชื้อในช่วงเวลา 1 ปี
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด		Musculoskeletal disease
ประเภทตัวชี้วัด		Hip
รหัสตัวชี้วัด		DO0205
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการติดเชื้อแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 90 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Hip arthroplasty: Percent of Hip arthroplasty associated infection within 90 days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อสะโพก ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก 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/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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		ตาม CDC definition of HAI surveillance แยกระยะเวลาการติดตามออกตามความลึกของการติดเชื้อ 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)	ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ได้รับ prophylactic antibiotic				
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Knee arthroplasty: Percent of patients who received antibiotic prophylaxis				
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อเข่าซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัด (กรณีเป็นการให้ยาแบบ IV drip ให้เริ่มนับเวลาเมื่อ drip ยาหมด)				
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด Knee arthroplasty				
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$				
ข้อมูลที่ต้องการ	<table border="1"> <tr> <td>ตัวตั้ง</td><td>a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ได้รับ prophylactic antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมีดผ่าตัด ใน 1 เดือน</td></tr> <tr> <td>ตัวหาร</td><td>b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมดในเดือนเดียวกัน</td></tr> </table>	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ได้รับ prophylactic antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมีดผ่าตัด ใน 1 เดือน	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมดในเดือนเดียวกัน
ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ได้รับ prophylactic antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมีดผ่าตัด ใน 1 เดือน				
ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมดในเดือนเดียวกัน				
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	<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	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	1 ตุลาคม 2558				
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ให้ตัดรหัส ICD-9 81.47 ออกทั้งในตัวตั้งและตัวหาร เพื่อให้การนับการเกิดข้อผิดพลาดสอดคล้องกับนิยามสากลของ CDC ที่ระบุว่า KPRO หมายถึง 81.54, 81.55				
หมายเหตุ	กรณีผ่าตัดเข่าสองข้างพร้อมกัน นับเป็นการผ่าตัด 1 ครั้ง				

หมวดตัวชี้วัด		Musculoskeletal disease
ประเภทตัวชี้วัด		Knee
รหัสตัวชี้วัด		DO0303
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน 1 ปี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Knee arthroplasty: Percent of surgical infection within 1 year
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหมายถึงผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อเข่าซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. เป็นการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ภายในระยะเวลา 1 ปี หลังการผ่าตัดนับเฉพาะการติดเชื้อครั้งแรก
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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): ให้ตัดรหัส ICD-9 81.47 ออกทั้งในตัวตั้งและตัวหารเพื่อให้นิยามการจัดเก็บสอดคล้องกับนิยามสากลของ CDC ที่ระบุว่า KPRO หมายถึง 81.54, 81.55., (2) ปรับเพิ่มคำว่า “ภายใน 1 ปี” ต่อท้ายชื่อตัวชี้วัด เพื่อความชัดเจนของระยะเวลาการติดตามการติดเชื้อในช่วงเวลา 1 ปี
หมายเหตุ		กรณีผ่าตัดเข้าสองข้างพร้อมกัน นับเป็นการผ่าตัด 1 ครั้ง



หมวดตัวชี้วัด		Musculoskeletal disease
ประเภทตัวชี้วัด		Knee
รหัสตัวชี้วัด		DOO304
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน 90 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Knee arthroplasty: Percent of surgical infection within 90 days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหมายถึงผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อเข่าซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. เป็นการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ภายในระยะเวลา 90 วัน หลังการผ่าตัดนับเฉพาะการติดเชื้อครั้งแรก
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่สามารถเทียบเคียงได้กับ CDC
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมด
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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		CDC , January 2014, NSHN
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		(1) ตาม CDC definition of HAI Surveillance แยกระยะเวลาการติดตามออกตามความลึกของการติดเชื้อ ถ้าเป็น Superficial SSI จะตาม 30 วัน ถ้าเป็น Deep SSI และ organ/space SSI จะตาม 90 วัน (2) กรณีผ่าตัดเข่าสองข้างพร้อมกัน นับเป็นการผ่าตัด 1 ครั้ง



หมวด DG: Gastrointestinal disease (G)

ประเภท DG01 UGIH

หมวดตัวชี้วัด	Gastrointestinal disease	
ประเภทตัวชี้วัด	UGIH	
รหัสตัวชี้วัด	DG0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH): Percent of unplanned re-admission into the hospital within 28 days after last discharge	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. เป็นการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรค Upper GI hemorrhage ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนหลังจำหน่ายออกจาก รพ. ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status = improve) (ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Upper GI hemorrhage	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Upper GI hemorrhage ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน หลังออกจาก รพ.
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Upper GI hemorrhage ที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านั้น
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
	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	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	Gastrointestinal disease	
ประเภทตัวชี้วัด	UGIH	
รหัสตัวชี้วัด	DG0102	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วย Upper GI hemorrhage (UGIH)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH): Average length of stay	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผลรวมจำนวนวันที่ผู้ป่วย UGIH นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นับตั้งแต่วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงวันที่จำหน่าย (ทุกสถานะการจำหน่าย) ออกจากโรงพยาบาล	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษผู้ป่วยโรค Upper GI hemorrhage	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วย Upper GI hemorrhage
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage ที่จำหน่าย ในช่วงเวลานั้น
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
	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)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Upper GI hemorrhage ภายใน 28 วัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH): Percent of total re-admission into the hospital within 28 days	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรค UGIH ภายใน 28 วัน ทั้งหมดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาดูแลตามแผน	
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/ 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
	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	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	ตัวชี้วัดนี้เปิดใช้งานสำหรับการเทียบเคียง ปีงบประมาณ 2565 เป็นปีสุดท้าย เสนอแนะให้โรงพยาบาลทบทวนกระบวนการและเลือกใช้ “ตัวชี้วัด DG0101 ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (unplanned re-admission)” ซึ่งมีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพมากกว่า	



ประเภท DG02 Appendix

หมวดตัวชี้วัด	Gastrointestinal disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Appendix	
รหัสตัวชี้วัด	DG0201	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเกิดไส้ติ่งทะลุในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute appendicitis: Percent of abruption	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยไส้ติ่งทะลุ หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันและเกิดภาวะแทรกซ้อนมีแผลทะลุ โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคไส้ติ่งทะลุ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	สปสช.	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Gastrointestinal disease	
ประเภทตัวชี้วัด	Appendix	
รหัสตัวชี้วัด	DG0202	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตจากไส้ติ่งอักเสบ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute appendicitis : Percent of mortality	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะ ทุกกรณี	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ที่จำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ที่จำหน่ายทุกสถานะ (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สปสช.	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด		Pediatric disease
ประเภทตัวชี้วัด		Diabetes in child and adolescent
รหัสตัวชี้วัด		DP0101
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 18 ปีที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Diabetes in child and adolescent: Percent of good controlled of blood sugar (age < 18 years)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาล ซึ่งมารับการตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายสถานพยาบาล ≥ 1 ครั้ง ในช่วงเวลา 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD -10 TM, ICD-10, ICD-9 ที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 18 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หมายถึงผู้ป่วยที่มีระดับผลการตรวจ HbA1Cเฉลี่ยใน 1 ปี ≤ 7.5 % 3. ตัวชี้วัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามมาตรฐานโดยใช้ HbA1C ผ่านกลไกการเทียบเคียงตัวชี้วัด โดยแนะนำให้ตรวจอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง หากไม่มีผลการตรวจ HbA1c ครั้งล่าสุดในช่วงเวลา 6 เดือนที่ประเมินติดตาม ให้ยังคงนับผู้ป่วยรายที่ไม่ปรากฏผลการตรวจ HbA1c รวมอยู่ในตัวหาร และแปลผลตัวตั้งที่ไม่ปรากฏผลตรวจเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมดในช่วงปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10, P70.2, E89.1
	ตัวหาร	E10, P70.2, E89.1
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		Dejkharnon P., Likitmaskul S., Deerochanawong C., Santiprabhob J., Tharavanij T.,et al. Outcomes of Type 1 Diabetes management and outcomes: a multicenter study in Thailand. J Diabetes Investig.2020 Aug 19. doi:10.1111/jdi.13390 online ahead of print. Figure1 ,P520
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายบริการเบาหวานชนิดที่ 1 และการลงทะเบียนเบาหวานก่อนอายุ 30 ปีประเทศ

	ไทย (T1DDAR CN), สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, และสมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2564
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	
เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	



หมวด DS: Substance use disorder (s)

ประเภท DS01 Methamphetamine group

หมวดตัวชี้วัด	Substance use disorder	
ประเภทตัวชี้วัด	Methamphetamine group	
รหัสตัวชี้วัด	DS0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine โดยรวมที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Methamphetamine group: 3 months total remission rate	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ ยาอี และยาเลิฟ เป็นต้น หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ แบบผู้ป่วยนอกและไม่ครบเกณฑ์ในการวินิจฉัย ผู้ติด (dependence) ต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจากการบำบัดรักษา <u>ทั้งนี้ไม่รวม</u> ผู้ป่วยถูกจับเสียชีวิต หรือส่งต่อ หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine ในด้านการเสริมพลังให้มารับการติดตามและหยุดเสพต่อเนื่อง	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine ที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจากการบำบัดรักษา
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ แบบผู้ป่วยนอก ที่จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทั้งหมดในไตรมาสก่อนหน้า
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F15.0-F15.9
	ตัวหาร	F15.0-F15.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน หรือ ทุกไตรมาส (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข)	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	2. ตัวอย่างการรายงานผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 (1 ต.ค.-31 ธ.ค.) ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกกรณี ทั้งครบเกณฑ์กำหนด และไม่ครบเกณฑ์กำหนด (ยกเว้นถูกจับ เสียชีวิต หรือส่งต่อ) ในไตรมาสก่อนหน้า (1 ก.ค.-30 ก.ย.) แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน ในห้วง 1 ต.ค.-31 ธ.ค.	

ประเภท DS02 Alcohol droup

หมวดตัวชี้วัด	Substance use disorders	
ประเภทตัวชี้วัด	Alcohol group	
รหัสตัวชี้วัด	DS0201	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ติดยาโดยรวม ที่หยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Alcohol group: 3 months total remission rate	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ติดยา หมายถึง ผู้ป่วยติดสารเสพติดกลุ่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ เหล้าขาว ฯลฯ หยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดกลุ่มแอลกอฮอล์ ที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกและไม่ครบเกณฑ์ในการวินิจฉัย ผู้ติด (dependence) ต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจากการบำบัดรักษา ทั้งนี้ไม่รวม ผู้ป่วยถูกจับ เสียชีวิต หรือส่งต่อ หลังจากการบำบัดรักษา	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม alcohol ในด้านการเสริมพลังให้มารับการติดตามและหยุดเสพยาต่อเนื่อง	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ติดยาที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่หยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากการบำบัดรักษา
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ติดยาที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่จำหน่ายจากการบำบัดรักษา ทั้งหมดในไตรมาสก่อนหน้า
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F10.0-F10.9
	ตัวหาร	F10.0-F10.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน หรือ ทุกไตรมาส (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ฐานข้อมูลสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลรัฐภูมิภาค	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลรัฐภูมิภาค	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	ตัวอย่างการรายงานผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 (1 ต.ค.-31 ธ.ค.) ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกกรณี ทั้งครบเกณฑ์กำหนด และไม่ครบเกณฑ์กำหนด (ยกเว้นถูกจับ เสียชีวิต หรือ ส่งต่อ) ในไตรมาสก่อนหน้า (1 ก.ค.-30 ก.ย.) แล้วหยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน ในห้วง 1 ต.ค.-31 ธ.ค.	



ประเภท DS03 Tobacco group

หมวดตัวชี้วัด	Substance use disorder	
ประเภทตัวชี้วัด	Tobacco group	
รหัสตัวชี้วัด	DS0301	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ติดยาสูบโดยรวม ที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Tobacco group: 3 months total remission rate	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ติดยาสูบ (tobacco) หมายถึง ผู้ติดผลิตภัณฑ์จากใบยาสูบทุกชนิด เช่น บุหรี่ (cigarette) บุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) ซิการ์ บุหรี่ไฟฟ้า บารากู่ หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หมายถึง ผู้ติดยาสูบ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่ไม่ครบเกณฑ์ในการวินิจฉัย ผู้ติด (dependence) ต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจากการบำบัดรักษา ทั้งนี้ไม่รวม ผู้ป่วยถูกจับ เสียชีวิต หรือส่งต่อ หลังจากพ้นจากการบำบัดรักษา	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม tobacco ในด้านการเสริมพลังให้มารับการติดตามและหยุดเสพต่อเนื่อง	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ติดยาสูบที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากพ้นจากการบำบัดรักษา
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ติดยาสูบที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่พ้นจากการบำบัดรักษาทั้งหมดในไตรมาสก่อนหน้า
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F17.0-F17.9
	ตัวหาร	F17.0-F17.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน หรือ ทุกไตรมาส (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ฐานข้อมูลสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาล อัญญารักษ์ภูมิภาค	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลอัญญารักษ์ภูมิภาค	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	ตัวอย่างการรายงานผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 (1 ต.ค.-31 ธ.ค.) ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่พ้นจากการบำบัดรักษาทุกกรณี ทั้งครบเกณฑ์กำหนด และไม่ครบเกณฑ์กำหนด (ยกเว้นถูกจับ เสียชีวิต หรือ ส่งต่อ) ในไตรมาสก่อนหน้า (1 ก.ค.-30 ก.ย.) แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน ในห้วง 1 ต.ค.-31 ธ.ค.	

ประเภท DS04 Opioid group

หมวดตัวชี้วัด	Substance use disorder	
ประเภทตัวชี้วัด	Opioid group	
รหัสตัวชี้วัด	DS0401	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราคงอยู่ในการบำบัดรักษา 1 ปี ด้วยเมทาโดนระยะยาว ของผู้ติดยาเสพติดในกลุ่ม opioid	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Opioid group: 1 year retention rate of opioid in methadone maintenance program	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. ผู้ติดยาเสพติดในกลุ่ม opioid หมายถึง ผู้ติดยาเสพติด ในกลุ่ม เฮโรอีน มอร์ฟิน ผีนและอนุพันธ์ของฝิ่น 2. คงอยู่ในการบำบัดรักษา 1 ปี หมายถึง ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดในกลุ่ม Opioid ที่มารับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ต่อเนื่องจนครบ 1 ปี โดยไม่ขาดการรักษาต่อเนื่องเกิน 1 เดือน ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยที่ถูกจับ เสียชีวิต หรือ ส่งต่อไปรับเมทาโดนระยะยาวที่สถานพยาบาลอื่น	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Opioid	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยนอก ระบบสมัครใจที่เริ่มบำบัดรักษาในแต่ละไตรมาสของปีงบประมาณที่ผ่านมา ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว และคงอยู่ในการรักษาจนครบ 1 ปี ขึ้นไป ในแต่ละไตรมาสของปีงบประมาณปัจจุบัน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยนอก ระบบสมัครใจที่เริ่มการบำบัดรักษาในแต่ละไตรมาสของปีงบประมาณที่ผ่านมา ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F11.0-F11.9
	ตัวหาร	F11.0-F11.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน หรือ ทุกไตรมาส (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ฐานข้อมูลสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	ตัวอย่างการรายงานผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2559 ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนในห้วง 1 ต.ค.-31 ธ.ค. 57 แล้วยังคงอยู่ในการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 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)		ระยะเวลาการรอตรวจภายหลังการส่งปรึกษาของผู้ป่วยที่มีผลแมมโมแกรมตั้งแต่ BI-RADS 4 ขึ้นไป
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Breast cancer: Consultation time in patient with BIRADS 4 or greater mammography result
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		จำนวนวันรอตรวจเฉลี่ย หมายถึง จำนวนวันตั้งแต่รังสีแพทย์รายงานผลการตรวจ (แมมโมแกรมเป็น BI-RADS 4 ขึ้นไป) จนถึงวันที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการตรวจกับศัลยแพทย์เต้านม
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพของการส่งตรวจปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A= จำนวนวัน รอตรวจกับศัลยแพทย์เต้านมรวม ของผู้ป่วย BI-RADS 4 ขึ้นไปทั้งหมด (หน่วย = วัน)
	ตัวหาร	B= จำนวนผู้ป่วย BI-RADS 4 ขึ้นไปทั้งหมด (หน่วย = ราย)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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		1 ตุลาคม 2562
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2562): ปรับปรุงชื่อตัวชี้วัดให้ถูกต้องและสอดคล้อง
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Center of excellence	
ประเภทตัวชี้วัด	Breast cancer	
รหัสตัวชี้วัด	DE0103	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก Stage 1, 2	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Breast Cancer: Percent of early diagnosis of stage 1, 2	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มี Principal diagnosis (Pdx) or Secondary diagnosis (sdx) เป็นโรคมะเร็งเต้านม โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. มะเร็งเต้านมระยะที่ 1 หมายถึง มะเร็งมีการลุกลามออกมานอกเนื้อเยื่อฐานราก แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และขนาดก้อนมะเร็งไม่เกิน 2 ซม. 3. มะเร็งเต้านมระยะที่ 2 หมายถึง ก้อนมะเร็งขนาดเกิน 2 ซม. แต่ไม่เกิน 5 ซม. ที่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือมะเร็งขนาดเล็กไม่เกิน 2 ซม. แต่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้ว	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรค (stage) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยในสถานพยาบาลนั้นว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 หรือ ระยะที่ 2 ในรอบปี
	ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับวินิจฉัยในสถานพยาบาลนั้นทั้งหมดในรอบปี
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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	คณะกรรมการการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, 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)		อัตราการปลูกถ่ายติด (Engraftment) ของผู้ป่วย Stem cell transplantation ภายใน 45 วัน หลังการปลูกถ่ายไขกระดูก
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Stem cell transplantation: Engraftment rate within 45 days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		การรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกหรือการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่ประสบผลสำเร็จที่มีการปลูกถ่ายติด (Engraftment) ภายใน 45 วัน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไขกระดูก
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกที่มีผลของการปลูกถ่ายติด (Engraftment) ภายใน 45 วัน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = (ICD-10) D61, C91-C95 และ (ICD-9) ของการปลูกถ่ายไขกระดูก รหัสหัตถการ 410 และ ผู้ป่วยมี Engraftment
	ตัวหาร	Pdx = ICD-10 D61,C91- C95 และ ICD-9 ของการปลูกถ่ายไขกระดูก รหัสหัตถการ 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, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

ประเภท DE08 Thalassemia

หมวดตัวชี้วัด	Center of excellence	
ประเภทตัวชี้วัด	Thalassemia	
รหัสตัวชี้วัด	DE0801	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วย transfusion dependent thalassemia (TDT) ที่อายุมากกว่า 2 ปี และถึง 15 ปี มีภาวะธาตุเหล็กเกิน (Serum ferritin > 1000 ug/L) ที่ได้รับยาขับธาตุเหล็ก	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	TDT in Pediatrics Patient: Percent of received iron chelator in patient with iron overload (serum ferrous > 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	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย TDT ที่อายุมากกว่า 2 ปี และถึง 15 ปี มีภาวะธาตุเหล็กเกินได้รับยาขับธาตุเหล็ก
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย TDT ที่อายุมากกว่า 2 ปี และถึง 15 ปี มีภาวะธาตุเหล็กเกินทั้งหมด ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = รหัสโรค ICD-10 D561 หรือ D560 ร่วมกับ รหัส E831 และ 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 หรือ 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 lip, Cleft palate	
รหัสตัวชี้วัด	DE1201	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมปากแหว่งตามเกณฑ์ช่วงอายุไม่เกิน 6 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Cleft lip: Percent of patients who had cleft lip repair with under 6 months of age	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งชนิดสมบูรณ์และชนิดไม่สมบูรณ์ข้างเดียวและสองข้าง (unilateral/bilateral complete/incomplete Cleft lip-Cleft palate) และที่มีภาวะปากแหว่งอย่างเดียว (Cleft lip) ที่คลอดในเขตที่โรงพยาบาลนั้นรับผิดชอบ รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมา ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการจัดสันเหงือกก่อนผ่าตัด เพื่อเข้ารับการผ่าตัดปากแหว่งในช่วงอายุไม่เกิน 6 เดือน ที่ให้รหัสโรคตาม ICD-10 กลุ่ม Q35, Q36, Q37	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อวัดประสิทธิภาพของการเข้าถึงบริการและการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้ารับการผ่าตัดปากแหว่งในช่วงอายุไม่เกิน 6 เดือน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Cleft lip ที่เข้ารับการผ่าตัดช่วงอายุไม่เกิน 6 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Cleft lip ที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมดในช่วงเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = ICD-10 Q35, Q36, Q37 ที่มีอายุไม่เกิน 6 เดือน และ ICD-9 ของการผ่าตัด Cleft lip รหัสหัตถการ 27.54, 27.59
	ตัวหาร	Pdx = ICD-10 Q35, Q36, Q37 ทั้งหมด และ ICD-9 ของการผ่าตัด Cleft lip รหัสหัตถการ 27.54, 27.59
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2562	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงนิยามและรวบรวมการเก็บตัวชี้วัดให้ถูกต้องและสอดคล้อง	
หมายเหตุ	อัตราการผ่าตัดปากแหว่งตามช่วงอายุ ได้ร้อยละ 100 หากผลลัพธ์ต่ำกว่าค่าเป้าหมายถึงร้อยละ 10 ควรมีการทบทวนการดูแลของทีม	

หมวดตัวชี้วัด	Center of excellence	
ประเภทตัวชี้วัด	Cleft lip, Cleft palate	
รหัสตัวชี้วัด	DE1202	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเพดานโหว่ตามช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Cleft Palate : Percent of patients who had cleft Palate repair with under 18 months of age	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งชนิดสมบูรณ์และชนิดไม่สมบูรณ์ข้างเดียวและสองข้าง (unilateral/bilateral complete/incomplete Cleft lip-Cleft palate) และที่มีภาวะปากแหว่งอย่างเดียว (cleft lip) ที่คลอดในเขตที่โรงพยาบาลนั้นรับผิดชอบ รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมา ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการจัดสันเหงือกก่อนผ่าตัดเพื่อเข้ารับการผ่าตัดปากแหว่งในช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน ที่ให้รหัสโรคตาม ICD-10 กลุ่ม Q35, Q36, Q37	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อวัดประสิทธิภาพของการเข้าถึงบริการและการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้ารับการผ่าตัดเพดานโหว่ในช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Cleft palate ที่เข้ารับการผ่าตัดเพดานโหว่ภายในช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Cleft palate ที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมดในช่วงเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = ICD-10 Q35, Q36, Q37 ที่มีอายุไม่เกิน 18 เดือน และ ICD-9 ของการผ่าตัด Cleft palate รหัสหัตถการ 2762, 2763
	ตัวหาร	Pdx = ICD-10 Q35, Q36, Q37 ทั้งหมด และ ICD-9 ของการผ่าตัด Cleft palate รหัสหัตถการ 2762, 2763
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	คณะกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2562	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงนิยามและรวบรวมการเก็บตัวชี้วัดให้ถูกต้องและสอดคล้อง	
หมายเหตุ	เพื่อกำหนดเกณฑ์การแปลผลให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เช่น ไม่นำกลุ่มโรคร่วมกลุ่มที่มารับการรักษาช้ากว่า 18 เดือนมาคำนวณ เสนอให้นับกลุ่มอาการโรคร่วมทุกโรค เพื่อแสดงความเป็น excellence ของโรงพยาบาล	



ประเภท DE13 Infertility

หมวดตัวชี้วัด	Center of excellence	
ประเภทตัวชี้วัด	Infertility	
รหัสตัวชี้วัด	DE1301	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อน รอบสด (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Infertility: Clinical pregnancy rate per Embryo transfer following IVF/ICSI and fresh embryo transfer (age < 34 years)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. การทำเด็กหลอดแก้ว หมายถึง การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการปฏิสนธิภายนอกร่างกาย อันได้แก่ การผสมนอกร่างกายในจานเพาะเลี้ยง (standard in vitro fertilisation) และการฉีดตัวอสุจิเข้าเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI- Intracytoplasmic sperm injection) โดยทำการย้ายตัวอ่อนรอบสดตามหลังการกระตุ้นและเก็บไข่ เข้าในโพรงมดลูกของสตรีผู้รับบริการ; 2. Clinical pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนมีชีวิต (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์ หลังการใส่ตัวอ่อน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) ที่มีการเต้นของหัวใจทารก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบสดในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสดทั้งหมด (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 30, สมาคมนักวิทยาศาสตร์เพาะเลี้ยงตัวอ่อนแห่งประเทศไทย สน.พท.	
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	DE1302	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสด (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Infertility: Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and fresh embryo transfer (age 34 - 39 Years)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การทำเด็กหลอดแก้ว หมายถึง การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการปฏิสนธินอกร่างกาย อันได้แก่ การผสมนอกร่างกายในจานเพาะเลี้ยง (standard in vitro fertilisation) และการฉีดตัวอสุจิเข้าเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI- Intracytoplasmic sperm injection) โดยทำการย้ายตัวอ่อนรอบสดตามหลังการกระตุ้นและเก็บไข่ เข้าในโพรงมดลูกของสตรีผู้รับบริการ 2. Clinical pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนมีชีพ (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์ หลังการใส่ตัวอ่อน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี) ที่มีการเต้นของหัวใจทารก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบสด ในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสด ทั้งหมด (กลุ่มอายุ 34-39 ปี) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	DE1303	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสัด (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Infertility: Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and fresh embryo transfer (age > 40 years)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การทำเด็กหลอดแก้ว หมายถึง การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการปฏิสนธิภายนอกร่างกาย อันได้แก่ การผสมนอกร่างกายในจานเพาะเลี้ยง (Standard in vitro fertilisation) และการฉีดตัวอสุจิเข้าเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI- Intracytoplasmic sperm injection) โดยทำการย้ายตัวอ่อนรอบสัดตามหลังการกระตุ้นและเก็บไข่ เข้าในโพรงมดลูกของสตรีผู้รับบริการ 2. Clinical pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนมีชีพ (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์ หลังการใส่ตัวอ่อน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) ที่มีการเต้นของหัวใจทารก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบสัด ในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสัดทั้งหมด (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, 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)	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็ง (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Infertility: Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and frozen embryo transfer (age < 34 years)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การทำเด็กหลอดแก้ว หมายถึง การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการปฏิสนธินอกร่างกาย อันได้แก่ การผสมนอกร่างกายในจานเพาะเลี้ยง (Standard in vitro fertilisation) และการฉีดตัวอสุจิเข้าเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI-Intracytoplasmic sperm injection) โดยทำการย้ายตัวอ่อนที่ผ่านการแช่แข็ง ละลาย และ/หรือเพาะเลี้ยงต่อหลังละลายตัวอ่อนเข้าไปในโพรงมดลูกของสตรีผู้รับบริการ 2. Clinical Pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนมีชีวิต (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์ หลังการใส่ตัวอ่อน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) ที่มีการเต้นของหัวใจทารก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบแช่แข็งในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็งทั้งหมด (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 30, 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	DE1305	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็ง (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Infertility: Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and frozen embryo transfer (age 34 - 39 years)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การทำเด็กหลอดแก้ว หมายถึง การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการปฏิสนธิภายนอกร่างกาย อันได้แก่ การผสมนอกร่างกายในจานเพาะเลี้ยง (Standard in vitro fertilisation) และการฉีดตัวอสุจิเข้าเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI- Intracytoplasmic sperm injection) โดยทำการย้ายตัวอ่อนที่ผ่านการแช่แข็ง ละลาย และ/หรือเพาะเลี้ยงต่อหลังละลายตัวอ่อนเข้าในโพรงมดลูกของสตรีผู้รับบริการ 2. Clinical Pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนมีชีพ (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์ หลังการใส่ตัวอ่อน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี) ที่มีการเต้นของหัวใจทารก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบแช่แข็งในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็งทั้งหมด (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	สมาคมนักวิทยาศาสตร์เพาะเลี้ยงตัวอ่อนแห่งประเทศไทย สน.พท.	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2560	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Center of excellence	
ประเภทตัวชี้วัด	Infertility	
รหัสตัวชี้วัด	DE1306	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็ง (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Infertility: Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and frozen embryo transfer (age > 40 years)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การทำเด็กหลอดแก้ว หมายถึง การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการปฏิสนธิภายนอกร่างกาย อันได้แก่ การผสมนอกร่างกายในจานเพาะเลี้ยง (standard in vitro fertilisation) และการฉีดตัวอสุจิเข้าเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI- Intracytoplasmic sperm injection) โดยทำการย้ายตัวอ่อนที่ผ่านการแช่แข็ง ละลาย และ/หรือเพาะเลี้ยงต่อหลังละลายตัวอ่อนเข้าในโพรงมดลูกของสตรีผู้รับบริการ 2. Clinical pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนมีชีวิต (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์ หลังการใส่ตัวอ่อน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) ที่มีการเต้นของหัวใจทารก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบแช่แข็งในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็งทั้งหมด (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	สมาคมนักวิทยาศาสตร์เพาะเลี้ยงตัวอ่อนแห่งประเทศไทย สน.พท.	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, 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)		ร้อยละผู้ป่วย Upper GI hemorrhage (UGIH) ได้รับการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH): Percent of patients who had underwent EGD within 24 hours
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy) หมายถึง การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น 3. ภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง ช่วงเวลา เริ่มนับตั้งแต่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย UGIH และเข้ารับการรักษาแบบใน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย UGIH
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย UGIH ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นภายใน 24 ชั่วโมงในช่วง 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย UGIH ทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน
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, 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		ค่ายิ่งมาก = 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	DE1402	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วย Upper GI hemorrhage (UGIH) กลุ่ม high risk ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ภายใน 24 ชั่วโมง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH): Percent of high risk patients who had underwent EGD within 24 hours	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วย UGIH กลุ่ม high risk ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ ≥ 60 ปี, มีโรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคไตวาย โรคตับแข็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง, มีเลือดแดงสดออกจากสาย NG-tube, มีเลือดแดงสดออกจากทวารร่วมกับมีสัญญาณชีพที่ลดต่ำลง, Glasgow-Blatchford score ≥ 2 คะแนน 3. การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy) หมายถึง การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น 4. ภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง ช่วงเวลา เริ่มนับตั้งแต่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย UGIH และ เข้ารับการรักษาแบบใน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น	
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 ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน
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, 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	คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (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)	Non-variceal Upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH): Percent of hemostatic success by endoscopic approach	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Non-variceal UGIH หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นแบบ Non-variceal UGIH โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy) หมายถึง การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น 3. การหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้อง หมายถึง การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ร่วมกับ Adrenaline Injection, Heater Probe, Bipolar Electrocautery Probe, Argon Plasma Coagulation (APC), Hemoclippling, Band Ligation และ Histoacryl Injection 4. การหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นสำเร็จ หมายถึง ไม่พบเลือดออกหลังการหยุดเลือดด้วยการส่องกล้องในขณะนั้น	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Non-variceal UGIH) ที่สามารถหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้องสำเร็จ ในช่วง 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Non-variceal UGIH) ที่ได้รับการหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้อง ในช่วงเวลาเดียวกัน
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, 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, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (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)	Upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH): Recurrent rates of UGIH after upper endoscopic treatment	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. แผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น หมายถึง แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น 2. การหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้อง หมายถึง การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับ Adrenaline Injection, Heater Probe, Bipolar Electrocautery Probe, Argon Plasma Coagulation (APC), Hemoclippling, Band Ligation และ Histoacryl injection 3. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่มี 1) อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือดสด หรือ NG lavage พบเลือดหลังการส่องกล้อง 2) ถ่ายดำหลังจากถ่ายเป็นปกติแล้ว 3) ถ่ายเป็นเลือดสดหลังจากถ่ายเป็นปกติหรือถ่ายดำแล้ว 4) สัญญาณชีพไม่คงที่ (heart rate $\geq 110/\text{min}$ หรือ systolic blood pressure $\leq 90 \text{ mmHg}$ หลังจากที่มีสัญญาณชีพคงที่ ≥ 1 ชม. โดยไม่มีเหตุอื่น) 5) Hemoglobin ลดลง $\geq 2 \text{ g/dl}$ หลังจากที่มี Hb คงที่ (ลดลง $< 0.5 \text{ g/dL}$ ≥ 3 ชม.) 6) Tachycardia or Hypotension ไม่ดีขึ้นภายใน 8 ชั่วโมงหลังการส่องกล้องทั้งที่ได้ Resuscitation ที่เหมาะสมและไม่มีเหตุอื่น ร่วมกับมีถ่ายดำหรือถ่ายเป็นเลือดอย่างต่อเนื่อง	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
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 และ การหยุดเลือด EGD code 4513, 4449, 4443
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 
ที่มา/ Reference		คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, 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)		Upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH): Complication rates of upper endoscopic treatment
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (ESophagogastroduodenoscopy) หมายถึง การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น 3. ภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง หมายถึง ทะลุ การติดเชื้อหลังการส่องกล้อง และภาวะระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความปลอดภัยของการรักษาด้วยการส่องกล้อง
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
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</u> มีภาวะแทรกซ้อน จากการส่องกล้อง 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, K31.8, I85 หรือ Pdx ((K70- K71, K74) + Sdx = I98.3) <u>และ</u> EGD code 4513
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (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		



ประเภท DE16 Conductive and sensorineural hearing loss

หมวดตัวชี้วัด	Center of Excellence	
ประเภทตัวชี้วัด	Conductive and Sensorineural hearing loss	
รหัสตัวชี้วัด	DE1601	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของทารกแรกเกิดที่ได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยิน ภายใน 30 วัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Newborn: Percent of hearing screening within 30 days	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีวิตทุกรายที่คลอดในโรงพยาบาลจากหญิงตั้งครรภ์โดยมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ยกเว้นย้ายไปโรงพยาบาลอื่นก่อน 2. การตรวจคัดกรองการได้ยิน หมายถึง การตรวจเพื่อประเมินความผิดปกติของการได้ยิน โดยวัดเสียงสะท้อนจากหูชั้นใน (Otoacoustic emissions: OAE) หรือ การตรวจความผิดปกติการได้ยินระดับก้านสมอง (Automated Auditory Brainstem Response: AABR)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการคัดกรองการดูแลทารกแรกเกิด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิตทั้งหมดที่ได้รับการตรวจการได้ยิน ภายใน 30 วัน
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิตทั้งหมด (ในปีเดียวกัน)
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = Z380-Z388 ร่วมกับรหัส ICD 9 95.41 ภายใน 30 วัน
	ตัวหาร	Sdx = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิตทั้งหมด (ในปีเดียวกัน)
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 ปี (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	มากกว่าร้อยละ 95	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	- Joint Committee for Infant Hearing (JCIH) Newborn Screening Coding and Terminology Guide http://pediatrics.aappublications.org/content/120/4/898.full?ijkey=oj9BAleq210IA&keytype=ref&siteid=aapjournals - คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ		

หมวด DM: Mental health (M)

ประเภท DM01 Global development delay (GDD)

หมวดตัวชี้วัด	Mental health	
ประเภทตัวชี้วัด	Global developmental delay (GDD)	
รหัสตัวชี้วัด	DM0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (Global development delay: GDD) มีพัฒนาการดีขึ้น	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	GDD: Percent of children with global development delay that improved after intervened	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น Global developmental delay (F83) หรือ R62 อาจมีหรือไม่มีโรคร่วม 2. พัฒนาการดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านที่ล่าช้าดีขึ้นด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้าน โดยไม่มีด้านใดลดลงภายใน 6 เดือนหลังการรักษา <u>ประเมินโดยใช้เครื่องมือตามบริบทและระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์</u> 3. 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 = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) มีพัฒนาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน หลังรับการรักษา (คน)
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการ (คน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F83 หรือ R62
	ตัวหาร	F83 หรือ R62
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 80 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระดับเดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 85.33 ต่ำสุดร้อยละ 43.75 สูงสุดร้อยละ 100)	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 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)	ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (Global developmental delay: GDD) มีพัฒนาการดีขึ้น จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	GDD: Percent of children with Global developmental delay that improved after intervened with TEDA4I	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น Global developmental delay (F83) หรือ R62 อาจมีหรือไม่มีโรคร่วม 2. พัฒนาการดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านที่ล่าช้าดีขึ้นด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้าน โดยไม่มีด้านใดลดลงภายใน 6 เดือนหลังการรักษา ประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I 3. 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 = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) มีพัฒนาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน หลังรับการรักษา (คน)
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการ (คน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F83 หรือ R62
	ตัวหาร	F83 หรือ R62
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 80 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระดับเดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 85.33 ต่ำสุดร้อยละ 43.75 สูงสุดร้อยละ 100)	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 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 (Global development delay: GDD) คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	GDD: Percent of children with Global developmental delay that are included in educational system for at least 1 year	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ Global developmental delay (F83) หรือ R62 อาจมีหรือไม่มีโรคร่วม ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 3 ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน 2. คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี หมายถึง หลังจากได้เข้าสู่ระบบการศึกษา เช่น การเข้าเรียนในโรงเรียนปกติ โรงเรียนเรียนร่วมหรือโรงเรียนการศึกษาพิเศษ หรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้อย่างน้อย 1 ปี โดยไม่ถูกส่งกลับหรือถูกปฏิเสธด้วยปัญหาพัฒนาการหรือพฤติกรรม	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการฟื้นฟู/ดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD)	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) คงอยู่ในระบบการศึกษาได้ อย่างน้อย 1 ปี (คน)
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) ที่ส่งเข้าระบบการศึกษา (คน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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)	ร้อยละเด็กออทิสติกมีพัฒนาการด้านภาษาและสังคมดีขึ้น	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ASD: Percent of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) with social and communication skills improvement	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กทุกช่วงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย Autism Spectrum Disorder (F84.0-F84.9) จากแพทย์ 2. พัฒนาการทางภาษาและสังคมดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) หรือด้านการใช้ภาษา (expressive language) <u>ร่วมกับ</u>ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (personal and social) ดีขึ้น <u>ประเมินโดยใช้เครื่องมือตามบริบทและระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์</u>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กออทิสติก	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงาน แล้วมีพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาหรือด้านการใช้ภาษา <u>ร่วมกับ</u> ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคมดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน)
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กออทิสติกทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงาน (คน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F84.0-F84.9
	ตัวหาร	F84.0-F84.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 80 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในเด็กออทิสติกอายุ 2-6 ปี เดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 84.16 ต่ำสุดร้อยละ 74.82 สูงสุดร้อยละ 89)	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 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)	ร้อยละเด็กออทิสติกมีพัฒนาการด้านภาษาและสังคมดีขึ้น จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ASD: Percent of children with Autism Spectrum disorder (ASD) with social and communication skills improvement with TEDA4I	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กทุกช่วงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย Autism Spectrum disorder (F84.0-F84.9) จากแพทย์ 2. พัฒนาการทางภาษาและสังคมดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) หรือด้านการใช้ภาษา (expressive language) <u>ร่วมกับ</u>ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (personal and social) ดีขึ้น <u>ประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I</u>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กออทิสติก	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงาน แล้วมีพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาหรือด้านการใช้ภาษา <u>ร่วมกับ</u> ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคมดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน)
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กออทิสติกทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงาน (คน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F84.0-F84.9
	ตัวหาร	F84.0-F84.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 80 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในเด็กออทิสติกอายุ 2-6 ปี เดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 84.16 ต่ำสุดร้อยละ 74.82 สูงสุดร้อยละ 89)	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 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)	ร้อยละเด็กออทิสติกคงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ASD: Percent of children with Autism Spectrum disorder (ASD) that are included in educational system for at least 1 year	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เด็กออทิสติก หมายถึง เด็กอายุ 3-14 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวินิจฉัย Autism Spectrum Disorder (F84.0-F84.9) จากแพทย์ 2. คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี หมายถึง หลังจากได้เข้าสู่ระบบการศึกษา เช่น การเข้าเรียนในโรงเรียนปกติ โรงเรียนเรียนร่วมหรือโรงเรียนการศึกษาพิเศษ หรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ได้อย่างน้อย 1 ปี โดยไม่ถูกส่งกลับหรือถูกปฏิเสธด้วยปัญหาพัฒนาการหรือพฤติกรรม	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการฟื้นฟู/ดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กออทิสติก	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กออทิสติกที่คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี (คน)
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กออทิสติกทั้งหมดที่ได้รับการรักษาที่ส่งเข้าระบบการศึกษายภายในปีงบประมาณ (คน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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) ที่มีพัฒนาการดีขึ้น	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Cerebral palsy: Percent of children with Cerebral palsy that improved after intervened	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เด็กสมองพิการ หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น Cerebral palsy อาจมีหรือไม่มีโรคร่วม 2. พัฒนาการดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านที่ล่าช้าด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้านดีขึ้นโดยไม่มีด้านใดลดลง ภายใน 6 เดือน หลังการรักษา <u>ประเมินโดยใช้เครื่องมือตามบริบทและระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์</u> 3. 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	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่มีพัฒนาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการทั้งหมดที่ได้รับการรักษา (คน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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 ต่ำสุดร้อยละ 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		



หมวดตัวชี้วัด		Mental health
ประเภทตัวชี้วัด		Cerebral palsy
รหัสตัวชี้วัด		DM0302
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยเด็กสมองพิการ (Cerebral palsy) มีพัฒนาการดีขึ้น จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Cerebral palsy: Percent of children with Cerebral palsy that improved after intervened
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. เด็กสมองพิการ หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น Cerebral palsy อาจมีหรือไม่มีโรคร่วม 2. พัฒนาการดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านที่ล่าช้าด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้านดีขึ้นโดยไม่มีด้านใดลดลง ภายใน 6 เดือน หลังการรักษา โดย ประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I 3. 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) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่มีพัฒนาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการทั้งหมดที่ได้รับการรักษา (คน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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 ต่ำสุดร้อยละ 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)	Child and adolescent psychiatry: Percent of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) improved after intervened for 6 months	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยสมาธิสั้น หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น (F90) อาการดีขึ้น หมายถึง คะแนนจากแบบวัด SNAP-IV ฉบับผู้ปกครองลดลงด้านใดด้านหนึ่ง หลังรับการรักษา 6 เดือน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	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/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F90
	ตัวหาร	F90
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 80 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 69.16 ต่ำสุดร้อยละ 8.04 สูงสุดร้อยละ 100)	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 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)	ร้อยละผู้ป่วยเด็กซึมเศร้าอาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Child and adolescent psychiatry: Percent of children and adolescents with Major depressive disorder (MDD) improved after intervened for 6 months	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยซึมเศร้า หมายถึง เด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 6-17 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (F32.0-F32.9, F33.0-F33.9, F34.1) อาการดีขึ้น หมายถึง อาการสงบ (clinical remission) หลังรักษาครบ 6 เดือน หรือคะแนนจากแบบประเมิน Childhood Depressive Inventory (CDI) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่อาการสงบหรือคะแนน CDI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน (คน)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด ทั้งวินิจฉัยหลักและวินิจฉัยรอง (คน)
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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 ต่ำสุดร้อยละ 23.01 สูงสุดร้อยละ 100)	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ		

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 (1:100,000)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. มารดา หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งคลอดทารกมีชีพในโรงพยาบาล ที่มี Principal diagnosis (Pdx) or Secondary diagnosis (sdx) เป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป 3. การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หลังคลอด) ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์ และ/หรือ การดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้อง	
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/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สธ., สปสช.	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) คำนิยามในข้อสาม และคำนิยามตัวตั้ง เพิ่มเติม คำว่า (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หลังคลอด), (2) ตัวตั้งรหัสโรค ตักรหัสโรค O96 (การตายจากสาเหตุทางสูติกรรมที่เกิดหลังคลอดเกิน 42 วันแต่ไม่เกิน 1 ปี), และ O97 (การตายจากสาเหตุทางสูติกรรม (โดยตรงหรือโดยอ้อม) ที่เกิดหลังคลอด 1 ปีหรือนานกว่า), (3) ตัวหารรหัสโรค แก๊ซรหัส ICD เป็น sdx = Z37.0-Z37.7, Z37.9 อ้างอิงตาม สปสช.	



	เนื่องจาก รหัสโรคในกลุ่ม Z37 ใช้เป็นรหัสเสริมในการระบุผลของการคลอดในบันทึกของมารดาในการประเมินภาวะขาดออกซิเจนแรกให้มีความสอดคล้องกัน
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	Maternal and child health care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Maternal health care process	
รหัสตัวชี้วัด	CM0104	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้คลอด Caesarean section ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Percent of unplanned re-admission of Caesarean section within 28 days	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้คลอด Caesarean section หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มี Principal diagnosis (Pdx) or Secondary diagnosis (Sdx) ของการคลอดที่มีเหตุจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 และ/หรือ ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้คลอด Caesarean section ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) (ยกเว้นผู้คลอด C/S ที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษตามแผน)	
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 ในเดือนก่อนหน้านั้น
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	ค่ายิ่งน้อย = 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” ตามการวัดสากล, (3) เพิ่มรหัสโรค O84.2 เป็นการคลอดครรภ์แฝดทารกทุกคนคลอดโดยการผ่าตัดทั้งตัวตั้งและตัวหาร	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด		Caesarean section
ประเภทตัวชี้วัด		Caesarean section
รหัสตัวชี้วัด		CM0105
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Maternal: Average length of stay of Caesarean section
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		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 ดังที่ระบุไว้ 2. จำนวนวันนอนรวมหมายถึง ผลรวมของจำนวนวัน ที่ผู้ป่วยที่ทำ Caesarean section นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นับตั้งแต่วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทุกสถานะการจำหน่าย
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยที่ทำ Caesarean section
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยที่ทำ Caesarean section ทั้งหมดในเดือนที่ประเมิน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ Caesarean section ที่จำหน่าย ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	Caesarean section	
ประเภทตัวชี้วัด	Caesarean section	
รหัสตัวชี้วัด	CM0107	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันกรณีคลอดทางช่องคลอด	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Percent of Immediate postpartum hemorrhage (vaginal delivery)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีการเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร ภายใน 2 ชั่วโมง หลังการคลอดทางช่องคลอดด้วยวิธีวัดเชิงวัดถ้วย 2. การคำนวณหาอัตราตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน เป็นการคิดเทียบต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปทั้งหมดที่มาคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาล ช่วงระยะเวลาที่ประเมิน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์คลอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาล (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	ค่ายิ่งน้อย = 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)	ร้อยละการชักขณะตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอด	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Percent of eclampsia in pregnancy induce hypertension	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะชัก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยปัญหาการชักขณะตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอดเนื่องจากครรภ์เป็นพิษ ที่มี Principal diagnosis (Pdx) or Secondary diagnosis (Sdx) อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 และ/หรือ ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป 3. การคำนวณหาอัตราหญิงตั้งครรภ์ เป็นการคิดเทียบต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดในช่วงระยะเวลาที่ประเมิน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์คลอดหรือหลังคลอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ ที่รับไว้ในโรงพยาบาลใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = O15.0-O15.9 (หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะชัก)
	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	CM0110	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Percent of gestational DM	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยปัญหาภาวะเบาหวาน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) or Secondary diagnosis (Sdx) โดยมีรหัสโรครอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 และ/หรือ ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป 3. การคำนวณหาอัตราหญิงตั้งครรภ์ เป็นการคิดเทียบต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดในช่วงระยะเวลาที่ประเมิน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์คลอดหรือหลังคลอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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: Percent of receiving antibiotic prophylaxis in abdominal hysterectomy	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยที่ผ่าตัด Abdominal hysterectomy หมายถึง ผู้ป่วยในที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับมดลูกซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูกออกโดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัด Abdominal hysterectomy หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัด (กรณีเป็นการให้ยาแบบ IV drip ให้เริ่มนับเวลาเมื่อ drip ยาหมด)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด Abdominal hysterectomy	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัด Abdominal hysterectomy ที่ได้รับ prophylactic antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมีดผ่าตัดใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัด Abdominal hysterectomy ทั้งหมดในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับปรุงชื่อตัวชี้วัดภาษาอังกฤษให้สอดคล้องกับภาษาไทย	
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and child health care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Maternal health care process	
รหัสตัวชี้วัด	CM0117	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการติดเชื้อแผลผ่าตัด Abdominal hysterectomy	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Percent of abdominal hysterectomy associated infection	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยผ่าตัด Abdominal hysterectomy หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับมดลูก ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูกออก โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การติดเชื้อแผลผ่าตัด Abdominal hysterectomy หมายถึง เฉพาะการติดเชื้อครั้งแรกของแผลผ่าตัด Abdominal hysterectomy ภายในช่วงระยะเวลา 30 วันหลังการผ่าตัด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัด Abdominal hysterectomy	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อแผลผ่าตัด Abdominal hysterectomy
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัด Abdominal hysterectomy ทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = 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 แยกระยะเวลาการติดตามออกตามความลึกของการติดเชื้อ ถ้าเป็น Superficial SSI จะตาม 30 วัน ถ้าเป็น Deep SSI และ organ/space SSI จะตาม 90 วัน	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Maternal and child health care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Maternal health care process	
รหัสตัวชี้วัด	CM0118	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการผ่าตัดคลอดบุตรปฐมภูมิของโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Percent of primary cesarean section	
นิยาม คำอธิบาย ความหมาย ของตัวชี้วัด	1) การผ่าตัดคลอดคลอดบุตรปฐมภูมิของโรงพยาบาล (Primary cesarean Section) หมายถึง การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ที่มี Principal diagnosis (Pdx) หรือ Secondary diagnosis (Sdx) ของการคลอดครรภ์เดียวโดยการผ่าท้อง (single delivery by cesarean section) หรือ การคลอดครรภ์แฝดทารกทุกคนคลอดโดยการผ่าท้อง (multiple delivery/all by cesarean section) ทุกสิทธิการรักษา โดยมีรหัสโรคและรหัสหัตถการตาม ICD-10 TM, ICD-10 และ/หรือ ICD-9 ตามที่ระบุไว้ 2) การคำนวณหาร้อยละการผ่าตัดคลอดบุตรปฐมภูมิของโรงพยาบาล เป็นการคิดจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดครั้งแรกทุกสิทธิการรักษาและ จำหน่ายในเดือนนั้น คิดเทียบต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (previous cesarean section) ทั้งหมดในเดือนเดียวกัน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพของการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดครั้งแรกที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (previous cesarean section) ทุกสิทธิการรักษาและ จำหน่ายในเดือนนั้น ในช่วงเวลา 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Previous Cesarean Section) และจำหน่ายในเดือนนั้นทั้งหมด ทุกสิทธิการรักษา ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = (O82 or O842) and (Procedure = 740-744 or 7499) <u>หรือ</u> Sdx = (O82 or O842) and (Procedure = 740-744 or 7499) <u>และ</u> ตัดข้อมูลที่มี Sdx = O342 (Previous C/S)
	ตัวหาร	Pdx = O80-O84 <u>หรือ</u> Sdx = O80-O84 <u>และ</u> ตัดข้อมูลที่มี Sdx = O342 (previous C/S)
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ปี)		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	รายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข รายงานตัวชี้วัดบริการสุขภาพ ของสสส. (NHSO health service indicator)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2563	
วันเดือนปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	ในการวิเคราะห์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ ควรประเมินผลวิเคราะห์แยกรายกลุ่ม เช่น การมีโรคร่วมของหญิงตั้งครรภ์ สิทธิการรักษา ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลหรือรับส่งต่อ	

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and child health care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Maternal health care process	
รหัสตัวชี้วัด	CM0119	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการผ่าตัดคลอดบุตรทั้งหมดของโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Maternal: Percent of Overall cesarean section	
นิยาม คำอธิบาย ความหมาย ของตัวชี้วัด	1) การผ่าตัดคลอดคลอดบุตรทั้งหมดของโรงพยาบาล (Overall cesarean section) หมายถึง การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ที่มี Principal diagnosis (Pdx) หรือ Secondary diagnosis (Sdx) ของการคลอดครรภ์เดียวโดยการผ่าท้อง (single delivery by cesarean section) หรือการคลอดครรภ์แฝดทารกทุกคนคลอดโดยการผ่าท้อง (multiple delivery/all by cesarean section) ทุกสิทธิการรักษา โดยมีรหัสโรคและรหัสหัตถการตาม ICD-10 TM, ICD-10 และ/หรือ ICD-9 ตามที่ระบุไว้ 2) การคำนวณหรือร้อยละการผ่าตัดคลอดบุตรทั้งหมดของโรงพยาบาล เป็นการคิดจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดทุกสิทธิการรักษาและจำหน่ายในเดือนนั้น คิดเทียบต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลทั้งหมดในเดือนเดียวกัน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพของการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดทุกสิทธิการรักษาและจำหน่ายในเดือนนั้น ในช่วงเวลา 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาล และจำหน่ายในเดือนนั้นทั้งหมดทุกสิทธิการรักษา ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = (O82 or O842) and (Procedure = 740-744 or 7499) หรือ Sdx = (O82 or O842) and (Procedure = 740-744 or 7499)
	ตัวหาร	Pdx = O80-O84 หรือ Sdx = O80-O84
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ปี)		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	รายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข รายงานตัวชี้วัดบริการสุขภาพ ของสสข. (NHSO health service indicator)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2563	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	ในการวิเคราะห์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ ควรประเมินผลวิเคราะห์แยกรายกลุ่ม เช่น การมีโรคร่วมของหญิงตั้งครรภ์ สิทธิการรักษา ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลหรือรับส่งต่อ	



ประเภท CM02 Child health care process

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and child health care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Child health care process	
รหัสตัวชี้วัด	CM0201	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Child: Perinatal mortality rate (24 weeks)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. การตายปริกำเนิด หมายถึง การตายของทารกในครรภ์ น้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป หรืออายุครรภ์ 24 สัปดาห์ หากไม่มีข้อมูลน้ำหนัก (Still birth) และการตายของทารกแรกเกิดภายใน 7 วันหลังคลอด 2. การเก็บข้อมูลการตายปริกำเนิด ให้นับเฉพาะการตายปริกำเนิดที่เกิดจากการคลอด(ทั้งที่คลอดมีชีวิตรอดและไม่มีชีวิตรอด) ขณะมา หรือขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวมทารกซึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ทั้งนี้ในกรณีที่มีการส่งต่อทารกไปยังโรงพยาบาลอื่นและทารกตายภายใน 7 วันหลังคลอด ให้นับรวมเป็นการตายปริกำเนิดของโรงพยาบาลผู้ส่งต่อทารก (โดย รพ. ผู้ส่งต่อ ต้องติดตามผลการมีชีวิตรอดของทารกเมื่อครบกำหนด 7 วันหลังคลอด) 3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การให้บริการอนามัยแม่และเด็ก (ANC) , ประเมินผลลัพธ์กระบวนการทำคลอดและการดูแลหลังคลอด และประเมินผลลัพธ์การดูแลสุขภาพพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาแรกคลอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกที่ตายปริกำเนิด ในช่วงเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกเกิดทั้งหมด ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I / USAID and -Perinatal mortality 2007-HIQP	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ปรับแก้ไข นิยาม จากคำว่า น้ำหนักน้อยกว่า 500 กรัม เป็น น้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป ตามนิยามวิชาการสากล, (2) ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 ดังที่ระบุ ไว้” ออกจากนิยาม และ ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีความหลากหลายของการรหัสโรคของ รพ.แต่ละระดับ ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2564): ปรับแก้ไขนิยามการตายปริกำเนิด จาก “อายุครรภ์ 22 สัปดาห์” เป็น “อายุครรภ์ 24 สัปดาห์” ตามแนวทางของสมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย	
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 (28 weeks)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การตายปริกำเนิด (ตามนิยามของ WHO สำหรับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา) หมายถึง การเสียชีวิตของทารกที่คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ และมีน้ำหนักแรกเกิดอย่างน้อย 1,000 กรัม ตั้งแต่แรกคลอดจนถึงอายุ 7 วันหลังคลอด 2. การเก็บข้อมูลการตายปริกำเนิด ให้นับเฉพาะการตายปริกำเนิดที่เกิดจากการคลอด(ทั้งที่คลอดมีชีวิตและไม่มีชีวิต)ขณะมาโรงพยาบาล หรือขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวมทารกซึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ทั้งนี้ในกรณีที่มีการส่งต่อทารกไปยังโรงพยาบาลอื่น และทารกตายภายใน 7 วันหลังคลอด ให้นับรวมเป็นการตายปริกำเนิดของโรงพยาบาลผู้ส่งต่อทารก (โดยโรงพยาบาลผู้ส่งต่อ ต้องติดตามผลการมีชีวิตรอดของทารกเมื่อครบกำหนด 7 วันหลังคลอด) 3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	- ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาแรกคลอด - ประเมินผลลัพธ์กระบวนการทำคลอดและการดูแลหลังคลอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนการเสียชีวิตของทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนถึง 7 วันหลังคลอด
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกคลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 ทารกคลอด	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = 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 ดังที่ระบุไว้” ออกจากนิยาม และ ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/หัตถการที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีความหลากหลายของการลงรหัสโรคของ 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 ความหมายของตัวชี้วัด	- การตายของทารกแรกเกิด หมายถึง การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมีชีวิต ภายใน 28 วัน หลังการคลอด (นับรวมทารกเกิดมีชีวิตที่ตายปริกำเนิดด้วย) - ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่เกิดจากการคลอดมีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดขณะมาโรงพยาบาล หรือขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวมทารกซึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ทั้งนี้ในกรณีที่มีการส่งต่อทารกไปยังโรงพยาบาลอื่น และทารกตายภายใน 28 วันหลังคลอด ให้นับรวมเป็นการตายของทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลผู้ส่งต่อทารก (โดยโรงพยาบาลผู้ส่งต่อ ต้องติดตามผลการมีชีวิตรอดของทารกเมื่อครบกำหนด 28 วันหลังคลอด) - การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาในกระบวนการคลอดการดูแลทารกหลังคลอดและสะท้อนถึงคุณภาพการให้คำแนะนำหลังคลอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังคลอด ในช่วงเวลา 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิตทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	UISA / Malaysia = 4 , UK = 3 , UN= 4	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = 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 ดังที่ระบุไว้” ออกจากนิยาม และ ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน template รหัสโรค/เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีความหลากหลายของการลงรหัสโรคของ 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 ความหมายของตัวชี้วัด	1. ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาล จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป 2. การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดหมายถึงการที่ทารกแรกเกิดมีชีพ มีค่าคะแนน APGAR SCORE ที่ 1 นาที ≤ 7 โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้ 3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาในกระบวนการคลอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ที่มีคะแนน APGAR ที่ 1 นาที ≤ 7 ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	$b =$ จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	P21.0, P21.1, P21.9
	ตัวหาร	Sdx = Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5, Z37.6
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	ตัวชี้วัดนโยบายรัฐบาล, ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย กรมอนามัย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) แก้ไข รหัสโรค/หัตถการที่เกี่ยวข้อง โดยตัวตั้ง เพิ่มรหัส P21.9 ภาวะขาดอากาศหายใจแรกเกิด ไม่ระบุรายละเอียด, และ ตัวหาร แก้ไขรหัส ICD เป็น Sdx = Z370, Z372, Z373, Z375, Z376 อ้างอิงตาม สปสช. เนื่องจาก รหัสโรคในกลุ่ม 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 ความหมายของตัวชี้วัด	1. ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาล จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไปและกรณีที่ไม่ทราบอายุครรภ์ ใช้น้ำหนัก 1,000 กรัมขึ้นไป 2. การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดหมายถึง การที่ทารกแรกเกิดมีชีพ มีค่าคะแนน APGAR SCORE ที่ 5 นาที ≤ 4 3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลกระบวนการคลอดและฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ที่มีคะแนน APGAR ที่ 5 นาที ≤ 4 ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	Sdx = Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5, Z37.6
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่าน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ตัดนิยามคำว่า “โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 ดังที่ระบุไว้” ออกจากนิยาม (2) ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/หัตถการที่เกี่ยวข้อง ตัวตั้ง เนื่องจากรหัส P21.0, P21.1 เป็นรหัสโรคที่หมายถึง ภาวะขาดออกซิเจนที่ APGAR Score 1 นาที ดังนั้นจึงไม่ตรงกับนิยามตัวชี้วัดนี้ที่วัดค่าคะแนน APGAR Score 5 นาที, และ ตัวหาร แก่ไขรหัส ICD เป็น Sdx = Z370, Z372, Z373, Z375, Z376 อ้างอิงตาม สปสช. เนื่องจาก รหัสโรคในกลุ่ม Z37 ใช้เป็นรหัสเสริมในการระบุผลของการคลอดในบันทึกของมารดาในการประเมินภาวะขาดออกซิเจนแรกให้มีความสอดคล้องกัน	
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and Child health Care Process	
ประเภทตัวชี้วัด	Child Health care Process	
รหัสตัวชี้วัด	CM0206	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Child: Percent of low birth weight < 2500 grams	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาล 2. Low birth weight หมายถึง มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม 3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพการให้คำแนะนำการดูแลตนเองระหว่างการตั้งครรภ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สปสช., ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย กรมอนามัย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559) : (1) ตัดนิยามคำว่า “จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป”, และ แก้ไขน้ำหนักแรกเกิดเป็น “ต่ำกว่า 2,500 กรัม” ให้สอดคล้องกับคำนิยามสากล, และ (2) ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสโรครอยู่ในกลุ่มโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้” และ, ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Maternal and child health care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Child health care process	
รหัสตัวชี้วัด	CM0207	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม ภายใน 28 วัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Child: Percent of neonatal mortality with birth weight < 1,000 grams within 28 days	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม หมายถึง การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป (ตามนิยามของ WHO สำหรับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา) มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 1,000 กรัม ภายใน 28 วันหลังคลอด 2. ทารกแรกเกิดมีชีพ หมายถึง ทารกที่เกิดจากการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดขณะมาโรงพยาบาล หรือขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวมทารกซึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น 3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษากระบวนการคลอดการดูแลทารกหลังคลอดและสะท้อนถึงคุณภาพการให้คำแนะนำหลังคลอด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัมที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังการคลอด ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัมทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	กระทรวงสาธารณสุข	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้” และ, ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักตามนิยามทั้งหมด โดยไม่ต้องระบุรหัสโรค เพราะอาจเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งไม่สามารถระบุด้วยรหัส ICD-10 ได้ครบถ้วน	
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Maternal and child health care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Child health care process	
รหัสตัวชี้วัด	CM0208	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,000-1,499 กรัม ภายใน 28 วัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Child: Percent of neonatal mortality with birth weight between 1,000 - 1,499 grams within 28 days	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,000-1,499 กรัม หมายถึง การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป (ตามนิยามของ WHO สำหรับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา) มีน้ำหนักแรกเกิด 1,000-1,499 กรัม ภายใน 28 วันหลังคลอด 2. ทารกแรกเกิดมีชีพ หมายถึง ทารกที่เกิดจากการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดขณะมาหรือขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวมทารกซึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น 3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพการให้คำแนะนำการดูแลตนเองระหว่างการตั้งครรภ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนัก 1,000-1,499 กรัมที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังการคลอด ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 1,000-1,499 กรัมทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่าอย่างน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	กระทรวงสาธารณสุข	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้” และ ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน template รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเป็นกรเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักตามนิยามทั้งหมด โดยไม่ต้องระบุรหัสโรค เพราะอาจเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งไม่สามารถระบุด้วยรหัส ICD-10 ได้ครบถ้วน	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Maternal and child health care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Child health care process	
รหัสตัวชี้วัด	CM0209	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,500 - 2,499 กรัม ภายใน 28 วัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Child: Percent of neonatal mortality with birth weight between 1,500 - 2,499 grams within 28 days	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,500-2,499 กรัม หมายถึง การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป (ตามนิยามของ WHO สำหรับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา) มีน้ำหนักแรกเกิด 1,500-2,499 กรัม ภายใน 28 วันหลังคลอด 2. ทารกแรกเกิดมีชีพ หมายถึง ทารกที่เกิดจากการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดขณะมาโรงพยาบาลหรือขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวมทารกซึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น 3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพการให้คำแนะนำการดูแลตนเองระหว่างการตั้งครรภ์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนัก 1,500-2,499 กรัมที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังการคลอด ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนัก 1,500-2,499 กรัมทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	กระทรวงสาธารณสุข	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้” และ, ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักตามนิยามทั้งหมด โดยไม่ต้องระบุรหัสโรค เพราะอาจเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งไม่สามารถระบุด้วยรหัส ICD-10 ได้ครบถ้วน	
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 physical Status I, II	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัด หมายถึง การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นของผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยที่มีระดับ ASA physical status I, II ก่อนผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจประเมินก่อนผ่าตัด และพบว่ามีความ ASA physical status I, II 3. การผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดทุกชนิดที่มีการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิสัญญี	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในกระบวนการผ่าตัด	
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/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 10,000 ราย	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = 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	CA0102	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Anesthesia: Percent of pre-anesthetic visit elective in-patient cases	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน หมายถึง การเยี่ยมเพื่อตรวจประเมินอาการของผู้ป่วยใน ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในการรับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน 2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป 3. การผ่าตัด หมายถึง major operation จากคำนิยามสถิติสาธารณสุข นับรวมการผ่าตัดในห้องผ่าตัด ที่มีการดมยาหรือ block ด้วยวิธี spinal หรือ epidural Block ในที่นี้จะนับรวม กลุ่มผู้ป่วยที่ brachial plexus block, ฉีดยาชา เจาะคอ under maximum anesthetic care	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในกระบวนการผ่าตัด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2559	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559) การผ่าตัด หมายถึง major operation จากคำนิยามสถิติสาธารณสุข นับรวมการผ่าตัดในห้องผ่าตัด ที่มีการดมยาหรือ block ด้วยวิธี spinal หรือ epidural block ในที่นี้จะนับรวม กลุ่มผู้ป่วยที่ brachial plexus block, ฉีดยาชา เจาะคอ under maximum anesthetic care	
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Anesthesia care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Anesthesia care process	
รหัสตัวชี้วัด	CA0103	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกที่ได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Anesthesia: Percent of patients observed in recovery room	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การให้ยาระงับความรู้สึก หมายถึง การให้ยาระงับความรู้สึกทุกวิธีการในผู้ป่วยผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึก ก่อนทำการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกที่ได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น หมายถึง การที่ผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ได้รับการดูแลช่วงหลังการให้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นในระยะเวลาที่เหมาะสมตามประเภทของการให้ยาระงับความรู้สึกและสภาพของผู้ป่วย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย 3. การผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดทุกชนิดที่มีการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิสัญญี	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในกระบวนการผ่าตัด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกและได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่เด้ยาระงับความรู้สึกทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (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)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Anesthesia: Percent of re-intubation within 2 hours after extubation	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อหายใจซ้ำหลังการถอดท่อหายใจ หมายถึง ผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ที่ใส่ท่อหายใจและได้รับการถอดท่อหายใจแล้วต้องกลับมาใส่ท่อหายใจซ้ำไม่ว่าจากสาเหตุใด ๆ 2. การผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดทุกชนิดที่มีการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิสัญญี	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในกระบวนการผ่าตัด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจ ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวที่ใส่ท่อหายใจทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = 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)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ดมยาสลบได้รับการเฝ้าระวังระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Anesthesia: Percent of using capnometry during general anesthesia	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การเฝ้าระวังระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก หมายถึง การเฝ้าระวังการหายใจโดยใช้เครื่องวัดระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ด้วยเครื่อง Capnometry ในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวและใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างการได้รับยาระงับความรู้สึก 2. การผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดทุกชนิดที่มีการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิสัญญี	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในกระบวนการผ่าตัด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวที่ใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (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 C001 Operative care process

หมวดตัวชี้วัด	Operative care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Operative care process	
รหัสตัวชี้วัด	C00101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของการใช้แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Operation: Percent of using Surgical Safety Check list	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด (Surgical Safety Check list) สามารถใช้ได้ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งมีการออกแบบเอง 2. ให้ใช้ Surgical Safety Check list กับผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการทุกหัตถการ (รายครั้ง) ที่ทำในห้องผ่าตัด (กรณีมีหลายห้องผ่าตัด ให้รวมทุกห้องผ่าตัด) โดยนับรวมทั้งในหัตถการที่ตมยาและไม่ตมยา 3. การทำแบบตรวจสอบฯ อย่างสมบูรณ์ หมายถึง ได้ทำตามกระบวนการอย่างถูกต้อง โดยทำครบทุกขั้นตอนในแต่ละ part (sign in, time out, sign out)	
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)	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Operation: Percent of peri-operative mortality within 24 hours	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดใหญ่ (Major Operation) ที่มีการให้ยาระงับความรู้สึกและเป็นการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน ซึ่งมีระยะเวลาในการเตรียมผู้ป่วยอย่างน้อย 24 ชั่วโมง 2. ผู้ป่วยผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยใน และ/หรือผู้ป่วยซึ่งมีนัดรับเข้านอนในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมผ่าตัด 3. การเสียชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัด หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงระยะเวลา ระหว่างกระบวนการดมยา ก่อนผ่าตัด การผ่าตัด และหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อใช้ในการติดตามกระบวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด กระบวนการผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรก	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกรณีไม่ฉุกเฉินและเสียชีวิตระหว่างและหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรก
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกรณีไม่ฉุกเฉินในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
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)	ร้อยละการผ่าตัดซ้ำ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Operation: Percent of re-operation	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การผ่าตัดซ้ำ (กรณีผู้ป่วยใน) หมายถึง การผ่าตัดซ้ำด้วยโรคเดียวกันตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปในการรับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในครั้งเดียวกันโดยไม่ได้อำนาจแผน หรือ เป็นการผ่าตัดซ้ำในผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดครั้งแรกซึ่งเป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน ทั้งนี้ไม่รวมถึงการผ่าตัดที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าจะมีการผ่าตัดแยกเป็นหลายครั้งเป็นการผ่าตัดทีละส่วน 2. การผ่าตัดซ้ำ (กรณีผู้ป่วยนอกที่ต้อง admit โดยไม่ได้อำนาจแผน) หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วยนอกที่นำไปสู่การรับเข้าเป็นผู้ป่วยในทันทีหลังผ่าตัด ทั้งนี้ไม่รวมถึงการผ่าตัดในกรณีผู้ป่วยนอกที่ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน หรือสังเกตอาการไม่เกิน 48 ชั่วโมง	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลของการรักษาโดยการผ่าตัดของทีมผ่าตัด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดซ้ำในผู้ป่วยในโดยไม่ได้อำนาจแผนและการผ่าตัดผู้ป่วยนอกที่ Admit หลังผ่าตัดทันที ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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	(1) เพิ่มเวลาสังเกตอาการเป็น 48 ชั่วโมง (จากเดิม 12 ชั่วโมง) เพราะต้องการ Include การผ่าตัดซ้ำ ที่เกิด AE มากที่สุด ซึ่งมักเกิด Bleeding หลัง 24 ชั่วโมงแล้ว (2) ในกรณีการผ่าตัดฉุกเฉินในผู้ป่วยนอก ให้นับครั้งที่มีการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้อำนาจแผน	

หมวด CG: General care process (G)

ประเภท CG01 Pressure ulcer/injury care process

หมวดตัวชี้วัด	General care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Pressure ulcer/injury care process	
รหัสตัวชี้วัด	CG0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Pressure ulcer/injury: Rate of pressure ulcer	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนตัวเลขที่แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ ซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่รับนอนในโรงพยาบาล นาน ≥ 4 ชั่วโมง ภายใน 1 เดือน และมีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป เปรียบเทียบกับจำนวน 1000 วันนอนในเดือนนั้น ๆ 2. ความหมายและการแบ่งระดับของแผลกดทับ อ้างอิงตามนิยามที่กำหนดโดยคณะทำงานตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมพยาบาลแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย และชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (University Hospital Nursing Director Consortium; UHNDC) ตามเอกสารภาคผนวก 3. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบรายงานการเก็บข้อมูลการเกิดแผลกดทับ แบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับและ 2 ลักษณะ (ระดับ 1-4, ไม่สามารถระบุระดับได้และการบาดเจ็บที่เนื้อเยื่อชั้นลึก), และ (2) แบบรายงานสถิติข้อมูลแผลกดทับ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล เพื่อเป็นมาตรฐานและมีประสิทธิผลของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และเป็นมาตรฐานในการเทียบเคียงคุณภาพการพยาบาลระหว่างองค์กรพยาบาลในระดับเดียวกัน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับที่เกิดขึ้นใหม่ในโรงพยาบาล ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	$b =$ จำนวนวันของผู้ป่วยที่รับนอนในรพ.ทั้งหมดภายในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	อัตราน้อยกว่า 3 ครั้งต่อ 1000 วันนอน (คณะกรรมการตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล UHNDC)	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I, สำนักการพยาบาล THIP II, ปรับปรุงครั้งที่ 1: คณะกรรมการตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (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 คณะกรรมการตัวชี้วัดผลกตทัชชมรม เครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2: ตุลาคม 2562 ตามข้อเสนอของ คณะทำงานตัวชี้วัดผลกตทัช ชมรม พยาบาลพล ออสโธมี และควบคุมการซัปป่าย และชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการ พยาบาล
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	General care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Pressure ulcer/injury care process	
รหัสตัวชี้วัด	CG0102	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Pressure ulcer/injury: Rate of pressure ulcer in risk patients	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนตัวเลขที่แสดงถึงจำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่รับนอนในโรงพยาบาล นาน ≥ 4 ชั่วโมง ที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน และมีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป เปรียบเทียบกับจำนวน 1000 วันนอนในเดือนนั้น ๆ 2. ความหมายและการแบ่งระดับของแผลกดทับ อ้างอิงตามนิยามที่กำหนดโดยคณะทำงานตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมพยาบาลแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย และชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (University Hospital Nursing Director Consortium; UHNDC) ตามเอกสารภาคผนวก 3. จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผลรวมของจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในหอผู้ป่วยในทั้งหมด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เพื่อเป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และเป็นมาตรฐานในการเทียบเคียงคุณภาพการพยาบาลระหว่างองค์กรพยาบาลในระดับเดียวกัน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	$a =$ จำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับที่เกิดขึ้นใหม่ในโรงพยาบาล ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป <u>ของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ</u> ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	$b =$ จำนวนวันของผู้ป่วยที่รับนอนในโรงพยาบาล <u>ของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ</u> ทั้งหมดภายในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ครั้งต่อ 1,000 วันนอน	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I, สำนักการพยาบาลและชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2560	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1: ตุลาคม 2560 ปรับรายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อให้สอดคล้องกับตัวชี้วัด CG0101 โดยอ้างอิงตามการเปลี่ยนแปลงนิยามตัวชี้วัด CG0101 ที่เสนอของคณะกรรมการตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (UHNDC)	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	General care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Pressure ulcer/injury care process	
รหัสตัวชี้วัด	CG0103	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราความชุกของแผลกดทับ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Pressure ulcer/injury: Hospital-acquired pressure ulcer/injury	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. อัตราความชุกของแผลกดทับ หมายถึง ตัวเลขที่แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับทั้งหมดในโรงพยาบาล ในช่วงเวลาที่สำรวจ 2. การนับจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับในประชากรที่สำรวจ ณ เวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น เป็นการวัดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล ณ วันที่มีการสำรวจ การนับจำนวนให้รวมผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับก่อนรับเข้าโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับภายหลังรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล 3. แผลกดทับ แบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับและ 2 ลักษณะ (ระดับความรุนแรง 1-4, ไม่สามารถระบุระดับความลึกของเนื้อเยื่อที่โดนทำลายได้และการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก) คณะทำงานตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมพยาบาลแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย และชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (University Hospital Nursing Director Consortium; UHNDC) ตามเอกสารภาคผนวก 4. การคำนวณตัวชี้วัดนี้ ต้องการเอกสารผู้ป่วยทุกคนในหน่วยการรายงานในวันที่สำรวจ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เพื่อเป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และเป็นมาตรฐานในการเทียบเคียงคุณภาพการพยาบาลระหว่างองค์กรพยาบาลในระดับเดียวกัน	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a= จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่พบทั้งหมดในโรงพยาบาล แบ่งเป็นเกิดก่อนมาโรงพยาบาล และเกิดในโรงพยาบาล ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ในช่วงเวลาที่สำรวจ
	ตัวหาร	b= จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอยู่ในโรงพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	น้อยกว่าร้อยละ 10 (คณะกรรมการตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล UHNDC)	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I, สำนักงานพยาบาล THIP II, ปรับปรุงครั้งที่ 1: คณะกรรมการตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (University Hospital Nursing Director Consortium; UHNDC) THIP II, ปรับปรุงครั้งที่ 2: คณะทำงานตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมพยาบาลแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	

วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2562
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1: ตุลาคม 2560 ตามข้อเสนอของ คณะกรรมการตัวชี้วัดผลกตทัชชมรม เครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (UHNDC) ปรับปรุงครั้งที่ 2: ตุลาคม 2562 ตามข้อเสนอของ คณะทำงานตัวชี้วัดผลกตทัช ชมรม พยาบาลพล ออสโธมี และควบคุมการขั้บถ่าย
หมายเหตุ	



หมวดตัวชี้วัด	General care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Pressure ulcer/injury care process	
รหัสตัวชี้วัด	CG0104	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราความชุกของแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Pressure ulcer/injury: Hospital acquired pressure ulcer/injury (HAPI) rate	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. อัตราความชุกของแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล หมายถึง ตัวเลขที่แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ในช่วงเวลาที่สำรวจ 2. การนับจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่เกิดภายหลัง admit ในประชากรที่สำรวจ ณ เวลาใดเวลาหนึ่งที่สำรวจ เป็นการวัดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล ณ วันที่มีการสำรวจ การนับจำนวนให้นับเฉพาะผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับใหม่หลังรับเข้าโรงพยาบาล 3. การคำนวณ HAPI rate จำเป็นต้องมีการทบทวนบันทึกผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ณ วันที่ admit ถ้าพบว่าบันทึกตอน admit ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ แสดงว่าแผลที่พบเป็นแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล 4. แผลกดทับ แบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับและ 2 ลักษณะ (ระดับความรุนแรง 1-4, ไม่สามารถระบุระดับความลึกของเนื้อเยื่อที่โดนทำลายได้และการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก) คณะทำงานตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมพยาบาลแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย และชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (University Hospital Nursing Director Consortium; UHND) ตามเอกสารภาคผนวก 5. การคำนวณตัวชี้วัดนี้ ต้องการเอกสารผู้ป่วยทุกคนในหน่วยการรายงานในวันที่สำรวจ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อแยกความแตกต่างของการเกิดแผลกดทับที่เกิดในชุมชน Community Acquired Pressure Injury (CAPI) ทำให้ทราบว่าแผลกดทับมีจุดเริ่มต้นที่ใด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการแก้ปัญหาและพัฒนาได้อย่างตรงประเด็น	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a= จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ในช่วงเวลาที่สำรวจ
	ตัวหาร	b = จำนวนประชากรผู้ป่วยทั้งหมดในเวลาสำรวจ
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 3 เดือน (ตัวชี้วัดรายไตรมาส)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (ค่า/ แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี	
ที่มา/ Reference	คณะทำงานตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมพยาบาลแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2562	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		

หมวด CE: Emergency care process (E)

ประเภท CE01 ER care process

หมวดตัวชี้วัด	Emergency care process	
ประเภทตัวชี้วัด	ER care process	
รหัสตัวชี้วัด	CE0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยห้องฉุกเฉินที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาต้านจุลชีพ ภายใน 3 ชั่วโมง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Sepsis: Percent of broad-spectrum antibiotic receiving within 3 hours	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หมายถึง ภาวะ sepsis หรือ การที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงของการอักเสบทั่วตัว (systemic inflammation) ร่วมกับพบเชื้อจากการตรวจเพาะเชื้อจากเลือด หรือ พบว่ามี การติดเชื้อใดที่หนึ่งในร่างกาย (reference: surviving sepsis campaign 2012) ซึ่งมี Pdx หรือมีอาการแสดงตามรหัสโรค ICD-10 TM ที่กำหนด (ในที่นี้หมายถึงถึงเฉพาะผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) เท่านั้น) 2. การได้รับยาปฏิชีวนะ หมายถึง การที่ผู้ป่วย Sepsis, Severe sepsis, Septic shock ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึง ER จนถึงเวลาที่ได้รับยา	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับการตรวจรักษาที่ ER และ ได้รับยาปฏิชีวนะ ใน 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนถึงเวลาได้รับยา ในช่วงเวลาหนึ่งเดือน
	ตัวหาร	b = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับการตรวจรักษาที่ ER ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A40.0–A41.9, or Sdx= R57.2, R65.1
	ตัวหาร	Pdx = A40.0–A41.9, or Sdx= R57.2, R65.1
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	U.S.A. 2005(74.5%)	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = 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)	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเข้ารับ-ออกจากบริการของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ER: Average emergency department (ED) TIME-IN, TIME-OUT	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยฉุกเฉิน (triage as emergency patients) หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินตามประเภทของ triage ระดับ 1 ฉุกเฉินมาก emergency condition ภาวะที่มีอันตราย 1A ความเสี่ยงสูงต่อชีวิต immediate life threatening ต้องการตรวจรักษาทันทีไม่เกิน 4 นาที ซึ่งเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ไม่รวมกรณีเสียชีวิตผู้ป่วยคลินิกนอกเวลา ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนรักษาที่ ED หรือรอ admit) 2. ระยะเวลา นับเริ่มตั้งแต่เข้ารับบริการ (time-in) จนถึงออกจากห้องฉุกเฉิน (time-out) ซึ่งอาจเป็นการออกโดยจำหน่าย, admit, หรือ refer 3. กำหนดช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล ทุกวันที่ 5, 15, 25 ช่วงเวลา 00.00-23.59 น. (24 ชั่วโมง) โดยเก็บข้อมูลทุก 1 เดือนๆ ละ 3 ครั้ง	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	Emergency department efficiency	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ระยะเวลา (นาที) รวมทั้งหมดของผู้ป่วยฉุกเฉินมาก ที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (คน) ทั้งหมดที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	นาที	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	อาจเลือกจาก MBNQA award recipient	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = 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	1. ปรับเกณฑ์ใหม่หลังจากทบทวนข้อมูล THIP I ที่ผ่านมา 2. การแบ่งระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน แบ่งเป็นระดับ ดังนี้ - ระดับ 1A ฉุกเฉินมาก มีความเสี่ยงสูงต่อชีวิต ต้องตรวจรักษาทันทีไม่เกิน 4 นาที (v/s: วัดไม่ได้ BP $\leq$ 80/50 mmHg RR $\leq$ 10 b/m เด็กซีพจรเบาเร็ว, อาการ: เรียกไม่รู้สีกตัว GCS $\leq$ 8 cardiac arrest, Cyanosis respiratory arrest, respiratory rate $<$ 10 Severe shock, Seizure status Cervical spine compromise) - ระดับ 1B ภาวะเจ็บปวดรุนแรง 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 ชัก มากกว่า 1 ครั้งใน 6 ชม. (ไม่ใช่อุบัติเหตุ) แขนขาอ่อนแรงปากเขียว $\leq$ 72 ชม.) - ระดับ 2B ภาวะเจ็บปวดปานกลาง 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 บาดแผลฉีกหรือแผลฉีกขาดที่ไม่ต้องเย็บแผล known patient with chronic symptoms)
--	---



หมวดตัวชี้วัด	Emergency care process	
ประเภทตัวชี้วัด	ER care process	
รหัสตัวชี้วัด	CE0103	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินมากที่ได้รับการที่ห้องฉุกเฉินระยะเวลาภายใน 60 นาที	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ER: Percent of emergency patients receiving emergency service (ED TIME-IN, TIME-OUT) within 60 minutes	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยฉุกเฉิน (triage as emergency patients) หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินตามประเภทของ Triage ระดับ 1 ฉุกเฉินมาก emergency condition ภาวะที่มีอันตราย 1A ความเสี่ยงสูงต่อชีวิต immediate life threatening ต้องการตรวจรักษาทันทีไม่เกิน 4 นาที ซึ่งเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน(ไม่รวมกรณีเสียชีวิตผู้ป่วยคลินิกนอกเวลา ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนรักษาที่ ED หรือรอ admit) 2. ระยะเวลา นับเริ่มตั้งแต่เข้ารับบริการ (time-in) จนถึงออกจากห้องฉุกเฉิน (time-out) ซึ่งอาจเป็นการออกโดยจำหน่าย, admit, หรือ refer 3. กำหนดช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล ทุกวันที่ 5, 15, 25 ช่วงเวลา 00.00-23.59 น. (24 ชั่วโมง) โดยเก็บข้อมูลทุก 1 เดือนๆ ละ 3 ครั้ง	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	Emergency department efficiency	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย 1A ที่สามารถให้การรักษาที่ ED ได้ภายใน 60 นาที ในช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลในรอบหนึ่งเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย 1A ทั้งหมดที่ได้รับการตรวจรักษาที่ ED ในช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลในรอบหนึ่งเดือนนั้นในรอบเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	อาจเลือกจาก MBNQA Award Recipient	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = 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 ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Sepsis: Percent of broad-spectrum antibiotic received within 1 hour in emergency room	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	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 - Two or more of the following four items - Temperature $>38.3^{\circ}\text{C}$ or $<36.0^{\circ}\text{C}$ - Heart rate > 90 beats/min - Respiration > 20 b/min - Wbc $> 12,000$ or $< 4,000/\text{mm}^3$, or $>10\%$ bandemia - A suspected infection - SBP <90 mmHg. after 20 mL/kg fluid bolus or lactate >4 mmol/L 2. การได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง หมายถึง การที่ผู้ป่วย Severe sepsis/ Septic shock ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย จนถึงเวลาที่ได้รับยา)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	$a =$ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับการตรวจรักษาที่ ER และ ได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนถึงเวลาได้รับยา ในช่วงเวลาหนึ่งเดือน
	ตัวหาร	$b =$ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับการตรวจรักษาที่ ER ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A40.0–A41.9, and Sdx = R57.2, R65.1
	ตัวหาร	Pdx = A40.0–A41.9, 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	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	2012 Surviving sepsis recommendations CDC.pdf หน้า 4 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23442987 http://www.sccm.org/Documents/SSC-Guidelines.pdf http://news.aapc.com/index.php/2011/04/understand-how-icd-10-expands-sepsis-coding/	



หมวด CI: Intensive care process (I)

ประเภท CI01 Sepsis care process

หมวดตัวชี้วัด	Intensive care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Sepsis care process	
รหัสตัวชี้วัด	CI0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Sepsis: Percent of mortality	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การเสียชีวิตของผู้ป่วยใน หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน โดยมีระยะเวลาการนอนพักรักษานานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป 2. ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หมายถึง ภาวะ sepsis หรือการที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงของการอักเสบทั่วตัว (systemic inflammation) ร่วมกับพบเชื้อจากการตรวจเพาะเชื้อจากเลือด หรือพบว่ามีเม็ดเลือดขาวที่ใดที่หนึ่งในร่างกาย (reference : surviving sepsis campaign 2012) ซึ่งมี Pdx หรือ Sdx หรือมีอาการแสดงตามรหัสโรค ICD-10 TM ที่กำหนด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาลที่เสียชีวิต
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาล
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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)	ร้อยละผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น/LD/MDD รายใหม่ที่ได้รับการบำบัดรักษาในรอบ 6 เดือน และมาได้รับการรักษาตามนัด	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percent of carers of children with ADHD/LD/MDD having good compliance to treatment	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. มาได้รับการบำบัดรักษาตามนัด หมายถึง ผู้ปกครองมาตามวันนัด หรือ มาในวันอื่นที่มีการแจ้งเลื่อนนัดในระบบนัด หรือจำนวนผู้ปกครองที่มาตามระบบนัด 2. ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการคลินิกพัฒนาการหรือคลินิกจิตเวช เด็กและวัยรุ่น	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อประเมินปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการรักษา (continuity of care)	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็ก/ผู้ดูแลที่นัดมาได้รับการบำบัดรักษาตามแผนการรักษาในรอบ 6 เดือน (ราย)
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็ก/ผู้ดูแลทั้งหมดที่นัดมาได้รับการบำบัดรักษาในรอบ 6 เดือน (ราย)
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน (ตัวชี้วัดรายครึ่งปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ร้อยละ 60 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 74.06 ต่ำสุดร้อยละ 31.2 สูงสุดร้อยละ 93)	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ		



ประเภท CP02 Neurodevelopmental disorder care process

หมวดตัวชี้วัด	Psychiatry care process	
ประเภทตัวชี้วัด	Neurodevelopmental disorder care process	
รหัสตัวชี้วัด	CP0201	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละเด็กที่ส่งสัยโรคในกลุ่มพัฒนาการได้รับการวินิจฉัยภายใน 90 วัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Percent of children with neurodevelopmental disorder being diagnosed within 90 days after registration	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เด็กที่ส่งสัยโรคกลุ่มพัฒนาการ หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านร่วมกันที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่ระบบบริการในคลินิกพัฒนาการหรือคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 2. ได้รับการวินิจฉัยภายใน 90 วัน หมายถึง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ภายใน 90 วันนับจากการมารับบริการครั้งแรก	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลการเข้าถึงบริการในเด็กส่งสัยพัฒนาการล่าช้า	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กส่งสัยพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 90 วัน (คน)
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กส่งสัยพัฒนาการล่าช้าทั้งหมดที่มารับบริการวินิจฉัยและดูแลรักษา โดยไม่นับรวมผู้ป่วยที่มาขอรับบริการเฉพาะการฝึก (คน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 84.36 สูงสุดร้อยละ 100 ต่ำสุดร้อยละ 48)	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	โครงการพัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ		

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: Rate of ventilator-associated pneumonia (All)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยในจากทุกหอผู้ป่วย โดยนับรวมผู้ป่วยทั้งที่อยู่ในและนอกห้อง ICU (Ventilator-associated pneumonia: VAP) หมายถึง ภาวะปอดอักเสบที่เกิดขึ้นใหม่ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเกิดหลังจากผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 2 วันปฏิทิน (วันแรกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจนับเป็น 1 วันปฏิทิน) หรือหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 2 วันปฏิทิน (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/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันนอนผู้ป่วยในที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	Definition CDC 2014	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I 2012 http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf รายงานผลการศึกษาในหอผู้ป่วยสามัญ 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 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับเวลาหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 48 เป็น 24 ชั่วโมง ตาม US-CDC ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2561): ปรับเวลาหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 24 เป็น 48 ชั่วโมง ตามการทบทวนนิยามที่เสนอโดย สภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council) ปรับปรุงครั้งที่ 3 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามจาก “48 ชั่วโมง” เป็น “2 วันปฏิทิน”	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Infection control system	
ประเภทตัวชี้วัด	Ventilator-associated pneumonia (VAP)	
รหัสตัวชี้วัด	SI0102	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยที่นอนรักษาใน ICU	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	VAP: Rate of ventilator-associated pneumonia in ICU	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่รักษาในห้อง ICU (Ventilator-associated pneumonia: VAP) (in ICU) หมายถึง ภาวะปอดอักเสบที่เกิดขึ้นใหม่ในผู้ป่วยที่รักษาในห้อง ICU ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเกิดหลังจากผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 2 วันปฏิทิน (วันแรกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนับเป็น 1 วันปฏิทิน) หรือหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 2 วันปฏิทิน (the ventilator was in place on the date of event or the day before) (หากโรงพยาบาล มีหลาย ICU ให้รวมยอดจากทุก ICU) 2. ไอ ซี ยู คือ หอผู้ป่วยเฉพาะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยใน ICU ทั้งหมด
	ตัวหาร	b = จำนวนวันนอนผู้ป่วยในที่รักษาในห้อง ICU ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันนอนผู้ป่วยในที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	Definition CDC 2014	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = 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 2564	
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) ปรับปรุงครั้งที่ 3 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามจาก “48 ชั่วโมง” เป็น “2 วันปฏิทิน”	
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Infection control system	
ประเภทตัวชี้วัด	Ventilator-associated pneumonia (VAP)	
รหัสตัวชี้วัด	SI0103	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยที่นอนรักษานอก ICU ของโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	VAP: Rate of Ventilator-associated pneumonia Outside ICU	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยที่อยู่นอกห้อง ICU (VAP outside ICU) โดยนับเฉพาะผู้ป่วยที่รักษาอยู่นอกห้อง ICU หมายถึง ภาวะปอดอักเสบที่เกิดขึ้นใหม่ในผู้ป่วยที่รักษาอยู่นอกห้อง ICU ทั้งหมดที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเกิดหลังจากผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 2 วันปฏิทิน (วันแรกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจนับเป็น 1 วันปฏิทิน) หรือหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 2 วันปฏิทิน (the ventilator was in place on the date of event or the day before) 2. ไอ ซี ยู คือ หอผู้ป่วยจำเพาะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่รักษาอยู่นอกห้อง ICU ทั้งหมด
	ตัวหาร	b = จำนวนวันนอนผู้ป่วยในที่รักษาอยู่นอกห้อง ICU ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันนอนผู้ป่วยในที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	Definition CDC 2014	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2561): ปรับเวลาหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 24 เป็น 48 ชั่วโมง ตามการทบทวนนิยามที่เสนอโดย สภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council) ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามจาก “48 ชั่วโมง” เป็น “2 วันปฏิทิน”	
หมายเหตุ		



ประเภท SI02 Blood stream infection (BSI)

หมวดตัวชี้วัด	Infection control system	
ประเภทตัวชี้วัด	Blood stream infection (BSI)	
รหัสตัวชี้วัด	SI0201	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (ภาพรวม)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	BSI: Rate of CABSIs (All)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	เป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลางมากกว่า 2 วัน ปฏิทิน (วันแรกที่นับเป็นวันที่ 1 วันปฏิทิน) และเมื่อถอดสายสวนหลอดเลือดออกภายใน 1 วันปฏิทิน (*in place on the date of event or the day before) ของผู้ป่วยในจากทุกหอผู้ป่วยโดยนับรวมผู้ป่วยทั้งที่อยู่ในและนอกห้อง ICU	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใส่สาย central line ทั้งหมด
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใส่สาย central line ทั้งหมด
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000วันที่คาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง	
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 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับเวลาหลังจากถอดสายสวนหลอดเลือดออกภายใน 48 เป็น 24 ชั่วโมง ตาม US-CDC ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามจาก “48 ชั่วโมง” เป็น “2 วันปฏิทิน”	
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด	Infection control system	
ประเภทตัวชี้วัด	Blood stream infection (BSI)	
รหัสตัวชี้วัด	SI0202	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง ของผู้ป่วยที่นอนรักษาใน ICU	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	BSI: Rate of CABSIs in ICU	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลางมากกว่า 2 วัน ปฏิทิน (วันแรกที่ใส่นับเป็นวันที่ 1 วันปฏิทิน) และเมื่อถอดสายสวนหลอดเลือดออกภายใน 1 วันปฏิทิน (* in place on the date of event or the day before) สำหรับผู้ป่วยที่รักษาในห้อง ICU (หากโรงพยาบาล มีหลาย ICU ให้รวมยอดจากทุก ICU) 2. ไอ ซี ยู คือ หอผู้ป่วยจำเพาะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลางขณะนอนใน ICU	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใส่สาย central line ของผู้ป่วยที่นอนใน ICU
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใน ICU ที่ใส่สาย central line
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง	
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 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (1 ตุลาคม 2558): ปรับเวลาหลังจากถอดสายสวนหลอดเลือดออกภายใน 48 เป็น 24 ชั่วโมง ตาม US-CDC และเพิ่มนิยามของห้อง ไอ ซี ยู (ICU) ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามจาก “48 ชั่วโมง” เป็น “2 วันปฏิทิน”	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Infection control system	
ประเภทตัวชี้วัด	Blood stream infection (BSI)	
รหัสตัวชี้วัด	SI0203	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง ของผู้ป่วยที่นอนรักษานอก ICU ของโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	BSI: Rate of CABS Outside ICU	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลางมากกว่า 2 วัน ปฏิทิน (วันแรกที่ใส่ นับเป็นวันที่ 1 วันปฏิทิน) และเมื่อถอดสายสวนหลอดเลือดออกภายใน 1 วันปฏิทิน (*in place on the date of event or the day before) โดยนับเฉพาะผู้ป่วยที่รักษานอกห้อง ICU ทั้งหมด 2. ไอ ซี ยู คือ หอผู้ป่วยจำเพาะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากร และการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใส่สาย central line ของผู้ป่วยที่นอนนอก ICU
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยนอก ICU ที่ใส่สาย central line
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามจาก “48 ชั่วโมง” เป็น “2 วันปฏิทิน”	
หมายเหตุ		

ประเภท SI03 Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)

หมวดตัวชี้วัด	Infection control system	
ประเภทตัวชี้วัด	Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI)	
รหัสตัวชี้วัด	SI0301	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (ภาพรวม)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CAUTI: Rate of CAUTI (All)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	เป็นการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (นับเฉพาะชนิดที่มีอาการ <u>ไม่</u> นับการติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic bacteriuria) แต่มีการติดเชื้อในเลือด โดยเชื้อในเลือดเป็นชนิดเดียวกับที่พบในปัสสาวะ) อันเป็นผลมาจากการคาสายสวนปัสสาวะเกิน 2 วันปฏิทิน (วันแรกที่ใส่ นับเป็นวันที่ 1 วันปฏิทิน) และหลังเอาสายสวนปัสสาวะออกภายใน 2 วันปฏิทิน (*in place on the date of event or the day before) ของผู้ป่วยใน จากทุกหอผู้ป่วย โดยนับรวมผู้ป่วยทั้งที่อยู่ใน และนอกห้อง ICU	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะทั้งหมด
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ	
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 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับเวลาหลังจากถอดสายสวนปัสสาวะออกภายใน 48 เป็น 24 ชั่วโมง ตาม US-CDC ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2561): ปรับเวลาหลังจากถอดสายสวนปัสสาวะออกภายใน 24 เป็น 48 ชั่วโมง ตามการทบทวนนิยามที่เสนอโดย สภาการพยาบาล (Thailand nursing and midwifery council) ปรับปรุงครั้งที่ 3 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามจาก “48 ชั่วโมง” เป็น “2 วันปฏิทิน”	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Infection control system	
ประเภทตัวชี้วัด	Catheter-associated urinary tract Infection (CAUTI)	
รหัสตัวชี้วัด	SI0302	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ของผู้ป่วยที่นอนรักษาใน ICU	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CAUTI: Rate of CAUTI in ICU	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การติดเชื้อของผู้ป่วยในระบบทางเดินปัสสาวะ (นับเฉพาะชนิดที่มีอาการ <u>ไม่</u>นับการติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (asymptomatic bacteriuria) แต่มีการติดเชื้อในเลือดโดยเชื้อในเลือดเป็นชนิดเดียวกับที่พบในปัสสาวะ) อันเป็นผลมาจากการคาสายสวนปัสสาวะเกิน 2 วันปฏิทิน (วันแรกที่ใส่ นับเป็นวันที่ 1 วันปฏิทิน) และหลังจากคาสายสวนปัสสาวะออกภายใน 2 วันปฏิทิน (*in place on the date of event or the day before) สำหรับผู้ป่วยที่รักษาในห้อง ICU (หากโรงพยาบาลมีหลาย ICU ให้รวมยอดจากทุก ICU) 2. ไอ ซี ยู คือ หอผู้ป่วยจำเพาะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะขณะนอนใน ICU	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะของ ผู้ป่วยที่นอนใน ICU
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใน ICU ที่คาสายสวนปัสสาวะทั้งหมด
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ	
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 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับเวลาหลังเอาสายสวนปัสสาวะออกภายใน 48 เป็น 24 ชั่วโมง ตาม US-CDC และเพิ่มนิยามของห้อง ICU ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2561): ปรับเวลาหลังเอาสายสวนปัสสาวะออกภายใน 24 เป็น 48 ชั่วโมง ตามการทบทวนนิยามที่เสนอโดย สภาการพยาบาล (Thailand nursing and midwifery council) ปรับปรุงครั้งที่ 3 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามจาก “48 ชั่วโมง” เป็น “2 วันปฏิทิน”	
หมายเหตุ		



หมวดตัวชี้วัด	Infection control System	
ประเภทตัวชี้วัด	Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI)	
รหัสตัวชี้วัด	SI0303	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ของผู้ป่วยที่นอนรักษา นอก ICU ของโรงพยาบาล	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	CAUTI: Rate of CAUTI Outside ICU	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. การติดเชื้อของผู้ป่วยในระบบทางเดินปัสสาวะ(นับเฉพาะชนิดที่มีอาการ <u>ไม่</u>นับการติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (asymptomatic bacteriuria) แต่มีการติดเชื้อในเลือดโดยเชื้อในเลือดเป็นชนิดเดียวกับที่พบในปัสสาวะ) อันเป็นผลมาจากการคาสายสวนปัสสาวะเกิน 2 วัน ปฏิทิน (วันแรกที่ใส่ นับเป็นวันที่ 1 วันปฏิทิน) และหลังจากคาสายสวนปัสสาวะออกภายใน 2 วันปฏิทิน (*in place on the date of event or the day before) เฉพาะผู้ป่วยที่รักษา นอกห้อง ICU 2. ไอ ซี ยู คือ หอผู้ป่วยจำเพาะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะของ ผู้ป่วยที่นอนนอกห้อง ICU
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยนอกห้อง ICU ที่คาสายสวนปัสสาวะทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2561): ปรับเวลาหลังจากคาสายสวนปัสสาวะออกภายใน 24 เป็น 48 ชั่วโมง ตามการทบทวนนิยามที่เสนอโดย สภาการพยาบาล (Thailand nursing and midwifery council) ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามจาก “48 ชั่วโมง” เป็น “2 วันปฏิทิน”	
หมายเหตุ		



หมวด SL: Laboratory system (L)

ประเภท SL01 Blood bank

หมวดตัวชี้วัด	Laboratory System	
ประเภทตัวชี้วัด	Blood bank	
รหัสตัวชี้วัด	SL0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราส่วนการขอใช้โลหิตต่อการใช้โลหิตจริงในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดประเภทต่าง ๆ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Crossmatch-to-Transfusion ratios (C:T) in elective surgery cases	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. อัตราส่วนการขอใช้โลหิตต่อการใช้โลหิตจริงในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดประเภทต่าง ๆ หมายถึง อัตราส่วนของ จำนวนโลหิตที่ทำการ crossmatch ต่อ จำนวนโลหิตที่ถูกนำไป transfused ในเดือนที่ทำการเก็บข้อมูล 2. การขอใช้โลหิตมากเกินไปจนความจำเป็น หมายถึง อัตราส่วนของการขอใช้โลหิตที่มีค่า C : T มากกว่า 2.5:1 3. อัตราส่วนการขอใช้โลหิตต่อการใช้โลหิตจริงในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดประเภทต่าง ๆ ช่วยสะท้อนผลลัพธ์ในการพัฒนาประสิทธิภาพของการขอใช้โลหิต ลดการขอใช้โลหิตอย่างไม่จำเป็น, มีโลหิตสำรองหมุนเวียนใช้เพียงพอ, ลดการทิ้งโลหิตจากสาเหตุหมดอายุ, และ ลด Workload	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพของการขอใช้โลหิต	
สูตรในการคำนวณ	C:T ratio = a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวน units ของโลหิตที่ทำการ crossmatch ในเดือนที่ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดประเภทต่าง ๆ
	ตัวหาร	b = จำนวน units ของโลหิตที่ถูกนำไป transfused ในเดือนที่ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดประเภทต่าง ๆ
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	อัตราส่วน	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	BMC Health Services Research/2019	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	ศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทย/อ้างอิงจาก 1) Zewdie K, Genetu A, Mekonnen Y, Worku T, Sahlu A and Gulilalt D. Efficiency of blood utilization in elective surgical patients. BMC Health Services Research; (2019) 19:804. 2) Boral L, Henry J. The type and screen: a safe alternative and supplement in selected surgical procedures. Transfusion. 1977;17(2):163-8.	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2559	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564	
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	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การลาออกของบุคลากร หมายถึง การที่บุคลากร (รวมทุกประเภททุกตำแหน่ง) ขององค์กรลาออกโดยสมัครใจ ไม่นับกลุ่มที่ให้ออก, ไล่ออก, ปลดออก, เกษียณอายุ, เข้าโครงการเกษียณก่อนอายุ, ถึงแก่กรรม และโอน ย้าย 2. ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุคลากรที่ลาออกในรอบปีงบประมาณ หมายถึง ผลรวมของจำนวนบุคลากรที่ลาออกทั้งหมดในรอบปีงบประมาณหารด้วย 12 3. ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุคลากร ณ วันแรกและวันสุดท้ายของปีงบประมาณ หมายถึง ผลรวมของจำนวนบุคลากรที่คงอยู่ ณ วันแรกและวันสุดท้ายของปีงบประมาณหารด้วย 2	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพขององค์กร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุคลากรที่ลาออกในรอบปีงบประมาณ
	ตัวหาร	b = ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุคลากร ณ วันแรก และวันสุดท้ายของปีงบประมาณเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (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: Percent of employee work-related Injury	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. บุคลากร (employee) หมายถึง บุคลากรผู้ปฏิบัติงานภายใต้การจ้างงานหรือภายใต้การดูแลขององค์กรโดยตรง 2. การบาดเจ็บจากการทำงาน (work-related injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุที่มีเหตุการณ์เกิดที่ชัดเจน มีกลไกการเกิดที่ชัดเจน เช่น เข้มทิ่มตำ สะดุด เครื่องจักรหนึบ ของหล่นทับก่อให้เกิดการบาดเจ็บโดยตรงที่กระดูก กล้ามเนื้อ เอ็น หลอดเลือด หรือเส้นประสาท 3. จำนวนบุคลากรเฉลี่ยปีงบประมาณ หมายถึง ผลรวมของจำนวนบุคลากรที่คงอยู่ ณ วันแรกและวันสุดท้ายของปีงบประมาณหารด้วย 2	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการทำงานในบุคลากร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการบาดเจ็บจากการทำงาน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรเฉลี่ยปีงบประมาณ
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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/นักศึกษาแบ่งเป็นหลายชั้นปี กิจกรรมที่มอบหมาย อาจไม่ได้เข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด และการติดตามผลการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรคจากการฝึกงาน อาจไม่ได้แสดงผลในช่วงเวลาที่อยู่ในความดูแล เป็นไปได้ยากการแยกกลุ่มเพื่อวิเคราะห์น่าจะสะท้อนคุณภาพมากกว่า และบางมหาวิทยาลัยมีการจัดเก็บข้อมูลแยกจากกัน	

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System	
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource management (HRM)	
รหัสตัวชี้วัด	SH0103	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงาน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRM: Percent of employee work-related illness	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. บุคลากร (employee) หมายถึง บุคลากรผู้ปฏิบัติงานภายใต้การจ้างงานหรือภายใต้การดูแลขององค์กรโดยตรง 2. การเจ็บป่วยจากการทำงาน (work-related illness) หมายถึง การเจ็บป่วยที่เกิดจากการสัมผัสสิ่งที่เป็นอันตรายในการทำงาน (แสง เสียง รังสี ความสั่นสะเทือน ความร้อน สารเคมี ยาเคมีบำบัด เชื้อโรค ฝุ่นละอองต่างๆ) รวมถึง การเจ็บป่วยซึ่งไม่ได้เกิดโดยตรงจากการทำงาน แต่การทำงานทำให้การเจ็บป่วยเป็นมากขึ้น ได้แก่ ปวดหลัง และความเครียดจากงาน 3. จำนวนบุคลากรเฉลี่ยปีงบประมาณ หมายถึง ผลรวมของจำนวนบุคลากรที่คงอยู่ ณ วันแรกและวันสุดท้ายของปีงบประมาณหารด้วย 2	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากการทำงานในบุคลากร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการเจ็บป่วยจากการทำงาน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรเฉลี่ยปีงบประมาณ
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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/นักศึกษาแบ่งเป็นหลายชั้นปี กิจกรรมที่มอบหมาย อาจไม่ได้เข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด และการติดตามผลการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรคจากการฝึกงาน อาจไม่ได้แสดงผลในช่วงเวลาที่อยู่ในความดูแล เป็นไปได้ยากการแยกกลุ่มเพื่อวิเคราะห์น่าจะสะท้อนคุณภาพมากกว่าและบางมหาวิทยาลัยมีการจัดเก็บข้อมูลแยกจากกัน	

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System	
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource management (HRM)	
รหัสตัวชี้วัด	SH0104	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการลาออก ของแพทย์/ทันตแพทย์	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRM: Turnover rate of physician and dentist	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	คำนวณในกลุ่มที่ลาออกโดยสมัครใจ ไม่นับกลุ่มที่ให้ออก ไล่ออก ปลดออก เกษียณอายุ เข้าโครงการเกษียณก่อนอายุ ถึงแก่กรรม และโอน ย้าย โดยแยกเป็นกลุ่มวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลขององค์กร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ลาออกในแต่ละไตรมาส
	ตัวหาร	b = จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ทั้งหมด ณ วันสุดท้ายของไตรมาสนั้น
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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 ความหมายของตัวชี้วัด	คำนวณในกลุ่มที่ลาออกโดยสมัครใจ ไม่นับกลุ่มที่ให้ออก ไล่ออก ปลดออก เกษียณอายุ เข้าโครงการเกษียณก่อนอายุ ถึงแก่กรรม และโอน ย้าย โดยแยกเป็นกลุ่มวิชาชีพและไม่ใช้วิชาชีพ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพขององค์กร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ลาออกในแต่ละไตรมาส
	ตัวหาร	b = จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ณ วันสุดท้ายของไตรมาสนั้น
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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	1. บุคลากรสาย allied health หมายถึง บุคลากรในกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (ยกเว้น แพทย์/ ทันตแพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ) และไม่ใช่บุคลากรสายสนับสนุน (back office) 2. บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แพทย์, ทันตแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, ผดุงครรภ์วิชาชีพ, เภสัชกร, ผู้ช่วยแพทย์, জনท.ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, นักกายภาพบำบัด, โภชนากร, นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย, นักทัศนมาตรวิชาชีพ, นักอาชีวบำบัด, เจ้าหน้าที่เทคนิคพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการ, ผู้ช่วยเภสัชกร, জনท.อุปกรณ์การแพทย์เทียม, พนักงานการพยาบาล, ผู้ช่วยทันตแพทย์, เจ้าหน้าที่เวชระเบียนและข้อมูลสุขภาพ, เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชน, ช่างประกอบแว่นตา, ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด, ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, ผู้ปฏิบัติงานด้านรพพยาบาล, เจ้าหน้าที่จ่ายกลาง เวชภัณฑ์กลาง 3. คำนวณในกลุ่มที่ลาออกโดยสมัครใจ ไม่นับกลุ่มที่ให้ออก ไล่ออก ปลดออก เกษียณอายุ เข้าโครงการเกษียณก่อนอายุ ถึงแก่กรรม และโอน ย้าย โดยแยกเป็นกลุ่มวิชาชีพ และไม่ใช่วิชาชีพ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพขององค์กร	
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	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	SH0107	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการลาออก ของบุคลากรสายสนับสนุน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRM : Turnover rate of back Office personnel	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. บุคลากรสายสนับสนุน (back office) หมายถึง บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ นักบริหารด้านบริการสุขภาพ, นักวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต, นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา, เจ้าหน้าที่ด้านบริหาร ธุรการ คลัง บุคคล ตลาด พัสต กฎหมาย ประกันคุณภาพ, เจ้าหน้าที่สารสนเทศ, เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์สัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ ผู้รับบริการสัมพันธ์, เจ้าหน้าที่งานสวนและสนาม, เจ้าหน้าที่ดูแลความสะอาดอาคารและห้องสุขา, ผู้ช่วยงานในโรงครัว, ช่างไม้, ช่างประปา, ช่างระบบปรับอากาศและความเย็น, ช่างทาสี, ช่างเชื่อม, ช่างกลและเครื่องจักร, ช่างไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์, เจ้าหน้าที่งานตัด-เย็บ 2. คำนวณในกลุ่มที่ลาออกโดยสมัครใจ ไม่นับกลุ่มที่ให้ออก ไล่ออก ปลดออก เกษียณอายุ เข้าโครงการเกษียณก่อนอายุ ถึงแก่กรรม และโอน ย้าย โดยแยกเป็นกลุ่มวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลขององค์กร	
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x 100	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่ลาออกในแต่ละไตรมาส
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนทั้งหมด ณ วันสุดท้ายของไตรมาสนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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		



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: Percent of physician/dentist Satisfaction (level 4-5)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อความถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อความของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 4-5
	ตัวหาร	b = จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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: Percent of nurse Satisfaction (level 4-5)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด		1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อความถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อความของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น5ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 4-5
	ตัวหาร	b = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ 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	SH0203	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย Allied Health (ระดับ 4-5)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percent of allied health personel satisfaction (level 4-5)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของ ตัวชี้วัด	1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อความ “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อความของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด 3. บุคลากรสาย allied health หมายถึง บุคลากรในกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (ยกเว้น แพทย์/ ทันตแพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ) และไม่ใช้บุคลากรสายสนับสนุน (back office) 4. บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แพทย์, ทันตแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, ผดุงครรภ์ วิชาชีพ, เภสัชกร, ผู้ช่วยแพทย์, เจ้าหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, นักกายภาพบำบัด, โภชนากร, นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย, นักทัศนมาตรวิชาชีพ, นักอาชีวบำบัด, เจ้าหน้าที่เทคนิคพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการ, ผู้ช่วยเภสัชกร, เจ้าหน้าที่อุปกรณ์การแพทย์เทียม, พนักงานการพยาบาล, ผู้ช่วยทันตแพทย์, เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และข้อมูลสุขภาพ, เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชน, ช่างประกอบแว่นตา, ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด, ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, ผู้ปฏิบัติงานด้านรถพยาบาล, เจ้าหน้าที่จ่ายกลาง เวชภัณฑ์กลาง	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรสาย allied health ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 4-5
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสาย allied health ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ 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	SH0204	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของแพทย์/ ทันตแพทย์	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Training hour per person per year of physician/dentist	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การฝึกอบรมที่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ ศึกษา, ฝึกอบรม, ปฏิบัติงานวิจัย (ที่ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน), ดูงาน, การให้บริการทางวิชาการ, ประชุม, ประชุมและเป็นวิทยากร, ประชุมและเสนอผลงาน, อบรม, สัมมนา ที่มีกำหนดการประชุมและ/ หรือช่วงเวลาเริ่มต้น-สิ้นสุดที่ชัดเจน 1.1 กรณีไปเป็นวิทยากรโดยไม่เข้าร่วมประชุม จะนับชั่วโมงจริงเฉพาะช่วงเวลาที่เป็นวิทยากรเท่านั้น 1.2 กรณีไปเป็นวิทยากรและเข้าร่วมประชุม, กรณีประชุมและเสนอผลงาน จะนับชั่วโมงรวมเป็นประชุม 2. การฝึกอบรมที่ไม่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ การไปปฏิบัติงานตามภาระงานบริหารหรือที่ได้รับมอบหมายด้านการบริหาร (ไปราชการ) 3. จำนวนชั่วโมงอบรม 1 วัน = 6 ชั่วโมง (ไม่คิดช่วงเวลาพักทานอาหารกลางวัน) 1 เดือน = 23 วันทำการ (กรณีไม่มีกำหนดการอบรมจะไม่คิดวันเสาร์/อาทิตย์ ตามมาตรฐานการคิดเวลาทำงาน)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ความการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ และความรู้ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนชั่วโมงของแพทย์/ ทันตแพทย์ที่ได้ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพของตน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสายแพทย์/ทันตแพทย์ทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (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 ความหมายของตัวชี้วัด	1. การฝึกอบรมที่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ ศึกษา, ฝึกอบรม, ปฏิบัติงานวิจัย (ที่ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน), ดูงาน, การให้บริการทางวิชาการ, ประชุม, ประชุมและเป็นวิทยากร, ประชุมและเสนอผลงาน, อบรม, สัมมนา ที่มีกำหนดการประชุมและ/หรือช่วงเวลาเริ่มต้น-สิ้นสุดที่ชัดเจน 1.1 กรณีไปเป็นวิทยากรโดยไม่เข้าร่วมประชุม จะนับชั่วโมงจริงเฉพาะช่วงเวลาที่ เป็นวิทยากรเท่านั้น 1.2 กรณีไปเป็นวิทยากรและเข้าร่วมประชุม, กรณีประชุมและเสนอผลงาน จะนับชั่วโมงรวมเป็นประชุม 2. การฝึกอบรมที่ไม่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ การไปปฏิบัติงานตามภาระงานบริหารหรือที่ได้รับมอบหมายด้านการบริหาร (ไปราชการ) 3. จำนวนชั่วโมงอบรม 1 วัน = 6 ชั่วโมง (ไม่คิดช่วงเวลาพักทานอาหารกลางวัน) 1 เดือน = 23 วันทำการ (กรณีไม่มีกำหนดการอบรมจะไม่คิดวันเสาร์/อาทิตย์ ตามมาตรฐานการคิดเวลาทำงาน)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ความการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ และความรู้ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพที่ได้ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพของตน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (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)		ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของแพทย์/ทันตแพทย์ (ค่าเฉลี่ย)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		HRD: Percent of physician/dentist Satisfaction (average)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถาม
	ตัวหาร	b = คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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)		ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของแพทย์/ทันตแพทย์(ระดับ 1-2)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		HRD: Percent of physician/dentist satisfaction (level 1-2)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อความคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อความของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2
	ตัวหาร	b = จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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		ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน

หมวดตัวชี้วัด		Human Resource System
ประเภทตัวชี้วัด		Human Resource development (HRD)
รหัสตัวชี้วัด		SH0208
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ (ค่าเฉลี่ย)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		HRD: Percentage of nurse Satisfaction (average)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อความถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อความของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถาม
	ตัวหาร	b = คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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)	ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ (ระดับ 1-2)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of nurse Satisfaction (level 1-2)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2
	ตัวหาร	b = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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	ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน	

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System	
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource development (HRD)	
รหัสตัวชี้วัด	SH0210	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย allied health (ค่าเฉลี่ย)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of allied health personel satisfaction (average)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจหมายถึงระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด 3. บุคลากรสาย allied health หมายถึง บุคลากรในกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (ยกเว้นแพทย์/ ทันตแพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ) และไม่ใช้บุคลากรสายสนับสนุน (back office) 4. บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แพทย์, ทันตแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, ผดุงครรภ์วิชาชีพ, เภสัชกร, ผู้ช่วยแพทย์, เจ้าหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, นักกายภาพบำบัด, โภชนากร, นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย, นักทัศนมาตรวิชาชีพ, นักอาชีวบำบัด, เจ้าหน้าที่เทคนิคพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการ, ผู้ช่วยเภสัชกร, เจ้าหน้าที่อุปกรณ์การแพทย์เทียม, พนักงานการพยาบาล, ผู้ช่วยทันตแพทย์, เจ้าหน้าที่เวชระเบียนและข้อมูลสุขภาพ, เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชน, ช่างประกอบแว่นตา, ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด, ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, ผู้ปฏิบัติงานด้านรพยาบาล, เจ้าหน้าที่จ่ายกลาง เวชภัณฑ์กลาง	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของบุคลากรสาย allied health ที่ตอบแบบสอบถาม
	ตัวหาร	b = คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของบุคลากรสาย allied health ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	SH0211		
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย allied health (ระดับ 1-2)		
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of allied health personel satisfaction (level 1-2)		
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อความ “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อความของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด 3. บุคลากรสาย allied health หมายถึง บุคลากรในกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (ยกเว้น แพทย์/ ทันตแพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ) และไม่ใช้บุคลากรสายสนับสนุน (back office) 4. บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แพทย์, ทันตแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, ผดุงครรภ์ วิชาชีพ, เภสัชกร, ผู้ช่วยแพทย์, เจ้าหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, นักกายภาพบำบัด, โภชนากร, นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย, นักทัศนมาตรวิชาชีพ, นักอาชีวบำบัด, เจ้าหน้าที่เทคนิคพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการ, ผู้ช่วยเภสัชกร, เจ้าหน้าที่อุปกรณ์การแพทย์เทียม, พนักงานการพยาบาล, ผู้ช่วยทันตแพทย์, เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และข้อมูลสุขภาพ, เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชน, ช่างประกอบแว่นตา, ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด, ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, ผู้ปฏิบัติงานด้านรพยาบาล, เจ้าหน้าที่จ่ายกลาง เวชภัณฑ์กลาง		
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร		
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$		
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรสาย allied health ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2	
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสาย allied health ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด	
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน		

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System	
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource development (HRD)	
รหัสตัวชี้วัด	SH0212	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสายสนับสนุน(ค่าเฉลี่ย)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of back Office personel Satisfaction (average)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด 3. บุคลากรสายสนับสนุน (back office) หมายถึง บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ช่วยโดยตรง ได้แก่ นักบริหารด้านบริการสุขภาพ, นักวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต, นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา, เจ้าหน้าที่ด้านบริหาร ธุรการ คลัง บุคคล ตลาด พัสดุ กฎหมาย ประกันคุณภาพ, เจ้าหน้าที่สารสนเทศ, เจ้าหน้าที่วิเทศสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ ผู้รับบริการสัมพันธ์, เจ้าหน้าที่งานสวนและสนาม, เจ้าหน้าที่ดูแลความสะอาดอาคารและห้องสุขา, ผู้ช่วยงานในโรงครัว, ช่างไม้, ช่างประปา, ช่างระบบปรับอากาศและความเย็น, ช่างทาสี, ช่างเชื่อม, ช่างกลและเครื่องจักร, ช่างไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์, เจ้าหน้าที่งานตัด-เย็บ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถาม
	ตัวหาร	b = คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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		SH0213
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสายสนับสนุน (ระดับ 4-5)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		HRD: Percentage of back Office personel satisfaction (level 4-5)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น5ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด 3. บุคลากรสายสนับสนุน (back office) หมายถึง บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ นักบริหารด้านบริการสุขภาพ, นักวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต, นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา, เจ้าหน้าที่ด้านบริหาร ธุรการ คลัง บุคคล ตลาด พัสดุ กฎหมาย ประกันคุณภาพ, เจ้าหน้าที่สารสนเทศ, เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์สัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ ผู้รับบริการสัมพันธ์, เจ้าหน้าที่งานสวนและสนาม, เจ้าหน้าที่ดูแลความสะอาดอาคารและห้องสุขา, ผู้ช่วยงานในโรงครัว, ช่างไม้, ช่างประปา, ช่างระบบปรับอากาศและความเย็น, ช่างทาสี, ช่างเชื่อม, ช่างกลและเครื่องจักร, ช่างไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์, เจ้าหน้าที่งานตัด-เย็บ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 4-5
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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)	ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสายสนับสนุน (ระดับ 1-2)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of back office personel satisfaction (level 1-2)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อความถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อความของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด 3. บุคลากรสายสนับสนุน (back office) หมายถึง บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ช่วยโดยตรง ได้แก่ นักบริหารด้านบริการสุขภาพ, นักวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต, นักสังคมสงเคราะห์, ผู้ให้คำปรึกษา, เจ้าหน้าที่ด้านบริหาร ธุรการ คลัง บุคคล ตลาด พัสดุ กฎหมาย ประกันคุณภาพ, เจ้าหน้าที่สารสนเทศ, เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์สัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ ผู้รับบริการสัมพันธ์, เจ้าหน้าที่งานสวนและสนาม, เจ้าหน้าที่ดูแลความสะอาดอาคารและห้องสุขา, ผู้ช่วยงานในโรงครัว, ช่างไม้, ช่างประปา, ช่างระบบปรับอากาศและความเย็น, ช่างทาสี, ช่างเชื่อม, ช่างกลและเครื่องจักร, ช่างไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์, เจ้าหน้าที่งานตัด-เย็บ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	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 personel	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การฝึกอบรมที่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ ศึกษา, ฝึกอบรม, ปฏิบัติงานวิจัย (ที่ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน), ดูงาน, การให้บริการทางวิชาการ, ประชุม, ประชุมและเป็นวิทยากร, ประชุมและเสนอผลงาน, อบรม, สัมมนา ที่มีกำหนดการประชุมและ/หรือช่วงเวลาเริ่มต้น-สิ้นสุดที่ชัดเจน 1.1 กรณีไปเป็นวิทยากรโดยไม่เข้าร่วมประชุม จะนับชั่วโมงจริงเฉพาะช่วงเวลาที่ไปเป็นวิทยากรเท่านั้น 1.2 กรณีไปเป็นวิทยากรและเข้าร่วมประชุม, กรณีประชุมและเสนอผลงาน จะนับชั่วโมงรวมเป็นประชุม 2. การฝึกอบรมที่ไม่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ การไปปฏิบัติงานตามภาระงานบริหารหรือที่ได้รับมอบหมายด้านการบริหาร (ไปราชการ) 3. จำนวนชั่วโมงอบรม 1 วัน = 6 ชั่วโมง (ไม่คิดช่วงเวลาพักทานอาหารกลางวัน) 1 เดือน = 23 วันทำการ (กรณีไม่มีกำหนดการอบรมจะไม่คิดวันเสาร์/อาทิตย์-ตามมาตรฐานการคิดเวลาทำงาน)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ความการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ และความรู้ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนชั่วโมงของบุคลากรสาย allied health ที่ได้ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพของตน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสาย allied health ทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (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 personel	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การฝึกอบรมที่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ ศึกษา, ฝึกอบรม, ปฏิบัติงานวิจัย (ที่ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน), ดูงาน, การให้บริการทางวิชาการ, ประชุม, ประชุมและเป็นวิทยากร, ประชุมและเสนอผลงาน, อบรม, สัมมนา ที่มีกำหนดการประชุมและ/หรือช่วงเวลาเริ่มต้น-สิ้นสุดที่ชัดเจน 1.1 กรณีไปเป็นวิทยากรโดยไม่เข้าร่วมประชุม จะนับชั่วโมงจริงเฉพาะช่วงเวลาที่เป็นวิทยากรเท่านั้น 1.2 กรณีไปเป็นวิทยากรและเข้าร่วมประชุม, กรณีประชุมและเสนอผลงาน จะนับชั่วโมงรวมเป็นประชุม 2. การฝึกอบรมที่ไม่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ การไปปฏิบัติงานตามภาระงานบริหารหรือที่ได้รับมอบหมายด้านการบริหาร (ไปราชการ) 3. จำนวนชั่วโมงอบรม 1 วัน =6 ชั่วโมง (ไม่คิดช่วงเวลากักทานอาหารกลางวัน) 1 เดือน =23 วันทำการ (กรณีไม่มีกำหนดการอบรมจะไม่คิดวันเสาร์/อาทิตย์ ตามมาตรฐานการคิดเวลาทำงาน)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ความการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ และความรู้ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนชั่วโมงของบุคลากรสายสนับสนุนที่ได้ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพของตน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (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/ เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		HRH: Injury (Illnesses) frequency rate : IFR
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. เป็นการวัดอัตราการบาดเจ็บของบุคลากรที่มีการบาดเจ็บซึ่งมีสาเหตุจากการปฏิบัติงานในหน้าที่และในเวลางานเท่านั้นเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนผลการดำเนินงานในอดีตเท่านั้น 2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคิดคำนวณชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเวลาที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้น ๆ คูณด้วยจำนวนชั่วโมงในแต่ละเวร (เช่น ในเดือนนั้นมีบุคลากรมาปฏิบัติงาน 50 คน เข้าเวร 8 ชั่วโมง จำนวนเวรทั้งหมด 200 เวร รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมดในเดือนนั้นคิดเป็น 8 X 200 = 1,600 ชั่วโมงการทำงาน)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อติดตามหลังจากมีการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วย เนื่องจากการทำงานในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร	b = จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในองค์กรในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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)	อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRH: Injury Severity rate (ISR) of direct contact with patients	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เป็นการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บจากจำนวนวันทั้งหมดที่พนักงานต้องหยุดงาน เพื่อรักษาพยาบาลจนกว่าจะกลับไปทำงานใหม่ได้ ต่อชั่วโมงการทำงาน 1,000,000 ชั่วโมงโดยไม่นับวันที่เข้ารับการปฐมพยาบาลหากมีการเสียชีวิตในงานให้คิดเป็น 8,000 ชั่วโมงที่หายไป 2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคิดคำนวณชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเวลาที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ คูณด้วยจำนวนชั่วโมงในแต่ละเวร (เช่น ในเดือนนั้นมีบุคลากรมาปฏิบัติงาน 50 คน เข้าเวร 8 ชั่วโมง จำนวนเวรทั้งหมด 200 เวร รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมดคิดเป็น $8 \times 200 = 1,600$ ชั่วโมงการทำงาน) 3. การบาดเจ็บ (injury) หมายถึง เฉพาะการบาดเจ็บเท่านั้น ไม่รวมถึงการเจ็บป่วย (illness) จากโรคที่เกิดจากการทำงาน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อติดตามหลังจากมีการดำเนินการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัย ความรุนแรงของการบาดเจ็บลดลง	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนวันที่บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงทั้งหมดขององค์กรหยุดงานหรือสูญเสียเนื่องจากการบาดเจ็บในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร	b = จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงในองค์กร ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	จำนวนวันที่หยุดงานหรือสูญเสียเนื่องจากการบาดเจ็บต่อหนึ่งล้านชั่วโมงการทำงาน	
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	1 ตุลาคม 2559	
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1)เพิ่มเติมคำนิยาม “การบาดเจ็บ (injury) หมายถึง เฉพาะการบาดเจ็บเท่านั้น ไม่รวมถึงการเจ็บป่วย (illness) จากโรคที่เกิดจากการทำงาน” เพราะความรุนแรงของการเจ็บป่วย (illness) ที่มีผลให้หยุดงานนั้นยังมียอดประกอบอื่นๆ อีกมากที่นอกเหนือจากสิ่งแวดล้อม	



หมายเหตุ	(1) บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ 2211 แพทย์ทั่วไป 2212 แพทย์เฉพาะทาง 2221 พยาบาลวิชาชีพ 2222 ผดุงครรภ์วิชาชีพ 2230 แพทย์ทางเลือก 2240 ผู้ช่วยแพทย์ (เช่น feldsher) 2261 ทันตแพทย์ 2262 เภสัชกร 2263 জন.ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม 2264 นักกายภาพบำบัด 2265 โภชนากร 2266 นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย 2267 นักทัศนมาตรวิชาชีพ 2269 ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักอาชีวบำบัด 3212 জন.เทคนิคพยาบาลวิทยาและห้องปฏิบัติการ 3213 ผู้ช่วยเภสัชกร 3214 জন.อุปกรณ์การแพทย์เทียม 322 พนง.การพยาบาล 3251 ผู้ช่วยทันตแพทย์ 3252 জন.เวชระเบียนและข้อมูลสุขภาพ 3253 জন.สุขภาพชุมชน 3254 ช่างประกอบแว่นตา 3255 ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด 3257 ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม 3258 ผู้ปฏิบัติงานด้านรถพยาบาล 3259 জন.จ่ายกลาง เวชภัณฑ์กลาง *** 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 โดยอ้างอิงจากการจัดประเภทอาชีพตามมาตรฐานสากล ที่มีชื่อฉบับว่า 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	SH0303	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRH: Injury Severity rate (ISR) of non direct contact with patients	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เป็นการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บจากจำนวนวันทั้งหมดที่พนักงานต้องหยุดงาน เพื่อรักษาพยาบาลจนกว่าจะกลับไปทำงานใหม่ได้ ต่อชั่วโมงการทำงาน 1,000,000 ชั่วโมงโดยไม่นับวันที่ได้รับการปฐมพยาบาลหากมีการเสียชีวิตในงานให้คิดเป็น 8,000 ชั่วโมงที่หายไป 2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคิดคำนวณชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเวลาที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ คูณด้วยจำนวนชั่วโมงในแต่ละเวร (เช่น ในเดือนนั้นมีบุคลากรมาปฏิบัติงาน 50 คน เข้าเวร 8 ชั่วโมง จำนวน 150 เวร และเข้าเวร 10 ชั่วโมง จำนวน 50 เวร รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมด คิดเป็น $\{(8*150) + (10*50)\} = 1,700$ ชั่วโมงการทำงาน)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อติดตามหลังจากมีการดำเนินการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัย ความรุนแรงของการบาดเจ็บลดลง	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนวันที่บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงทั้งหมดขององค์กรหยุดงานหรือสูญเสียเนื่องจากการบาดเจ็บในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร	b = จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงในองค์กรในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	จำนวนวันที่หยุดงานหรือสูญเสียเนื่องจากการบาดเจ็บต่อหนึ่งล้านชั่วโมงการทำงาน	
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	บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ 1342 นักบริหารด้านบริการสุขภาพ 2131, 2133 นักวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต 2635 นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา	



	3299 ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ เช่น - เจ้าหน้าที่ ด้านบริหาร ธุรการ คลัง บุคคล ตลาด พัสดุ - กฎหมาย ประกันคุณภาพ - เจ้าหน้าที่ สารสนเทศ - เจ้าหน้าที่ วิเทศสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ผู้รับบริการสัมพันธ์ - เจ้าหน้าที่ งานสวนและสนาม - เจ้าหน้าที่ ดูแลความสะอาดอาคารและห้องสุขา - WHO Code พนักงานทำงานด้านพื้นฐานอื่นๆ เช่น ผู้ช่วยงานในโรงครัว 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 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/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRH: Injury (illnesses) frequency rate (IFR) of direct contact with patients	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เป็นการวัดอัตราการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากร ซึ่งมีสาเหตุจากการปฏิบัติงานในหน้าที่และในเวลางานเท่านั้น เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนผลการดำเนินงานในอดีตเท่านั้น 2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคิดคำนวณชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเวลาที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ คูณด้วยจำนวนชั่วโมงในแต่ละเวร (เช่น ในเดือนนั้นมีบุคลากรมาปฏิบัติงาน 50 คน เข้าเวร 8 ชั่วโมง จำนวนเวรทั้งหมด 200 เวร รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมดคิดเป็น $8 \times 200 = 1,600$ ชั่วโมงการทำงาน)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อติดตามหลังจากมีการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงทั้งหมดขององค์กรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วย เนื่องจากการทำงาน ในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร	b = จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงในองค์กร ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ครั้งต่อหนึ่งล้านชั่วโมงการทำงาน	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สถาบันมาตรฐานแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (American national standard institute: ANSI)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	พฤษภาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ 2211 แพทย์ทั่วไป 2212 แพทย์เฉพาะทาง 2221 พยาบาลวิชาชีพ 2222 ผดุงครรภ์วิชาชีพ 2230 แพทย์ทางเลือก 2240 ผู้ช่วยแพทย์ (เช่น feldsher) 2261 ทันตแพทย์ 2262 เภสัชกร	



2263	เจ้าหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
2264	นักกายภาพบำบัด
2265	โภชนากร
2266	นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย
2267	นักทัศนมาตรวิชาชีพ
2269	ผู้ประกอบการวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักอาชีวบำบัด
3212	เจ้าหน้าที่เทคนิคพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการ
3213	ผู้ช่วยเภสัชกร
3214	เจ้าหน้าที่อุปกรณ์การแพทย์เทียม
322	พนักงานการพยาบาล
3251	ผู้ช่วยทันตแพทย์
3252	เจ้าหน้าที่เวชระเบียนและข้อมูลสุขภาพ
3253	เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชน
3254	ช่างประกอบแว่นตา
3255	ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด
3257	ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
3258	ผู้ปฏิบัติงานด้านรพพยาบาล
3259	เจ้าหน้าที่จ่ายกลาง เวชภัณฑ์กลาง
***	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 โดยอ้างอิงจากการจัดประเภทอาชีพตามมาตรฐานสากลที่มีชื่อฉบับว่า 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	SH0307	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการปฏิบัติงานของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRH: Injury (illnesses) frequency rate (IFR) of non-direct contact with patients	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เป็นการวัดอัตราการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากร ซึ่งมีสาเหตุจากการปฏิบัติงานในหน้าที่และในเวลางานเท่านั้น เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนผลการดำเนินงานในอดีตเท่านั้น 2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคิดคำนวณชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเวลาที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ คูณด้วยจำนวนชั่วโมงในแต่ละเวร (เช่น ในเดือนนั้นมีบุคลากรมาปฏิบัติงาน 50 คน เข้าเวร 8 ชั่วโมง จำนวน 150 เวน และเข้าเวร 10 ชั่วโมง จำนวน 50 เวน รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมดคิดเป็น $\{(8 \times 150) + (10 \times 50)\} = 1,700$ ชั่วโมงการทำงาน)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อติดตามหลังจากมีการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 1,000,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงทั้งหมดขององค์กรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการปฏิบัติงาน ในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร	b = จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงในองค์กร ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ครั้งต่อหนึ่งล้านชั่วโมงการทำงาน	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	สถาบันมาตรฐานแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (American national standard institute: ANSI)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	พฤษภาคม 2558	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ 1342 นักบริหารด้านบริการสุขภาพ 2131, 2133 นักวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต 2635 นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา 3299 ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆเช่น - เจ้าหน้าที่ ด้านบริหาร ธุรกิจ คลัง บุคคล ตลาด พัสดุ - กฎหมาย ประกันคุณภาพ - เจ้าหน้าที่ สารสนเทศ	

	- เจ้าหน้าที่ วิเทศสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์ผู้รับบริการสัมพันธ์ - เจ้าหน้าที่ งานสวนและสนาม - เจ้าหน้าที่ ดูแลความสะอาดอาคารและห้องสุขา - WHO code พนักงานทำงานด้านพื้นฐานอื่นๆ เช่น ผู้ช่วยงานในโรงครัว 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 โดยอ้างอิงจากการจัดประเภทอาชีพตามมาตรฐานสากลที่มีชื่อฉบับว่า 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 ความหมายของตัวชี้วัด	1. อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current ratio) คือ อัตราส่วนระหว่างสินทรัพย์หมุนเวียน และ หนี้สินหมุนเวียน ซึ่งบ่งบอกถึงสภาพคล่องของกิจการในการที่จะชำระหนี้ระยะสั้น หาก <1 อาจมีปัญหาในการชำระหนี้ระยะสั้น หาก >1 แสดงว่ากิจการมีสินทรัพย์หมุนเวียนมากพอที่จะชำระหนี้ระยะสั้น แต่หากมีค่าสูงกว่า 1 มากๆ อาจหมายถึงประสิทธิภาพในการใช้สินทรัพย์ของกิจการไม่ดีพอ 2. สินทรัพย์หมุนเวียน (Current assets) หมายถึง สินทรัพย์ที่เป็นเงินสดหรือสามารถเปลี่ยนเป็นเงินสดได้ภายใน 1 รอบระยะเวลาของการดำเนินธุรกิจหรือ 1 ปี ได้แก่ เงินสด เงินฝากธนาคาร เงินลงทุนระยะสั้น ลูกหนี้การค้า ตัวเงินรับสินค้าคงเหลือ ลูกหนี้อื่นๆ รายได้ค้างรับ ค่าใช้จ่ายจ่ายล่วงหน้า สต็อกสินค้า (Supplies) 3. หนี้สินหมุนเวียน (Current liabilities) หมายถึง หนี้สินที่กิจการมีการผูกพันที่จะต้องชำระคืนภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี ได้แก่ เงินเบิกเกินบัญชีธนาคาร เงินกู้ยืมธนาคารระยะสั้น เจ้าหนี้การค้า ตัวเงินจ่าย รายได้รับล่วงหน้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย เจ้าหนี้อื่น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ระบุถึงความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้นที่จะครบกำหนด
สูตรในการคำนวณ	a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง $a =$ จำนวนสินทรัพย์หมุนเวียน
	ตัวหาร $b =$ จำนวนหนี้สินหมุนเวียน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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 ทำให้ตัวชี้วัดนี้อาจไม่สะท้อนการจัดการได้โดยตรง



หมวดตัวชี้วัด		Financial System
ประเภทตัวชี้วัด		Financial
รหัสตัวชี้วัด		SF0102
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (อัตราส่วนสินทรัพย์สภาพคล่อง)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Financial: Quick ratio
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		คือ อัตราส่วนที่ปรับปรุงมาจากอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current ratio) ซึ่งในการคำนวณจะไม่นำสินค้าคงเหลือมาคิดรวมกับสินทรัพย์หมุนเวียนอื่นๆ เช่น เงินสด ลูกหนี้การค้า และสินทรัพย์ในความต้องการของตลาด เนื่องจากสินค้าคงเหลือสามารถแปลงเป็นเงินสดได้ช้ากว่าและอาจมีมูลค่าต่ำกว่ามูลค่าทางบัญชี ทำให้อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็วบอถึงสภาพคล่องของกิจการได้ดีกว่าอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (เป็นตัวชี้วัดที่ใช้เป็นเครื่องวัดความสามารถในการชำระหนี้ได้อย่างทันทีทันใด)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ระบุถึงความสามารถในการชำระหนี้สินระยะสั้นอย่างทันทีทันใด
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสินทรัพย์สภาพคล่อง
	ตัวหาร	b = จำนวนหนี้สินหมุนเวียน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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 ความหมายของตัวชี้วัด	อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร (fixed asset turnover) เป็นการคำนวณหาอัตราส่วนระหว่างรายได้จากบริการ หรือรายได้จากการดำเนินงานกิจการ กับสินทรัพย์ถาวรโดยสินทรัพย์ถาวร (fixed assets) หมายถึง สินทรัพย์ที่มีตัวตนและมีอายุการใช้งานเกิน 1 ปี ที่องค์กรมีไว้เพื่อที่จะใช้ผลิตสินค้าหรือบริการเพื่อที่จะก่อให้เกิดรายได้	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความสามารถในการใช้สินทรัพย์ให้เกิดประสิทธิภาพ	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ยอดขายสุทธิ จากงบการเงินในรอบการประเมินของปีงบประมาณ
	ตัวหาร	b = สินทรัพย์ถาวร จากงบการเงินในรอบการประเมินของปีงบประมาณเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	SF0104	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาสุทธิ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Financial: Day in account receivable (average collection period for account receivables)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาสุทธิ เป็นการหาค่าระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ ที่แสดงให้เห็นถึงระยะเวลาในการเรียกเก็บหนี้ว่าสั้นหรือยาว (จำนวนวันที่ต้องรอเพื่อเก็บเงินจากลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล) เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพของลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ประสิทธิภาพในการเรียกเก็บหนี้ และนโยบายในการให้สินเชื่อ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพในการเก็บหนี้และการบริหารสินเชื่อ	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ยอดลูกหนี้สุทธิ ณ วันสิ้นปี
	ตัวหาร	b = ยอดขายเชื่อเฉลี่ยต่อวัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
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	ปรับเกณฑ์ใหม่หลังจากทบทวนข้อมูล THIP ที่ผ่านมา	

หมวดตัวชี้วัด		Financial System
ประเภทตัวชี้วัด		Financial
รหัสตัวชี้วัด		SF0105
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราส่วนระหว่างกำไรสุทธิ กับยอดขายสุทธิ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Financial: Net profit margin
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. หมายถึง กำไรสุทธิ (net profit)/ยอดขายสุทธิ (sales) มีค่ายิ่งสูงยิ่งดี แสดงให้เห็นประสิทธิภาพในการดำเนินงานของโรงพยาบาลในการทำกำไร หลังจากหักต้นทุนค่าใช้จ่ายรวมทั้งภาษีเงินได้หมดแล้ว 2. กำไรสุทธิ เป็นค่าที่ได้จากผลรวมของรายได้ทั้งหมด (รายได้จากบริการและรายได้อื่นๆ นอกเหนือจากการบริการ) หักค่าใช้จ่าย ค่าเสื่อม และต้นทุนแล้ว 3. ยอดขายสุทธิ หมายถึง รายได้เฉพาะส่วนที่เกิดจากการบริการเท่านั้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความสามารถในการทำกำไร
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = กำไรสุทธิ
	ตัวหาร	b = ยอดขายสุทธิ
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		ทุกปี หรือปีละครั้ง (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	Financial System	
ประเภทตัวชี้วัด	Financial	
รหัสตัวชี้วัด	SF0106	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์รวม	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Financial: Return on asset (ROA)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	เป็นการหาค่าที่ใช้ในการวัดความสามารถในการทำกำไรของสินทรัพย์ทั้งหมดที่ใช้ในการดำเนินงาน ว่าให้ผลตอบแทนจากการดำเนินงานได้มากน้อยเพียงใด ค่ายิ่งสูงยิ่งดี หากมีค่าสูงแสดงถึงการใช้สินทรัพย์อย่างมีประสิทธิภาพ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความสามารถในการทำกำไรของสินทรัพย์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ยอดกำไรสุทธิ (net profit)
	ตัวหาร	b = ยอดสินทรัพย์รวม (total assets)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือปีละครั้ง (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		

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: Percent of outpatient satisfaction (overall)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การประเมินความพึงพอใจในภาพรวมหมายถึงการประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีข้อความถาม "ท่านมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล.....โดยรวมในระดับใด" 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับที่ระบุไว้ในแต่ละข้อความถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปจนถึงมากที่สุด 3. การวัดระดับความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินความรู้สึกต่อการบริการที่ได้รับของผู้ป่วยโดยวัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ 4-5 เท่านั้น	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความพึงพอใจแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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: Percent of inpatient satisfaction (overall)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. การประเมินความพึงพอใจในภาพรวมหมายถึงการประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีข้อความคำถาม "ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล.....โดยรวมในระดับใด" สุ่มสอบถามจากผู้รับบริการในกระบวนการให้บริการผู้ป่วยในทั้งหมดซึ่งมีจำนวนวันนอนมากกว่า 3 วัน 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับที่ระบุไว้ในแต่ละข้อความของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด 3. การวัดระดับความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินความรู้สึกต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยโดยวัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ 4-5 เท่านั้น	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความพึงพอใจแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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: Percent of outpatients who return to receive care	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เป็นความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลของผู้รับบริการ และการกลับมารักษาค่อเนื่อง 2. วิธีการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก ซึ่งมีข้อความถาม "ถ้าท่านสามารถเลือกโรงพยาบาลได้ท่านจะเลือกกลับมาใช้บริการที่ รพ. นี้หรือไม่" และมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ คือ มา/ไม่มา 3. การวัดผลการประเมิน โดยคำนวณหาค่าของผู้รับบริการที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความภักดีแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามประมาณ 20% ของจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการตรวจรักษาในช่วงเวลานั้นที่ตอบว่าจะกลับมารักษาในครั้งต่อไป
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามประมาณ 20% ของจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการตรวจรักษาในช่วงเวลานั้นที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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: Percent of inpatients who return to receive care	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เป็นความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลของผู้รับบริการ และการกลับมารักษาค่อเนื่อง 2. วิธีการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยใน ซึ่งมีข้อความถาม "ถ้าท่านสามารถเลือกโรงพยาบาลได้ท่านจะเลือกกลับมาใช้บริการที่ รพ. นี้หรือไม่" และมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ คือมา/ไม่มา 3. การวัดผลการประเมิน โดยคำนวณหาค่าของผู้รับบริการที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความภักดีแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามประมาณ 20% ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลที่ตอบว่าจะกลับมารักษาในครั้งต่อไป
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามประมาณ 20% ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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: Percent of outpatients who would recommend friends or family to receive care at this facility	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เป็นการแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการต่อไป 2. วิธีการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก ซึ่งมีข้อความถาม "ท่านจะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการที่โรงพยาบาลนี้ หรือไม่" และมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ คือ แนะนำ/ ไม่แนะนำ 3. การวัดผลการประเมิน โดยคำนวณหาค่าของผู้รับบริการที่จะแนะนำให้มารับบริการ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความภักดีแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่เลือกแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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)	ร้อยละของผู้ป่วยในที่จะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Customer: Percent of inpatients who would recommend friends or family to receive care at this facility	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. เป็นการแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการต่อไป 2. วิธีการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยใน ซึ่งมีข้อความถาม "ท่านจะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการที่โรงพยาบาลนี้ หรือไม่" และมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ คือ แนะนำ/ ไม่แนะนำ 3. การวัดผลการประเมิน โดยคำนวณค่าของผู้รับบริการที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำโดยใช้จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามประมาณ 20% ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินความภักดีแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ป่วยใน/ญาติ) ที่จะแนะนำผู้อื่นมารักษาที่โรงพยาบาล จำแนกตามกลุ่มผู้รับบริการ
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ป่วยใน/ญาติ) ทั้งหมดตามกลุ่มผู้รับบริการนั้น ๆ
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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: Percent of recycled waste	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ขยะรีไซเคิล หมายถึง ขยะที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ โดยนำไปผ่านกระบวนการแปรรูปในระบบอุตสาหกรรม 2. ระบบการดำเนินการเกี่ยวกับขยะรีไซเคิล เป็นการประเมินว่าองค์กรมีระบบและแผนปฏิบัติการกำจัดขยะรีไซเคิล ที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรทุกระดับสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เป็นการติดตามประเมินการกำจัดขยะรีไซเคิล ในโรงพยาบาล	
สูตรในการคำนวณ	a/b	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = น้ำหนักของขยะรีไซเคิลของเดือนนี้ (กิโลกรัม)
	ตัวหาร	b = น้ำหนักของขยะรีไซเคิลในเดือนที่ผ่านมา (กิโลกรัม)
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือเดือนละครั้ง (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: Percent of examination of effective sterilization	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. วิธีการตรวจสอบการทำปราศจากเชื้อ (ทั้งการนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ และการอบฆ่าเชื้อด้วยก๊าซ) ประกอบด้วยกรรมวิธี 3 ด้าน คือ 1.1 ตัวบ่งชี้ทางเชิงกล (mechanical indicator) เพื่อบ่งบอกสถานะของเครื่องที่ทำให้ปราศจากเชื้อ โดยดูจากมาตรวัดอุณหภูมิ มาตรวัดความดัน สัญญาณไฟต่างๆ และแผ่นบันทึกการทำงานของเครื่อง 1.2 ตัวบ่งชี้ทางเคมี (chemical indicator) โดยดูจากการเปลี่ยนสีของตัวบ่งชี้ทางเคมีภายนอก และการเปลี่ยนสีของตัวบ่งชี้ทางเคมีภายใน 1.3 ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biological indicator) โดยดูจากผลการตรวจ spore test Negative 2. อุณหภูมิและความดันที่ปรากฏที่มาตรวัดตลอดจนตัวบ่งชี้ทางเคมีและชีวภาพ ที่ทำให้ปราศจากเชื้อ ต้องสอดคล้องเป็นไปตามข้อกำหนดและคู่มือการใช้งานของบริษัทผู้ผลิต	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามประเมินประสิทธิภาพระบบการทำให้ปราศจากเชื้อ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อผ่านเกณฑ์ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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: Percent of exact medical equipment prepared for specific procedures
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		เป็นการประเมินประสิทธิภาพของการจัดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ตามมาตรฐานหรือข้อตกลงที่กำหนดโดยคณะกรรมการของโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		การติดตามประเมินประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการเครื่องมือทางการแพทย์
สูตรในการคำนวณ		$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งการจัดเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ตามข้อตกลงถูกต้องครบถ้วนในช่วงเวลา 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งการจัดเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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: Percent of medical supplies which are accurately provided by the CSSD	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	อัตราการจัดจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้หน่วยงานถูกต้อง เป็นการประเมินประสิทธิภาพของการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ถูกต้อง ครบถ้วน (ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา) ของหน่วย CSSD	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามประเมินประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการเครื่องมือทางการแพทย์	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งการจัดจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ถูกต้องครบถ้วนในช่วงเวลา 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งการจัดจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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		

หมวด SM: Medication system (M)

ประเภท SM01 Medication use

หมวดตัวชี้วัด	Medication system	
ประเภทตัวชี้วัด	Medication use	
รหัสตัวชี้วัด	SM0102	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการจ่ายยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Medication Use: Percent of antibiotic prescribing rate on upper respiratory infection	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย 2. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (upper respiratory infection: URI) หมายถึง ผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ที่ป่วยในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งมี Pdx ตามรหัสโรค ICD-10 ที่กำหนด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ในช่วง 6 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
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)	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Medication Use: Percent of antibiotic prescribing on acute diarrhea	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย 2. ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (acute diarrhea: AD) หมายถึง ผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยนอก) ที่ป่วยในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งมี Pdx ตาม ICD-10 ที่กำหนด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย acute diarrhea ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ในช่วง 6 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย acute diarrhea ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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 <u>และ</u> 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., สปสช., 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 ความหมายของตัวชี้วัด	1. จำนวนเดือนที่ยาของฝ่าย/กลุ่มงานเภสัชกรรมในคลังยามีเพียงพอสำหรับการให้บริการผู้ป่วย 2. คลังยา หมายถึง ทุกคลังยาที่สำรองยาที่โรงพยาบาลจัดซื้อ และเป็นคลังใหญ่ที่จ่ายยาให้แก่คลังย่อยโดยไม่ได้จ่ายยาให้ผู้ป่วยโดยตรง 3. คลังย่อย หมายถึง หน่วยจ่ายยาที่สำรองยาและจ่ายให้ผู้ป่วยโดยตรง 4. มูลค่ายา หมายถึง ราคาทุนที่ใช้ในการจัดซื้อ คำนวณจากราคาทุนต่อหน่วยคูณด้วยจำนวน(ปริมาณ) 5. มูลค่ายาที่จ่ายไป หมายถึง มูลค่าการขาย และ มูลค่าการใช้ (ที่มีการเบิกไปใช้จ่ายเป็นต้นทุนการให้บริการต่างๆ)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบบริหารคลังยา	
สูตรในการคำนวณ	มูลค่ายาสำรองคงเหลือรวม (คลังยาและคลังย่อย) ณ สิ้นเดือน (a) มูลค่ายาที่จ่ายไป ณ เดือนนั้น (b)	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ปริมาณยาสำรองคงเหลือรวม(คลังยาและคลังย่อย) ณ สิ้นเดือน คูณด้วย ราคาทุนของยาสำรองคงเหลือที่คลัง
	ตัวหาร	b = ปริมาณการจ่ายประจำเดือน คูณด้วย ราคาทุนของยาที่จ่ายออกจากคลัง
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 1 เดือน (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	เดือน	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	ไม่เกิน 40 วัน (คำนวณจากจำนวนเดือนสำรองคลังคูณด้วย 30) (เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย/ 2561)	
วิธีการแปลผล	หากอยู่ในช่วงที่กำหนด แสดงถึงประสิทธิภาพของการบริหารคลังยาว่าสามารถสำรองยาพอเหมาะโดยไม่ก่อให้เกิดปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน โดยพิจารณาจากอัตราการจัดซื้อยา และ Lead Time ของการจัดซื้อยา	
ที่มา/ Reference	(1) หนังสือตัวชี้วัดระบบยาในโรงพยาบาล hospital drug System performance indicator, หน้า 53-54 , ธิดา นิงสานนท์ /เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ (2) เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		



เหตุผลของการปรับปรุง	
หมายเหตุ	(1) โรงพยาบาลรัฐไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อทำกำไรและมีการบริหารสินทรัพย์รวมทั้งลักษณะทางบัญชีต่างจากรพ.เอกชน ทำให้ตัวชี้วัดไม่สามารถสะท้อนการจัดการได้โดยตรง (2) แต่ละโรงพยาบาลใช้ข้อมูลนี้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานของระบบบริหารเวชภัณฑ์เพื่อกำหนดมูลค่ายาสำรองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมของโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นเกณฑ์เป้าหมาย (3) เป็นตัวชี้วัดนำร่อง ใช้เปรียบเทียบเฉพาะโรงพยาบาลภาครัฐที่มีการเรียนการสอน ทดลองใช้ในเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNet)



หมวด HE: Employee health promotion (E)

ประเภท HE01 Employee health status

หมวดตัวชี้วัด	Employee health promotion	
ประเภทตัวชี้วัด	Employee health status	
รหัสตัวชี้วัด	HE0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Employee: Percent of employee check-up	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	บุคลากรที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง กรณีเป็นข้าราชการและลูกจ้างประจำ ตรวจสุขภาพตามสิทธิกระทรวงการคลังกำหนด ส่วนลูกจ้างชั่วคราว ตรวจสุขภาพตามนโยบายขององค์กร/ หน่วยงาน	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	เพื่อส่งเสริมการมีสวัสดิการด้านสุขภาพของบุคลากร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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		



หมวดตัวชี้วัด	Employee health promotion	
ประเภทตัวชี้วัด	Employee health status	
รหัสตัวชี้วัด	HE0102	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละบุคลากรที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) เกินเกณฑ์มาตรฐาน	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Employee: Percent of employee have exceeding BMI	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	การประเมินภาวะสุขภาพของบุคลากร หมายถึง เป็นการตรวจประเมินหาค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งมีการกระทำพร้อมกันกับการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรด้วยการประเมินจากน้ำหนักและส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกายที่เกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คือมากกว่าหรือเท่ากับ 23.0	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	มุมมองด้าน internal process และทรัพยากรบุคคล	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรที่มี BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการตรวจประเมินหาค่าดัชนีมวลกายทั้งหมด
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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: Percent of employee have behavior smoky	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	บุคลากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ภาวะสุขภาพของบุคลากรตามโรคและพฤติกรรมที่กำหนด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	HE0104	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละบุคลากรเพศชายมีภาวะอ้วนลงพุง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Employee: Percent of employee (male) obesity	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ภาวะอ้วนลงพุง หมายถึง ภาวะที่มีการสะสมของไขมันในร่างกายบริเวณช่องท้องเกินมาตรฐานวัดรอบเอวตรงตำแหน่งสะดือ โดยใช้สายวัดในช่วงหายใจออกสุด สายวัดแนบกับลำตัว ไม่รัดแน่น และให้ระดับของสายวัดวางอยู่ในแนวขนานกับพื้น โดยรอบเอวของผู้ชายไม่เกิน 90 เซนติเมตร	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ภาวะสุขภาพของบุคลากรตามโรคและพฤติกรรมที่กำหนด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรเพศชายที่ได้รับการวัดรอบเอวและมีค่ารอบเอวมมากกว่า 90 เซนติเมตร
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรเพศชายที่ได้รับการวัดรอบเอวทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	HE0105	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละบุคลากรเพศหญิงมีภาวะอ้วนลงพุง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Employee: Percent of employee (female) obesity	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ภาวะอ้วนลงพุง หมายถึง ภาวะที่มีการสะสมของไขมันในร่างกายบริเวณช่องท้องเกินมาตรฐานวัดรอบเอวตรงตำแหน่งสะดือ โดยใช้สายวัดในช่วงหายใจออกสุด สายวัดแนบกับลำตัว ไม่รัดแน่น และให้ระดับของสายวัดวางอยู่ในแนวนานกับพื้น โดยรอบเอวของผู้หญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์ภาวะสุขภาพของบุคลากรตามโรคและพฤติกรรมที่กำหนด	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรเพศหญิงที่ได้รับการวัดรอบเอว และมีค่ารอบเอวมมากกว่า 80 เซนติเมตร
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรเพศหญิงที่ได้รับการวัดรอบเอวทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	HE0106	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละบุคลากรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Employee: Percent of employee received Influenza immunization	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	บุคลากรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ หมายถึง การที่บุคลากรได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล เพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในแต่ละปี	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์อัตราบุคลากรได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (1 มิถุนายน ถึง 30 กันยายน ของทุกปี)
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	National hospital organization clinical evaluation index 2009 (In Japanese): 87.3	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I (เป็นตัวชี้วัดที่เพิ่มมาใหม่ในปี 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 ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Asthma หมายถึงผู้ป่วยที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหอบหืดโดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้และในที่นี้หมายถึงรวมถึงเฉพาะผู้ป่วย Asthma ผู้ใหญ่ในแผนกอายุรกรรม 2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล หมายถึง การที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับการเสริมพลังให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและใช้บริการในการรักษาได้อย่างเหมาะสม 3. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย Asthma/ญาติผู้ดูแล หมายถึง การประเมินโดยตรวจสอบสัดส่วนของผู้ป่วย Asthma ที่มารับบริการที่ ER กับ OPD มีอัตราเพิ่มขึ้น (จำนวนครั้งที่ ER ลดลง : จำนวนคนที่ OPD เพิ่มขึ้น)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยการวางแผนจำหน่ายการเสริมพลัง 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/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J45, J46
	ตัวหาร	Pdx = J45, J46
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	อัตรา (ครั้ง : คน)	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ 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 ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย COPD หมายถึงผู้ป่วยที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีรหัสโรครอยุ่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล หมายถึง การที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับการเสริมพลังให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ เข้าใจสถานะของโรคมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เข้าใจในการปฏิบัติตัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เช่น การออกกำลังกายการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการหลีกเลี่ยง/ควบคุมปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคมมากขึ้นเช่นการสูบบุหรี่ เป็นต้น 3. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย COPD/ญาติผู้ดูแล หมายถึง การประเมินโดยตรวจสอบสัดส่วนของผู้ป่วย COPD ที่มารับบริการที่ ER กับ OPD มีอัตราลดลง	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยการวางแผนจำหน่ายการเสริมพลัง และการสร้างเสริมสุขภาพ	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรค COPD ที่มารับการรักษาที่ ER มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อปี
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรค COPD ทั้งหมดที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J44.0, J44.1, J44.2
	ตัวหาร	Pdx = J44.0, J44.1, J44.2
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference		
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ		

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)	Epilepsy: Hospitalization rate	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคลมชัก) (ACSC: Ambulatory Care Sensitive Condition) เป็นการคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยหลัก (Pdx) โดยใช้รหัส ICD-10 ของผู้ป่วยโรคลมชัก (Epilepsy) ได้แก่ G40 และ G41 *ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุพล ลิ้มวัฒนานนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยโรคลมชัก, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หืด, เบาหวาน, และความดันโลหิตสูง โดยบริบทประเทศไทยไม่รวมโรคหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอด (Heart Failure-HT, Pulmonary Edema-PE) เนื่องจากไม่สามารถให้การรักษาสองโรคนี้ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามและประเมินสมรรถนะการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในโรคลมชัก (epilepsy)
	ตัวหาร	b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = G40, G41
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ต่อแสนประชากร	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	ตัวชี้วัด sub-group ปรับปรุงรายละเอียดให้มีความครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบทุกสิทธิ (Population-based) โดยอ้างอิงจาก ตัวชี้วัด สปสช. อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (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	AA0102	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	COPD: Hospitalization rate	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	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 *ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุพล ลิ้มวัฒนานนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยโรคลมชัก, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หืด, เบาหวาน, และความดันโลหิตสูง โดยบริบทประเทศไทยไม่รวมโรคหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอด (Heart Failure-HT, Pulmonary Edema-PE) เนื่องจากไม่สามารถให้การรักษาสองโรคนี้ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามและประเมินสมรรถนะการใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
	ตัวหาร	b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J40-J44 และ J47 Pdx = J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22 และ มีการวินิจฉัยรอง (Sdx)= J44
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ต่อแสนประชากร	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	ตัวชี้วัด Sub-group ปรับปรุงรายละเอียดให้มีความครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบทุกสิทธิ (Population-based) โดยอ้างอิงจาก ตัวชี้วัด สปสช. อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควมคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) ในโรคลมชัก (epilepsy), ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), หืด (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 (โรคหืด)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Asthma: Hospitalization rate	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคหืด) (ACSC: Ambulatory Care Sensitive Condition) เป็นการคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยหลัก (Pdx) โดยใช้รหัส ICD-10 ของผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) ได้แก่ J45 และ J46 *ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุพล ลิ้มวัฒนานนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการณ์นอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยโรคหืด, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หืด, เบาหวาน, และความดันโลหิตสูง โดยบริบทประเทศไทยไม่รวมโรคหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอด (Heart Failure-HT, Pulmonary Edema-PE) เนื่องจากไม่สามารถให้การรักษาสองโรคนี้ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามและประเมินสมรรถนะการใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในโรคหืด (Asthma)
	ตัวหาร	b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J45, J46
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ต่อแสนประชากร	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	ตัวชี้วัด sub-group ปรับปรุงรายละเอียดให้มีความครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบทุกสิทธิ (population-based) โดยอ้างอิงจาก ตัวชี้วัด สปสช. อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) ในโรคหืด (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)	Diabetes Mellitus (DM): Hospitalization rate	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคเบาหวาน) (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 *ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุพล ลิ้มวัฒนานนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยโรคเบาหวาน, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หืด, เบาหวาน, และความดันโลหิตสูง โดยบริบทประเทศไทยไม่รวมโรคหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอด (Heart Failure-HT, Pulmonary Edema-PE) เนื่องจากไม่สามารถให้การรักษาสองโรคนี้ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามและประเมินสมรรถนะการใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในโรคเบาหวาน (Diabetes)
	ตัวหาร	b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	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	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ต่อแสนประชากร	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	ตัวชี้วัด sub-group ปรับปรุงรายละเอียดให้มีความครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบทุกสิทธิ (population-based) โดยอ้างอิงจาก ตัวชี้วัด สปสช. อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (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)	Hypertension: Hospitalization rate	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคลมชัก) (ACSC: Ambulatory Care Sensitive Condition) เป็นการคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก 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 *ACSC อ้างอิงจากการศึกษาของสุพล ลิ้มวัฒนานนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยโรคลมชัก, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หืด, เบาหวาน, และความดันโลหิตสูง โดยบริบทประเทศไทยไม่รวมโรคหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอด (Heart Failure-HT, Pulmonary Edema-PE) เนื่องจากไม่สามารถให้การรักษาสองโรคนี้ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	การติดตามและประเมินสมรรถนะการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100,000$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในโรคความดันโลหิตสูง (HT)
	ตัวหาร	b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	ตัวชี้วัด sub-group ปรับปรุงรายละเอียดให้มีความครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบทุกสิทธิ (population-based) โดยอ้างอิงจาก ตัวชี้วัด สปสช. อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC) ในโรคลมชัก (epilepsy), ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), หืด (Asthma), เบาหวาน (DM), และความดันโลหิตสูง (HT)	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2561	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
หมายเหตุ		



ภาคผนวก ก. แนวทางการกำหนดรหัสตัวชี้วัด THIP

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

1. รหัสตัวอักษรตัวที่ 1 เป็นการระบุ กลุ่มของตัวชี้วัดได้แก่

D- ย่อมาจาก Disease กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค

C- ย่อมาจาก Care process กลุ่มตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ

S - ย่อมาจาก System กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ

H - ย่อมาจาก Health promotion กลุ่มตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ

A - ย่อมาจาก Ambulatory care กลุ่มตัวชี้วัดกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก

2. รหัสตัวอักษรตัวที่ 2 เป็นการระบุหมวดของตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดรายโรค (D)		ตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ (C)	
ตัวอักษร	รายละเอียดหมวด	ตัวอักษร	รายละเอียดหมวด
H	Cardiovascular disease (heart disease)	M	Maternal and child health care process
N	Neurovascular disease	A	Anesthesia care process
R	Respiratory disease	O	Operative care process
C	chronic disease	G	General care process
M	Musculoskeletal disease	E	Emergency care process
G	Gastrointestinal disease	I	Intensive care process
P	Pediatric disease	P	Psychiatry care process
S	Substance use disorder		
E	Center of Excellence		
M	Mental health		
ตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ (S)		ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ (H)	
I	Infection and prevention control system	E	Employee
L	Laboratory System	C	Customer
H	Human Resource System	D	Disease-based
F	Financial System	P	Population-based
C	Customer Service System	H	Health risk factors
G	Governance System	ตัวชี้วัดกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก (A)	



S	Sterilization System	ตัวอักษร	รายละเอียดหมวด
M	Medication System	A	ACSC : Ambulatory Care Sensitive Condition

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: Percent of mortality (การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis เป็นโรค Stroke)

ตัวอย่างที่ 2

CM0201 หมายถึง ตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ (Care process: C) ในหมวดกระบวนการดูแลมารดาและทารก (Maternal and child health careprocess: M) ประเภทที่ 02 ในกลุ่มทารก ตัวชี้วัดลำดับที่ 01 คือ Child: Perinatal mortality rate (22 weeks) 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 (อัตราการลาออกของบุคลากร)



ภาคผนวก ข. โครงสร้าง KPI template THIP ปีงบประมาณ 2565

โครงสร้าง Template KPI THIP เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ในการเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาลได้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับตามบริบทของโรงพยาบาลทั่วประเทศ รวมทั้งสามารถเทียบเคียงในระดับสากลได้ด้วย รายละเอียดตามโครงสร้าง ดังนี้

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

เครื่องหมายดอกจัน (*) ใช้สำหรับข้อมูลที่มีการเคลื่อนไหว ซึ่งมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนไปตามช่วงระยะเวลา สภาพแวดล้อม สถานการณ์ และแหล่งเปรียบเทียบหรือคู่เทียบ



ภาคผนวก ค. ข้อกำหนดการจัดเก็บข้อมูลและระยะเวลาการออกรายงานตัวชี้วัด THIP

ข้อกำหนดรอบระยะเวลาของการกรอกและบันทึกส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ (ทุก 2 เดือน) คิดเป็นช่วงปีงบประมาณ (ช่วงเดือนตุลาคมของปีก่อน ถึงเดือนกันยายนของปีปัจจุบัน) การขอลดล็อกเพื่อแก้ไขข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อออกรายงานเปรียบเทียบตัวชี้วัด โดยกำหนดตามรอบระยะเวลาดังนี้

ตัวชี้วัดรายเดือน			
รอบของตัวชี้วัด	ช่วงเวลาการกรอกและบันทึกส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ	ช่วงเวลาปลดล็อกเพื่อแก้ไขข้อมูล	ช่วงเวลาการออกรายงานเปรียบเทียบ
เดือนตุลาคม	ภายในวันสุดท้ายของเดือนธันวาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 มกราคม	หลังจากวันที่ 16 มกราคม เป็นต้นไป
เดือนพฤศจิกายน	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	ช่วงเวลาปลดล็อกเพื่อแก้ไขข้อมูล	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 พฤศจิกายน	ภายในวันที่ 1 - 15 ธันวาคม	หลังจากวันที่ 16 ธันวาคม เป็นต้นไป

ตัวชี้วัดรายครึ่งปี			
รอบของตัวชี้วัด	ช่วงเวลาการกรอกและบันทึกส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ	ช่วงเวลาปลดล็อกเพื่อแก้ไขข้อมูล	ช่วงเวลาการออกรายงานเปรียบเทียบ
ครึ่งปีแรกของ ปีงบประมาณ (เดือน ต.ค. - มี.ค.)	ภายในวันสุดท้ายของเดือน พฤษภาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 มิถุนายน	หลังจากวันที่ 16 มิถุนายน เป็นต้นไป
ครึ่งปีหลังของ ปีงบประมาณ (เดือน เม.ย. - ก.ย.)	ภายในวันสุดท้ายของเดือน พฤศจิกายน	ภายในวันที่ 1 - 15 ธันวาคม	หลังจากวันที่ 16 ธันวาคม เป็นต้นไป

ตัวชี้วัดรายปีงบประมาณ			
ปีงบประมาณ ปัจจุบัน (เดือน ต.ค. ของปีที่ผ่านมา - ก.ย.ของปีปัจจุบัน)	ภายในวันสุดท้ายของเดือน พฤศจิกายน 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 ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาสุทธิ
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

ในกรณีที่โรงพยาบาลสมาชิกต้องการขอปลดล็อกเพื่อแก้ไขข้อมูลนอกรอบปกติ (นอกเหนือจากระยะเวลา 15 วันปกติ) ให้โรงพยาบาลสมาชิกดำเนินการดังนี้

- 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

แนวทางการพิจารณาการปลดล็อกนอกรอบปกติ

เกณฑ์การพิจารณาปลดล็อกเพื่อแก้ไขข้อมูลนอกรอบปกติ ของคณะกรรมการ THIP² ได้แก่

- 1) เป็นข้อมูลที่มีความคลาดเคลื่อน ในระดับที่ส่งผลกระทบต่อวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม เช่น ส่งผลให้การวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะค่า median เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

โดยจะดำเนินการปลดล็อกนอกรอบปกติตามไตรมาส และแจ้งให้กับโรงพยาบาลสมาชิกได้รับทราบ ทุกครั้งผ่านทาง <https://thip.ha.or.th/>

สำหรับข้อมูลที่มีการขอปลดล็อกนอกรอบปกติที่พบบ่อย แต่ไม่อยู่ในเกณฑ์การพิจารณาของคณะกรรมการ THIP ให้สามารถแก้ไขข้อมูลได้ ยกตัวอย่างเช่น (1) การส่งข้อมูลไม่ทันเวลารอบปกติ ให้ถือว่าเป็นข้อมูล missing (2) การบันทึกข้อมูลผิดพลาดโดยไม่มีผลกระทบต่อวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม เป็นต้น ทางคณะกรรมการจะแจ้งข้อมูลดังกล่าวให้โรงพยาบาลสมาชิกทราบ เพื่อใช้พิจารณาประกอบการใช้ข้อมูลต่อไป ทาง <https://thip.ha.or.th/>

²อ้างอิง รายงานการประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2559 วันที่ 26 มกราคม 2559, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



ภาคผนวก จ. คณะกรรมการระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพ โรงพยาบาล

1. นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล	ที่ปรึกษา
2. รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์	ที่ปรึกษา
3. รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์	ประธานกรรมการ
4. พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ	รองประธาน
5. นพ.กิตติ โล่สุวรรณรักษ์	กรรมการ
6. น.อ.หญิง พญ.จันทราภรณ์ เคี่ยมเส็ง	กรรมการ
7. นางสาวนิภา เวชสุวรรณรักษ์	กรรมการ
8. พญ.รัชพร ทวีรุจจนะ	กรรมการ
9. ดร.นพ.สรรวัช อัสวเรืองชัย	กรรมการ
10. นางสาวหอมจันทร์ หอมแก่นจันทร์	กรรมการ
11. ดร.อาภากร สุปัญญา	กรรมการ
12. ดร.อำพัน วิมลวัฒนา	กรรมการ
13. พญ.เอกจิตรา สุขกุล	กรรมการ
14. นพ.ทรง พิลาลัย	กรรมการและเลขานุการ
15. นายสงวน แก้วขาว	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. ดำเนินการพัฒนาศูนย์ข้อมูลเปรียบเทียบให้เหมาะสม ครอบคลุม น่าเชื่อถือ เป็นสากล
2. ดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) ให้มีประสิทธิภาพ มีความเที่ยงตรง
3. ดำเนินการส่งเสริมการใช้ประโยชน์ ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อการยกระดับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล



ภาคผนวก ฉ. แนวทางการนำเสนอตัวชี้วัดเพื่อบรรจุในบัญชีตัวชี้วัด THIP

1. โครงการ THIP

THIP ย่อมาจาก **Thailand Hospital Indicator Program** เป็นระบบการเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลที่ผู้รายงานจะได้ทราบค่าของตนเปรียบเทียบกับค่า **percentile** ของกลุ่ม โดยความร่วมมือระหว่างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กับ เครือข่ายโรงพยาบาล กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UhosNET) เริ่มดำเนินการปี พ.ศ. 2550 มีเป้าประสงค์ของโครงการ ดังนี้

- 1) ส่งเสริมให้สถานพยาบาล ใช้ประโยชน์จากการเปรียบเทียบ (benchmarking) เพื่อการยกระดับผลลัพธ์ (performance) ขององค์กร
- 2) พัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบในการวัดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล และบูรณาการตัวชี้วัดร่วมของหุ้นภาคีที่เป็นมาตรฐาน
- 3) พัฒนางค์ความรู้ 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/ชมรม/สมาคม/ราชวิทยาลัย เพื่อเข้าสู่การพิจารณาตามแนวทางของคณะกรรมการฯ โดยตัวชี้วัดที่ได้รับการคัดเลือกจะบรรจุในบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบสำหรับใช้งานในปีงบประมาณถัดไป สามารถส่งข้อมูลตาม **KPI template** ทางอีเมล thipaha.or.th หรือติดต่อ สำนักพัฒนางค์กรสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



แนวทางการเสนอตัวชี้วัดเพื่อบรรจุในบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

ขั้นตอน	วิธีการ	หมายเหตุ/เกณฑ์พิจารณา
(1) การเสนอตัวชี้วัด	1. เสนอตัวชี้วัด ในนามของ องค์กร/ หน่วยงาน/ ชมรม/ สมาคม 2. ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม KPI template ที่ https://thip.ha.or.th/ และบันทึกข้อมูล ตัวชี้วัดให้สมบูรณ์	1. ส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (Microsoft word) ทางอีเมล thip@ha.or.th กรณี นำเสนอตัวชี้วัดเกินหนึ่งตัว ให้เรียงลำดับ ตามความจำเป็น * ก่อนวันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปี
(2) การคัดกรองตัวชี้วัด โดย รพ.สมาชิก (provider ccreening)	1. โครงร่างตัวชี้วัดนำเสนอต่อเครือข่าย โรงพยาบาลสมาชิก เพื่อคัดกรองตัวชี้วัดที่เป็น ประโยชน์ เก็บข้อมูลได้จริง และมีโรงพยาบาล สนใจเทียบเคียง อย่างน้อย 20 โรงพยาบาล	1. ประเมินความต้องการใช้งานตัวชี้วัดจาก แบบสอบถาม โดยใช้ผลการประเมินความ ต้องการใช้งานตัวชี้วัด
(3) การทบทวนทาง วิชาการโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert Review)	1. ผู้เสนอตัวชี้วัด ประสานกับผู้เชี่ยวชาญ/ องค์กรผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจัดทำข้อสรุปทาง วิชาการของตัวชี้วัด	
(4) การพิจารณาขั้นต้น โดย ทีมเลขานุการ (Primary KPI selection)	1. ทีมเลขานุการฯ ดำเนินการ คัดเลือกตัวชี้วัดเพื่อเข้าสู่การพิจารณา ตาม เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกขั้นต้น 2. ทีมเลขานุการฯ แจ้งผลการคัดเลือกขั้นต้นแก่ผู้ เสนอตัวชี้วัด	<u>เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกขั้นต้น</u> ได้แก่ (1) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพในโรงพยาบาล (2) เป็นตัวชี้วัดที่ส่งสัญญาณชัดเจนเพื่อการ เปรียบเทียบ (benchmark) (3) KPI template มีความสมบูรณ์
(5) การทบทวนทาง เทคนิค โดย คณะ กรรมการฯ (KPI technical review)	1. ทบทวนทางเทคนิค เพื่อให้ข้อเสนอแนะ และจัดลำดับในการพิจารณา โดย คณะ กรรมการฯ ที่มีความเชี่ยวชาญตัวชี้วัด 2. กรณี ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม จะมีการขอ เชิญตัวแทนผู้นำเสนอในที่ประชุม	<u>หลักการพิจารณาทบทวนทางเทคนิค</u> (1) นิยามหลักและเป้าหมาย (2) คุณลักษณะของตัวชี้วัดเปรียบเทียบ (3) ความสมบูรณ์ของเนื้อหา template
(6) การรับรองตัวชี้วัด (KPI approval)	1. ให้การพิจารณารับรองตัวชี้วัด โดยมติจากที่ ประชุมคณะกรรมการฯ 2. การขึ้นทะเบียนตัวชี้วัด (KPI register) 3. เปิดใช้งานในปีงบประมาณถัดไป * ก่อนวันที่ 16 สิงหาคม	<u>หลักการจัดลำดับการพิจารณา</u> กลุ่มที่ 1 มี Evidence-based สาธารณสุข, ปร ประเภทที่ยังไม่มีใน THIP, เป็นปัญหา สาธารณสุขของประเทศ, เป็นโอกาสพัฒนา จากการเยี่ยมชม กลุ่มที่ 2: มีใช้ในต่างประเทศแพร่หลาย กลุ่มที่ 3: อื่นๆ



ภาคผนวก ข. ความหมายและการแบ่งระดับของแผลกดทับ ตัวชี้วัดกลุ่ม CG01³

ความนำ

The National Pressure Ulcer Advisory Panel ซึ่งเป็นองค์กรที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับระดับประเทศของสหรัฐอเมริกา มีประกาศการเปลี่ยนความหมายและปรับปรุงระบบการแบ่งระดับแผลกดทับเมื่อวันที่ 13 เมษายน 2560 โดยใช้คำ **Pressure injury** แทน **Pressure ulcer** ในเอกสารฉบับแปลและเรียบเรียงฉบับนี้ ชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาลตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมพยาบาลแผล ออสโตมีและควมคุมการขับถ่าย ยังคงใช้คำ **Pressure ulcer** เพื่อป้องกันความสับสนเมื่อมีการสื่อสารในระหว่างวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติ

แผลกดทับ (Pressure ulcer)

แผลกดทับ คือ การบาดเจ็บเฉพาะที่ต่อผิวหนังและ/หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังปกติมักเกิดบริเวณเหนือปุ่มกระดูกหรือเกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ทางการแพทย์หรืออุปกรณ์อื่นๆ การบาดเจ็บนี้เห็นได้ทั้งที่ผิวหนังยังคงสภาพหรือเป็นแผลเปิดและอาจมีความเจ็บปวด การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากความรุนแรงของแรงกด และ/หรือระยะเวลาที่เกิดหรือแรงกดที่เกิดร่วมกับแรงเฉือน ความทนทานของเนื้อเยื่อต่อแรงกดและแรงเฉือนอาจเป็นผลจากความชื้นและอุณหภูมิเฉพาะที่ของผิวหนังภาวะโภชนาการ การแลกเปลี่ยนออกซิเจน โรคร่วม และสภาวะของเนื้อเยื่ออ่อน

³ ความหมายและการแบ่งระดับของแผลกดทับ อ้างอิงตามนิยามที่กำหนดโดยคณะทำงานตัวชี้วัดแผลกดทับ ชมรมพยาบาลแผล ออสโตมี และควมคุมการขับถ่าย และชมรมเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (University Hospital Nursing Director Consortium; UHND) ตามเอกสารภาคผนวก



แผลกดทับ ระดับ 1: รอยแดงบนผิวหนังที่ยังคงสภาพเมื่อใช้นิ้วมือกดรอยแดงไม่จางหายไป

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

Stage 1 Pressure Injury - Lightly Pigmented



รอยแดงบนผิวหนังที่ยังคงสภาพเฉพาะที่ เมื่อใช้นิ้วมือกดรอยแดงนั้นไม่จางหายไป ซึ่งรอยแดงอาจเห็นแตกต่างกันในผู้ที่มีสีผิวเข้มภาพของรอยแดงบนผิวหนังที่เห็นอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ขึ้นอยู่กับสีแดงที่จางลงหรือจากการรับรู้ความรู้สึกที่เปลี่ยนไป อุณหภูมิ หรือความแข็งของผิวหนัง การเปลี่ยนสีไปไม่รวมถึงการเปลี่ยนเป็นสีม่วง หรือสีแดงอมน้ำตาล (maroon) ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก

แผลกดทับระดับ 2: สูญเสียผิวหนังบางชั้นที่มองเห็นชั้นหนังแท้

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

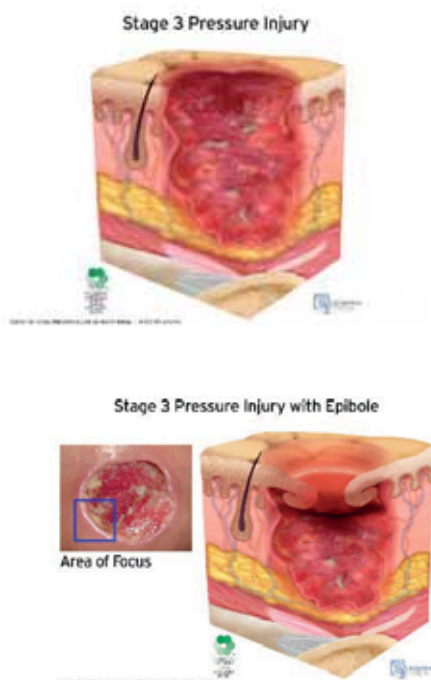
Stage 2 Pressure Injury



มีการสูญเสียของผิวหนังบางชั้นที่มองเห็นชั้นหนังแท้พื้นแผลที่ยังทำหน้าที่ได้มีสีชมพูหรือสีแดงชุ่มชื้นและอาจเห็นเป็นตุ่มน้ำใสที่ผิวหนังยังคงสภาพหรือที่แตกแล้วจะมองไม่เห็นชั้นไขมันและเนื้อเยื่อที่ลึกกว่า ไม่เห็นเนื้อเยื่อออกขยายใหม่ เนื้อตายเปื่อยยุ่ยและเนื้อตายติดแข็งการบาดเจ็บเหล่านี้โดยปกติเกิดจากผลไม่พึงประสงค์ของอุณหภูมิและความชื้นเฉพาะที่ของผิวหนังและแรงเฉือนในบริเวณผิวหนังเหนือเชิงกราน และแรงเฉือนบริเวณสันเท้าแผลระดับนี้ไม่ใช้ในการอธิบายการบาดเจ็บของผิวหนังจากความเปียกชื้นรวมถึงการอักเสบของผิวหนังจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้และการอักเสบของผิวหนังจากเหงื่อ การบาดเจ็บของผิวหนังจากภาวะของวัสดุทางการแพทย์หรือแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ผิวหนังฉีกขาด แผลไหม้ แผลถลอก)

แผลกดทับระดับ 3: สูญเสียผิวหนังทุกชั้น

Stage 3 Pressure Icer: Full-thickness skin loss



มีการสูญเสียของผิวหนังทุกชั้น มองเห็นถึงชั้นไขมันในแผลมักพบเนื้อเยื่ออกขยายใหม่ และขอบแผลที่ม้วนเข้าอาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ยและ/หรือเนื้อตายติดแข็ง ความลึกของเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บมีความแตกต่างตามตำแหน่งทางกายวิภาค เช่น บริเวณที่มีไขมันมากแผลจะลึก อาจเกิดโพรงใต้ขอบแผลและเป็นโพรงลึกจะไม่เห็นพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน กระดูกอ่อนและ/หรือกระดูก ถ้าพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายติดแข็งปกคลุมเนื้อเยื่อที่สูญเสียทั้งหมด จะเป็นแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้

แผลกดทับระดับ 4: สูญเสียผิวหนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง

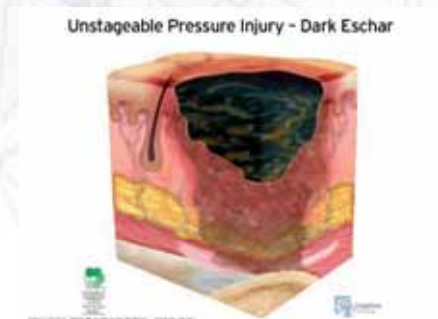
Stage 4 Pressure ulcer: Full-thickness skin and tissue loss



มีการสูญเสียผิวหนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ซึ่งพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน กระดูกอ่อนหรือกระดูกในแผลมองเห็นหรือคลำได้ชัดเจน อาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ย และ/หรือเนื้อตายติดแข็งมักพบขอบแผลม้วนเข้า โพรงใต้ผิวหนังและ/หรือโพรงลึกความลึกมีความแตกต่างตามตำแหน่งทางกายวิภาคถ้าพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ย หรือเนื้อตายติดแข็งปกคลุมเนื้อเยื่อที่สูญเสียทั้งหมดจะเป็นแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ (สามารถคลำได้หรือมองเห็นพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน กระดูกอ่อน หรือกระดูกในแผลได้ชัดเจน)

แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุความลึกได้: ผิวหนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่ถูกทำลายถูกปกคลุมทั้งหมด

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

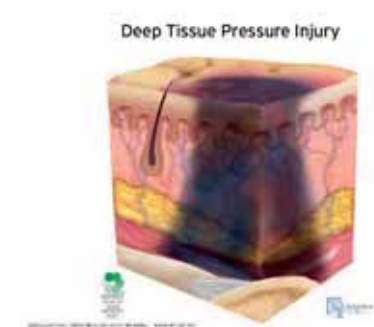


ผิวหนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่ถูกทำลาย ถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายติดแข็ง ทำให้ไม่สามารถระบุความลึกของชั้นเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายได้หากกำจัดออกจะสามารถระบุได้ว่าเป็นแผลกดทับระดับ 3 หรือระดับ 4 ได้ เนื้อตายติดแข็ง (มีลักษณะ แห้ง ตึงแน่น คงสภาพไม่มีรอยแดง หรือโยกแล้วไม่เคลื่อนไหว) บนบริเวณสันเท้าหรือบริเวณอวัยวะส่วนปลายที่เกิดจากการขาดเลือดไม่ควรทำให้นิ่มลงหรือกำจัดออก



แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก: ผิวหนังเป็นรอยแดงคล้ำและรอยแดงยังคงอยู่เมื่อนิ้วมือกด สีแดงอมน้ำตาล หรือเปลี่ยนเป็นสีม่วง

Deep tissue injury: Persistent non-blanchable deep red, maroon or purple discoloration



ผิวหนังที่คงสภาพหรือมีแผลบริเวณเฉพาะที่ ที่ผิวหนังเป็นรอยแดงคล้ำและรอยแดงยังคงอยู่เมื่อนิ้วมือกด แดงอมน้ำตาล หรือเปลี่ยนเป็นสีม่วง หรือมีการฉีกขาดของหนังกำพร้ามองเห็นพื้นแผลเป็นสีดำหรือตุ่มน้ำเลือด ความปวดและอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงไปมักจะเกิดขึ้นก่อนการเปลี่ยนแปลงของสีผิวการเปลี่ยนแปลงของสีผิวอาจจะเห็นแตกต่างในผู้ที่มีสีผิวคล้ำกว่า การบาดเจ็บนี้เป็นผลจากความรุนแรงและ/หรือการถูกกดทับเป็นเวลานานและแรงเฉือนบริเวณที่กระดูกและผิวหนังสัมผัสกัน แผลอาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เห็นการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ลุกลามไป หรืออาจจะหายโดยไม่มีการสูญเสียเนื้อเยื่อ ถ้าพบเนื้อตายแข็ง เนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง เนื้อเยื่อที่อกขยายใหม่ พังผืด กล้ามเนื้อหรืออวัยวะอื่นๆ จะบ่งชี้เป็นแผลกด



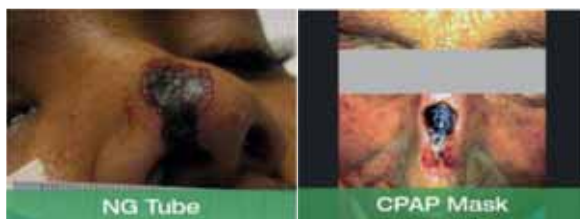
ทับที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อทั้งหมด (แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับ แผลกดทับระดับ 3 หรือแผลกดทับระดับ 4) ไม่ใช้การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึกมาอธิบายสภาวะเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ความเสื่อมของเส้นประสาท หรือโรคทางผิวหนัง

การเพิ่มเติมคำจำกัดความของแผลกดทับ (Additional pressure ulcer definitions)

แผลกดทับที่สัมพันธ์กับอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Medical device related pressure ulcer):

การอธิบายสาเหตุการเกิด

แผลกดทับที่สัมพันธ์กับอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นผลจากการใช้อุปกรณ์นี้ในการวินิจฉัยหรือการรักษา แผลกดทับที่เกิดขึ้นจะเห็นรอยหรือรูปร่างตามลักษณะของอุปกรณ์ที่ใช้ การบาดเจ็บนี้ควรระบุโดยใช้ระบบการแบ่งระดับความรุนแรงของแผลกดทับ



แผลกดทับของเยื่อผิวภายใน (Mucosal membrane pressure ulcer):

แผลกดทับของเยื่อผิวภายใน พบในเยื่อผิวภายในที่มีประวัติการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในบริเวณที่บาดเจ็บ เนื่องจากลักษณะทางกายวิภาคของเนื้อเยื่อนี้ การบาดเจ็บไม่สามารถระบุระดับได้

แปลและเรียบเรียงโดย: ชมรมพยาบาลแผล ออสโตรี และควบคุมการขับถ่าย และชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาลตัวชี้วัดแผลกดทับ

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/>

คณะที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์

ที่ปรึกษาคณะกรรมการระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัด

ระดับคุณภาพโรงพยาบาล

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

ประธานคณะกรรมการระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัด

ระดับคุณภาพโรงพยาบาล

นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

บรรณาธิการ

นพ.ทรง พิลาลัย

กองบรรณาธิการ

นพ.กิตติ โล่สุวรรณรักษ์

น.อ.หญิง พญ.จันทราภรณ์ เคี่ยมเส็ง

ทราย ไชยวัง

นิภา เวชสุวรรณรักษ์

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

พญ.รัชพร ทวีรุจนะ

สงวน แก้วขาว

ดร.นพ.สรธวัช อัสวเรืองชัย

พว.หอมจันทร์ หอมแก่นจันทร์

ดร.อาภากร สุปัญญา

ดร.อำพัน วิมลวัฒนา

พญ.เอกจิตรา สุขกุล

ประสานงาน

ศัญญาภัทร์ รัตนประยงค์วุฒิ





Thailand Hospital Indicator Program:

THIP KPI Dictionary | 2022