บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล

(Thailand Hospital Indicator Program: THIP)



THIP BENCHMARK KPI DICTIONARY 2026

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

คำนำ

ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Program : THIP) เป็นระบบการเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลที่ผู้รายงานจะได้ทราบค่าของตนเปรียบเทียบกับค่า Percentile ของกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนาด้านต่าง ๆ กับโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันทราบว่าตนเองอยู่ตรงไหนเมื่อเทียบกับกลุ่มเป็นการกระตุ้นการพัฒนาที่มีพลังและสามารถค้นหาโรงพยาบาลที่มีแนวปฏิบัติที่ดี (good practice) นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล เริ่มดำเนินการในปี 2550 โดยความร่วมมือระหว่างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กับเครือข่ายโรงพยาบาลสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UhosNet) โดยการขับเคลื่อนของคณะกรรมการระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง และได้ขยายผลการใช้งานอย่างกว้างขวางสำหรับโรงพยาบาลทุกระดับของประเทศไทยในปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) *ส่งเสริมให้สถานพยาบาล ใช้ประโยชน์จากการเปรียบเทียบเพื่อการยกระดับผลลัพธ์ขององค์กร 2) พัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบในการวัดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล* 3) *พัฒนาองค์ความรู้จากการปฏิบัติที่ดี/เป็นเลิศของเครือข่ายสถานพยาบาลและฐานข้อมูลผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย* 4) *พัฒนากลไกเครื่องมือดิจิทัลเทคโนโลยีระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล*

ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ THIP มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) เป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญต่อคุณภาพในระบบของโรงพยาบาล 2) เป็นตัวชี้วัดที่ส่งสัญญาณชัดเจนเพื่อการเปรียบเทียบ 3) สามารถอ้างอิงได้ทางวิชาการ 4) มีประโยชน์ต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 5) มีองค์ประกอบที่มีคุณสมบัติในระดับที่ยอมรับได้สำหรับการตัดสินใจเชิงการจัดการ 6) เป็นไปได้จริงและคุ้มค่าในการเก็บข้อมูลให้ได้ถูกต้อง 7) คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ตัดสินใจและผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงาน โดยใช้คำจำกัดความมาตรฐานสำหรับโรงพยาบาลสมาชิกในการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดตามช่วงเวลาที่กำหนด โดยรหัสโรค/หัตถการที่เกี่ยวข้องในรายการตัวชี้วัดอ้างอิงจากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย (ICD-10-TM 2016)

บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบฉบับนี้ มีการปรับการระบุชื่อตัวชี้วัดให้สอดคล้องและเป็นมาตรฐาน จัดทำขึ้นสำหรับโรงพยาบาลสมาชิกระบบ เพื่ออ้างอิงการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน มุ่งหวังให้เกิดการใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดอย่างมีคุณค่า ดังคำกล่าวที่ว่า

“ความมีคุณค่าของการใช้ตัวชี้วัดนั้น จะช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ ไปสู่ความมีมาตรฐาน และเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยได้ในที่สุด”

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

กันยายน 2565

สารบัญ

คำนำ.....1
สารบัญ.....2
รายการบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2569.....i
วิธีการใช้งานตัวชี้วัดเปรียบเทียบ.....iv
แผนผังภาพรวมตัวชี้วัดตอนที่ IV-1 ด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results).....v
แผนผังภาพรวมตัวชี้วัดตอนที่ IV-2 ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Patient and Other Customer-Focused Results).....vii
แผนผังภาพรวมตัวชี้วัดตอนที่ IV-3 ด้านบุคลากร (Workforce Results).....viii
แผนผังภาพรวมตัวชี้วัดตอนที่ IV-4 ด้านการนำและการกำกับดูแล (Leadership and Governance Results).....viii
แผนผังภาพรวมตัวชี้วัดตอนที่ IV-5 ด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results).....viii
แผนผังภาพรวมตัวชี้วัดตอนที่ IV-6 ด้านการเงิน (Financial Results).....ix
การเชื่อมโยงตัวชี้วัด THIP กับ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 6.....xi
ตัวชี้วัดตอนที่ IV-1 ด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results).....1
ตัวชี้วัดตอนที่ IV-2 ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Patient and Other Customer-Focused Results).....218
ตัวชี้วัดตอนที่ IV-3 ด้านบุคลากร (Workforce Results).....228
ตัวชี้วัดตอนที่ IV-4 ด้านการนำและการกำกับดูแล (Leadership and Governance Results).....268
ตัวชี้วัดตอนที่ IV-5 ด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results).....285
ตัวชี้วัดตอนที่ IV-6 ด้านการเงิน (Financial Results).....324
ภาคผนวก ก. โครงสร้าง KPI template THIP.....364
ภาคผนวก ข. ข้อกำหนดการจัดเก็บข้อมูลและระยะเวลาการออกรายงานตัวชี้วัด THIP.....365
ภาคผนวก ค. แนวทางการนำเสนอตัวชี้วัดเพื่อบรรจุในบัญชีตัวชี้วัด THIP.....368
ภาคผนวก ง. ความหมายและการแบ่งระดับของแผลกดทับ ตัวชี้วัดกลุ่ม HR-BSW-01 (เดิม CG01).....371
ภาคผนวก จ รายละเอียดรหัสโรคตามที่กำหนดให้ใช้ในตัวชี้วัด (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ).....378
ภาคผนวก ฉ. Healthcare Results.....379
คณะที่ปรึกษากองบรรณาธิการ.....383

รายการบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2569

คณะกรรมการระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) และผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ได้ทบทวนรายการตัวชี้วัดเปรียบเทียบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ส่งเสริมให้สถานพยาบาล ใช้ประโยชน์ จากการเปรียบเทียบเพื่อการยกระดับผลลัพธ์ขององค์กร
2. พัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบในการวัดผลลัพธ์ที่เป็น ประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล
3. พัฒนาองค์ความรู้จากการปฏิบัติที่ดี/เป็นเลิศ ของเครือข่ายสถานพยาบาลและฐานข้อมูลผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
4. พัฒนา กลไกเครื่องมือดิจิทัลเทคโนโลยีระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล
5. บูรณาการการทำงานของสรพ. ให้มีความสอดคล้อง และสนับสนุนกิจกรรมหลักของ สรพ
6. เพื่อนำไปใช้คู่กับเล่มมาตรฐานโรงพยาบาลและการบริการสุขภาพฉบับที่ 6 ได้อย่างเป็นเนื้อเดียวกัน
7. เป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินการ ได้แก่ ผลด้านการดูแลสุขภาพ/การดูแลทางคลินิก การสร้างเสริมสุขภาพ ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ผลด้านบุคลากร ผลด้านการนำและการกำกับดูแล ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการและผลด้านการเงิน

คณะกรรมการระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) และผู้เชี่ยวชาญได้ทบทวนรายการตัวชี้วัดเปรียบเทียบ โดยพิจารณาตามองค์ประกอบดังนี้

1) เป็นตัวชี้วัดมาตรฐานที่คัดเลือกจากตัวชี้วัดที่มีอยู่ในระบบทีมีการใช้ในงานวิชาการ และการบริหารจัดการโรงพยาบาล ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ สามารถอ้างอิงได้ตามหลักวิชาการ
2) เป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญต่อคุณภาพในระบบของโรงพยาบาล
3) เป็นตัวชี้วัดที่ส่งสัญญาณชัดเจนเพื่อการเปรียบเทียบ มุ่งเน้นผลการดำเนินงาน (Result) ที่เกิดจากกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ สรพ.
4) มีประโยชน์ต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และสามารถนำไปใช้ร่วมกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 6
5) เป็นไปได้จริงและคุ้มค่าในการเก็บข้อมูลให้ได้ถูกต้อง ไม่เป็นภาระกับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกระดับ

ในปีงบประมาณ 2568 คณะกรรมการฯ มีการทบทวนปรับปรุงและเพิ่มรายการตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ตาม **“บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2570”** จำนวน 316 รายการ (จากเดิม 232 ตัวชี้วัด) **โดยแบ่งกลุ่มตัวชี้วัด เป็น 6 กลุ่ม ตามตอนที่ IV ของมาตรฐานโรงพยาบาลและการบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6 ดังนี้**

กลุ่มที่ 1 ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators) จำนวน 202 ตัวชี้วัด

กลุ่มที่ 2 ตัวชี้วัดด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Customer Focused Results indicators) จำนวน 9 ตัวชี้วัด

กลุ่มที่ 3 ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results indicators) จำนวน 35 ตัวชี้วัด

กลุ่มที่ 4 ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแล (Leadership & Governance Results indicators) จำนวน 11 ตัวชี้วัด

กลุ่มที่ 5 ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results indicators) จำนวน 32 ตัวชี้วัด

กลุ่มที่ 6 ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators) จำนวน 30 ตัวชี้วัด

รายละเอียดกลุ่มตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

กลุ่มที่ 1 ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)

8. หมวดตัวชี้วัดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD)
9. หมวดตัวชี้วัดโรคหลอดเลือดสมอง (Neurovascular Disease: NVD)
10. หมวดตัวชี้วัดโรคระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Disease: RPD)
11. หมวดตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease: NCD)
12. หมวดตัวชี้วัดโรค HIV (Human Immunodeficiency Virus: HIV)
13. หมวดตัวชี้วัดโรคมะเร็ง (Cancer : CAN)
14. หมวดตัวชี้วัดโรคไต (Nephrologic Disease: NPD)
15. หมวดตัวชี้วัดกระดูกและข้อ (Musculoskeletal Disease: MSD)
16. หมวดตัวชี้วัดทางระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal disease: GID)
17. หมวดตัวชี้วัดสุขภาพจิต (Mental Health and Disorder: MHD)
18. หมวดตัวชี้วัดด้านสารเสพติด (Substance Use Disorder: SUD)
19. หมวดตัวชี้วัดด้าน Stem Cell (Stem Cell: STC)
20. หมวดตัวชี้วัดโรคเลือด (Hematologic Disease: HMT)
21. หมวดตัวชี้วัดโรคปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft lip and Cleft palate Disorder: CCD)
22. หมวดตัวชี้วัดแม่และเด็ก (Maternal and Child Healthcare: MCH)
23. หมวดตัวชี้วัดแผลกดทับ (Bedsores and Wound Care: BSW)
24. หมวดตัวชี้วัดชีวาภิบาล (Palliative Care: PLC)

25. หมวดตัวชี้วัดผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care: ITC)
26. หมวดตัวชี้วัดห้องฉุกเฉิน (Emergency Care process : EMC)
27. หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion : HPO)

กลุ่มที่ 2 ตัวชี้วัดด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Customer Focused Results indicators)

28. หมวดตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจและประสบการณ์ (Customer Satisfaction & Experience: CSE)
29. หมวดตัวชี้วัดด้านความผูกพันและความภักดี (Customer Engagement & Loyalty: CEL)
30. หมวดตัวชี้วัดด้านศักยภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Patient Empowerment & Engagement in Care: PEC)

กลุ่มที่ 3 ตัวชี้วัดด้านบุคลากร (Workforce Indicator)

31. หมวดตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยและสุขภาวะของบุคลากร (Personnel Safety, Health & Well-being: PSW)
32. หมวดกลุ่มตัวชี้วัดด้านความผูกพันและบรรยากาศองค์กร (Workforce Engagement & Atmosphere: WEA)
33. หมวดตัวชี้วัดด้านขีดความสามารถและสมรรถนะ (Workforce Capability & Capacity: WCC)

กลุ่มที่ 4 ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแล (Leadership & Governance Results indicators)

34. หมวดตัวชี้วัดด้านการนำองค์กรและแผนยุทธศาตร์ (Leadership and Strategies: LAS)
35. หมวดตัวชี้วัดด้านความยั่งยืนและการจัดการสิ่งแวดล้อม (Sustainability & Green Hospital: SHG)
36. หมวดตัวชี้วัดด้านมาตรฐานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

กลุ่มที่ 5 ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results indicators)

37. หมวดตัวชี้วัดการดูแลทางห้องผ่าตัดและวิสัญญี (Safe Surgery and Anesthetic care: SSA)
38. หมวดตัวชี้วัดการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control: IPC)
39. หมวดตัวชี้วัดด้านระบบบริหารจัดการยา (Medication Management System: MMS)
40. หมวดตัวชี้วัดด้านระบบสนับสนุนบริการและเครื่องมือแพทย์ (Support Services & Medical Equipment: SME)

กลุ่มที่ 6 ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)

41. หมวดตัวชี้วัดด้านสภาพคล่องทางการเงิน (Liquidity Ratios: LQR)
42. หมวดตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพการบริหารสินทรัพย์ (Activity / Efficiency Ratios: AER)
43. หมวดตัวชี้วัดด้านความสามารถในการทำกำไร (Profitability Ratios: PFR)
44. หมวดตัวชี้วัดด้านโครงสร้างทางการเงินและต้นทุน (Capital Structure & Cost Management: CSC)

วิธีการใช้งานตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

รหัสตัวชี้วัด: ประกอบด้วย

ชุดตัวอักษร 2 ชุด และชุดตัวเลขหลักสิบ จำนวน 2 ชุดตัวเลข (4 ตัวเลข) **AA-BBB-0000**

โดยมีความหมาย ดังนี้

ชุดอักษรตัวที่ 1: หมายถึง ตัวชี้วัดในตอนที่ IV ของมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 ผลการดำเนินการ (Performance Results) โดยจะประกอบไปด้วย 2 ตัวอักษรดังนี้

HR - ย่อมาจาก Healthcare Results ด้านการดูแลด้านสุขภาพ

PR - ย่อมาจาก Patient and Other Customer-Focused Results ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน

WR – ย่อมาจาก Workforce Result ด้านบุคลากร

LR - ย่อมาจาก Leadership and Governance Results ด้านการนำและการดูแล

SR – ย่อมาจาก Key Work Process Effectiveness Results หรือ System Result ด้านระบบงานสำคัญ

FR - ย่อมากจาก Financial Results ด้านการเงิน

ชุดตัวอักษรที่ 2: หมายถึง หมวดตัวชี้วัด แยกตามกลุ่มย่อย โดยจะเป็นตัวอักษรภาษาอังกฤษ 3 ตัวอักษร เพื่อลดความทับซ้อนจากการซ้ำกันของตัวอักษรที่อาจเหมือนกัน หรือสอดคล้องกับคำย่อที่ใช้ทั่วไป

ชุดตัวเลขหลักสิบ (รหัสตัวเลขตัวที่ 1-2) **ชุดที่ 1**: หมายถึง ประเภทตัวชี้วัด

ชุดตัวเลขหลักสิบ (รหัสตัวเลขตัวที่ 3-4) **ชุดที่ 2**: หมายถึง ลำดับตัวชี้วัด

<u>ตัวอย่างการใช้รหัสตัวชี้วัด</u>

HR-CVD-0101 หมายถึง ตัวชี้วัดในตอนที่ IV ด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Result) หมวดตัวชี้วัดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease; CVD) ประเภทตัวชี้วัด 01 คือ Acute Coronary Syndromes ลำดับตัวชี้วัดที่ 01 คือ ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายใน 30 วัน หลังเข้ารับการรักษา

ตัวชี้วัดเชื่อมโยงกับมาตรฐานตอนที่ IV	**หมวดตัวชี้วัด**	**ประเภทตัวชี้วัด**	**ลำดับตัวชี้วัด**
HR	CVD หมวดตัวชี้วัดโรคหัวใจและหลอดเลือด	01	01 ลำดับที่ 1

IV-1 ด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results)		Acute Coronary Syndromes	

แผนผังภาพรวมตัวชี้วัดตอนที่ IV-1 ด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results)

หมวดตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
HR-CVD Cardiovascular Disease: CVD	01 Acute coronary syndrome 02 Coronary artery disease 03 Heart failure 04 Atrial fibrillation
HR-NVD Neurovascular Disease: NVD	01 Stroke 02 Epilepsy 03 Head injury
HR-RPD Respiratory Disease: RPD	01 Pneumonia 02 Tuberculosis 03 Asthma 04 COPD
HR-NCD Non-Communicable Disease: NCD	01 Diabetes mellitus 02 Hypertension
HR-HIV Human Immunodeficiency Virus: HIV	01 Human Immunodeficiency Virus
HR-CAN Cancer : CAN	01 Cancer 02 Laryngeal Cancer 03 Thyroid Cancer 04 Breast Cancer 05 Liver Cancer
HR-NPD Nephrologic Disease: NPD	01 Chronic Kidney Disease
HR-MSD Musculoskeletal Disease: MSD	01 Hip arthroplasty 02 Knee arthroplasty

HR-GID Gastrointestinal disease: GID	01 Upper gatrointestinal hemorrhage 02 Appendicitis
HR-SUD Substance Use Disorder: SUD	01 Metamphetamine group 02 Alcohol group 03 Tobacco group & Smoking Cessation 04 Opioid group
HR-MHD Mental Health and Disorder: MHD	01 Global developmental delay (GDD) 02 Autism spectrum disorder (ASD) 03 Cerebral palsy 04 Children and adolescent psychiatry 05 Adult psychiatry
HR-STC Stem Cell: STC	01 Stem Cell transplantation
HR-HMT Hematologic Disease: HMT	01 Thalassemia
HR-CCD Cleft lip and Cleft palate Disorder: CCD	01 Cleft lip – cleft palate and craniofacial disease
HR-MCH Maternal and Child Healthcare: MCH	01 Maternal Healthcare 02 Child Healthcare 03 Breastfeeding 04 Infertility
HR-BSW Bedsores and Wound Care: BSW	01 Pressure Ulcers
HR-PLC Palliative Care: PLC	01 Palliative Care
HR-ITC Intensive Care: ITC	01 Sepsis

HR-EMC Emergency Care Process	01 Emergency Department
HR-HPO Health Promotion	01 Health Promotion

แผนผังภาพรวมตัวชี้วัดตอนที่ IV-2 ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน

(Patient and Other Customer-Focused Results)

หมวดตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
PR-CSE Customer Satisfaction & Experience: CSE	01 Customer Satisfaction
PR-CEL Customer Engagement & Loyalty: CEL	01 Return to service care 02 Recommended to others
PR-PEC Patient Empowerment & Engagement in Care: PEC	01 Patient and Caregiver Engagement

แผนผังภาพรวมตัวชี้วัดตอนที่ IV-3 ด้านบุคลากร (Workforce Results)

หมวดตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
WR-PSW Personnel Safety, Health & Well-being: PSW	01 Employee Injury/Illness 02 Employee Health Status
WR-WEA Workforce Engagement & Atmosphere : WEA	01 Turnover Rate 02 Workforce Satisfaction
WR-WCC Workforce Capability & Capacity: WCC	01 Workforce Training

แผนผังภาพรวมตัวชี้วัดตอนที่ IV-4 ด้านการนำและการกำกับดูแล (Leadership and Governance Results)

หมวดตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
LR-LAS Leadership and Strategies :LAS	01 Strategies 02 Stigmatization and Discrimination
LR-SHG Sustainability & Green Hospital: SHG	01 Waste 02 Air Quality

แผนผังภาพรวมตัวชี้วัดตอนที่ IV-5 ด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)

หมวดตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
SR-SSA Safe Surgery and Anesthetic care: SSA	01 Anesthetic Care 02 Operative Care
SR-IPC	01 Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)

Infection Prevention and Control: IPC	02 Hospital-Associated Pneumonia (HAP) 03 Bloodstream Infection (BSI) 04 Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)
SR-MMS Medication Management System: MMS	01 Rational Drug Use (RDU) 02 Medication Management
SR-SME Support Services & Medical Equipment: SME	01 Blood Bank 02 Sterilization and Services System

แผนผังภาพรวมตัวชี้วัดตอนที่ IV-6 ด้านการเงิน (Financial Results)

หมวดตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
FR-LQR Liquidity Ratios: LQR	01 Short-Term Liquidity Ratios 02 Capital and Reserve Position 03 Operating Liquidity
FR-AER Activity / Efficiency Ratios: AER	01 Asset Utilization Efficiency 02 Accounts Receivable and Revenue Collection Efficiency 03 Receivables Quality and Medical Claim Reimbursement 04 Inventory Management Efficiency 05 Healthcare Service Revenue Efficiency 06 Accounts Payable Management Efficiency
FR-PFR Profitability Ratios: PFR	01 Net Profit Performance 02 Operating Profitability 03 Return on Equity
FR-CSC	01 Capital Structure and Debt Position

Capital Structure & Cost Management: CSC	02 Operating Cost Structure 03 Capital Expenditure Structure and Management

การเชื่อมโยงตัวชี้วัด THIP กับ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 6

มาตรฐานโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6 จะมีการบังคับใช้ในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2569 เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกันระหว่าง ตัวชี้วัดเปรียบเทียบของโรงพยาบาล (THIP) และ มาตรฐานฉบับที่ 6 โดยมีเป้าหมายของการใช้มาตรฐานคือ เป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนองค์กรสามารถแสดงผลการดำเนินงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับ มีระบบบริหารความเสี่ยงที่ดี และเห็นโอกาสพัฒนาไปสู่ระดับที่เป็นเลิศ ซึ่งการที่มีตัวชี้วัดที่สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริงก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญหนึ่งที่จะช่วยให้สถานพยาบาลได้บรรลุถึงเป้าหมายของมาตรฐาน ฉะนั้นการใช้งานตัวชี้วัด THIP จะเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้โรงพยาบาลได้สามารถทราบได้ถึงขีดความสามารถของตัวโรงพยาบาลเอง อีกทั้งจุดเด่นและจุดที่ต้องมีการพัฒนา เพื่อใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) ภายในโรงพยาบาลเอง และรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในอนาคต (Future Model of Accreditation -> Outcome Focused)

Healthcare Results (HCR) คือผลการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย (ผู้รับผลงานอื่น การดูแลทางคลินิก ทั้งในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัย และ functional status) เพื่อให้โรงพยาบาลได้กำกับติดตาม (Monitor & Governance) ตัวชี้วัดและกระบวนการต่างๆที่เป็นข้อมูลองค์ประกอบของ Healthcare Results นั้นๆ อีกทั้ง ยังสามารถใช้ Healthcare Results เป็นตัวตรวจจับความผิดปกติที่รวดเร็ว และสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการตัดสินใจ เพื่อที่จะช่วยด้านการบริหารทรัพยากรหรือการเลือกการแก้ไขในประเด็นต่างๆที่เป็นปัญหา (Early Detection & Decision Making) ในอนาคตต่อไป

ตัวชี้วัดตอนที่ IV-1 ด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results)

หมวดตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
HR-CVD Cardiovascular Disease: CVD	01 Acute coronary syndrome 02 Coronary artery disease 03 Heart failure 04 Atrial fibrillation
HR-NVD Neurovascular Disease: NVD	01 Stroke 02 Epilepsy 03 Head injury
HR-RPD Respiratory Disease: RPD	01 Pneumonia 02 Tuberculosis 03 Asthma 04 COPD
HR-NCD Non-Communicable Disease: NCD	01 Diabetes mellitus 02 Hypertension
HR-HIV Human Immunodeficiency Virus: HIV	01 Human Immunodeficiency Virus
HR-CAN Cancer : CAN	01 Cancer 02 Laryngeal Cancer 03 Thyroid Cancer 04 Breast Cancer 05 Liver Cancer
HR-NPD Nephrologic Disease: NPD	01 Chronic Kidney Disease
HR-MSD Musculoskeletal Disease: MSD	01 Hip arthroplasty 02 Knee arthroplasty
HR-GID Gastrointestinal disease: GID	01 Upper gatrointestinal hemorrhage 02 Appendicitis
HR-SUD Substance Use Disorder: SUD	01 Metamphetamine group 02 Alcohol group

	03 Tobacco group & Smoking Cessation 04 Opioid group
HR-MHD Mental Health Disorder: MHD	01 Global developmental delay (GDD) 02 Autism spectrum disorder (ASD) 03 Cerebral palsy 04 Children and adolescent psychiatry 05 Adult psychiatry
HR-STC Stem Cell: STC	01 Stem Cell transplantation
HR-HMT Hematologic Disease: HMT	01 Thalassemia
HR-CCD Cleft lip and Cleft palate Disorder: CCD	01 Cleft lip – cleft palate and craniofacial disease
HR-MCH Maternal and Child Healthcare: MCH	01 Maternal Healthcare 02 Child Healthcare 03 Breastfeeding 04 Infertility
HR-BSW Bedsores and Wound Care: BSW	01 Pressure Ulcers
HR-PLC Palliative Care: PLC	01 Palliative Care
HR-ITC Intensive Care: ITC	01 Sepsis
HR-EMC Emergency Care Process	01 Emergency Department
HR-HPO Health Promotion	01 Vaccination

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0101 (เดิม DH0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายใน 30 วัน หลังเข้ารับการรักษา
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		30 days mortality of patient with Acute Coronary syndromes
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย Acute coronary syndrome (ACS) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1.1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 1.2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTE-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย ACS ภายใน 30 วัน หลังเข้ารับการรักษา หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย ACS ที่มี Pdx ตามที่ระบุไว้ หรือ Sdx และเสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก ACS ภายใน 30 วันหลังเข้ารับการรักษา 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลกระบวนการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วย ACS
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย ACS ภายใน 30 วันหลังเข้ารับการรักษาจากทุกหอผู้ป่วย ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย ACS จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ หรือ Sdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 และ เสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก ACS
	ตัวหาร	I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0102 (เดิม DH0101.1)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Acute coronary syndrome (STEMI): Percent of mortality of patient with
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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย STEMI ที่มี Pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็น STEMI และ มีสาเหตุการตายจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI จากทุกหอผู้ป่วย ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย STEMI จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3 ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ หรือ Sdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3 และ เสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก STEMI
	ตัวหาร	I21.0, I21.1, I21.2, I21.3
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		น้อยกว่าร้อยละ 9 (ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีพ.ศ. 2569)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1. Thai ACS Registry (http://www.ncvdt.org) 2. Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020 3. BYRNE, Robert A., et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal, 2023, ehad 191.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2564
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0103 (เดิม DH0101.2)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTE-ACS) ภายใน 30 วัน หลังเข้ารับการรักษา
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Acute coronary syndrome (NSTE-ACS): Percent of mortality
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTE-ACS) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็น ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTE-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย NSTE-ACS ภายใน 30 วัน หลังเข้ารับการรักษา หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย NSTE-ACS ที่มี Pdx ตามที่ระบุ หรือ Sdx และเสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก NSTE-ACS ภายใน 30 วันหลังเข้ารับการรักษา 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลกระบวนการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วย NSTE-ACS
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย NSTE-ACS ภายใน 30 วันหลังเข้ารับการรักษาจากทุกหอผู้ป่วย ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย NSTE-ACS จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.4, I21.9 ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ หรือ Sdx = I21.4, I21.9 และ เสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก NSTE-ACS
	ตัวหาร	I21.4, I21.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2564
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0104 (เดิม 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 (ACS) 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 (NSTE-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วย ACS ที่ได้รับ Aspirin ภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย ACS ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยานี้ และได้รับ Aspirin ในการรักษา โดยนับระยะเวลาตั้งแต่มีอาการและมาตรวจรักษาที่ ER/OPD และรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย ACS ที่ได้รับ Aspirin ภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย ACS ที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล 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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		U.S.A. National Median : 84
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I ,แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0105 (เดิม DH0103)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการสั่งยา Aspirin เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Acute coronary syndrome: Percent of Aspirin prescribed at discharge
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) 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 (NSTE-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วย ACS ที่ได้รับการสั่งยา Aspirin เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย ACS ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยานี้ และมีการสั่งให้ยา Aspirin เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยนับเฉพาะการจำหน่ายมีชีวิตด้วยสถานการณ์อนุญาตให้กลับบ้าน 3. กรณีมียาเดิมเหลือและ Re-admit ซ้ำ ให้คีย์จ่ายยาเป็น 0 เม็ด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาผู้ป่วย ACS
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย ACS ที่ได้รับการสั่งยา Aspirin เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย ACS ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยนับเฉพาะการจำหน่ายมีชีวิตด้วยสถานการณ์อนุญาตให้กลับบ้าน 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		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0106 (เดิม DH0104)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มี LVSD และได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARBs
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Acute coronary syndrome: Percent of ACE inhibitors or ARB received for patient who have LVSD
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) 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 (NSTE-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วย ACS ที่มี LVSD หมายถึง ผู้ป่วย ACS ที่ได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียง ultrasound แล้วพบว่ามี LVSD 3. ผู้ป่วย ACS ที่ได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARBs หมายถึง ผู้ป่วย ACS ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัด (ผู้ป่วยแพ้ยา, ความดันโลหิตต่ำกว่า 100/60 mmHg) ของการให้ยานี้ และได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARBs ในการรักษา
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาผู้ป่วย ACS ที่มี LVSD
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย ACS ที่มี LVSD และได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARB ทั้งหมด ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย ACS ที่มี LVSD ทั้งหมด ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9, I22.0
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9, I22.0
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0107 (เดิม DH0105)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่สูบบุหรี่และได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Acute coronary syndrome: Percent of smoking cessation advice given
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) 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 (NSTE-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วย ACS ที่สูบบุหรี่และได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย ACS ที่มีประวัติสูบบุหรี่ภายใน 1 ปีก่อนได้รับการตรวจรักษาและรับไว้ในโรงพยาบาล ได้รับคำแนะนำ/Counseling ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อภาวะของโรคที่เป็น เพื่อให้ผู้ป่วยงดบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล และแนะนำให้อดหรือเลิกบุหรี่ต่อไป
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาในมิติการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วย ACS
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย ACS ที่สูบบุหรี่และที่ได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย 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 I22.0
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9 I22.0
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		U.S.A. 2005 = 92.1
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I, แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0108 (เดิม 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 (ACS) 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 (NSTE-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วย ACS ที่ได้รับ Beta-blocker ระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย ACS ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยานี้ และ ได้รับยา Beta-blocker ในระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย ACS
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย ACS ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา และได้รับ Beta-blocker ระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย ACS ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยานี้ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 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		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0109 (เดิม 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 (ACS) 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 (NSTE-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วย ACS ที่ได้รับยา Beta-blocker เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย ACS ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยานี้ และ มีการสั่งให้ยา Beta-blocker เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยการอนุญาตให้กลับบ้าน 3. กรณีมียาเดิมเหลือและ Re-admit ซ้ำ ให้คีย์จ่ายยาเป็น 0 เม็ด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาผู้ป่วย ACS
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย ACS ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยา ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และได้รับยา Beta-blocker เมื่อจำหน่าย ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย ACS ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยานี้ ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยนับเฉพาะการจำหน่ายมีชีวิตด้วยสถานการณ์อนุญาตให้กลับบ้าน 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		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0110 (เดิม DH0108)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Acute coronary syndrome: Average door to EKG time
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) 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 (NSTE-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วย ACS ได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วย ACS มาถึงโรงพยาบาล (ในทุก OPD, ER) จนถึงได้รับการทำ EKG ครั้งแรกของการตรวจรักษา
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพกระบวนการประเมินกลุ่มผู้ป่วย ACS
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวน (คน) ผู้ป่วย ACS ที่ได้รับการทำ EKG ครั้งแรกภายใน 10 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวน (คน) ผู้ป่วย 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, I22.0
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9, I22.0
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0111 (เดิม DH0109)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		สัดส่วนของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 นาที ต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการส่งต่อ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Acute coronary syndrome: Average door to refer time
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) 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 (NSTE-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วย ACS ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 นาทีหมายถึง ผู้ป่วย ACS ได้รับการรักษา ภายในระยะเวลา 30 นาที นับตั้งแต่ระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล (ในทุก OPD, ER) 3. กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย ACS ต้องไม่อยู่ภายใต้ข้อจำกัดเรื่อง โรงพยาบาลปลายทาง/โรงพยาบาลผู้รับส่งต่อ (refer) กำหนดให้มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบก่อนส่งต่อ 4. ตัวอย่างการคำนวน ใน 1 เดือน ผู้ป่วย 7 รายได้รับการรักษาภายใน 30 นาที จากผู้ป่วยทั้งหมด 37 ราย คิดเป็น 7/37 หรือคิดเป็น 0.1892 จากนั้นคิดเป็นสัดส่วนแบบร้อยละ 0.1892 x 100 = 18.92 %
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการและกระบวนการประเมินกลุ่มผู้ป่วย ACS
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวน (คน) ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 30 นาที นับตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล (ในทุก OPD, ER ในเดือนนั้น)
	ตัวหาร	b = จำนวน (คน) ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ที่มาโรงพยาบาล และได้รับการส่งต่อทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9 , I22.0
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9 , I22.0
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		สัดส่วนแบบร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0112 (เดิม DH0110)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ที่ได้รับ Primary Percutaneous Coronary Intervention (PPCI) ภายใน 120 นาที
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Acute coronary syndrome (STEMI): Percent of Primary Percutaneous Coronary Intervention (PCI) given within 120 minutes or received
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) ซึ่งต้องให้ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI: Primary Percutaneous Coronary Intervention) โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. เป็นผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีข้อจำกัดของการทำ PPCI ในการรักษา 3. การได้รับ PPCI ภายใน 120 นาที นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ ER/OPD และรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้ทำ PPCI
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพกระบวนการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วย STEMI
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีข้อจำกัดของการทำ PPCI ในการรักษา ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ที่ได้รับ PPCI ภายใน 120 นาที ในช่วงไตรมาส (3 เดือน) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีข้อจำกัดของการทำ PPCI ในการรักษา ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ทั้งหมด 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, 37.68
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		มากกว่าหรือเท่ากับ 70 % (Service Plan โรคหัวใจ, กระทรวงสาธารณสุข, 2569)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สธ., 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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0113 (เดิม 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 (ACS) 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 (NSTE-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย ACS ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง ผู้ป่วย ACS ที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) ยกเว้น ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการวางแผนจำหน่ายและการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วย ACS
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย ACS ที่มีการรับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย ACS ที่จำหน่ายด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (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, I22.0
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.1, I22.8, I22.9, I22.0
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.THIP I 2.สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0114 (เดิม DH0112)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Acute coronary syndrome: Average length of stay
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) 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 (NSTE-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วย ACS หมายถึง ผลรวมของจำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยนับตั้งแต่วันที่รับไว้จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกรายที่จำหน่ายในเดือนนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่จำหน่ายในเดือนนั้น 3. ผู้ป่วย ACS ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ทุกสถานะการจำหน่าย
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วย ACS
สูตรในการคำนวณ		(a/b)
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วย ACS ทุกรายที่จำหน่าย ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่จำหน่าย ในเดือนเดียวกันนั้น (คน)
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		รายเดือน
หน่วยวัด		วัน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I, กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Acute Coronary Syndromes
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0115 (เดิม DH0113)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ที่ได้รับ Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Acute coronary syndrome: 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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. เป็นผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ Fibrinolytic agent ในการรักษา 3. การได้รับ Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาที นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ ER/OPD และรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา Fibrinolytic agent
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพกระบวนการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วย STEMI
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ Fibrinolytic agent ในการรักษา ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ที่ได้รับยา Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาทีเมื่อแรกรับ ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ Fibrinolytic agent ในการรักษา ที่รับไว้ในโรงพยาบาลทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3 และ Procedure 99.10 ภายใน 30 นาที
	ตัวหาร	Pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3 และ Procedure 99.10 ทั้งหมด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		มากกว่าหรือเท่ากับ 70 % (กระทรวงสาธาณสุข,ปี พ.ศ. 2569)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.) THIP I 2.) 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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Coronary Artery Diseases
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0201 (เดิม DH0201)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ Coronary Artery Bypass Graft (CABG)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Coronary Artery Bypass Graft (CABG): Percent of mortality
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยที่ทำ Coronary Artery Bypass Graft (CABG) หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาด้วยการทำ CABG จากทุกหอผู้ป่วยใน โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ CABG หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกกรณี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ทำ CABG
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CABG แล้วเสียชีวิต ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CABG แล้วจำหน่ายทั้งหมด ในช่วงเดือนเดียวกัน
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		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Coronary Artery Diseases
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0202 (เดิม 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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัด CABG หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัด (กรณีเป็นการให้ยาแบบ IV drip ให้เริ่มนับเวลาเมื่อ drip ยาหมด)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด CABG
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัด CABG ที่ได้รับ prophylactic antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัด 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, 36.18, 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		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		อัตราการติดเชื้อ 0.23- 5.67

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Coronary Artery Diseases
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0203 (เดิม 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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG หมายถึง เฉพาะการติดเชื้อครั้งแรกของแผลผ่าตัด CABG ภายในช่วงระยะเวลา 30 วันหลังการผ่าตัด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัด CABG
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG ครั้งแรกภายใน 30 วันหลังการผ่าตัด 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 และมีการติดเชื้อ
	ตัวหาร	Procedure = 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.THIP I 2.Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2012
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Coronary Artery Diseases
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0204 (เดิม DH0204)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ CABG ภายใน 30 วันหลังรับการรักษาแบบผู้ป่วยในวันแรก
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Coronary Artery Bypass Graft (CABG): percent of 30-days 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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2) การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ CABG ภายใน 30 วันหลังเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในหมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ภายในระยะเวลา 30 วัน ทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นับจากวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในวันแรก ยกเว้นเป็นการเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกิดจากอุบัติเหตุ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CABG ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุภายในระยะเวลา 30 วัน ทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ยกเว้นเป็นการเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกิดจากอุบัติเหตุ) นับจากวันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในวันแรก ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ CABG ทั้งหมด ในช่วงเดือนเดียวกัน
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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2562
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Heart Failure
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0301 (เดิม 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 (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหัวใจล้มเหลว โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 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) ของการให้ยานี้ และได้รับ ACE inhibitors หรือ ARBs หรือ MRA ในการรักษา
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์และประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย Heart Failure
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย HFREF ที่ได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARBs หรือ MRA ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย HFREF ที่ไม่มีข้อห้าม หรือข้อจำกัดในการให้ยานี้ ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I50 ที่ได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARBs หรือ MRA
	ตัวหาร	Pdx = I50 ที่ไม่มีข้อห้าม หรือข้อจำกัดในการให้ยานี้
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
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. Circulaion. 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	ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง	เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Heart Failure
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0302 (เดิม 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 (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหัวใจล้มเหลว โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การแนะนำให้งดหรือเลิกบุหรี่ หมายถึง การให้คำแนะนำ/การปรึกษา ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อภาวะของโรคที่เป็น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีประวัติสูบบุหรี่ภายใน 1 ปี ก่อนการได้รับการตรวจรักษาและรับไว้ในโรงพยาบาล งดหรือเลิกบุหรี่
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย Heart failure
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Heart failure ที่สูบบุหรี่ที่ได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Heart failure ที่สูบบุหรี่ทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาล ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I50
	ตัวหาร	Pdx = I50
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Atrial fibrillation
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0401 (เดิม DH0401)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วย Atrial fibrillation ได้รับยา Warfarin มีระดับ INR ตามเป้าหมายการรักษา
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of patients with Atrial Fibrillation receiving Warfarin therapy who achieve the target INR therapeutic range
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย Atrial Fibrillation หมายถึงผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรค Atrial Fibrillation โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ที่มาตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือ Warfarin Clinic 2. เป็นผู้ป่วย Atrial Fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยานี้ และได้รับยา 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 ระดับเป้าหมายในทุกครั้งของการตรวจรักษา ในไตรมาสนั้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์และประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย Atrial Fibrillation
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Atrial fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยานี้ และได้รับยา Warfarin ที่มารับการรักษา และ มีค่า INR ระดับเป้าหมายในทุกครั้งของการตรวจรักษา ในไตรมาสนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Atrial fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยานี้ และได้รับยา Warfarin ที่มารับการรักษาทั้งหมด ในไตรมาสเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9
	ตัวหาร	Pdx = I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กรมการแพทย์ 1. January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report to the American College of cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines and the heart rhythm society. J Am Call Cardiol 2014; 64: 2246-2280
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2559
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Atrial fibrillation
รหัสตัวชี้วัด		HR-CVD-0402 (เดิม DH0402)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของการเกิด Adverse Event ชนิด Major bleeding ของผู้ป่วย AF ที่ได้รับยา Warfarin หรือยากลุ่ม NOACs
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of major bleeding adverse events among patients with Atrial Fibrillation (AF) receiving Warfarin or NOAC therapy
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย Atrial fibrillation หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรค Atrial Fibrillation โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD9 ดังที่ระบุไว้นี้ที่มาตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือ Warfarin Clinic 2. เป็นผู้ป่วย Atrial fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยานี้ และได้รับยา Warfarin หรือยากลุ่ม NOACs ในการรักษา 3. การเกิด Adverse event ชนิด Major bleeding หมายถึง intracranial hemorrhage and hemorrhage need blood transfusion
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์และประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย Atrial Fibrillation
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Atrial fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยานี้และได้รับยา Warfarin หรือยากลุ่ม NOACs ที่เกิด adverse event (major bleeding) ในไตรมาสนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Atrial fibrillation ที่ไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดของการให้ยานี้และได้รับยา Warfarin หรือยากลุ่ม NOACs ในการรักษาทั้งหมด ในช่วงไตรมาสเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9
	ตัวหาร	Pdx = I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กรมการแพทย์ 1. January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report to the American College of cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines and the heart rhythm society. J Am Call Cardiol 2014; 64: 2246-2280
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2559
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0101 (เดิม DN0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Stroke: Percent of mortality
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย Stroke หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย Stroke 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกกรณี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย Stroke
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ของผู้ป่วย Stroke จากทุกหอผู้ป่วย ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะ ของผู้ป่วย Stroke จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
	ตัวหาร	Pdx = I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		<7% (กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2569) < 7.5% (ศูนย์ข้อมูลระบบประสาทฯ ค่าเฉลี่ยข้อมูลตั้งแต่ ค.ศ. 2010) UK 8%
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.THIP I 2.ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0102 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent mortality of ischemic stroke
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกกรณี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จากทุกหอผู้ป่วย ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I63-I67
	ตัวหาร	Pdx = I63-I67
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.THIP I 2.ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และจำแนกชนิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0103 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent mortality of Hemorrhagic Stroke
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกกรณี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วย ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I60, I61, I62
	ตัวหาร	Pdx = I60, I61, I62
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.THIP I 2.ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และจำแนกชนิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0104 (เดิม 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 ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน อายุ ≥18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคสมองขาดเลือดที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การได้รับยาต้านเกล็ดเลือด หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการให้ Antiplatelet drugs ภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ (เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงเวลาที่ได้รับยา) 3. ผู้ป่วยในที่เข้าเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 2-120 วัน ซึ่งไม่อยู่ในสถานะประคับประคองระยะสุดท้าย หรือถูกคัดเลือกเข้าโครงการวิจัยทางคลินิก หรือ Admit เพื่อทำการผ่าตัดหลอดเลือดแดงคาโรติดแบบไม่เร่งด่วน หรือไม่ใช่ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านภาวะแข็งตัวของเลือดทางหลอดเลือดภายใน 24 ชั่วโมงก่อนมาถึง โรงพยาบาล หรือไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีหลักฐานว่ามีเหตุผลอันสมควรที่ไม่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดภายใน 2 วัน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย Ischemic stroke
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ภายใน 48 ชั่วโมงหลังการเข้ารับการรักษา ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Ischemic Stroke ทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาล ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I63, I64, I65, I66
	ตัวหาร	Pdx = I63, I64, I65, I66
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 80 ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท ปี 2555-2558
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.สมาคมหลอดเลือดสมองไทย, 2.ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0105 (เดิม 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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การได้รับยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านภาวะแข็งตัวของเลือด ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับ Antiplatelet or Anticoagulant Drugs ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยนับเฉพาะการจำหน่ายมีชีวิตด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (improve) 3. ผู้ป่วยในที่เข้าเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยใน อายุ ≥ 18 ปีที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล นานไม่เกิน 120 วัน ซึ่งไม่อยู่ในการประคับประคองระยะสุดท้ายหรือถูกคัดเลือกเข้าโครงการวิจัย หรือ admit เพื่อทำการผ่าตัดหลอดเลือดแดงคาโรติดแบบไม่เร่งด่วน หรือไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีหลักฐานว่ามีเหตุผลอันสมควรที่ไม่ให้ยาต้านเกล็ดเลือดอหรือยากันเลือดเป็นลิ่มขณะจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย Ischemic stroke
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Ischemic stroke ที่ได้รับ Antiplatelet or Anticoagulant 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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 80 ศูนย์ข้อมูลระบบประสาทปี 2555-2558
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.สมาคมหลอดเลือดสมองไทย, 2.ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0106 (เดิม DN0104)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกหรือหัวใจห้องบนเต้นระรัวได้รับยาต้านภาวะแข็งตัวของเลือด (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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การได้รับยาต้านภาวะแข็งตัวของเลือด หมายถึง การให้ Anticoagulant ในการรักษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกหรือหัวใจห้องบนเต้นระรัว ที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล นานไม่เกิน 120 วัน ไม่อยู่ในการประคับประคองระยะสุดท้าย หรือถูกคัดเลือกเข้าโครงการวิจัยหรือ admit เพื่อทำการผ่าตัดหลอดเลือดแดงคาโรติดแบบไม่เร่งด่วน หรือไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีหลักฐานว่ามีเหตุผลอันสมควรที่ไม่ให้ยากันเลือดเป็นลิ่ม และให้ยาในขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยนับเฉพาะการจำหน่ายมีชีวิตด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (improve)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย Stroke
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่มีภาวะ AF or A-flutter และได้รับการบำบัดด้วย Anticoagulant ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในช่วงเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่มีภาวะ AF or A-flutter ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I63 Sdx = I48, I48.9
	ตัวหาร	Pdx = I63 Sdx = I48, I48.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.สมาคมหลอดเลือดสมองไทย, 2.ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0107 (เดิม DN0105)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรู้ในขณะอยู่ที่โรงพยาบาล
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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การได้รับความรู้ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดสมองแตก หรือผู้ดูแล ได้รับคำแนะนำ/ความรู้ ระหว่างอยู่โรงพยาบาล ได้แก่ การแจ้งระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การมาตรวจติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยาที่ได้รับขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งอาการเตือนและอาการของโรคหลอดเลือดสมอง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย Stroke
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 92 ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท ปี 2557
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.สมาคมหลอดเลือดสมองไทย, 2.ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0108 (เดิม DN0106)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินและได้รับการรักษาด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใน 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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภายใน 72 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วย Stroke ซึ่งไม่มีภาวะที่คุกคามชีวิตแล้ว ได้รับการประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูและได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และให้กลับมาช่วยตัวเองได้มากที่สุด ภายใน 72 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย Stroke
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในเดือนนั้น และมีการประเมินด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู 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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 88.8 ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท ปี 2557
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.สมาคมหลอดเลือดสมองไทย, 2.ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0109 (เดิม 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 ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง ผู้ป่วย Stroke ที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ด้วยสาเหตุ Recurrent Stroke หรือ Complication จาก Stroke 3. การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายมีชีวิตออกจากโรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Stroke ที่เป็นผู้ป่วยใน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองเดิม โดยไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วันหลังออกจากโรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 1.4 ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท ปี 2557
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.THIP I 2.ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0110 (เดิม DN0109)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Stroke: Average length of stay
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วย Stroke หมายถึง ผลรวมของจำนวนวันนอนที่ผู้ป่วย Stroke นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยนับตั้งแต่วันที่รับไว้จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกรายที่จำหน่ายในเดือนนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเดือนนั้น 3. ผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วย Stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกสถานะการจำหน่าย
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรค 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		รายเดือน
หน่วยวัด		วัน /คน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		5.9 วัน (ค่า SD 2.2) ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท ปี 2557
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.THIP I 2.ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0111 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Average length of stay of patients with Ischemic Strokes
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic Strokes) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด หมายถึง ผลรวมของจำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยนับตั้งแต่วันที่รับไว้จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกรายที่จำหน่ายในเดือนนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเดือนนั้น 3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกสถานะการจำหน่าย
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
สูตรในการคำนวณ		(a/b)
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ทุกรายที่จำหน่ายในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวน (คน) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ที่จำหน่ายในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I63-I67
	ตัวหาร	Pdx = I63-I67
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		วัน /คน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.THIP I 2.ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และจำแนกชนิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0112 (เดิม DN0109)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Average length of stay of patients with Hemorrhagic Strokes
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Strokes) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผลรวมของจำนวนวันนอนที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยนับตั้งแต่วันที่รับไว้จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกรายที่จำหน่ายในเดือนนั้น หารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเดือนนั้น 3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกสถานะการจำหน่าย
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก
สูตรในการคำนวณ		(a/b)
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ทุกรายที่จำหน่ายในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวน (คน) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่จำหน่ายในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I60, I61, I62
	ตัวหาร	Pdx = I60, I61, I62
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		วัน /คน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.THIP I 2.ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และจำแนกชนิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0113 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of stroke patients (I60-I64) presenting within 72 hours of symptom onset who receive treatment in a Stroke Unit
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษา ใน Stroke Unit หมายถึง ระยะเวลาของผู้ป่วย Stroke นับตั้งแต่ ที่มีอาการไปจนถึงเข้ารับการรักษาที่ Stroke Unit
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพของผู้ป่วย Stroke
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = ผู้ป่วย Stroke ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit
	ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วย Stroke ทั้งหมดในเดือนนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I60, I61, I62, I63, I64
	ตัวหาร	Pdx = I60, I61, I62, I63, I64
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ยิ่งมาก = ยิ่งดี
ที่มา/ Reference		ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0114 (เดิม DN0110)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agents ภายใน 60 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of Ischemic Stroke patients treated with thrombolytic agents within 60 minutes of arrival at the hospital.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย Ischemic Stroke หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบหรืออุดตัน โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agent ภายใน 60 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามของการให้ยานี้ และ ได้รับ Thrombolytic Agent ในการรักษาภายใน 60 นาที นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ ER/OPD และรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา (Door to Needle Time)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agents
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Ischemic stroke ที่ได้รับ Thrombolytic agents ภายใน 60 นาที หลังมาถึงโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ในช่วงเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Ischemic stroke ที่ได้รับ Thrombolytic agents ที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ในช่วงเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I63, I64, I65, I66, I67 และ Procedure 99.10 ภายใน 60 นาที
	ตัวหาร	Pdx = I63, I64, I65, I66, I67 และ Procedure 99.10 ทั้งหมด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		65% ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ปี 2557-2558
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.THIP I 2.ศูนย์ข้อมูลระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0115 (ตัวชี้วัดที่ 3 สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาสลายลิ่มเลือด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Proportion of Patients Receiving Thrombolytic Therapy
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาสลายลิ่มเลือด หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิด Ischemic Strokes ที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 3.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือด tissue plasminogen activator (t-PA) ทางหลอดเลือดดำ ภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย ischemic strokes
สูตรในการคำนวณ		A/B
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 3.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ที่ได้รับยา t-PA ทางหลอดเลือดดำที่โรงพยาบาล ภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ
	ตัวหาร	B = ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 3.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I63-I67
	ตัวหาร	Pdx = I63-I67
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		สัดส่วน (คน/คน)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		สมาคมหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = ยิ่งมีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เกณฑ์ประเมินและรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน, สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และการประเมินรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง
หมายเหตุ		ผู้ป่วยที่ตัดออก: - ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี - ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลมากกว่า 120 วัน - ผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกเข้าโครงการวิจัยทางคลินิก - ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดหลอดเลือดแดงแครอทิดแบบไม่เร่งด่วน - ระยะเวลานับจากครั้งสุดท้ายที่อาการปกติจนมาถึงห้องฉุกเฉิน มากกว่า 3.5 ชั่วโมง - ผู้ป่วยที่มีหลักฐานว่ามีเหตุผลอันสมควรที่ไม่ได้รับยาสลายลิ่มเลือด เหตุผลที่ไม่ได้รับยาสลายลิ่มเลือด หรือภาวะที่ไม่แนะนำให้การรักษาด้วยยาสลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ได้แก่

	• เอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง หรือสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ • มีประวัติเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ เส้นเลือดโป่งพองในสมอง เส้นเลือดผิดปกติในสมอง หรือเนื้องอกสมอง • มีเลือดออกจากอวัยวะภายใน ในเวลาภายใน 21 วัน • ได้รับยาสลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดดำ จากโรงพยาบาลที่ส่งตัวมา • ไม่สามารถเปิดเส้นเลือดดำได้ • ผู้ป่วยหรือญาติปฏิเสธ • เกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000, ค่า PTT มากกว่า 40 วินาที หลังใช้ heparin • ค่า PT มากกว่า 15 หรือ INR มากกว่า 1.7, หรือมีเลือดออกง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ • ได้รับการผ่าตัดภายในกะโหลกศีรษะ หรือไขสันหลัง, ได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ หรือเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนในระยะเวลาน้อยกว่า 3 เดือน • ได้รับการผ่าตัด หรือได้รับการบาดเจ็บมาภายในเวลา 14 วัน • มีอาการชัก ขณะเริ่มเกิดอาการ • สงสัยภาวะเลือดออกที่เยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage) • ความดัน systolic มากกว่า 185 หรือความดัน diastolic มากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท • ไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน • ภาวะที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกที่เพิ่มขึ้น หรือผลการรักษาที่ไม่ดี • เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบเฉียบพลัน • อายุมาก • เลือดออกที่จอประสาทตาจากภาวะเบาหวานหรือเลือดอออกที่จอประสาทตาจากสาเหตุอื่นๆ • น้ำตาลกลูโคสในเลือด น้อยกว่า 50 หรือมากกว่า 400 mg/dl • การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ อันเป็นผลจากโรคไต หรือโรคตับที่รุนแรง • มีลิ่มเลือดที่หัวใจซีกซ้าย • คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อน้อยกว่า 1 ปี หรือมีโรคร่วมหลายโรค • กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภายในเวลา 3 เดือน • ผู้ป่วยได้รับยากันเลือดเป็นลิ่มชนิดรับประทานมาก่อน เช่น warfarin sodium, Coumadin • ตั้งครรภ์ • อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว • การติดเชื้อของหลอดเลือดดำ หรือการอุดตันของสายสวนหลอดเลือดแดง/ดำ ที่ตำแหน่งสำคัญ • มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดน้อยมาก • มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาก (คะแนน NIHSS มากกว่า 22) • เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบกึ่งเฉียบพลัน จากเชื้อแบคทีเรีย

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0116 (ตัวชี้วัดที่ 5 สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		สัดส่วนผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดการได้รับยาลดไขมันกลุ่มสเตตินขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Proportion of Stroke Patients Prescribed Statin Therapy at Hospital Discharge
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดการได้รับยาลดไขมันกลุ่มสเตตินขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มก./ดล.หรือไม่ได้ตรวจแอลดีแอลโคเลสเตอรอลหรือได้รับยาลดระดับไขมันตั้งแต่ก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันกลุ่มสเตตินขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยาลดไขมันกลุ่มสเตตินขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร	B = ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มก./ดล.หรือไม่ได้ตรวจระดับแอลดีแอลหรือได้รับยาลดระดับไขมันตั้งแต่ก่อนมาโรงพยาบาล
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I60-I67
	ตัวหาร	Pdx = I60-I67
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		สัดส่วน (คน/คน)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		สมาคมหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = ยิ่งมีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เกณฑ์ประเมินและรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน,สมาคมหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และการประเมินรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง
หมายเหตุ		ยาลดไขมันกลุ่มสเตติน: Simvastatin, Atorvastatin, Cerivastatin, Rosuvastatin, Fluvastatin, Pitavastatin, Lovastatin,Pravastatin (ที่มา: MIMS Thailand 2013)

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stroke
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0117 (ตัวชี้วัดที่ 14 สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ผลการรักษาที่ดี (modified Rankin Scale 0-1) ขณะจำหน่ายหลังได้รับยำสลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Proportion of Patients with Favorable Outcomes at Discharge After Intravenous Thrombolysis
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ผลการรักษาที่ดีขณะจำหน่ายหลังได้รับยาสลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการประเมิน modified Rankin Scale ได้คะแนน 0-1 คะแนน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด
สูตรในการคำนวณ		(a/b)
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยา t-PA ทางหลอดเลือดดำที่โรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการและมีผลการรักษาที่ดีขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
	ตัวหาร	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยา t-PA ทางหลอดเลือดดำที่โรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = I60-I67
	ตัวหาร	Pdx = I60-I67
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		สัดส่วน (คน/คน)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		สมาคมหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = ยิ่งมีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เกณฑ์ประเมินและรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน,สมาคมหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และการประเมินรับรองศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง
หมายเหตุ		**modified Rankin scale** 0 = ไม่มีความผิดปกติเลย 1 = มีความผิดปกติเล็กน้อยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันทำงานได้ตามปกติทุกอย่าง 2 = มีความผิดปกติเล็กน้อยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติทุกอย่างแต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ทุกอย่าง 3 = มีความผิดปกติพอควรต้องการคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย 4 = มีความผิดปกติมากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย แต่สามารถเดินได้โดยต้องมีคนช่วยพยุง 5 = มีความผิดปกติรุนแรงต้องนอนบนเตียงตลอดและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด 6 = เสียชีวิต

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Epilepsy
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0201 (เดิม 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 ลิมวัฒนานนท์ ในคู่มือการวิเคราะห์อัตราการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยโรคลมชัก, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หืด, เบาหวาน, และความดันโลหิตสูง โดยบริบทประเทศไทยไม่รวมโรคหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอด (Heart Failure-HT, Pulmonary Edema-PE) เนื่องจากไม่สามารถให้การรักษาสองโรคนี้ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		การติดตามและประเมินสมรรถนะการใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำเข้ารักษาในโรงพยาบาลในโรคลมชัก (epilepsy) ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี ในปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = G40, G41
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Head injury
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0301 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy โดยมีสาเหตุจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายในเวลา 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้วางแผน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Head Injury: Percent of unplanned re-admission of Craniotomy within 48 hours
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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy โดยมีสาเหตุจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายใน 48 ชั่วโมง หมายถึง ผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้วางแผน 3. การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่จำหน่ายมีชีวิตออกจากโรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status = improve) ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน ที่ทำ Craniotomy
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy โดยมีสาเหตุจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ภายใน 48 ชั่วโมง หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy โดยมีสาเหตุจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในช่วงเดือนเดียวกันกับวันที่จำหน่ายภายใน 48 ชั่วโมง
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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I, ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ (ประสาทศัลยศาสตร์), กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Head injury
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0302 (เดิม 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 ดังที่ระบุไว้นี้ 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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ Craniotomy ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนภายใน 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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I, ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ (ประสาทศัลยศาสตร์), กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Head injury
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0303 (เดิม DN0302)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บทางศีรษะ (Head Injury) ภายใน 48 ชั่วโมง
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) เป็นโรคของการบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเกิดจากแรงที่เข้ามากระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และ สมอง กับเส้นประสาทสมอง (อ้างอิงนิยามจากแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม โดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย) โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การป่วยตายจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (เฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมอง) หมายถึง การตายจากทุกสาเหตุภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรค Head injury
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 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, S06.A
	ตัวหาร	Pdx = S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9, S06.A
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.สธ. 2.สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Head injury
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0304 (เดิม DN0303)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Intracranial Injury
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Head Injury: Percent of patient underwent craniotomy for Intracranial injury
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย Intracranial Injury หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคของการบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่มีการตกเลือดหรือมีความผิดปกติภายในกะโหลกศีรษะ โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. Intracranial injury craniotomy หมายถึง การผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการตกเลือดหรือมีความผิดปกติภายในกะโหลกศีรษะซึ่งต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรค Head injury
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 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 and Procedure = 01.2 or 01.3
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Head injury
รหัสตัวชี้วัด		HR-NVD-0305 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ระยะเวลาในการรักษาในกลุ่มโรคที่จำเป็นต้องผ่าตัด เช่น Aneurysm rupture, Spine injury, Intracranial injury
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Time to Treatment for Surgical Conditions Requiring Urgent Intervention (e.g., Ruptured Aneurysm, Spinal Injury, and Intracranial Injury)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย Intracranial Injury หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคของการบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่มีการตกเลือดหรือมีความผิดปกติภายในกะโหลกศีรษะ โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. Intracranial injury craniotomy หมายถึง การผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการตกเลือดหรือมีความผิดปกติภายในกะโหลกศีรษะซึ่งต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรค Head injury
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษากลุ่มที่จำเป็นต้องผ่าตัด ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b= จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9, S06.A 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, S06.A
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		นาที
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กรมการแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Pneumonia
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0101 (เดิม DR0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of mortality among patients with pneumonia after hospital admission
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) หมายถึง ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุซึ่งอยู่ในสถานะผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอักเสบหรือปอดบวม หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การเสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มี Principal Diagnosis (Pdx) ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็นโรคปอดอักเสบ และ มีสาเหตุการตายจากโรคโรคปอดอักเสบ ซึ่งอยู่ในสถานะผู้ป่วยใน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรคปอดอักเสบ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย Pneumonia จากทุกหอผู้ป่วย ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย Pneumonia จากทุกหอผู้ป่วย (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ หรือ sdx และ เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรคปอดอักเสบ 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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.Australia 2.สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Pneumonia
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0102 (เดิม DR0102)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of unplanned hospital readmissions within 28 days among patients with pneumonia
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) หมายถึง ผู้ป่วยใน อายุ ≥ 18 ปี (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอักเสบหรือปอดบวม โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่รับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) ยกเว้น ผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการวางแผนจำหน่ายและการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยปอดอักเสบ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีการรับกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจำหน่ายภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่จำหน่ายด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.Australia 2.สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Pneumonia
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0103 (เดิม DR0103)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยโรคปอดอักเสบได้รับคำแนะนำให้งดหรือเลิกบุหรี่ ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of smoking cessation advice given to patient with pneumonia
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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การแนะนำให้งดหรือเลิกบุหรี่ หมายถึง การให้คำแนะนำ/การปรึกษา ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อภาวะของโรคที่เป็น แก่ผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีประวัติสูบบุหรี่ภายใน 1 ปีก่อนได้รับการตรวจรักษาในขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยงดหรือเลิกบุหรี่
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรคปอดอักเสบ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่สูบบุหรี่ได้รับการแนะนำให้งดหรือเลิกบุหรี่
	ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่สูบบุหรี่ทั้งหมด (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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		JCI
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tuberculosis
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0201 (เดิม DR0201)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในช่วง 12 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of mortality among patients with pulmonary tuberculosis within 12 months
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรควัณโรคปอด โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในช่วง 12 เดือน หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ที่อยู่ระหว่างการรักษาวัณโรค ภายในช่วงเวลา 12 เดือนของการรักษา 3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการตรวจเสมหะและพบเชื้อวัณโรคซึ่งเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษา
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อรายใหม่ที่เสียชีวิตในระหว่างการรักษาในช่วง 12 เดือน ในปีงบประมาณนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา (ในรอบปีงบประมาณเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A15, A16 และเสียชีวิตในระหว่างการรักษาในช่วง 12 เดือน
	ตัวหาร	Pdx = A15, A16 และเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		คำนิยามและวิธีการเก็บตัวชี้วัด ให้อ้างอิงจาก สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tuberculosis
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0202 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการป่วยตายของผู้ป่วยวัณโรค
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tuberculosis Case Fatality Rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1.ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี principal diagnosis (Pdx) เป็นวัณโรคทั้งในปอด นอกปอด รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM และ ICD-10 ดังที่ระบุไว้นี้ 2.การป่วยตายของผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง การเสียชีวิตด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตามก่อนเริ่มการรักษาหรือระหว่างการรักษาวัณโรค หมายเหตุ: การประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้ย้อนหลังไปหนึ่งปีงบประมาณ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่เสียชีวิตด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตามก่อนเริ่มการรักษาหรือระหว่างการรักษาวัณโรค
	ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A15 - A19
	ตัวหาร	Pdx = A15 - A19
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) 2. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) และแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564
หมายเหตุ		คำนิยามและวิธีการเก็บตัวชี้วัด ให้อ้างอิงจาก สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tuberculosis
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0203 (เดิม DR0203)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of patients with pulmonary tuberculosis who successfully complete treatment and cured.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรควัณโรคปอดโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค เป็นการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาทุกรายย้อนหลัง 1 ปี (12 เดือน) ซึ่งประกอบด้วยจำนวนการรักษาหาย (cure) และจำนวนการรักษาครบ (complete) รวมกันเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน 3. การรักษาหาย (cure) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการรักษาจนครบกำหนด และในระหว่างการรักษามีผลการตรวจเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ อย่างน้อย 2 ครั้ง โดยเน้นมีการตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการรักษาเปลี่ยนเป็นลบด้วย 4. การรักษาครบ (complete) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ ที่ได้รับการรักษาจนครบกำหนด ในระหว่างการรักษามีผลการตรวจเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ แต่ไม่มีผลกาตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการรักษา
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดพบเชื้อรายใหม่ที่ได้รับการรักษาหายรวมกับการรักษาครบ ในรอบปีงบประมาณ
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดพบเชื้อรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา (ในรอบปีงบประมาณเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A15, A16
	ตัวหาร	Pdx = A15, A16
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.Australia 2.สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tuberculosis
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0204 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tuberculosis treatment success rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1.ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี principal diagnosis (Pdx) เป็นวัณโรคทั้งในปอด นอกปอด รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM และ ICD-10 ดังที่ระบุไว้นี้ 2.ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (treatment success) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหาย (cured) รวมกับรักษาครบ (completed) 3.รักษาหาย (cured) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจ AFB เป็นบวก ก่อนเริ่มรักษาและรักษาครบกำหนด โดยพบผลตรวจ AFB smear (หรือ culture) เป็นลบ ในเดือนสุดท้าย และก่อนนั้นอีกอย่างน้อย 1 ครั้ง 4.รักษาครบ (completed) หมายถึง ผู้ป่วยรักษาครบกำหนด โดยไม่มีหลักฐานว่าล้มเหลว ผู้ป่วยมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย หมายเหตุ: 1) การประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้ย้อนหลังไปหนึ่งปีงบประมาณ 2) จำนวนที่ไม่นำมาเป็นตัวหาร (excluded) ได้แก่ เปลี่ยนการวินิจฉัย หรือเปลี่ยน การขึ้นทะเบียนเป็นวัณโรคดื้อยา
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่มีผลการรักษาหายและรักษาครบ
	ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A15 - A19
	ตัวหาร	Pdx = A15 - A19
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) 2. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) และแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564
หมายเหตุ		คำนิยามและวิธีการเก็บตัวชี้วัด ให้อ้างอิงจากกองวัณโรค กรมควบคุมโรค

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tuberculosis
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0205 (เดิม DR0204)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (HIV testing)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of tuberculosis patient with HIV testing Result
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นวัณโรคทั้งในปอด นอกปอด รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โดยมีรหัสตาม ICD-10 TM, ICD-10 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การคัดกรอง HIV หมายถึง การคัดกรองภาวะการติดเชื้อเอชไอวี โดยผ่านระบบ Voluntary Counseling and Testing (VCT) หรือปัจจุบันอาจใช้ DCT (diagnosis counseling and testing) PICT (Provider induce counseling and testing)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาได้รับการตรวจและมีผลการติดเชื้อเอชไอวี
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่สมัครใจตรวจเลือดเอชไอวี (รวมผู้ป่วยที่ทราบผลเอชไอวีมาก่อนการวินิจฉัยวัณโรค) และมีผลในระบบข้อมูล
	ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A15 - A19
	ตัวหาร	Pdx = A15 - A19
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) 2. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) และแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564
หมายเหตุ		คำนิยามและวิธีการเก็บตัวชี้วัด ให้อ้างอิงจาก สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tuberculosis
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0206 (เดิม DR0205)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกได้รับการรักษาด้วย Antiretroviral therapy (ART)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of TB patients living with HIV on antiretroviral therapy (ART)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นวัณโรคทั้งในปอด นอกปอด รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โดยมีรหัสตาม ICD-10 TM, ICD-10 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยที่มีผลเลือดเอชไอวีบวก หมายถึง ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นผู้ป่วย/ผู้ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยโดยมีผลการตรวจเลือดยืนยันแล้วว่า HIV positive หรือมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรค B20-B24, Z21 3. ได้รับยาต้านไวรัส Antiretroviral therapy (ART) หมายถึง การที่ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาโดยการกินยาต้านไวรัสสูตรใดสูตรหนึ่ง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาได้รับการตรวจและมีผลการติดเชื้อเอชไอวี
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส (ARV) ขณะรักษาวัณโรค (รวมผู้ป่วยที่เคยได้รับยาต้านฯ มาก่อนเริ่มรักษาวัณโรค)
	ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A15 - A19 and B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร	Pdx = A15 - A19 and B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) 2. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) และแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564
หมายเหตุ		คำนิยามและวิธีการเก็บตัวชี้วัด ให้อ้างอิงจากกองวัณโรค กรมควบคุมโรค

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Asthma
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0301 (เดิม 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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การรับผู้ป่วย Asthma กลับเข้าโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง การที่ผู้ป่วย Asthma กลับมารับการตรวจรักษาโดยไม่ได้วางแผน ภายหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) (ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน) ภายใน 28 วัน และต้องรับกลับเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Asthma ที่เป็นผู้ป่วยในในภาพรวม
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.THIP I 2.สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Asthma
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0302 (เดิม DR0302)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วย Asthma ได้รับคำแนะนำให้งดหรือเลิกบุหรี่ ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of smoking cessation advice given to asthma patient.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย Asthma หมายถึง ผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคหืด โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การแนะนำให้งดหรือเลิกบุหรี่ หมายถึง การให้คำแนะนำ/การปรึกษา ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ต่อภาวะของโรคที่เป็น แก่ผู้ป่วย Asthma ที่มีประวัติสูบบุหรี่ภายใน 1 ปีก่อนการได้รับการตรวจรักษาในขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยงดหรือเลิกบุหรี่
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Asthma ที่เป็นผู้ป่วยในในภาพรวม
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่สูบบุหรี่ได้รับการแนะนำให้งดหรือเลิกบุหรี่
	ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วย Asthma ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J45, J46
	ตัวหาร	Pdx = J45, J46
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สธ.,สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Asthma
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0303 (เดิม AA0103)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคหืด)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Hospitalization Rate for Ambulatory Care Sensitive Conditions (Asthma)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคหืด) (ACSC: Ambulatory Care Sensitive Condition) เป็นการคัดเลือกข้อมูลการนอนโรงพยาบาลของภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก โดยพิจารณาจากการวินิจฉัยหลัก (Pdx) โดยใช้รหัส ICD-10 ของผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) ได้แก่ J45
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		การติดตามและประเมินสมรรถนะการใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำเข้ารักษาในโรงพยาบาลในโรคหืด (Asthma) ในรอบ 1 ปี
	ตัวหาร	b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี ในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J45
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ แสนประชากร
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		COPD
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0401 (เดิม 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 (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การรับผู้ป่วย COPD กลับเข้าโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หมายถึง การที่ผู้ป่วย COPD กลับมารับการตรวจรักษาโดยไม่ได้วางแผน ภายหลังจากที่จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status = improve) (ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน) ภายใน 28 วัน และต้องรับกลับเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COPD ที่เป็นผู้ป่วยในในภาพรวม
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย COPD ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย COPD ที่จำหน่ายด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J44
	ตัวหาร	Pdx = J44
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		COPD
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0402 (เดิม AA0102)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Hospitalization Rate for Ambulatory Care Sensitive Conditions (COPD)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) (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
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		การติดตามและประเมินสมรรถนะการใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำเข้ารักษาในโรงพยาบาลในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ในรอบ 1 ปี
	ตัวหาร	b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี ในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J40-J44 และ J47 Pdx = J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22 และ มีการวินิจฉัยรอง (Sdx)= J44
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ แสนประชากร
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 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		COPD
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0403 (เดิม DR0403)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		COPD: Percent Mortality
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย COPD หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥18 ปี ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย COPD หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย COPD ที่มี Pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็น COPD และมีสาเหตุการตายจากโรค COPD 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะทุกกรณี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		การประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COPD
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย COPD จากทุกหอผู้ป่วย
	ตัวหาร	จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย COPD จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J44
	ตัวหาร	Pdx = J44
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		COPD
รหัสตัวชี้วัด		HR-RPD-0404 (เดิม 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 หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพ ของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ หรือ เลิกบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาไม่เกิน 12 เดือน (คน) ในไตรมาสนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้งหมด (คน) ในไตรมาสเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J44, Z72.0
	ตัวหาร	Pdx = J44
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Diabetes Mellitus
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0101 (เดิม DC0103)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of patients with diabetes who receive diabetic retinopathy screening
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก ≥ 2 ครั้งใน 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน 1 ปี โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างละเอียด โดยจักษุแพทย์ หรือคัดกรองด้วย Fundus Camera อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง(คน) ในรอบ 1 ปี
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีเดียวกัน (คน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10, E11, E12, E13, E14
	ตัวหาร	E10, E11, E12, E13, E14
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กระทรวงสาธารณสุข, Service Plan สาขาตา, Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ปรับแก้ไขชื่อภาษาอังกฤษ เพิ่มความชัดเจนของนิยามข้อมูลที่จัดเก็บ ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2559): ตัดนิยาม คำว่า “Principal diagnosis และ/หรือ Pdx” ออก เนื่องจาก การลงรหัส ICD-10 ของผู้ป่วยนอก ในบริบทประเทศไทยผู้ป่วยจะมา ปรับปรุงครั้งที่ 3 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Diabetes Mellitus
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0102 (เดิม DC0107)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of lower-extremity amputation among patients with diabetes
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก อายุ ≥18 ปีที่มี Principal diagnosis (pdx) เป็นโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก ≥ 2 ครั้งใน 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน 1 ปี โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งหมดในเดือนนั้น
	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		รายงาน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		1. ปรับเป็นอายุ ≥18 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์ในข้ออื่น ๆ 2. โอกาสตัดขาในเด็กมีน้อยมากจึงปรับเป็นอายุ ≥ 18 ปี 3. เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Diabetes Mellitus
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0103 (เดิม DC0108)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of adult patients with diabetes who achieve good glycemic control
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ หมายถึง ผู้ป่วยอายุ ≥ 18 ปี ในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาล ซึ่งมารับการตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายสถานพยาบาล ≥ 2 ครั้งในระยะช่วงเวลา 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่มีระดับผลการตรวจ HbA1c อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ตามกลุ่มอายุ ในช่วงเวลาที่ประเมิน ดังนี้ 2.1 ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ อายุ < 60 ปี: มีค่าระดับ HbA1c ครั้งล่าสุดภายใน 6 เดือน ≤ 7% 2.2 ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ อายุ ≥ 60 ปี: มีค่าระดับ HbA1c ครั้งล่าสุด ≤ 8% 3. ตัวชี้วัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามมาตรฐานโดยใช้ HbA1c ผ่านกลไกการเทียบเคียงตัวชี้วัด โดยแนะนำให้ตรวจอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หากไม่มีผลการตรวจ HbA1c ครั้งล่าสุดในช่วงเวลา 6 เดือนที่ประเมินติดตาม ให้ยังคงนับผู้ป่วยรายที่ไม่ปรากฏผลการตรวจ HbA1c รวมอยู่ในตัวหาร และแปลผลตัวตั้งที่ไม่ปรากฏผลตรวจเป็นผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้ใหญ่
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนดในช่วงเวลา 6 เดือน (ครึ่งปี)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมด ในช่วงเวลาครึ่งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10, E11, E12, E13, E14
	ตัวหาร	E10, E11, E12, E13, E14
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2564
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Diabetes Mellitus
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0104 (เดิม DC0108.1)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุเกินกว่า 60 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of diabetic patients aged over 60 years achieving good glycemic control
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุเกินกว่า 60 ปี หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุ ≥ 60 ปี ในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาล ซึ่งมารับการตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายสถานพยาบาล ≥ 2 ครั้งในระยะช่วงเวลา 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุเกินกว่า 60 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ อายุ ≥ 60 ปี ที่มีระดับผลการตรวจ HbA1c ครั้งล่าสุดภายใน 6 เดือน ≤ 8% 3. ตัวชี้วัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามมาตรฐานโดยใช้ HbA1c ผ่านกลไกการเทียบเคียงตัวชี้วัด โดยแนะนำให้ตรวจอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หากไม่มีผลการตรวจ HbA1c ครั้งล่าสุดในช่วงเวลา 6 เดือนที่ประเมินติดตาม ให้ยังคงนับผู้ป่วยรายที่ไม่ปรากฏผลการตรวจ HbA1c รวมอยู่ในตัวหาร และแปลผลตัวตั้งที่ไม่ปรากฏผลตรวจเป็นผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุ ≥ 60 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงเวลา 6 เดือน (ครึ่งปี)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุ ≥ 60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมด ในช่วงเวลาครึ่งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10, E11, E12, E13, E14
	ตัวหาร	E10, E11, E12, E13, E14
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2564
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Diabetes Mellitus
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0105 (เดิม DC0108.2)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of diabetic patients aged under 60 years achieving good glycemic control
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุเกินกว่า 18 ปี แต่น้อยกว่า 60 ปี ในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาล ซึ่งมารับการตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายสถานพยาบาล ≥ 2 ครั้งในระยะช่วงเวลา 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี ที่มีระดับผลการตรวจ HbA1c ครั้งล่าสุดภายใน 6 เดือน ≤ 7% 3. ตัวชี้วัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามมาตรฐานโดยใช้ HbA1c ผ่านกลไกการเทียบเคียงตัวชี้วัด โดยแนะนำให้ตรวจอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หากไม่มีผลการตรวจ HbA1c ครั้งล่าสุดในช่วงเวลา 6 เดือนที่ประเมินติดตาม ให้ยังคงนับผู้ป่วยรายที่ไม่ปรากฏผลการตรวจ HbA1c รวมอยู่ในตัวหาร และแปลผลตัวตั้งที่ไม่ปรากฏผลตรวจเป็นผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่วัยทำงานที่เป็นโรคเบาหวาน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุเกินกว่า 18 ปี แต่น้อยกว่า 60 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงเวลา 6 เดือน (ครึ่งปี)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุเกินกว่า 18 ปี แต่น้อยกว่า 60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมด ในช่วงเวลาครึ่งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10, E11, E12, E13, E14
	ตัวหาร	E10, E11, E12, E13, E14
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2564
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Diabetes Mellitus
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0106 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		DM: Percent of good controlled of blood sugar in type 1 diabetes
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 หมายถึง ผู้ป่วยในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก ≥ 2 ครั้งใน 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน 1 ปี โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีระดับผลการตรวจ HbA1c อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ตามกลุ่มอายุ ในช่วงเวลาที่ประเมิน ดังนี้ 2.1 ผู้ป่วยเบาหวานเด็กและผู้ใหญ่ อายุ < 60 ปี: มีค่าระดับ HbA1c ครั้งล่าสุดภายใน 6 เดือน ≤ 7% 2.2 ผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ อายุ ≥ 60 ปี: มีค่าระดับ HbA1c ครั้งล่าสุด ≤ 8% 3. ตัวชี้วัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามมาตรฐานโดยใช้ HbA1c ผ่านกลไกการเทียบเคียงตัวชี้วัด โดยแนะนำให้ตรวจอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หากไม่มีผลการตรวจ HbA1c ครั้งล่าสุดในช่วงเวลา 6 เดือนที่ประเมินติดตาม ให้ยังคงนับผู้ป่วยรายที่ไม่ปรากฏผลการตรวจ HbA1c รวมอยู่ในตัวหาร และแปลผลตัวตั้งที่ไม่ปรากฏผลตรวจเป็นผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนดในช่วงเวลา 6 เดือน (ครึ่งปี)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมด ในช่วงเวลาครึ่งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10
	ตัวหาร	E10
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		จากเป้าหมาย WHO global target ที่ควรบรรลุเป้าหมายภายในปีค.ศ. 2030 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 100 สามารถเข้าถึงอินซูลินและการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วด้วย

	ตนเอง การเข้าถึงดังกล่าวควรมี Diabetes Self-management and Support (DSMES) ประกอบด้วย หากมีการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยระดับน้ำตาล HbA1c ควรจะได้ตามเกณฑ์เป้าหมายมากขึ้นเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวาน
หมายเหตุ	การบรรลุเป้าหมาย HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีอัตราต่ำกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มาก (12.4% เปรียบเทียบกับ 30%) จึงควรมีการดูแลรักษาอย่างจริงจังและเป็นระบบ (อ้างอิงจาก J Diabetes Investig. 2022;13(5):796-809.)

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Diabetes Mellitus
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0107 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองโรคไต
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of patients with diabetes who are screened for diabetic kidney disease
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยในสถานะผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานและเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก ≥ 2 ครั้งใน 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน 1 ปี โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การคัดกรองโรคไตในผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจโรคไตโดย eGFR และ Urine albumin creatinine ratio (UACR) อย่างน้อย ปีละ 1ครั้ง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ลดความเสี่ยงการเกิดโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ eGFR และ UACR โดย qualitative (urine albumin strip) หรือ quantitative screening (urine albumin/urine creatinine ratio) อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี (คน) ในรอบปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีเดียวกัน (คน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10, E11, E12, E13, E14
	ตัวหาร	E10, E11, E12, E13, E14
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กระทรวงสาธารณสุข, Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเติมตัวชี้วัดนี้เพื่อเป็นการคัดกรองโรคไตระยะเริ่มต้นในผู้ป่วยเบาหวาน
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Diabetes Mellitus
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0108 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาสเตติน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of statin use in diabetic patients
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก ≥ 2 ครั้งใน 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน 1 ปี โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การได้รับยาสเตติน หมายถึง การได้รับยาสเตตินในปัจจุบัน (Current treatment)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ลดความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับยาสเตตินในปัจจุบัน ในรอบปีนั้น (คน)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาล ในรอบ 1 ปีเดียวกัน (คน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10, E11, E12, E13, E14
	ตัวหาร	E10, E11, E12, E13, E14
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		WHO global target (First-ever global coverage targets for diabetes adopted at the 75th World Health Assembly)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเติมตัวชี้วัดนี้เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานตามเป้าหมายของ WHO global target ที่ควรบรรลุเป้าหมายภายในปีค.ศ. 2030
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Diabetes Mellitus
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0109 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of diabetes remission in type 2 diabetes
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลซึ่งมารับการตรวจติดตามในคลินิก ≥ 2 ครั้งใน 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งใน 1 ปี โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ (DM remission) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลการตรวจ HbA1c < 6.5% หลังจากหยุดยาเบาหวานอย่างน้อย 3 เดือน หรือ 6 เดือนหลังจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ (DM remission) ในช่วงเวลา 6 เดือน (ครึ่งปี)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมด ในช่วงเวลาครึ่งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E11.A (Type 2 diabetes mellitus without complications in remission)
	ตัวหาร	E11
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้สถานพยาบาลดำเนินการให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Diabetes Mellitus
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0110 (เดิม AA0104)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคเบาหวาน)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Diabetes admission rate for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs)
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
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		การติดตามและประเมินสมรรถนะการใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำเข้ารักษาในโรงพยาบาลในโรคเบาหวาน (Diabetes) ในรอบปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี ในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	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		รายปี
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ แสนประชากร
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Diabetes Mellitus
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0111 (DP0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 18 ปีที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Diabetes in children and adolescent: Percent of good glycemic control in type 1 diabetes children and adolescents (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 ที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 18 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หมายถึงผู้ป่วยที่มีระดับผลการตรวจ HbA1C เฉลี่ยใน 1 ปี < 7.5 % 3. ตัวชี้วัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามมาตรฐานโดยใช้ HbA1C ผ่านกลไกการเทียบเคียงตัวชี้วัด โดยแนะนำให้ตรวจอย่างน้อย ปีละ 3 ครั้ง ร่วมกับจำนวนครั้งของการเกิด DKA ในช่วงเวลาเดียวกัน หากไม่มีผลการตรวจ HbA1c ครั้งล่าสุดในช่วงเวลา 6 เดือนที่ประเมินติดตาม ให้ยังคงนับผู้ป่วยรายที่ไม่ปรากฏผลการตรวจ HbA1c รวมอยู่ในตัวหาร และแปลผลตัวตั้งที่ไม่ปรากฏผลตรวจเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมด ในช่วงปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10 (ที่มีค่า HbA1C < 7.5% ตามนิยามข้อ 2 และ 3)
	ตัวหาร	E10
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. Dejkhamron 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.
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.เครือข่ายบริบาลเบาหวานชนิดที่ 1 และการลงทะเบียนเบาหวานก่อนอายุ 30 ปีประเทศ

	ไทย (T1DDAR CN) สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย 2.สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2564
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง	เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Diabetes Mellitus
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0112 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 18 ปีที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Diabetes in children and adolescents: Percentage of good glycemic control in type 2 diabetes in children and adolescents (age < 18 years)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปีหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาล ซึ่งมารับการตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายสถานพยาบาล > 1 ครั้ง ในช่วงเวลา 6 เดือน หรือ > 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD -10 TM, ICD-10,ICD-9 ที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 18 ปีที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับผลการตรวจ HbA1C เฉลี่ยใน 1 ปี ≤ 6.5 % 3. ตัวชี้วัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตามมาตรฐานโดยใช้HbA1C ผ่านกลไกการเทียบคียงตัวชี้วัด โดยแนะนำให้ตรวจอย่างน้อย ปีละ 3 ครั้ง หากไม่มีผลการตรวจ HbA1c ครั้งล่าสุดในช่วงเวลา 6 เดือนที่ ประเมินติดตาม ให้ยังคงนับผู้ป่วยรายที่ไม่ปรากฏผลการตรวจ HbA1c รวมอยู่ในตัวหาร และแปลผลตัวตั้งที่ไม่ปรากฏผลตรวจเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปีที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปีที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปีที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมด ในช่วงปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E11 (ที่ควบคุมน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์นิยามข้อ 2,3)
	ตัวหาร	E11
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		Dejkhamron P, Santiprabhob J, Likitmaskul S, Deerochanawong C, Rawdaree P, Tharavanij T, Reutrakul S, Kongkanka C, Suprasongsin C, Numbenjapon N, Sahakitrungruang T, Lertwattanarak R, Engkakul P, Sriwijitkamol A, Korwutthikulrangsri M, Leelawattana R, Phi
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย, เครือข่ายบริบาลเบาหวานชนิดที่ 1 และการ

	ลงทะเบียนเบาหวานก่อนอายุ 30 ปีประเทศ ไทย (T1DDAR CN) และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง	เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Diabetes Mellitus
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0113 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการคัดกรองเบาหวานในเด็กอ้วนอายุ > 10 ปีที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือ มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Diabetes in children and adolescents: Percentage of diabetes screening among obese children aged >10 years with a family history of T2DM and/or a mother with gestational diabetes
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. เด็กอ้วนอายุ > 10 ปี หมายถึง เด็กอายุ > 10 ปีที่มีดัชนีมวลกาย > ค่ามัธยฐานเกิน 2 เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (BMI SDS > +2 SDS) หรือดัชนีมวลกาย > 25 กก./ตร.ม. 2. เด็กอ้วนอายุ > 10 ปีที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือ มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงเบาหวานที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง, acanthosis nigricans, มีไขมันในเลือดสูง, ประวัติเกิด small หรือ large for gestational age 3. การตรวจคัดกรองเบาหวาน แนะนำให้ตรวจ fasting plasma glucose (FPG) โดยแปลผล FPG 70-99 มก./ดล. = ปกติ, 100-125 มก./ดล. = เสี่ยงเบาหวาน, >126 มก./ดล. × 2 ครั้ง = วินิจฉัยเบาหวาน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อคัดกรองโรคเบาหวานในเด็กอ้วนอายุ > 10 ปี
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กอ้วนอายุ > 10 ปีที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือ มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานด้วย fasting plasma glucose ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กอ้วนอายุ > 10 ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือ มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั้งหมด ในปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E11
	ตัวหาร	E11
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. Shah AS, Barrientos-Pérez M, Chang N, Fu JF, Hannon TS, Kelsey M, Peña AS, Pinhas-Hamiel O, Urakami T, Wicklow B, Wong J, Mahmud FH. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2024: Type 2 Diabetes in Children and Adolescents. Horm Res Paediatr. 2024
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพ
ที่มา/ Reference		สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Hypertension
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0201 (เดิม DC0201)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of patients with hypertension who achieve target blood pressure control
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงผิดปกติ ในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาล ซึ่งมารับการตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายสถานพยาบาล ≥ 2 ครั้งในระยะช่วงเวลา 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลการตรวจวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์ควบคุมตามระดับความดันโลหิตเป้าหมายการรักษา ในช่วงเวลาที่ประเมิน ดังนี้ 2.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ < 65 ปี มีผลการวัดความดันโลหิต 2 ครั้งล่าสุดติดต่อกัน มีค่า ≤ 130/80 mmHg 2.2 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ ≥ 65 ปี มีผลการวัดความดันโลหิต 2 ครั้งล่าสุดติดต่อกัน มีค่า ≤ 140/90 mmHg
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนดในช่วงเวลา 6 เดือน (ครึ่งปี)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมด ในช่วงเวลาครึ่งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	I10, I11, I12, I13, I15
	ตัวหาร	I10, I11, I12, I13, I15
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1)ตัดนิยามคำว่า “principal diagnosis และ/หรือ pdx” ออก เนื่องจาก การลงรหัส ICD-10 ของผู้ป่วยนอก ในบริบทประเทศไทยผู้ป่วยจะมารับการรักษาด้วยโรคร่วมหลายโรค โดยอาจจะไม่ได้ระบุให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคหลักเท่านั้นปรับปรุง

	ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569) :ให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับแนวทางการรักษาและ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Hypertension
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0202 (เดิม DC0201.1)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of hypertensive patients under 65 years of age who achieve target blood pressure control
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 65 ปี หมายถึง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงผิดปกติ ในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาล ซึ่งมารับการตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายสถานพยาบาล ≥ 2 ครั้งในระยะช่วงเวลา 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ ≥ 18 ปี แต่ < 65 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงเวลา 6 เดือน (ครึ่งปี)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ≥ 18 ปี แต่ < 65 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมด ในช่วงเวลาครึ่งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	I10, I11, I12, I13, I15
	ตัวหาร	I10, I11, I12, I13, I15
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2564
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Hypertension
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0203 (เดิม DC0201.2)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุเกินกว่า 65 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of hypertensive patients over 65 years of age who achieve target blood pressure control
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุเกินกว่า 65 ปี หมายถึง ผู้ป่วยอายุ ≥ 65 ปี ในสถานะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม และเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาล ซึ่งมารับการตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายสถานพยาบาล ≥ 2 ครั้งในระยะช่วงเวลา 6 เดือน หรือ ≥ 3 ครั้งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุเกินกว่า 65 ปี ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลการตรวจวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์ควบคุมตามระดับความดันโลหิตเป้าหมายการรักษา ในช่วงเวลาที่ประเมิน ดังนี้ 2.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ ≥ 65 ปี มีผลการวัดความดันโลหิต 2 ครั้งล่าสุดติดต่อกัน มีค่า ≤ 140/90 mmHg
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ ≥ 18 ปี แต่ < 65 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงเวลา 6 เดือน (ครึ่งปี)
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ≥ 18 ปี แต่ < 65 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาลและมารับบริการทั้งหมด ในช่วงเวลาครึ่งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	I10, I11, I12, I13, I15
	ตัวหาร	I10, I11, I12, I13, I15
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2564
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Hypertension
รหัสตัวชี้วัด		HR-NCD-0204 (เดิม AA0105)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคความดันโลหิตสูง)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Hospital Admission Rate for Hypertension Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคความดันโลหิตสูง) (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
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		การติดตามและประเมินสมรรถนะการใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่สามารถลดการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอายุ 15-74 ปีทุกสิทธิการรักษา ที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการประจำเข้ารักษาในโรงพยาบาลในโรคความดันโลหิตสูง (HT) ในรอบปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนประชากรกลางปีทุกสิทธิการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบ อายุ 15-74 ปี ในรอบปีเดียวกัน
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		รายปี
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ แสนประชากร
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Human Immunodeficiency Virus
รหัสตัวชี้วัด		HR-HIV-0101 (เดิม DC0301)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัส ได้รับการตรวจ Viral load (VL) อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of people living with HIV with at least one viral load (VL) test/year after ARV treatment
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวีโดยมีผลการตรวจเลือดยืนยันแล้วว่า HIV positive ตามรหัสโรคที่กำหนดใน ICD-10 TM, ICD-10, หรือ ICD-9 2. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรใดก็ตามติดต่อกันนานมากกว่า 6 เดือน 3. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัส ได้รับการตรวจ VL หมายถึง ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรใดสูตรหนึ่ง ต่อเนื่องเกิน 6 เดือนและ ได้รับการตรวจเลือด viral load อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (โดยแนะนำให้ตรวจติดตาม VL ทุก 6-12 เดือน)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 1 ปี
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต่อเนื่องนานมากกว่า 6 เดือนทั้งหมด (ในปีเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		95% (WHO, UNAIDS)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		HIVQUAL-T (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของ UNAIDS และมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Human Immunodeficiency Virus
รหัสตัวชี้วัด		HR-HIV-0102 (เดิม DC0302)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มี Viral load (VL) < 50 copies/ml หลังได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องครบ 12 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of people living with HIV with viral load (VL) < 50 copies/ml after ARV treatment for 12 months
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี โดยมีผลเลือดยืนยันว่าเป็น HIV positive ตามรหัสโรคที่กำหนดใน ICD-10 TM, ICD-10, หรือICD-9 2. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มี VL < 50 copies/ml หลังได้รับยาต้านไวรัส ต่อเนื่อง 12 เดือน หมายถึง อยู่ร่วมเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรใดสูตรหนึ่งอย่างต่อเนื่องครบ 12 เดือนและ ได้รับการตรวจเลือดหาค่าจำนวนเชื้อไวรัส (VL) แล้วพบว่ามี ค่าต่ำกว่า 50 copies/ml
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มี VL < 50 copies/ml หลังจากได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องครบ 12 เดือน ในรอบปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เริ่มยาต้านไวรัสต่อเนื่องครบ 12 เดือน และ ได้รับการตรวจเลือดหาค่าจำนวนเชื้อไวรัส (VL) ทั้งหมดในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		95% (WHO, UNAIDS)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		HIVQUAL-T (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของ UNAIDS และมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Human Immunodeficiency Virus
รหัสตัวชี้วัด		HR-HIV-0103 (เดิม DR0202)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of people living with HIV (PLHIV) who are screened for pulmonary tuberculosis (TB)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (PLHIV) หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นผู้ป่วย/ ผู้ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยโดยมีผลการตรวจเลือดยืนยันแล้วว่า HIV Positive โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบปีงบประมาณ
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและไม่อยู่ในระหว่างการรักษาวัณโรค (ในรอบปีงบประมาณเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		HIVQUAL-T (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Human Immunodeficiency Virus
รหัสตัวชี้วัด		HR-HIV-0104 (เดิม DC0306)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเพศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of women living with HIV who receive screening PAP smear
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี โดยมีผลตรวจเลือดยืนยันว่า HIV positive ตามรหัสโรคที่กำหนดใน ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตรวจโดยวิธีการทำ Pap Smear หรือ visual inspection with acetic acid (VIA) โดยผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเพศหญิงควรได้รับการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หากผลเป็นลบติดต่อกันเป็นเวลา 3 ปี จะได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 2 ปี (อ้างอิงจาก แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2568)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้อยู่รวมกับเชื้อเอชไอวีเพศหญิง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเพศหญิงที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ประเมิน หากผลเป็นลบ 3 ปีติดต่อกัน ได้รับการตรวจทุก 2 ปี
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเพศหญิงทั้งหมด (ในรอบปีที่ประเมินเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		70% (อ้างอิงจาก CPG การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		HIVQUAL-T (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Human Immunodeficiency Virus
รหัสตัวชี้วัด		HR-HIV-0105 (เดิม DC0307)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of newly registered people living with HIV who are screened for syphilis
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี โดยมีผลตรวจเลือดยืนยันแล้วว่า HIV Positive ตามรหัสโรคที่กำหนดใน ICD-10 TM, ICD-10, หรือ ICD-9 2. การตรวจคัดกรองซิฟิลิส มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาโรคซิฟิลิสโดยการตรวจเลือด (syphilis serologic screening tests) ซึ่งประกอบด้วยการตรวจหลัก 2 ประเภท ได้แก่ 2.1 Non-treponemal test : VDRL, RPR 2.2 Treponemal test : TPHA, TPPA, FTA-ABS
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส ในรอบปีรายงาน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมด ในรอบปีรายงานเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21, A51
	ตัวหาร	Pdx = B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		100%
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		HIVQUAL-T (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Human Immunodeficiency Virus
รหัสตัวชี้วัด		HR-HIV-0106 (เดิม DC0308)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปัจจุบัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		HIV: Percentage of people living with HIV who are currently receiving antiretroviral therapy
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีผลการตรวจเลือดยืนยันว่า HIV positive ตามรหัสโรคที่กำหนดใน ICD-10 TM, ICD-10, หรือ ICD-9 และขึ้นทะเบียนรับการรักษากับโรงพยาบาล 2. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรใดสูตรหนึ่งและมารับยาและตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาล ≥ 1 ครั้งใน 1 ปีที่รายงาน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรใดสูตรหนึ่งและมารับยาและตรวจติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาล ≥ 1 ครั้ง ในรอบ 1 ปี
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มีผลการตรวจเลือดยืนยันว่า HIV positive ทั้งหมดในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร	B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		95% (WHO and UNAIDS)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2568
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2564
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของ UNAIDS และ มาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		สามารถอ้างอิงได้จากรายงานตัวชี้วัดในโปรแกรม NAP web report สปสช.

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Human Immunodeficiency Virus
รหัสตัวชี้วัด		HR-HIV-0107 (เดิม DC0309)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มีข้อบ่งชี้ในการได้รับยาป้องกันวัณโรค (Tuberculosis preventive therapy, TPT) และได้รับการให้ TPT
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of newly diagnosed people living with HIV who receive tuberculosis preventive therapy
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรกภายในช่วงปีที่รายงาน 2. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับยาต้านไวรัสมาไม่เกิน12 เดือน และไม่ป่วยเป็นวัณโรค 3. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้รับยาป้องกันวัณโรค (TPT) หมายถึง ผู้ที่ได้รับยาป้องกันวัณโรค เช่น • ยาไอโซไนอะซิด (Isoniazid) ร่วมกับ ไรฟาเพนทิน (Rifapentine) แบบรับประทานทุกวันเป็นเวลา 1 เดือน • ยาไอโซไนอะซิด (Isoniazid) ร่วมกับ ไรฟาเพนทิน (Rifapentine) แบบรับประทานทุกสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ • หรือสูตรอื่นๆ ตามแนวทางประเทศไทยเพื่อป้องกันการป่วยเป็นวัณโรค ทั้งนี้การเริ่มTPT ควรกระทำภายใน 6 เดือนหลังจากได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2568
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อป้องกันการเกิดวัณโรครายใหม่ ในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้รับยาป้องกันวัณโรค (TPT) ในรอบปีนั้น
	ตัวหาร	b = ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับยาต้านไวรัสมาภายใน 12 เดือนและไม่เป็นวัณโรคทั้งหมด ในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	B20, B21, B22, B23, B24, Z21
	ตัวหาร	B20, B21, B22, B23, B24, Z21
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		เป้าหมายการครอบคลุม TPT: • ระดับโลก (WHO): ≥ 90% • ประเทศไทย (ปี 2568, กระทรวงสาธารณสุข): 100% (ตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566–2570)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2568
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2564

วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง	เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคระยะที่ 2 ปี 2566-2570 และแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2568
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Cancer
รหัสตัวชี้วัด		HR-CAN-0101 (เดิม DC0401)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ไม่นับผู้ป่วยกลุ่ม Palliative Care)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of mortality among cancer patients, excluding those receiving palliative care
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยมะเร็ง (cancer) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) or Secondary diagnosis (Sdx) เป็นโรคมะเร็ง (ไม่นับผู้ป่วยกลุ่ม Palliative Care ซึ่งใช้รหัสโรค Z51.5) โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (cancer) หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยที่มี Pdx เป็นมะเร็ง (cancer) หรือ Sdx เป็นมะเร็ง และเสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก มะเร็ง 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะทุกกรณี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนของผู้ป่วยมะเร็ง (ไม่นับผู้ป่วยกลุ่ม Palliative Care) ที่จำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนของผู้ป่วยมะเร็ง (ไม่นับผู้ป่วยกลุ่ม Palliative Care) ที่จำหน่ายทุกสถานะ (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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Cancer
รหัสตัวชี้วัด		HR-CAN-0102 (เดิม DC0402)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลก่อนวันนัดโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยมะเร็ง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of cancer patients with unplanned readmission before the scheduled follow-up date
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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลก่อนวันนัดโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยมะเร็ง (cancer) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็ง (cancer) กลับมารับการตรวจรักษาก่อนถึงกำหนดวันนัดหมายและจำเป็นต้องรับกลับเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของผู้ป่วยมะเร็งที่มาตรวจก่อนถึงกำหนดวันนัดหมายและรับไว้ในโรงพยาบาล ในรอบเดือนนั้น
	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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Cancer
รหัสตัวชี้วัด		HR-CAN-0103 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน 2 สัปดาห์
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of patients who received a pathological diagnosis within two weeks.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา หมายถึง การระบุ (อ่าน) ชนิดของชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (specimen) เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยนับระยะเวลาตั้งแต่วันตัดชิ้นเนื้อหรือเก็บเซลล์ (specimen) จนถึงวันที่พยาธิแพทย์รายงานผล (Report date) (หน่วยนับเป็นสัปดาห์) 2 สัปดาห์ หมายถึง จำนวน 14 วันเต็ม เกณฑ์เป้าหมาย: ระยะเวลาในการรอคอยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ≤2 สัปดาห์ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง วิธีการจัดเก็บข้อมูล: 1. จำนวนผู้ป่วยที่ส่งอ่านผลชิ้นเนื้อหรือเซลล์ เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง 2. จำนวนผู้ป่วยที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือเซลล์ มีการรายงานผลจากพยาธิแพทย์ ≤ 2 สัปดาห์ (Report date) 3. วันที่ตัดชิ้นเนื้อหรือเก็บเซลล์ (Obtained date) และวันที่รายงานผลของพยาธิแพทย์ (Report date)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประสิทธิผลของการวินิจฉัยโรคมะเร็ง
สูตรในการคำนวณ		(A/B) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ป่วยที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือเซลล์ มีการรายงานผลจากพยาธิแพทย์ ≤ 2 สัปดาห์ (Report date) ในรอบไตรมาสนั้น
	ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยที่ส่งอ่านผลชิ้นเนื้อหรือเซลล์เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งทั้งหมด ในรอบไตรมาสเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ค่าเป้าหมาย: ≥ ร้อยละ 80
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ปีงบประมาณ 2568
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Cancer
รหัสตัวชี้วัด		HR-CAN-0104 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลาที่กำหนด ภายใน 4 สัปดาห์
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of cancer patients receiving surgical treatment within the defined timeframe – percentage of patients receiving surgery within 4 weeks
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลา ในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับ จาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันวินิจฉัยเป็น มะเร็ง และนำมาสู่รักษามะเร็ง หรือวันที่แพทย์พิจารณาการรักษาด้วยวิธีนี้ โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา) - ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจาก ครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด ของโรคมะเร็ง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด ในรอบไตรมาสนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมด ในรอบไตรมาสเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = C00-C97, D00-D09 หรือ Z40 and Sdx = C00-C97, D00-D09
	ตัวหาร	Pdx = C00-C97, D00-D09 หรือ Z40 and Sdx = C00-C97, D00-D09
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2569
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Cancer
รหัสตัวชี้วัด		HR-CAN-0105 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลาที่กำหนด ภายใน 6 สัปดาห์
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of cancer patients receiving surgical treatment within the defined timeframe – percentage of patients receiving chemotherapy within 6 weeks
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนด ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง หรือวันที่แพทย์พิจารณาการรักษาด้วยวิธีนี้ โดยนับถึงวันที่ผู้ป่วย ได้รับยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัด หรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อลดระยะเวลารอคอย เคมีบำบัด ของโรคมะเร็ง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด ในรอบไตรมาสนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทั้งหมด ในรอบไตรมาสเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = C00-C97, D00-D09 หรือ Z51.1 and Sdx = C00-C97, D00-D09
	ตัวหาร	Pdx = C00-C97, D00-D09 หรือ Z51.1 and Sdx = C00-C97, D00-D09
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2569
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Cancer
รหัสตัวชี้วัด		HR-CAN-0106 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนดภายใน 6 สัปดาห์
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of cancer patients receiving surgical treatment within the defined timeframe – percentage of patients receiving radiotherapy within 6 weeks
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็งหรือวันที่แพทย์พิจารณาการรักษาด้วยวิธีนี้ โดยนับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อลดระยะเวลารอคอย รังสีรักษา ของโรคมะเร็ง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด ในรอบไตรมาสนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาทั้งหมด ในรอบไตรมาสเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = C00-C97, D00-D09 หรือ Z51.0 and Sdx = C00-C97, D00-D09
	ตัวหาร	Pdx = C00-C97, D00-D09 หรือ Z51.0 and Sdx = C00-C97, D00-D09
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2569
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Laryngeal Cancer
รหัสตัวชี้วัด		HR-CAN-0201 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาภายใน 60 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		The percentage of laryngeal cancer patients who receive specific treatment within 60 days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งของกล่องเสียงทุกชนิด โดยผลตรวจทางพยาธิวิทยา โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การรักษาคือการรักษาที่จำเพาะกับมะเร็งกล่องเสียงตามชนิด เช่น การผ่าตัดหรือการรักษาด้วยรังสีรักษา และหรือ ยาเคมีบำบัด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพของขั้นตอนการดูแลรักษาและการจัดสรรทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วย
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาภายใน 60 วัน ในรอบปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงทั้งหมด ในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	C32.0,C32.1,C32.2,C32.3,C32.9 ที่ได้รับการรักษาภายใน 60 วัน
	ตัวหาร	C32.0,C32.1,C32.2,C32.3,C32.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		มากกว่าหรือเท่ากับ 70 %
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		คณะอนุกรรมการวิชาการด้านศัลยกรรมศีรษะและคอ ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Thyroid Cancer
รหัสตัวชี้วัด		HR-CAN-0301 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาภายใน 60 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		The percentage of thyroid cancer patients who receive specific treatment within 60 days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งของต่อมไทรอยด์ทุกชนิด โดยผลตรวจทางพยาธิวิทยา โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การรักษา คือ การรักษาที่จำเพาะกับมะเร็งไทรอยด์ตามชนิด เช่น การผ่าตัด หรือ การรักษาด้วยรังสีรักษา
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพของขั้นตอนการดูแลรักษาและการจัดสรรทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วย
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาภายใน 60 วัน ในรอบปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ทั้งหมด ในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	C73 ที่ได้รับการรักษาภายใน 60 วัน
	ตัวหาร	C73
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		มากกว่าหรือเท่ากับ 70 %
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		คณะอนุกรรมการวิชาการด้านศัลยกรรมศีรษะและคอ ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Breast Cancer
รหัสตัวชี้วัด		HR-CAN-0401 (เดิม DE0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ระยะเวลาการรอตรวจภายหลังการส่งปรึกษาของผู้ป่วยที่มีผลเมมโมแกรมตั้งแต่ 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) ในรอบปีนั้น
	ตัวหาร	b= จำนวนผู้ป่วย BI-RADS 4 ขึ้นไปทั้งหมด (หน่วย = ราย) ในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	R92.8
	ตัวหาร	R92.8
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		วันต่อผู้ป่วย
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2562): ปรับปรุงชื่อตัวชี้วัดให้ถูกต้องและสอดคล้อง ปรับปรุงครั้งที่ 2 (พฤศจิกายน 2568): ปรับปรุงนิยามให้ถูกต้องและสอดคล้อง ปรับปรุงครั้งที่ 3 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Breast Cancer
รหัสตัวชี้วัด		HR-CAN-0402 (เดิม 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 ดังที่ระบุไว้นี้ 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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการวินิจฉัยในสถานพยาบาลนั้นว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 หรือ ระยะที่ 2 ในรอบปี
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับวินิจฉัยในสถาบันนั้นทั้งหมด ในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = C50 และอยู่ในระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2
	ตัวหาร	Pdx = C50 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Liver Cancer
รหัสตัวชี้วัด		HR-CAN-0501 (เดิม DC0403)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of mortality of liver cancer patient
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยมะเร็ง (cancer) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) or Secondary diagnosis (Sdx) เป็นโรคมะเร็ง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย Liver cancer หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย Liver cancer ที่มี Pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็นโรค Liver cancer และมีสาเหตุการตายจากโรคโรค Liver cancer ซึ่งอยู่ในสถานะผู้ป่วยใน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของผู้ป่วย Liver cancer ที่จำหน่ายด้วยการเสียชีวิต ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของผู้ป่วย Liver cancer ที่จำหน่ายทุกสถานะ (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Chronic Kidney Disease
รหัสตัวชี้วัด		HR-NPD-0101 (เดิม DC0501)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ตามเป้าหมาย
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of Chronic Kidney Diseases 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 ml/min/1.73 m2/Yr 2) eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า Serum creatinine
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อแสดงประสิทธิผล ของกระบวนการชะลอความเสื่อมของไตทั้งระบบ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum creatinine โดยมีผล eGFR เกินกว่า 2 ค่า ในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล, และ มีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง ลดลง < 4 ml/min/1.73 m2/Yr ในรอบปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum Creatinine โดยมีผล eGFR เกินกว่า 2 ค่า ในช่วงเวลาที่ต่างกันของปีที่เก็บข้อมูล ในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 1) N183, N184, (N189 ที่ไม่มี eGFR หรือมีค่า eGFR≥15 แต่น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m2/Yr), 2) E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151 ที่มีค่า eGFR≥15 แต่น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m2/Yr โดยนับคนไม่ซ้ำ
	ตัวหาร	ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 1) N183, N184, (N189 ที่ไม่มี eGFR หรือมีค่า eGFR ≥15 แต่น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m2/Yr), 2) E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151 ที่มีค่า eGFR≥15 แต่น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m2/Yr โดยนับคนไม่ซ้ำ
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Chronic Kidney Disease
รหัสตัวชี้วัด		HR-NPD-0102 (เดิม DC0502)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยา ACEIs หรือ ARBs
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of Chronic Kidney Disease 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 ≥15 ml/min/1.73 m2/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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum creatinine โดยมีค่า eGFR ≥15 ml/min/1.73 m2/Yr, และ ได้รับการรักษาด้วยยา ACEis หรือ ARBs ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการตรวจ Serum creatinine โดยมีค่า eGFR ≥15 ml/min/1.73 m2/Yr ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 1)N181, N182, N183, N184, (N189 ที่ไม่มี eGFR หรือมีค่า eGFR≥15 ml/min/1.73 m2/Yr), 2) E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151 ที่มีค่า eGFR≥15 ml/min/1.73 m2/Yr โดยนับคนไม่ซ้ำ และ ได้รับการรักษาด้วยยา ACEis หรือ ARBs
	ตัวหาร	ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 1)N181, N182, N183, N184, (N189 ที่ไม่มี eGFR หรือมีค่า eGFR≥15 ml/min/1.73 m2/Yr), 2) E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151 ที่มีค่า eGFR≥15 ml/min/1.73 m2/Yr โดยนับคนไม่ซ้ำ
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Hip arthoplasty
รหัสตัวชี้วัด		HR-MSD-0101 (เดิม DO0202)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ได้รับ Prophylactic Antibiotic
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of patients who received antibiotic prophylaxis in Hip arthroplasty
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก (Hip Arthroplasty) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อสะโพกซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัด (กรณีเป็นการให้ยาแบบ IV drip ให้เริ่มนับเวลาเมื่อ drip ยาหมด)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด Hip Arthroplasty
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกที่ได้รับ prophylactic antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมีดผ่าตัด ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53
	ตัวหาร	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Hip arthoplasty
รหัสตัวชี้วัด		HR-MSD-0102 (เดิม DO0204)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการติดเชื้อแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 1 ปี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of hip arthroplasty associated infection within 1 Year
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก (Hip Arthroplasty) หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อสะโพก ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. เป็นการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ภายในช่วงระยะเวลา 1 ปี หลังการผ่าตัด นับเฉพาะการติดเชื้อครั้งแรก
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดข้อสะโพก
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 1 ปี ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53 และ มีการติดเชื้อ
	ตัวหาร	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.THIP I 2.CDC, January 2014
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ให้ตัดรหัส ICD-9 81.40 ออกทั้งในตัวตั้งและตัวหาร เพื่อให้นิยามการจัดเก็บสอดคล้องกับนิยามสากลของ CDC ที่ระบุว่า HPRO หมายถึง 81.51, 81.52, 81.53., (2) ปรับเพิ่มคำว่า “ภายใน 1 ปี” ต่อท้ายชื่อตัวชี้วัด เพื่อความชัดเจนของระยะเวลา ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569) : เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Hip arthoplasty
รหัสตัวชี้วัด		HR-MSD-0103 (เดิม DO0205)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการติดเชื้อแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 90 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of hip arthroplasty associated infection within 90 days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก (Hip Arthroplasty) หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อสะโพก ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. เป็นการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ภายในช่วงระยะเวลา 90 วัน หลังการผ่าตัด นับเฉพาะการติดเชื้อครั้งแรก
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดข้อสะโพกที่สามารถเทียบเคียงได้กับ CDC
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อสะโพกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 90 วัน ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53 และ มีการติดเชื้อ
	ตัวหาร	Procedure = 81.51, 81.52, 81.53
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		CDC, January 2014
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		ตาม CDC definition of HAI surveillance แยกระยะเวลาการติดตามออกตามความลึกของการติดเชื้อ ถ้าเป็น Superficial SSI จะตาม 30 วัน ถ้าเป็น deep SSI และ organ/space SSI จะตาม 90 วัน

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Knee arthoplasty
รหัสตัวชี้วัด		HR-MSD-0201 (เดิม DO0302)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ได้รับ Prophylactic Antibiotic
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of patients undergo knee arthroplasty who received antibiotic prophylaxis
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Knee Arthroplasty) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อเข่าซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัด (กรณีเป็นการให้ยาแบบ IV drip ให้เริ่มนับเวลาเมื่อ drip ยาหมด)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด Knee Arthroplasty
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ได้รับ prophylactic antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมีดผ่าตัด ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Procedure = 81.54, 81.55
	ตัวหาร	Procedure = 81.54, 81.55
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ให้ตัดรหัส ICD-9 81.47 ออกทั้งในตัวตั้งและตัวหาร เพื่อให้นิยามการจัดเก็บสอดคล้องกับนิยามสากลของ CDC ที่ระบุว่า KPRO หมายถึง 81.54, 81.55 ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569) : เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		กรณีผ่าตัดเข่าสองข้างพร้อมกัน นับเป็นการผ่าตัด 1 ครั้ง

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Knee arthoplasty
รหัสตัวชี้วัด		HR-MSD-0202 (เดิม DO0303)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน 1 ปี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of Knee Arthroplasty associated infection within 1 year
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Knee Arthroplasty) หมายถึงผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อเข่าซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. เป็นการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ภายในระยะเวลา 1 ปี หลังการผ่าตัดนับเฉพาะการติดเชื้อครั้งแรก
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วย Knee Arthroplasty
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน 1 ปี ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Procedure = 81.54, 81.55 และ มีการติดเชื้อ
	ตัวหาร	Procedure = 81.54, 81.55
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I ,CDC , January 2014, NSHN 2.CDC ,NHSN
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2558): ให้ตัดรหัส ICD-9 81.47 ออกทั้งในตัวตั้งและตัวหาร เพื่อให้นิยามการจัดเก็บสอดคล้องกับนิยามสากลของ CDC ที่ระบุว่า KPRO หมายถึง 81.54, 81.55., (2) ปรับเพิ่มคำว่า “ภายใน 1 ปี” ต่อท้ายชื่อตัวชี้วัด เพื่อความชัดเจนของระยะเวลาการติดตามการติดเชื้อในช่วงเวลา 1 ปี ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569) : เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		กรณีผ่าตัดเข่าสองข้างพร้อมกัน นับเป็นการผ่าตัด 1 ครั้ง

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Knee arthoplasty
รหัสตัวชี้วัด		HR-MSD-0203 (เดิม DO0304)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน 90 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of Knee Arthroplasty associated infection within 90 days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Knee Arthroplasty) หมายถึง ผู้ป่วยใน ที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับข้อเข่าซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าโดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9ดังที่ระบุไว้นี้ 2. เป็นการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ภายในระยะเวลา 90 วัน หลังการผ่าตัดนับเฉพาะการติดเชื้อครั้งแรก
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่สามารถเทียบเคียงได้กับ CDC
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายใน 90 วัน ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Procedure = 81.54, 81.55 และ มีการติดเชื้อ
	ตัวหาร	Procedure = 81.54, 81.55
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 : ตาม CDC definition of HAI surveillance แยกระยะเวลาการติดตามออกตามความลึกของการติดเชื้อ ถ้าเป็น superficial SSI จะตาม 30 วัน ถ้าเป็น Deep SSI และ organ/space SSI จะตาม 90 วัน ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569) : เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		กรณีผ่าตัดเข่าสองข้างพร้อมกัน นับเป็นการผ่าตัด 1 ครั้ง

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Upper gastrointestinal hemorrhage
รหัสตัวชี้วัด		HR-GID-0101 (เดิม 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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. เป็นการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรค Upper GI hemorrhage ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนหลังจำหน่ายออกจาก รพ. ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status = improve) (ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค Upper GI Hemorrhage
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Upper GI hemorrhage ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน หลังออกจาก รพ. ในเดือนนั้น
	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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Upper gastrointestinal hemorrhage
รหัสตัวชี้วัด		HR-GID-0102 (เดิม 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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วย UGIH หมายถึง ผลรวมจำนวนวัน ที่ผู้ป่วย UGIH นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นับตั้งแต่วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงวันที่จำหน่าย (ทุกสถานะการจำหน่าย) ออกจากโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรค Upper GI hemorrhage
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วย Upper GI hemorrhage ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage ที่จำหน่าย ในเดือนเดียวกัน
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		รายเดือน
หน่วยวัด		วัน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Upper gastrointestinal hemorrhage
รหัสตัวชี้วัด		HR-GID-0103 (เดิม DE1401)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage (UGIH) ได้รับการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of patients with Upper Gastrointestinal Hemorrhage (UGIH) who had underwent EGD within 24 hours
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage (UGIH) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (Admit) นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy) หมายถึง การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น 3. ภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง ช่วงเวลา เริ่มนับตั้งแต่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย UGIH และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย UGIH
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย UGIH ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ภายใน 24 ชั่วโมง ในช่วง 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย UGIH ทั้งหมด ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2, K22.1, I85 หรือ Pdx ((K70- K71, K74) + Sdx = I98.3) และวินิจฉัย EGD code 45.13
	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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Upper gastrointestinal hemorrhage
รหัสตัวชี้วัด		HR-GID-0104 (เดิม DE1402)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage (UGIH) กลุ่ม High Risk ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ภายใน 24 ชั่วโมง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of High risk UGIH patients who had underwent EGD within 24 hours
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage (UGIH) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (Admit) นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 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 เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย UGIH
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย UGIH กลุ่ม High Risk ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ภายใน 24 ชั่วโมง ในช่วง 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย UGIH กลุ่ม High Risk ทั้งหมด ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2, K22.1, I85 หรือ Pdx ((K70- K71, K74) + Sdx = I98.3) และคำจำกัดความ High Risk และ วินิจฉัย EGD code 45.13
	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) และคำจำกัดความ High Risk
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Upper gastrointestinal hemorrhage
รหัสตัวชี้วัด		HR-GID-0105 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วย Upper GI hemorrhage (UGIH) กลุ่ม high risk ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ภายใน 48 ชั่วโมง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of High risk UGIH patients who had underwent EGD within 48 hours
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย Upper GI hemorrhage (UGIH) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (Admit) นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 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 48 ชั่วโมง หมายถึง ช่วงเวลา เริ่มนับตั้งแต่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย UGIH และ เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย UGIH
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย UGIH กลุ่ม High Risk ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ภายใน 48 ชั่วโมง ในช่วง 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย UGIH กลุ่ม High Risk ทั้งหมด ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2, K22.1, I85 หรือ Pdx ((K70- K71, K74) + Sdx = I98.3) และคำจำกัดความ High Risk และ วินิจฉัย EGD code 45.13
	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) และคำจำกัดความ High Risk
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สถาบันบำราศนราดูร
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Upper gastrointestinal hemorrhage
รหัสตัวชี้วัด		HR-GID-0106 (เดิม 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 (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (Admit) นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นแบบ Non-Variceal UGIH โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy) หมายถึง การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น 3. การหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้อง หมายถึง การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับ Adrenaline Injection, Heater Probe, Bipolar Electrocautery Probe, Argon Plasma Coagulation (APC), Hemoclipping, Band Ligation และ Histoacryl Injection 4. การหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นสำเร็จ หมายถึง ไม่พบเลือดออกหลังการหยุดเลือดด้วยการส่องกล้องในขณะนั้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Non - Variceal UGIH) ที่สามารถหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้องสำเร็จ ในช่วง 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Non - Variceal UGIH) ที่ได้รับการหยุดเลือดด้วยวิธีการส่องกล้อง ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K22.1 และ การหยุดเลือด EGD code 45.13, 42.39 หรือ 42.33, 44.49, 44.43 และ ส่องกล้องหยุดเลือดสำเร็จ
	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 และ การหยุดเลือด EGD code 45.13, 42.39 หรือ 42.33, 44.49, 44.43
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Upper gastrointestinal hemorrhage
รหัสตัวชี้วัด		HR-GID-0107 (เดิม DE1404)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกซ้ำจากแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นภายหลังจากการหยุดเลือดด้วยการส่องกล้อง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Recurrent rates of Upper Gastrointestinal Hemorrhage (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), Hemoclipping, Band Ligation และ Histoacryl injection 3. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่มี 1) อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือดสด หรือ NG Lavage พบเลือดหลังการส่องกล้อง 2) ถ่ายดำหลังจากถ่ายเป็นปกติแล้ว 3) ถ่ายเป็นเลือดสดหลังจากถ่ายเป็นปกติหรือถ่ายดำแล้ว 4) สัญญาณชีพไม่คงที่ (heart rate ≥110/min หรือ systolic blood pressure ≤ 90 mmHg หลังจากที่สัญญาณชีพคงที่ ≥1 ชม. โดยไม่มีเหตุอื่น) 5) Hemoglobin ลดลง ≥ 2 g/dl หลังจากที่ Hb คงที่ (ลดลง < 0.5 g/dL ≥ 3 ชม.) 6) Tachycardia or Hypotension ไม่ดีขึ้นภายใน 8 ชม. หลังการส่องกล้องทั้งที่ได้ Resuscitation ที่เหมาะสมและไม่มีเหตุอื่น ร่วมกับมีถ่ายดำหรือถ่ายเป็นเลือด อย่างต่อเนื่อง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกซ้ำจากแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นภายหลังจากการหยุดเลือดด้วยการส่องกล้องสำเร็จ ในช่วงเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการหยุดเลือดสำเร็จด้วยการส่องกล้อง ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0 และการหยุดเลือด EGD code 45.13, 44.43 และ คำจำกัดความของภาวะเลือดออกซ้ำ
	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 และการหยุดเลือด EGD code 45.13, 44.49, 44.43
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Upper gastrointestinal hemorrhage
รหัสตัวชี้วัด		HR-GID-0108 (เดิม DE1405)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อรักษา Upper Gastrointestinal Hemorrhage (UGIH)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of patients experiencing procedure-related complications after therapeutic upper GI endoscopy for Upper Gastrointestinal Hemorrhage (UGIH)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย Upper Gastrointestinal Hemorrhage (UGIH) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (Admit) นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy) หมายถึง การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น 3. ภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง หมายถึง ทะลุ การติดเชื้อหลังการส่องกล้อง และภาวะระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความปลอดภัย (Safety) ของการรักษาด้วยการส่องกล้อง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อรักษา UGIH ในช่วงเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย UGIH ทั้งหมดที่ได้รับการส่องกล้อง ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K29.0, K92.0, K92.1, K92.2, K22.1, K31.8, I85 หรือ Pdx ((K70- K71, K74) + Sdx = I98.3) และ มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง EGD code 45.13
	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) และ EGD code 45.13
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Appendicitis
รหัสตัวชี้วัด		HR-GID-0201 (เดิม DG0201)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเกิดไส้ติ่งทะลุในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of abruption of patient with acute appendicitis
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ผู้ป่วยไส้ติ่งทะลุ หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันและเกิดภาวะแทรกซ้อนมีแผลทะลุ โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Appendicitis
รหัสตัวชี้วัด		HR-GID-0202 (เดิม DG0202)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตจากไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of mortality of patient with Acute appendicitis
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นาน ≥ 4 ชั่วโมง) ที่มี Principal ɲiagnosis (Pdx) เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะ ทุกกรณี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 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		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Metamphetamine group
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0101 (เดิม DS0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine โดยรวมที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Methamphetamine Group: 3 months total remission rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ ยาอี และยาเลิฟ เป็นต้น 2. หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ แบบผู้ป่วยนอกและไม่ครบเกณฑ์ในการวินิจฉัย ผู้ติด (dependence) ต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยถูกจับ เสียชีวิต หรือส่งต่อ หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine ในด้านการเสริมพลังให้มารับการติดตามและหยุดเสพต่อเนื่อง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine ที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ในรอบไตรมาสนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Methamphetamine ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ แบบผู้ป่วยนอก ที่จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทั้งหมด ในไตรมาสก่อนหน้า
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F15.0-F15.9
	ตัวหาร	F15.0-F15.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		ตัวอย่างการรายงานผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 (1 ต.ค.-31 ธ.ค.) ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกกรณี ทั้งครบเกณฑ์กำหนด และไม่ครบเกณฑ์กำหนด (ยกเว้นถูกจับ เสียชีวิต หรือ ส่งต่อ) ในไตรมาสก่อนหน้า (1 ก.ค.–30 ก.ย.) แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน ในห้วง 1 ต.ค.-31 ธ.ค.

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Alcohol group
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0201 (เดิม DS0201)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ติดสุราโดยรวม ที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Alcohol Group: 3 months total remission rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ติดสุรา หมายถึง ผู้ป่วยติดสารเสพติดกลุ่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ เหล้าขาว ฯลฯ 2. หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หมายถึง ผู้ติดสารเสพติดกลุ่มแอลกอฮอล์ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกและไม่ครบเกณฑ์ในการวินิจฉัย ผู้ติด (dependence) ต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยถูกจับ เสียชีวิต หรือส่งต่อ หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Alcohol ในด้านการเสริมพลังให้มารับการติดตามและหยุดเสพต่อเนื่อง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ในรอบไตรมาสนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทั้งหมด ในไตรมาสก่อนหน้า
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F10.0-F10.9
	ตัวหาร	F10.0-F10.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ฐานข้อมูลสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		ตัวอย่างการรายงานผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 (1 ต.ค.-31 ธ.ค.) ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกกรณี ทั้งครบเกณฑ์กำหนด และไม่ครบเกณฑ์กำหนด (ยกเว้นถูกจับ เสียชีวิต หรือ ส่งต่อ) ในไตรมาสก่อนหน้า (1 ก.ค.–30 ก.ย.) แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน ในห้วง 1 ต.ค.-31 ธ.ค

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0301 (เดิม DS0301)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ติดยาสูบโดยรวม ที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco Group: 3 months total remission rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ติดยาสูบ (tobacco) หมายถึง ผู้ติดผลิตภัณฑ์จากใบยาสูบทุกชนิด เช่น บุหรี่ (cigarette) บุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) ซิการ์ บุหรี่ไฟฟ้า บารากู่ 2. หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หมายถึง ผู้ติดยาสูบ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่ไม่ครบเกณฑ์ในการวินิจฉัย ผู้ติด (dependence) ต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยถูกจับ เสียชีวิต หรือส่งต่อ หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม tobacco ในด้านการเสริมพลังให้มารับการติดตามและหยุดเสพต่อเนื่อง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ติดยาสูบที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ในรอบไตรมาสนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ติดยาสูบที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทั้งหมด ในไตรมาสก่อนหน้า
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F17.0-F17.9
	ตัวหาร	F17.0-F17.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		ตัวอย่างการรายงานผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 (1 ต.ค.-31 ธ.ค.) ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกกรณี ทั้งครบเกณฑ์กำหนด และไม่ครบเกณฑ์กำหนด (ยกเว้นถูกจับ เสียชีวิต หรือ ส่งต่อ) ในไตรมาสก่อนหน้า (1 ก.ค.–30 ก.ย.) แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน ในห้วง 1 ต.ค.-31 ธ.ค

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0302 (เดิม HH0101.1)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการคัดกรองสถานะการบริโภคยาสูบของผู้รับบริการที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco Use: Percent of Tobacco Use Screened of Service Recipients aged ≥ 15 years old at the Outpatient Service.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การบริโภคยาสูบ หมายถึง การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งชนิดมีควัน (Smoking tobacco use) เช่น บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่มวนเอง ซิการ์ ไปป์ บารากู่ เป็นต้น และชนิดไม่มีควัน (Smokeless tobacco) ได้แก่ การนำยาเส้นมาสูด ดม อม เคี้ยว เช่น การรับประทานหมากพลูที่มีส่วนผสมของยาเส้น การสูดยานัตถุ์ที่มีส่วนผสมของยาสูบ การอม/จุก/เคี้ยวยาเส้น เป็นต้น รวมไปถึงการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภท 2. การคัดกรองสถานะการบริโภคยาสูบของผู้ที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล หมายถึง การคัดกรองสถานะการบริโภคยาสูบของผู้รับบริการที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ความครอบคลุมของการคัดกรองสถานะการบริโภคยาสูบของผู้รับบริการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้รับบริการของสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล และได้รับการคัดกรองสถานะการบริโภคยาสูบ ในช่วงเวลา 3 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้รับบริการของสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2565
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0303 (เดิม HH0101.2)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการคัดกรองสถานะการบริโภคยาสูบของผู้รับบริการที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco Use: Percent of Tobacco Use Screened of Service Recipients aged ≥ 15 years old at the In-patient Service.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การบริโภคยาสูบ หมายถึง การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งชนิดมีควัน (Smoking tobacco use) เช่น บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่มวนเอง ซิการ์ ไปป์ บารากู่ เป็นต้น และชนิดไม่มีควัน (Smokeless tobacco) ได้แก่ การนำยาเส้นมาสูด ดม อม เคี้ยว เช่น การรับประทานหมากพลูที่มีส่วนผสมของยาเส้น การสูดยานัตถุ์ที่มีส่วนผสมของยาสูบ การอม/จุก/เคี้ยวยาเส้น เป็นต้น รวมไปถึงการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภท 2. การคัดกรองสถานะการบริโภคยาสูบของผู้ป่วยที่มาใช้บริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาล หมายถึง การคัดกรองสถานะการบริโภคยาสูบของผู้ป่วยในที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ความครอบคลุมของการคัดกรองสถานะการบริโภคยาสูบของผู้รับบริการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้รับบริการของสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาล และได้รับการคัดกรองสถานะการบริโภคยาสูบ ในช่วงเวลา 3 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้รับบริการของสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่มาใช้บริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาล ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2565
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0304 (เดิม HH0102)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้รับบริการที่มีภาวะติดนิโคตินที่ได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco Use: Percentage of nicotine dependence patients receiving nicotine dependence treatment.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้รับบริการในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้รับบริการในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน และได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้รับบริการในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และ ได้รับการบำบัดภาวะติดนิโคติน
	ตัวหาร	Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2565
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0305 (เดิม HH0103.1)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้รับบริการกลุ่มโรคเบาหวานที่มีภาวะติดนิโคตินและได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of nicotine dependence in DM patients receiving nicotine dependence treatment.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้รับบริการกลุ่มโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้รับบริการกลุ่มโรคเบาหวานในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน (กลุ่มโรคเบาหวาน)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มโรคเบาหวานในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน และได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน ในช่วงเวลา 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มโรคเบาหวานในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ในช่วงเวลาครึ่งปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10, E11, E12, E13, E14, Z72.0, F17.1 and F17.2
	ตัวหาร	E10, E11, E12, E13, E14, Z72.0, F17.1 and F17.2
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2565
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0306 (เดิม HH0104.1)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานที่รับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco use: continuous abstinence rate (CAR) at 6 months (DM Patients)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การบริโภคยาสูบ หมายถึง การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งชนิดมีควัน (Smoking tobacco use) เช่น บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่มวนเอง ซิการ์ ไปป์ บารากู่ เป็นต้น และชนิดไม่มีควัน (Smokeless tobacco) ได้แก่ การนำยาเส้นมาสูด ดม อม เคี้ยว เช่น การรับประทานหมากพลูที่มีส่วนผสมของยาเส้น การสูดยานัตถุ์ที่มีส่วนผสมของยาสูบ การอม/จุก/เคี้ยวยาเส้น เป็นต้น รวมไปถึงการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภท 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล 3. หยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน หมายถึง สามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคติน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประสิทธิผลของบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบได้สำเร็จต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ในรอบ 1 ปี
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	E10, E11, E12, E13, E14, Z72.0, F17.1 and F17.2
	ตัวหาร	E10, E11, E12, E13, E14, Z72.0, F17.1 and F17.2
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2565
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0307 (เดิม HH0103.2)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้รับบริการกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะติดนิโคตินและได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco Use: Percentage of nicotine dependence in Hypertension patients receiving nicotine dependence treatment.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้รับบริการกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้รับบริการกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน (กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน และได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	I10, I11, I12, I13, I15 และมีอายุ 15 ปีขึ้นไป Z72.0, F17.1 and F17.2 และได้รับการบำบัดภาวะติดนิโคติน
	ตัวหาร	I10, I11, I12, I13, I15 และมีอายุ 15 ปีขึ้นไป Z72.0, F17.1 and F17.2
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2565
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0308 (เดิม HH0104.2)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco use: continuous abstinence rate (CAR) at 6 months (Hypertension Patients)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การบริโภคยาสูบ หมายถึง การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งชนิดมีควัน (Smoking tobacco use) เช่น บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่มวนเอง ซิการ์ ไปป์ บารากู่ เป็นต้น และชนิดไม่มีควัน (Smokeless tobacco) ได้แก่ การนำยาเส้นมาสูด ดม อม เคี้ยว เช่น การรับประทานหมากพลูที่มีส่วนผสมของยาเส้น การสูดยานัตถุ์ที่มีส่วนผสมของยาสูบ การอม/จุก/เคี้ยวยาเส้น เป็นต้น รวมไปถึงการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภท 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล 3. หยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน หมายถึง สามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคติน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประสิทธิผลของบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบได้สำเร็จต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคติน ทั้งหมด ในปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	I10, I11, I12, I13, I15, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
	ตัวหาร	I10, I11, I12, I13, I15, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2565
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0309 (เดิม HH0103.3)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้รับบริการกลุ่มโรคหืดที่มีภาวะติดนิโคตินและได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco Use: Percentage of nicotine dependence in Asthma patients receiving nicotine dependence treatment.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้รับบริการกลุ่มโรคหืด หมายถึง ผู้รับบริการกลุ่มโรคหืดในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน (กลุ่มโรคหืด)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มโรคหืดในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน และได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มโรคหืดในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	J45, J46 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป Z72.0, F17.1 and F17.2
	ตัวหาร	J45, J46 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป Z72.0, F17.1 and F17.2
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2565
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0310 (เดิม HH0104.3)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคหืดที่รับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco use: continuous abstinence rate (CAR) at 6 months (Asthma Patients)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การบริโภคยาสูบ หมายถึง การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งชนิดมีควัน (Smoking tobacco use) เช่น บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่มวนเอง ซิการ์ ไปป์ บารากู่ เป็นต้น และชนิดไม่มีควัน (Smokeless tobacco) ได้แก่ การนำยาเส้นมาสูด ดม อม เคี้ยว เช่น การรับประทานหมากพลูที่มีส่วนผสมของยาเส้น การสูดยานัตถุ์ที่มีส่วนผสมของยาสูบ การอม/จุก/เคี้ยวยาเส้น เป็นต้น รวมไปถึงการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภท 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล 3. หยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน หมายถึง สามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคติน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประสิทธิผลของบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคหืด ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบได้สำเร็จต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคหืด ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ในปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	J45, J46, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
	ตัวหาร	J45, J46, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		ทุกปี หรือปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2565
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0311 (เดิม HH0103.4)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้รับบริการกลุ่มโรคถุงลมโป่งพองที่มีภาวะติดนิโคตินและได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco Use: Percentage of nicotine dependence in COPD patients receiving nicotine dependence treatment.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้รับบริการกลุ่มโรคถุงลมโป่งพอง หมายถึง ผู้รับบริการกลุ่มโรคถุงลมโป่งพองในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน (กลุ่มโรคถุงลมโป่งพอง)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มโรคถุงลมโป่งพองในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน และได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มโรคถุงลมโป่งพองในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	J44 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป Z72.0, F17.1 and F17.2
	ตัวหาร	J44 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป Z72.0, F17.1 and F17.2
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2565
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0312 (เดิม HH0104.4)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคถุงลมโป่งพองที่รับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco use: continuous abstinence rate (CAR) at 6 months (COPD Patients)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การบริโภคยาสูบ หมายถึง การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งชนิดมีควัน (Smoking tobacco use) เช่น บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่มวนเอง ซิการ์ ไปป์ บารากู่ เป็นต้น และชนิดไม่มีควัน (Smokeless tobacco) ได้แก่ การนำยาเส้นมาสูด ดม อม เคี้ยว เช่น การรับประทานหมากพลูที่มีส่วนผสมของยาเส้น การสูดยานัตถุ์ที่มีส่วนผสมของยาสูบ การอม/จุก/เคี้ยวยาเส้น เป็นต้น รวมไปถึงการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภท 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล 3. หยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน หมายถึง สามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคติน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประสิทธิผลของบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคถุงลมโป่งพอง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบได้สำเร็จต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคถุงลมโป่งพอง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคติน ทั้งหมด ในปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	J44 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
	ตัวหาร	J44 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2565
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0313 (เดิม HH0103.5)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้รับบริการกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดนิโคตินและได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco Use: Percentage of nicotine dependence in Pregnant women receiving nicotine dependence treatment.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้รับบริการกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง ผู้รับบริการกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน (กลุ่มหญิงตั้งครรภ์)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน และได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Z34, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
	ตัวหาร	Z34, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2565
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0314 (เดิม HH0104.5)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเรื่อง 6 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco use: Tobacco use: continuous abstinence rate (CAR) at 6 months (Pregnant women)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การบริโภคยาสูบ หมายถึง การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งชนิดมีควัน (Smoking tobacco use) เช่น บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่มวนเอง ซิการ์ ไปป์ บารากู่ เป็นต้น และชนิดไม่มีควัน (Smokeless tobacco) ได้แก่ การนำยาเส้นมาสูด ดม อม เคี้ยว เช่น การรับประทานหมากพลูที่มีส่วนผสมของยาเส้น การสูดยานัตถุ์ที่มีส่วนผสมของยาสูบ การอม/จุก/เคี้ยวยาเส้น เป็นต้น รวมไปถึงการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภท 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล 3. หยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน หมายถึง สามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคติน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประสิทธิผลของบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน และได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน และสามารถหยุดบริโภคยาสูบได้สำเร็จต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน และได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ในปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Z34, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
	ตัวหาร	Z34, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2565
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0315 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้รับบริการกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดนิโคตินและได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco Use: Percentage of nicotine dependence in stroke patients receiving nicotine dependence treatment.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้รับบริการกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองหมายถึง ผู้รับบริการกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน (กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน และได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
	ตัวหาร	I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0316 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองที่รับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco use: continuous abstinence rate (CAR) at 6 months (Stroke Patients)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การบริโภคยาสูบ หมายถึง การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งชนิดมีควัน (Smoking tobacco use) เช่น บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่มวนเอง ซิการ์ ไปป์ บารากู่ เป็นต้น และชนิดไม่มีควัน (Smokeless tobacco) ได้แก่ การนำยาเส้นมาสูด ดม อม เคี้ยว เช่น การรับประทานหมากพลูที่มีส่วนผสมของยาเส้น การสูดยานัตถุ์ที่มีส่วนผสมของยาสูบ การอม/จุก/เคี้ยวยาเส้น เป็นต้น รวมไปถึงการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภท 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล 3. หยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน หมายถึง สามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคติน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประสิทธิผลของบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบได้สำเร็จต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ในปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
	ตัวหาร	I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0317 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้รับบริการกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะติดนิโคตินและได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco Use: Percentage of nicotine dependence in myocardial infarction patients receiving nicotine dependence treatment.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้รับบริการกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจหมายถึง ผู้รับบริการกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งบริการ แบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะ ติดนิโคติน แก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคติน ของสถานพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน (กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน และได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	I21, I22, I23, I24, I25, I26, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
	ตัวหาร	I21, I22, I23, I24, I25, I26, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0318 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจที่รับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco use: continuous abstinence rate (CAR) at 6 months Myocardial infarction Patients)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การบริโภคยาสูบ หมายถึง การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งชนิดมีควัน (Smoking tobacco use) เช่น บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่มวนเอง ซิการ์ ไปป์ บารากู่ เป็นต้น และชนิดไม่มีควัน (Smokeless tobacco) ได้แก่ การนำยาเส้นมาสูด ดม อม เคี้ยว เช่น การรับประทานหมากพลูที่มีส่วนผสมของยาเส้น การสูดยานัตถุ์ที่มีส่วนผสมของยาสูบ การอม/จุก/เคี้ยวยาเส้น เป็นต้น รวมไปถึงการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภท 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล 3. หยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน หมายถึง สามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคติน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประสิทธิผลของบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบได้สำเร็จต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ในปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	I21, I22, I23, I24, I25, I26, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
	ตัวหาร	I21, I22, I23, I24, I25, I26, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0319 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้รับบริการกลุ่มโรคไตวายเรื้อรังที่มีภาวะติดนิโคตินและได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco Use: Percentage of nicotine dependence in Chronic renal failure patients receiving nicotine dependence treatment.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้รับบริการกลุ่มโรคไตวายเรื้อรัง หมายถึง ผู้รับบริการกลุ่มโรคไตวายเรื้อรัง ในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน (กลุ่มโรคไตวายเรื้อรัง)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มโรคไตวายเรื้อรังในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน และได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้รับบริการกลุ่มโรคไตวายเรื้อรังในสถานพยาบาลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	N18, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
	ตัวหาร	N18, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Tobacco group and smoking cessation
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0320 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคไตวายเรื้อรังที่รับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Tobacco use: continuous abstinence rate (CAR) at 6 months (Chronic renal failure Patients)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การบริโภคยาสูบ หมายถึง การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งชนิดมีควัน (Smoking tobacco use) เช่น บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่มวนเอง ซิการ์ ไปป์ บารากู่ เป็นต้น และชนิดไม่มีควัน (Smokeless tobacco) ได้แก่ การนำยาเส้นมาสูด ดม อม เคี้ยว เช่น การรับประทานหมากพลูที่มีส่วนผสมของยาเส้น การสูดยานัตถุ์ที่มีส่วนผสมของยาสูบ การอม/จุก/เคี้ยวยาเส้น เป็นต้น รวมไปถึงการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภท 2. การได้รับบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน หมายถึง การเข้ารับบริการในการบำบัดภาวะติดนิโคตินแก่ผู้รับบริการสอดคล้องตามแนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคตินของสถานพยาบาล 3. หยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือน หมายถึง สามารถหยุดบริโภคยาสูบต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคติน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประสิทธิผลของบริการบำบัดภาวะติดนิโคติน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคไตวายเรื้อรัง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินและสามารถหยุดบริโภคยาสูบได้สำเร็จต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคไตวายเรื้อรัง ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการบำบัดรักษา ภาวะติดนิโคตินทั้งหมด ในปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	N18, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
	ตัวหาร	N18, Z72.0, F17.1 and F17.2 และ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Opioid group
รหัสตัวชี้วัด		HR-SUD-0401 (เดิม DS0401)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราคงอยู่ในการบำบัดรักษา 1 ปีด้วยเมทาโดนระยะยาว ของผู้ติดสารเสพติดในกลุ่ม opioid
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Opioid group: 1 year retention rate of opioid in methadone maintenance program
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ติดยาเสพติดในกลุ่ม opioid หมายถึง ผู้ติดยาเสพติด ในกลุ่ม เฮโรอีน มอร์ฟีน ฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น 2. คงอยู่ในการบำบัดรักษา 1 ปี หมายถึง ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดในกลุ่ม Opioid ที่มารับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ต่อเนื่องจนครบ 1 ปี โดยไม่ขาดการรักษาต่อเนื่องเกิน 1 เดือน ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยที่ถูกจับ เสียชีวิต หรือ ส่งต่อไปรับเมทาโดนระยะยาวที่สถานพยาบาลอื่น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่ม Opioid
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยนอก ระบบสมัครใจที่เริ่มบำบัดรักษาในแต่ละไตรมาสของปีงบประมาณที่ผ่านมา ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว และคงอยู่ในการรักษาจนครบ 1 ปีขึ้นไป ในแต่ละไตรมาสของปีงบประมาณปัจจุบัน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยนอก ระบบสมัครใจที่เริ่มการบำบัดรักษาในแต่ละไตรมาสของปีงบประมาณที่ผ่านมา ได้รับการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F11.0-F11.9
	ตัวหาร	F11.0-F11.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		ตัวอย่างการรายงานผลการดำเนินงานไตรมาสที่ 1 (1 ต.ค.-31 ธ.ค.) ใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่จำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกกรณี ทั้งครบเกณฑ์กำหนด และไม่ครบเกณฑ์กำหนด (ยกเว้นถูกจับ เสียชีวิต หรือ ส่งต่อ) ในไตรมาสก่อนหน้า (1 ก.ค.–30 ก.ย.) แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน ในห้วง 1 ต.ค.-31 ธ.ค

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Global Developmental Delay (GDD)
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0101 (เดิม DM0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (Global Development Delay: GDD) มีพัฒนาการดีขึ้น
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of children with global development delay (GDD) that improved after intervented
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		- เด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น Global Developmental Delay (F83) หรือ R62 อาจมีหรือไม่มีโรคร่วม - พัฒนาการดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านที่ล่าช้าดีขึ้นด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้าน โดยไม่มีด้านใดลดลงภายใน 6 เดือนหลังการรักษา ประเมินโดยใช้เครื่องมือตามบริบทและระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ - พัฒนาการ 5 ด้าน หมายถึง 1.ด้านการเคลื่อนไหว (gross motor) 2. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (fine motor) 3. ด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) 4. ด้านการใช้ภาษา (expressive language) 5. ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กพัฒนาการช้ารอบด้าน (GDD) มีพัฒนาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน หลังรับการรักษา (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการ (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F83 หรือ R62
	ตัวหาร	F83 หรือ R6
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
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		จิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Global Developmental Delay (GDD)
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0102 (เดิม DM0102)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (Global Development Delay: GDD) มีพัฒนาการดีขึ้น จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of children with Global development delay that improved after intervented with TEDA4I
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		- เด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น Global Developmental Delay (F83) หรือ R62 อาจมีหรือไม่มีโรคร่วม - พัฒนาการดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านที่ล่าช้าดีขึ้นด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้าน โดยไม่มีด้านใดลดลงภายใน 6 เดือนหลังการรักษา ประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I - พัฒนาการ 5 ด้าน หมายถึง 1.ด้านการเคลื่อนไหว (gross motor) 2. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (fine motor) 3. ด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) 4. ด้านการใช้ภาษา (expressive language) 5. ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กพัฒนาการช้ารอบด้าน (GDD) มีพัฒนาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน หลังรับการรักษา (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการ (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F83 หรือ R62
	ตัวหาร	F83 หรือ R62
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
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		จิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Global Developmental Delay (GDD)
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0103 (เดิม DM0103)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (Global Development Delay: GDD) คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of children with global developmentd delay that are included in educational system for at least 1 year
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		- เด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ Global developmental delay (F83) หรือ R62 อาจมีหรือไม่มีโรคร่วม ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 3 ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี หมายถึง หลังจากได้เข้าสู่ระบบการศึกษา เช่น การเข้าเรียนในโรงเรียนปกติ โรงเรียนเรียนร่วมหรือโรงเรียนการศึกษาพิเศษ หรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้อย่างน้อย 1 ปี โดยไม่ถูกส่งกลับหรือถูกปฏิเสธด้วยปัญหาพัฒนาการหรือพฤติกรรม
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการฟื้นฟู/ดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) คงอยู่ในระบบการศึกษาได้ อย่างน้อย 1 ปี (คน) ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (GDD) ที่ส่งเข้าระบบการศึกษา (คน) ในปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F83 หรือ R62
	ตัวหาร	F83 หรือ R62
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
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		จิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Autism Spectrum Disorder (ASD)
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0201 (เดิม DM0201)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละเด็กออทิสติกมีพัฒนาการด้านภาษาและสังคมดีขึ้น
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of children with autism spectrum disorder (ASD) with social and communication skills improvement
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		- เด็กออทิสติก (ASD) หมายถึง เด็กทุกช่วงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย Autism Spectrum Disorder (F84.0-F84.9) จากแพทย์ - พัฒนาการทางภาษาและสังคมดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) หรือด้านการใช้ภาษา (expressive language) ร่วมกับด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (personal and social) ดีขึ้น ประเมินโดยใช้เครื่องมือตามบริบทและระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กออทิสติก (ASD)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงานแล้วมีพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาหรือด้านการใช้ภาษา ร่วมกับด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคมดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กออทิสติกทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงาน (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F84.0 - F84.9
	ตัวหาร	F84.0 - F84.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
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		จิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Autism Spectrum Disorder (ASD)
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0202 (เดิม DM0202)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละเด็กออทิสติกมีพัฒนาการด้านภาษาและสังคมดีขึ้น จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of children with autism spectrum disorder (ASD) with social and communication skills improvement with TEDA4I
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		- เด็กออทิสติก (ASD) หมายถึง เด็กทุกช่วงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย Autism Spectrum Disorder (F84.0-F84.9) จากแพทย์ - พัฒนาการทางภาษาและสังคมดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) หรือด้านการใช้ภาษา (expressive language) ร่วมกับด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (personal and social) ดีขึ้น ประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กออทิสติก (ASD)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงานแล้วมีพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาหรือด้านการใช้ภาษา ร่วมกับด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคมดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กออทิสติกทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาตามโปรแกรมของหน่วยงาน (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F84.0 - F84.9
	ตัวหาร	F84.0 - F84.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
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		จิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Autism Spectrum Disorder (ASD)
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0203 (เดิม DM0203)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละเด็กออทิสติกคงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of children with autism spectrum disorder (ASD) that are included in educational system for at least 1 year
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		- เด็กออทิสติก (ASD) หมายถึง เด็กอายุ 3-14 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวินิจฉัย Autism Spectrum Disorder (F84.0-F84.9) จากแพทย์ - คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี หมายถึง หลังจากได้เข้าสู่ระบบการศึกษา เช่น การเข้าเรียนในโรงเรียนปกติ โรงเรียนเรียนร่วมหรือโรงเรียนการศึกษาพิเศษ หรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ได้อย่างน้อย 1 ปี โดยไม่ถูกส่งกลับหรือถูกปฏิเสธด้วยปัญหาพัฒนาการหรือพฤติกรรม
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการฟื้นฟู/ดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กออทิสติก (ASD)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กออทิสติกที่คงอยู่ในระบบการศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปี (คน) ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กออทิสติกทั้งหมดที่รับการรักษาที่ส่งเข้าระบบการศึกษาภายในปีงบประมาณ (คน) ในปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F84.0 - F84.9
	ตัวหาร	F84.0 - F84.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 90 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 96 ต่ำสุดร้อยละ 89 สูงสุดร้อยละ 100)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		จิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Cerebral Palsy
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0301 (เดิม DM0301)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) มีพัฒนาการดีขึ้น
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of children with cerebral palsy that improved after intervented
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		- เด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น Cerebral Palsy อาจมีหรือไม่มีโรคร่วม - พัฒนาการดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านที่ล่าช้าด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้านดีขึ้นโดยไม่มีด้านใดลดลง ภายใน 6 เดือน หลังการรักษา ประเมินโดยใช้เครื่องมือตามบริบทและระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ - 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		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาเด็กสมองพิการประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่มีพัฒนาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการทั้งหมดที่รับการรักษา (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	G80.0 - G80.9
	ตัวหาร	G80.0 - G80.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
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		จิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Cerebral Palsy
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0302 (เดิม DM0302)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) มีพัฒนาการดีขึ้น จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Cerebral Palsy: Percent of children with cerebral palsy that improved after intervented
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		- เด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น Cerebral Palsy อาจมีหรือไม่มีโรคร่วม - พัฒนาการดีขึ้น หมายถึง พัฒนาการด้านที่ล่าช้าด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้านดีขึ้นโดยไม่มีด้านใดลดลง ภายใน 6 เดือน หลังการรักษา โดย ประเมินโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I - พัฒนาการ 5 ด้าน หมายถึง 1.ด้านการเคลื่อนไหว (gross motor) 2. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (fine motor) 3. ด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) 4. ด้านการใช้ภาษา (expressive language) 5. ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาเด็กสมองพิการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่มีพัฒนาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการทั้งหมดที่รับการรักษา (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	G80.0 - G80.9
	ตัวหาร	G80.0 - G80.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
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		จิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Children and Adolescent psychiatry
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0401 (เดิม DM0401)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นรายใหม่อาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) improved after intervented for 6 months
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น (F90) อาการดีขึ้น หมายถึง คะแนนจากแบบวัด SNAP-IV ฉบับผู้ปกครองลดลงด้านใดด้านหนึ่งหลังรับการรักษา 6 เดือน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-14 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มารับการรักษาทั้งหมดในช่วง 6 เดือนและมีคะแนน SNAP-IV ลดลงจากการประเมินโดยผู้ปกครอง (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-14 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มารับการรักษาทั้งหมดในช่วง 6 เดือน (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F90
	ตัวหาร	F90
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
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		จิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Children and Adolescent psychiatry
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0402 (เดิม DM0402)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยเด็กซึมเศร้าอาการดีขึ้นภายใน 6 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of children and adolescents with Major Depressive Disorder (MDD) improved after intervented for 6 months
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ผู้ป่วยเด็กซึมเศร้า (MDD) 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 (MDD)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่อาการสงบ หรือ คะแนน CDI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด ทั้งวินิจฉัยหลักและวินิจฉัยรอง (คน) ในรอบ 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F 32.0-F 32.9, F33.0-F33.9, F34.1
	ตัวหาร	F 32.0-F 32.9, F33.0-F33.9, F34.1
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
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		จิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Children and Adolescent psychiatry
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0403 (เดิม CP0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น/LD/MDD รายใหม่ที่มารับการบำบัดรักษาในรอบ 6 เดือน และมารับการรักษาตามนัด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of carers of children with ADHD/LD/MDD having good compliance to treatment
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. มารับการบำบัดรักษาตามนัด หมายถึง ผู้ปกครองมาตามวันที่นัด หรือ มาในวันอื่นที่มีการแจ้งเลื่อนนัดในระบบนัด หรือจำนวนผู้ปกครองที่มาตามระบบนัด 2. ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการคลินิกพัฒนาการหรือคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการรักษา (continuity of care)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กสมาธิสั้น/LD/MDD/ผู้ดูแลที่นัด มารับการบำบัดรักษาตามแผนการรักษา ในรอบ 6 เดือน (ราย)
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กสมาธิสั้น/LD/MDD/ผู้ดูแลทั้งหมด ที่นัดมารับการบำบัดรักษาในรอบ 6 เดือน (ราย)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F32, F81, F90
	ตัวหาร	F32, F81, F90
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
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		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Children and Adolescent psychiatry
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0404 (เดิม CP0201)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละเด็กที่สงสัยโรคในกลุ่มพัฒนาการ ได้รับการวินิจฉัยภายใน 90 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of children with neurodevelopmental disorder being diagnosed within 90 days after registration
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. เด็กที่สงสัยโรคกลุ่มพัฒนาการ หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านร่วมกันที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่ระบบบริการในคลินิกพัฒนาการหรือคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 2. ได้รับการวินิจฉัยภายใน 90 วัน หมายถึง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ภายใน 90 วันนับจากการมารับบริการครั้งแรก
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลการเข้าถึงบริการในเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 90 วัน (คน) ในไตรมาสนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าทั้งหมดที่มารับบริการวินิจฉัยและดูแลรักษา โดยไม่นับรวมผู้ป่วยที่มาขอรับบริการเฉพาะการฝึก (คน) ในไตรมาสเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	G80.0-G80.9, F83, R62, F84.0-F84.9
	ตัวหาร	G80.0-G80.9, F83, R62, F84.0-F84.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 60 (ค่าเฉลี่ยจากการทดลองใช้ตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เดือนพฤษภาคม 2561 ร้อยละ 84.36 สูงสุดร้อยละ 100 ต่ำสุดร้อยละ 48)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		จิตเวชเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Adult psychiatry
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0501 (เดิม CP0301)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าถึงบริการได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of schizophrenia patients receiving continuous care
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัย F20.0 – F20.9 ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวดโรคจิต ของปี 2556 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders V) 2. การดูแลรักษาต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเภท (F20.0 – F20.9) ที่เข้าถึงบริการสะสม และรับการดูแลรักษาอยู่ระหว่าง 5 ปี (ปีงบประมาณ 2563 – 2567) ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช/โรงพยาบาลในเขตสุขภาพจากสถานบริการใดก็ได้ อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน (อย่างน้อย 2 ครั้งในปีงบประมาณ) นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2568 โดยอาจมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในกระบวนการบำบัดรักษาและ/หรือการติดตามดูแลต่อเนื่อง เช่น การตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (Tele-Psychiatry) จิตสังคมบำบัดโดยสหวิชาชีพ (Tele-Psychosocial Intervention) บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Psychiatric Home Ward) ฯลฯ และมีการบันทึกข้อมูลลงบนระบบฐานข้อมูล Health Data Center
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินผลการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคจิตเภท
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้รับการติดตามรักษาต่อเนื่องจากสถานบริการใดก็ได้ อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือน (อย่างน้อย 2 ครั้งในปีงบประมาณ) นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกของปีงบประมาณ
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้าถึงบริการสะสมทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และยังคงได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องภายใน 5 ปี จากสถานบริการที่ให้การดูแลครั้งสุดท้าย (Last visit) ทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F20.0 – F20.9
	ตัวหาร	F20.0 – F20.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 58 (Health Data Center, 2568)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		Health Data Center
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2568
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Adult psychiatry
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0502 (เดิม CP0302)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Remission)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of patients with depression remission.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD–10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems-10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ในปีงบประมาณ 2568 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่ผลการประเมินระดับคะแนน 9Q ในครั้งแรก ≥7 2. หายทุเลาภาย (Remission) หมายถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่และรายเก่า ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาล โดยได้รับการบำบัดรักษา และดูแลอย่างต่อเนื่องจนหายทุเลา (มีอาการอยู่ในระยะอาการสงบ : remission) โดยผลระดับ 9Q < 7 หลังได้รับการวินิจฉัยแลบำบัดรักษา 3 เดือน และอาการคงที่หรือดีขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน (คน)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Depression)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ที่มารับบริการและหายทุเลา ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ใน 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F32.x, F33.x, F34.1, F38.x, F39.x
	ตัวหาร	F32.x, F33.x, F34.1, F38.x, F39.x
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 35 (กรมสุขภาพจิต ปี 2568)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ https://www.thaidepression.com
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2568
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Adult psychiatry
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0503 (เดิม CP0303)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (unplanned re-admission)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Mental and behavioral disorder due to psychoactive substance use : Percent of unplanned re-admission within 28 days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยใน อายุ > 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็น F00 – F99 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดภายใน 28 วัน หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องกลับเข้ามารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ ด้วยโรคจิตเวชและสารเสพติด โดยมีข้อบ่งชี้ทางคลินิกด้วยโรคเดิม และแพทย์ไม่ได้วางแผนไว้ก่อน ภายใน 28 วัน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเดือนหนึ่งๆ มีหน่วยนับเป็นราย
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยใน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่รับเข้ารักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 28 วัน ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F00 – F99
	ตัวหาร	F00 – F99
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		≤ ร้อยละ 5 (กรมสุขภาพจิต 2564)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		Hariman K, Cheng KM, Lam J, Leung SK, Lui SSY. Clinical risk model to predict 28-day unplanned readmission via the accident and emergency department after discharge from acute psychiatric units for patients with psychotic spectrum disorders. BJPsych Open [Internet]. 2020;6(1):e13. Available from: http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2019.97
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2568
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Adult psychiatry
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0504 (เดิม CP0304)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดสามารถหยุดเสพต่อเนื่องใน 1 ปี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Mental and behavioral disorder due to psychoactive substance use : Percentage of 1 year remission
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ยาเสพติด โดยสมัครใจด้วยตัวเอง หรือ ผู้ปกครอง, ญาติ, ผู้นำชุมชน นำส่งเข้ารับการรักษา (F11.0 – F19.9)** ยกเว้น F17 2. หยุดเสพต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาตามมาตรฐานการบำบัดโรคร่วม จิตเวชยาเสพติดของกรมสุขภาพจิตแล้วอาการดีขึ้น ได้รับการติดตามแล้วไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปีต่อเนื่อง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดได้รับการดูแลบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์อย่างมีคุณภาพตลอดจนได้รับการดูแลตามกระบวนการบำบัดรักษาในทุกขั้นตอนตั้งแต่สถานพยาบาลจนถึงกลับสู่ครอบครัว ชุมชน สังคมและได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ลดปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ ก่อความรุนแรงซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ในเดือนเดียวกันของปีที่ผ่านมา
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	(F11.0 – F19.9)** ยกเว้น F17
	ตัวหาร	(F11.0 – F19.9)** ยกเว้น F17
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 30 (กรมสุขภาพจิต 2568)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2568
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Adult psychiatry
รหัสตัวชี้วัด		HR-MHD-0505 (เดิม CP0305)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		SMI-V: Percentage of patient not repeat violence
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1.ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (กรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรมความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุพพลภาพรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวัง และดูแลเพื่อป้องกันกลับเป็นซ้ำ/ก่อความรุนแรงซ้ำ 2. ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยมารับบริการที่สถานพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม ICD-10 รหัส F00.X-F99.X หรือ รหัส X60.X-X84.X ได้รับการประเมินและบันทึกรหัสผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข มีรหัสอยู่ในช่วง 1B030 – 1B033 ต่อไปนี้ - 1B030 การประเมินผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดก่อความรุนแรง พบทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต - 1B031 การประเมินผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดก่อความรุนแรง พบทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน - 1B032 การประเมินผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดก่อความรุนแรง พบมีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งร้าย - 1B033 การประเมินผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดก่อความรุนแรง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง อนาจาร และความผิดต่อเสรีภาพ) 3. ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วย SMI-V ที่ได้รับการรักษาจนอาการสงบจากสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชและได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการจนไม่กลับไปก่อความรุนแรงซ้ำภายใน 5 ปี ทั้งนี้ โดย นับจากวันจำหน่ายออกจากหน่วยบริการและไม่กระทำความรุนแรงอีกจนครบ 60 เดือน (นับจำนวนคน) โดยพิจารณาจากฐานข้อมูลผู้ป่วย SMI-V ที่กลับมารักษาด้วยปัญหาการก่อความรุนแรงซ้ำของหน่วยบริการ และบันทึกใน Hospital Information system (HIS) เพื่อส่งออก Health data center (HDC)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องและไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ ใน 5 ปี
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผู้ป่วย SMI-V ที่เข้ารับบริการใน 5 ปีนั้น – จำนวนผู้ป่วย SMI-V ที่ก่อความรุนแรงซ้ำภายใน 5 ปี

	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย SMI-V ที่เข้ารับบริการใน 5 ปี
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	F00-F99 หรือ X60-X84
	ตัวหาร	F00-F99 หรือ X60-X84
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 96 (Health Data Center)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		Health Data Center
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2568
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		สถานพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลที่บันทึกใน Hospital Information system(HIS) ของสถานพยาบาล เพื่อส่งออก Health data center (HDC) มาคำนวนตาม สูตรตัวชี้วัดดังกล่าว

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stem cell transplantation
รหัสตัวชี้วัด		HR-STC-0101 (เดิม DE0501)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการปลูกถ่ายติด (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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกที่มีผลของการปลูกถ่ายติด (engraftment) ภายใน 45 วัน ในรอบปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกทั้งหมด ในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = (ICD-10) D61, C91-C95 และ (ICD-9) ของการปลูกถ่ายไขกระดูก รหัสหัตถการ 41.0 และ ผู้ป่วยมี Engraftment
	ตัวหาร	Pdx = ICD-10 D61,C91- C95 และ ICD-9 ของการปลูกถ่ายไขกระดูก รหัสหัตถการ 41.0
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
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		คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Thalassemia
รหัสตัวชี้วัด		HR-HMT-0101 (เดิม 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 ความหมายของตัวชี้วัด		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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย TDT ที่อายุมากกว่า 2 ปี และถึง 15 ปี มีภาวะธาตุเหล็กเกินและได้รับยาขับธาตุเหล็ก ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย TDT ที่อายุมากกว่า 2 ปี และถึง 15 ปี มีภาวะธาตุเหล็กเกินทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = รหัสโรค ICD-10 D56.1 หรือ D56.0 ร่วมกับ รหัส E83.1 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 D56.1 หรือ D56.0 ร่วมกับ รหัส E83.1
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Cleft lip-cleft palate and craniofacial dieases
รหัสตัวชี้วัด		HR-CCD-0101 (เดิม DE1201)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมปากแหว่งตามเกณฑ์ช่วงอายุไม่เกิน 6 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Cleft lip ที่เข้ารับการผ่าตัดช่วงอายุไม่เกิน 6 เดือน ในไตรมาสนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Cleft lip ที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด ในไตรมาสเดียวกัน
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		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		อัตราการผ่าตัดปากแหว่งตามช่วงอายุ ได้ร้อยละ 100 หากผลลัพธ์ต่ำกว่าค่าเป้าหมายถึงร้อยละ 10 ควรมีการทบทวนการดูแลของทีม

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Cleft lip-cleft palate and craniofacial dieases
รหัสตัวชี้วัด		HR-CCD-0102 (เดิม DE1202)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมเพดานโหว่ตามช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		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) และที่มีภาวะเพดานโหว่อย่างเดียว (cleft palate) ที่คลอดในเขตที่โรงพยาบาลนั้นรับผิดชอบ รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมา ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการจัดสันเหงือกก่อนผ่าตัดเพื่อเข้ารับการผ่าตัดเพดานโหว่ในช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน ที่ให้รหัสโรคตาม ICD-10 กลุ่ม Q35, Q36, Q37
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดประสิทธิภาพของการเข้าถึงบริการและการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้ารับการผ่าตัดเพดานโหว่ในช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย Cleft palate ที่เข้ารับการผ่าตัดเพดานโหว่ภายในช่วงอายุไม่เกิน 18 เดือน ในไตรมาสนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย Cleft palate ที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด ในไตรมาสเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = ICD-10 Q35, Q36, Q37 ที่มีอายุไม่เกิน 18 เดือน และ ICD-9 ของการผ่าตัด Cleft palate รหัสหัตถการ 27.62, 27.63
	ตัวหาร	Pdx = ICD-10 Q35, Q36, Q37 ทั้งหมด และ ICD-9 ของการผ่าตัด Cleft palate รหัสหัตถการ 27.62, 27.63
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		เพื่อกำหนดเกณฑ์การแปลผลให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เช่น ไม่นำกลุ่มโรคร่วม กลุ่มที่มารับการรักษาช้ากว่า 18 เดือนมาคำนวณ เสนอให้นับกลุ่มอาการโรคร่วมทุกโรค เพื่อแสดงความเป็น excellence ของโรงพยาบาล

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Maternal Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0101 (เดิม CM0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ/หรือการคลอด (ต่อแสนการเกิดมีชีพ)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Maternal mortality rate from pregnancy and/or labour
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. มารดา หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งคลอดทารกมีชีพในโรงพยาบาล ที่มี Principal diagnosis (Pdx) or Secondary diagnosis (sdx) เป็นโรคที่มีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป 3. การตายของมารดา หมายถึง การตายของมารดาตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หลังคลอด) ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์ และ/หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้อง 4. การเสียชีวิตของมารดา จากสาเหตุทางสูติกรรม (direct หรือ indirect obstetric causes) ที่เกิดขึ้น หลัง 42 วัน แต่ไม่เกิน 1 ปี หลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์โดย ไม่รวมอุบัติเหตุหรือเหตุบังเอิญ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอดไม่เกิน 6 สัปดาห์ หรือตายจากสาเหตุทางสูติกรรมหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 1 ปี ในช่วง 1 ปีที่ประเมิน
	ตัวหาร	b = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมด (ในปีการประเมินเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = O00-O95 or O98-O99 หรือ Pdx = S00-T98 และ Sdx = O00-O95 or O98-O99
	ตัวหาร	Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5, Z37.6
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		<14 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2570) 10.3 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ (OECD,2023)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.สธ. 2. สปสช.3. ICD-10 and related health statistical classification of diseases and related health problems. Tabular list,. Cdc.gov. 2025
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) คำนิยามในข้อสาม และคำนิยามตัวตั้ง เพิ่มเติม คำว่า (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หลังคลอด), (2) ตัวตั้งรหัสโรค ตัดรหัสโรค O96 (การตายจากสาเหตุทางสูติกรรมที่เกิดหลังคลอดเกิน 42 วันแต่ไม่เกิน 1 ปี), และO97 (การตายจากสาเหตุทางสูติกรรม (โดยตรงหรือโดยอ้อม) ที่เกิด

	หลังคลอด 1 ปีหรือนานกว่า), (3) ตัวหารรหัสโรค แก้ไขรหัส ICD เป็น sdx = Z37.0-Z37.7, Z37.9 อ้างอิงตาม สปสช. เนื่องจาก รหัสโรคในกลุ่ม Z37 ใช้เป็นรหัสเสริมในการระบุผลของการคลอดในบันทึกของมารดาในการประเมินภาวะขาดออกซิเจนแรกให้มีความสอดคล้องกัน ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569): (1) เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 (2) เพิ่มค่า Benchmark เพื่อสามารถเทียบเคียงกับต่างประเทศ (OECD)
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Maternal Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0102 (เดิม CM0104)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้คลอด C/S (Caesarean section) ภายใน 28 วัน (โดยไม่ได้วางแผน)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Unplanned re-admission after Caesarean within 28 days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้คลอด C/S (Caesarean section) หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มี Principal diagnosis (Pdx) or Secondary diagnosis (Sdx) ของการคลอดที่มีเหตุจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10และ/หรือ ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้คลอด Caesarean section ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ด้วยสถานะการอนุญาตให้กลับบ้าน (status=improve) (ยกเว้น ผู้คลอด C/S ที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่ยินยอมรับการรักษาตามแผน)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลและความสมบูรณ์ของการดูแลรักษาผู้คลอด Caesarean Section ที่เป็นผู้ป่วยใน ในภาพรวม
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้คลอด C/S ที่ต้องรับกลับเข้าโรงพยาบาล โดยไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้คลอด C/S ที่จำหน่าย ในเดือนก่อนหน้านั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx or Sdx = O82.0, O82.1, O82.2, O82.8, O82.9, O84.2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนและกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
	ตัวหาร	Pdx or Sdx = O82.0, O82.1, O82.2, O82.8, O82.9, O84.2
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		≤2%
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		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 เป็นการคลอดครรภ์แฝดทารกทุกคนคลอดโดยการผ่าท้องทั้งตัวตั้งและตัวหาร ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Maternal Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0103 (เดิม CM0105)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้คลอดโดยการผ่าตัดคลอด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Average length of stay for 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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. จำนวนวันนอนรวมหมายถึง ผลรวมของจำนวนวัน ที่ผู้ป่วยที่ทำ Caesarean Section นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล นับตั้งแต่วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทุกสถานะการจำหน่าย
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยที่ทำ Caesarean Section
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยที่ทำ Caesarean section ทั้งหมด ในเดือนที่ประเมิน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ Caesarean section ที่จำหน่าย ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Procedures = 74.0, 74.1, 74.2
	ตัวหาร	Procedures = 74.0, 74.1, 74.2
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		วัน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Maternal Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0104 (เดิม CM0107)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน (คลอดทางช่องคลอด)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Immediate postpartum hemorrhage (vaginal delivery)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีการเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร ภายใน 2 ชั่วโมง ภายหลังการคลอดทางช่องคลอดด้วยวิธีวัดเชิงวัตถุวิสัย 2. การคำนวณหาอัตราตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน เป็นการคิดเทียบต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปทั้งหมดที่มาคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลช่วงระยะเวลาที่ประเมิน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์คลอด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนหญิงตั้งครรภ์คลอดอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาล (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx or Sdx = O72
	ตัวหาร	Pdx or Sdx = O80, O81, O83, O84.0, O84.1, O84.8, O84.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		≤ 3% ของการคลอดทั้งหมด (กรมอนามัย)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และ WHO
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Maternal Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0105 (เดิม CM0109)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการชักจากครรภ์เป็นพิษขณะตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of eclampsia during pregnancy, labor, or the postpartum period
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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป 3. การคำนวณหาอัตราหญิงตั้งครรภ์ เป็นการคิดเทียบต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดในช่วงระยะเวลาที่ประเมิน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = O15.0-O15.9 (หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะชัก)
	ตัวหาร	Pdx = O00-O99 or Sdx = O00-O99 (หญิงตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด)
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และ WHO
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Maternal Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0106 (เดิม CM0110)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of gestational diabetes mellitus (GDM)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน (GDM) หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยปัญหาภาวะเบาหวาน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) or Secondary Diagnosis (Sdx) โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 และ/หรือ ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป 3. การคำนวณหาอัตราหญิงตั้งครรภ์ เป็นการคิดเทียบต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดในช่วงระยะเวลาที่ประเมิน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = O24, or Sdx = O24 (หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน)
	ตัวหาร	Pdx = O00-O99 or Sdx = O00-O99 (หญิงตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด)
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		prevalence < 10% (NHSO data)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Maternal Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0107 (เดิม CM0116)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการได้รับ Prophylactic antibiotic ในการผ่าตัด Abdominal hysterectomy
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent 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 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัด Abdominal Hysterectomy หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงระยะเวลาภายใน 1 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัด (กรณีเป็นการให้ยาแบบ IV drip ให้เริ่มนับเวลาเมื่อ drip ยาหมด)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด Abdominal Hysterectomy
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัด Abdominal hysterectomy ที่ได้รับ prophylactic antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมีดผ่าตัด ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัด Abdominal hysterectomy ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.61, 68.69
	ตัวหาร	68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.61, 68.69
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับปรุงชื่อตัวชี้วัดภาษาอังกฤษให้สอดคล้องกับภาษาไทย ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Maternal Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0108 (เดิม CM0117)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการติดเชื้อแผลผ่าตัด Abdominal hysterectomy
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of infection after abdominal hysterectomy
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยผ่าตัด Abdominal Hysterectomy หมายถึง ผู้ป่วยทั้งในสถานะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) เป็นโรคเกี่ยวกับมดลูก ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูกออก โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. การติดเชื้อแผลผ่าตัด Abdominal Hysterectomy หมายถึง เฉพาะการติดเชื้อครั้งแรกของแผลผ่าตัด Abdominal Hysterectomy ภายในช่วงระยะเวลา 30 วันหลังการผ่าตัด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการผ่าตัด Abdominal Hysterectomy
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อครั้งแรกของแผลผ่าตัด Abdominal hysterectomy ภายใน 30 วันหลังการผ่าตัด ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการผ่าตัด Abdominal hysterectomy ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	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		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (2558): 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 ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Maternal Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0109 (เดิม CM0118)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการผ่าตัดคลอดบุตรปฐมภูมิของโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of primary Caesarean section
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1) การผ่าตัดคลอดคลอดบุตรปฐมภูมิของโรงพยาบาล (Primary Cesarean Section) หมายถึง การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) หรือ Secondary Diagnosis (Sdx) ของการคลอดครรภ์เดี่ยวโดยการผ่าท้อง (Single Delivery by Cesarean Section) หรือการคลอดครรภ์แฝดทารกทุกคนคลอดโดยการผ่าท้อง (Multiple Delivery/all by cesarean section) ทุกสิทธิการรักษา โดยมีรหัสโรคและรหัสหัตถการตาม ICD-10 TM, ICD-10 และ/หรือ ICD-9 ตามที่ระบุไว้นี้ 2) การคำนวณหาร้อยละการผ่าตัดคลอดบุตรปฐมภูมิของโรงพยาบาล เป็นการคิดจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดครั้งแรกทุกสิทธิการรักษาและจำหน่ายในเดือนนั้น คิดเทียบต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Previous Cesarean Section) ทั้งหมดในเดือนเดียวกัน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพของการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดครั้งแรกที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (previous cesarean section) ทุกสิทธิการรักษาและจำหน่ายในเดือนนั้น ในช่วงเวลา 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Previous Cesarean Section) และจำหน่ายในเดือนนั้นทั้งหมด ทุกสิทธิการรักษาในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = (O82 or O84.2) and (Procedure =74.0-74.4 or 74.99) หรือ Sdx = (O82 or O84.2) and (Procedure = 74.0-74.4 or 74.99) และ ตัดข้อมูลที่มี Sdx = O34.2 (Previous C/S)
	ตัวหาร	Pdx = O80-O84 หรือ Sdx = O80-O84 และ ตัดข้อมูลที่มี Sdx = O34.2 (Previous C/S)
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.รายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขาแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข 2.รายงานตัวชี้วัดบริการสุขภาพ ของสปสช. (NHSO health service indicator)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		ในการวิเคราะห์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ ควรประเมินผลวิเคราะห์แยกรายกลุ่ม เช่น การมีโรคร่วมของหญิงตั้งครรภ์ สิทธิการรักษา ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลหรือรับส่งต่อ

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Maternal Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0110 (เดิม CM0119)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการผ่าตัดคลอดบุตรทั้งหมดของโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of overall Caesarean section
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1) การผ่าตัดคลอดคลอดบุตรทั้งหมดของโรงพยาบาล (Overall Cesarean Section) หมายถึง การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ที่มี Principal Diagnosis (Pdx) หรือ Secondary Diagnosis (Sdx) ของการคลอดครรภ์เดี่ยวโดยการผ่าท้อง (Single Delivery by Cesarean Section) หรือการคลอดครรภ์แฝดทารกทุกคนคลอดโดยการผ่าท้อง (Multiple Delivery/all by cesarean section) ทุกสิทธิการรักษา โดยมีรหัสโรคและรหัสหัตถการตาม ICD-10 TM, ICD-10 และ/หรือ ICD-9 ตามที่ระบุไว้นี้ 2) การคำนวณหาร้อยละการผ่าตัดคลอดบุตรทั้งหมดของโรงพยาบาล เป็นการคิดจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดทุกสิทธิการรักษาและจำหน่ายในเดือนนั้น คิดเทียบต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลทั้งหมดในเดือนเดียวกัน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพของการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดทุกสิทธิการรักษาและจำหน่ายในเดือนนั้น ในช่วงเวลา 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาล และจำหน่ายในเดือนนั้นทั้งหมด ทุกสิทธิการรักษา ในเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = (O82 or O84.2) and (Procedure =74.0-74.4 or 74.99) หรือ Sdx = (O82 or O84.2) and (Procedure = 74.0-74.4 or 74.99)
	ตัวหาร	Pdx = O80-O84 หรือ Sdx = O80-O84
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1.รายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขาแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข 2.รายงานตัวชี้วัดบริการสุขภาพ ของสปสช. (NHSO health service indicator)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2563
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		ในการวิเคราะห์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ ควรประเมินผลวิเคราะห์แยกรายกลุ่ม เช่น การมีโรคร่วมของหญิงตั้งครรภ์ สิทธิการรักษา ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลหรือรับส่งต่อ
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Child Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0201 (เดิม CM0201)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Perinatal mortality rate (24 weeks)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การตายปริกำเนิด หมายถึง การตายของทารกในครรภ์ น้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป หรืออายุครรภ์ 24 สัปดาห์ หากไม่มีข้อมูลน้ำหนัก (still birth) และการตายของทารกแรกเกิดภายใน 7 วันหลังคลอด 2. การเก็บข้อมูลการตายปริกำเนิด ให้นับเฉพาะการตายปริกำเนิดที่เกิดจากการคลอด (ทั้งที่คลอดมีชีวิตและไม่มีชีวิต) ขณะมา หรือขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวมทารกซึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ทั้งนี้ในกรณีที่มีการส่งต่อทารกไปยังโรงพยาบาลอื่นและทารกตายภายใน 7 วันหลังคลอด ให้นับรวมเป็นการตายปริกำเนิดของโรงพยาบาลผู้ส่งต่อทารก (โดย รพ. ผู้ส่งต่อ ต้องติดตามผลการมีชีวิตรอดของทารกเมื่อครบกำหนด 7 วันหลังคลอด) 3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การให้บริการอนามัยแม่และเด็ก (ANC) , ประเมินผลลัพธ์กระบวนการทำคลอดและการดูแลหลังคลอด และประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาแรกคลอด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกที่ตายปริกำเนิด ในช่วงเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกเกิดทั้งหมด ในช่วงเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	P00-P04, P07, P95, P96.9, Z37.1, Z37.3, Z37.4
	ตัวหาร	Z37.0 – Z37.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ต่อ 1,000 ทารกเกิด
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		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ปรับแก้ไข นิยาม จาก คำว่า น้ำหนักน้อยกว่า 500 กรัม เป็น น้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป ตามนิยามวิชาการสากล, (2) ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 ดังที่ระบุ ไว้นี้” ออกจากนิยาม และ ยกเลิกการระบุ ICD-10 ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Child Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0202 (เดิม CM0202)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการตายปริกำเนิด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		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)x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	จำนวนการเสียชีวิตของทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนถึง 7 วันหลังคลอด
	ตัวหาร	จำนวนทารกคลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	
	ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ต่อ 1000 ทารกคลอด
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		นโยบายรัฐมนตรี
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ปรับแก้ไข นิยาม ตัดคำว่า “โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 ดังที่ระบุ ไว้นี้” ออกจากนิยาม และ ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/หัตถการที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีความหลากหลายของการลงรหัสโรคของ รพ.แต่ละระดับ ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Child Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0203 (เดิม CM0203)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการตายของทารกแรกเกิด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Neonatal mortality rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การตายของทารกแรกเกิด หมายถึง การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมีชีวิต ภายใน 28 วันหลังการคลอด (นับรวมทารกเกิดมีชีวิตที่ตายปริกำเนิดด้วย) 2. ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่เกิดจากการคลอดมีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดขณะมาโรงพยาบาล หรือขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวมทารกซึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ทั้งนี้ในกรณีที่มีการส่งต่อทารกไปยังโรงพยาบาลอื่น และทารกตายภายใน 28 วันหลังคลอด ให้นับรวมเป็นการตายของทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลผู้ส่งต่อทารก (โดยโรงพยาบาลผู้ส่งต่อ ต้องติดตามผลการมีชีวิตรอดของทารกเมื่อครบกำหนด 28 วันหลังคลอด) 3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาในกระบวนการคลอดการดูแลทารกหลังคลอดและสะท้อนถึงคุณภาพการให้คำแนะนำหลังคลอด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิตที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังคลอด ในช่วงเวลา 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	P07, P21, P36, P96.9, Z37.0
	ตัวหาร	Z37.0, Z37.2, Z37.5, Z38.0, Z38.1, Z38.3
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ปรับแก้ไข นิยาม ตัดคำว่า “โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 ดังที่ระบุไว้นี้” ออกจากนิยาม และ ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน template รหัสโรค/หัตถการที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีความหลากหลายของการลงรหัสโรคของ รพ.แต่ละระดับ ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Child Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0204 (เดิม CM0204)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of Birth Asphyxia in Newborns
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาล จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป 2. การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด หมายถึง การที่ทารกแรกเกิดมีชีพ มีค่าคะแนน APGAR SCORE ที่ 1 นาที ≤7 โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้นี้ 3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาในกระบวนการคลอด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ที่มีคะแนน APGAR ที่ 1 นาที ≤ 7 ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	P21.0, P21.1, P21.9
	ตัวหาร	Sdx = Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5, Z37.6
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
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 ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Child Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0205 (เดิม CM0205)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการขาดออกซิเจนรุนแรงในทารกแรกเกิด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of Severe Birth Asphyxia in Newborns
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพในโรงพยาบาล จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไปและกรณีที่ไม่ทราบอายุครรภ์ ใช้น้ำหนัก 1,000 กรัมขึ้นไป 2. การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดหมายถึง การที่ทารกแรกเกิดมีชีพ มีค่าคะแนน APGAR SCORE ที่ 1 นาที ≤ 4 3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การดูแลกระบวนการคลอดและฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ที่มีคะแนน APGAR ที่ 1 นาที ≤ 4 ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	P21.0, P21.1 ที่มี APGAR 4
	ตัวหาร	Sdx = Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5, Z37.6
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1) ตัดนิยามคำว่า “โดยมีรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10 ดังที่ระบุไว้นี้” 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 (3) ตัวหาร แก้ไขรหัส ICD เป็น Sdx = Z370, Z372, Z373, Z375, Z376 อ้างอิงตาม สปสช. เนื่องจาก รหัสโรคในกลุ่ม Z37 ใช้เป็นรหัสเสริมในการระบุผลของการคลอดในบันทึกของมารดาในการประเมินภาวะขาดออกซิเจนแรกให้มีความสอดคล้องกันปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และ แก้ไขนิยามของตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับ ICD-10 โดยประเมิน APGAR Score ที่ 1 นาที
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Child Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0206 (เดิม CM0206)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of newborns with a birth weight less than 2,500 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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = Z38.0 Sdx = P05.0
	ตัวหาร	Pdx = Z38.0
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สปสช., ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย กรมอนามัย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559) : (1) ตัดนิยามคำว่า “จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป”, และ แก้ไขน้ำหนักแรกเกิดเป็น “ต่ำกว่า 2,500 กรัม” ให้สอดคล้องกับคำนิยามสากล, และ (2) ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้นี้” และ, ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง ครั้งที่ 2 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Child Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0207 (เดิม CM0207)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม ภายใน 28วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of in-hospital mortality among newborns weighing less than 1,000 grams within 28 days of birth
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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัมที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังการคลอด ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัมทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = Z38.0 Sdx = P07.0
	ตัวหาร	Pdx = Z38.0 Sdx = P07.0
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้นี้” และ, ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/หัตถการที่เกี่ยวข้องเนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักตามนิยามทั้งหมด โดยไม่ต้องระบุรหัสโรค เพราะอาจเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งไม่สามารถระบุด้วยรหัส ICD-10 ได้ครบถ้วน ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Child Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0208 (เดิม CM0208)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,000-1,499 กรัม ภายใน 28 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of in-hospital mortality among newborns weighing between 1,000-1,499 grams within 28 days of birth
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 ทารกที่เกิดจากการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดขณะมา หรือขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวมทารกซึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น 3. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การคลอดโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพการให้คำแนะนำการดูแลตนเองระหว่างการตั้งครรภ์
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 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/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = Z38.0 Sdx = P07.14, P07.15
	ตัวหาร	Pdx = Z38.0 Sdx = P07.14, P07.15
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้นี้” และ, ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน template รหัสโรค/หัตถการที่เกี่ยวข้องเนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักตามนิยามทั้งหมด โดยไม่ต้องระบุรหัสโรค เพราะอาจเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งไม่สามารถระบุด้วยรหัส ICD-10 ได้ครบถ้วน ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Child Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0209 (เดิม CM0209)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,500 - 2,499 กรัม ภายใน 28 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of in-hospital mortality among newborns weighing between 1,500-2,499 grams within 28 days of birth
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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนัก 1,500-2,499 กรัมที่เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังการคลอดใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนัก 1,500-2,499 กรัมทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = Z38.0 Sdx = P07.16, P07.17, P07.18
	ตัวหาร	Pdx = Z38.0 Sdx = P07.16, P07.17, P07.18
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
หตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): ตัดนิยาม คำว่า “โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 และ DRG ดังที่ระบุไว้นี้” และ, ยกเลิกการระบุ ICD-10 TM, ICD-10 ใน Template รหัสโรค/หัตถการที่เกี่ยวข้องเนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักตามนิยามทั้งหมด โดยไม่ต้องระบุรหัสโรค เพราะอาจเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งไม่สามารถระบุด้วยรหัส ICD-10 ได้ครบถ้วน ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Child Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0210 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของการตรวจคัดกรอง TSH ในทารกแรกเกิดเพื่อการวินิจฉัยภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of TSH screening in newborn for Congenital hypothyroidism
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. Congenital hypothyroidism หมายถึง ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด มีอุบัติการณ์ประมาณ 1 ต่อ 3,000–4,000 ของทารกแรกเกิด 2. การตรวจคัดกรอง TSH สายสะดือหรือเลือดจากส้นเท้าของทารกแรกเกิดอายุ 48-72 ชั่วโมงแรก สามารถช่วยในการตรวจพบภาวะ congenital hypothyroidism นำไปสู่การรักษาได้ทันท่วงที และป้องกันภาวะปัญญาอ่อนหรือสติปัญญาบกพร่องได้
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินความครอบคลุมการเข้าถึงบริการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในทารกแรกเกิด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกเกิดมีชีพที่ได้รับการเก็บตัวอย่างคัดกรอง TSH ตามเกณฑ์เวลา (ภายใน 48–72 ชม. หรือก่อนจำหน่าย) ในช่วงเวลา 1 ปี
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมด ในช่วงปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = Z38 หรือ Sdx = Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5 และได้รับการคัดกรอง TSH ตามเกณฑ์เวลา
	ตัวหาร	Pdx = Z38 หรือ Sdx = Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. แนวทางการวินิจฉัยและรักษา Congenital Hypothyroidism สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย 2. การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดในประเทศไทย โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ https://www.dmsc.moph.go.th/th/detailAll/198/nw/25 3. ศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดแห่งชาติ
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี (เป้าหมาย 100%)
ที่มา/ Reference		สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย และการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดในประเทศไทย โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Child Healthcare
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0211 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีผลคัดกรอง TSH ผิดปกติที่ได้รับการตรวจยืนยัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of newborns with an abnormal TSH screening result who complete confirmatory serum testing
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		สัดส่วนของทารกแรกเกิด ที่มีผลการคัดกรองฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH Screening) ผิดปกติ และได้รับการตรวจยืนยัน ด้วยการเจาะเลือด (confirmatory serum testing: serum TSH และ free T4) เพื่อวินิจฉัยภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์แต่กำเนิด (congenital hypothyroidism) ภายใน 14 วันแรกของชีวิต หรือภายใน 7 วันหลังทราบผลคัดกรอง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบติดตามทารกแรกเกิดที่มีผลการตรวจคัดกรอง TSH ผิดปกตินำไปสู่การวินิจฉัยและรักษาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดที่รวดเร็ว
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกที่ผลคัดกรอง TSH ผิดปกติซึ่งเสร็จสิ้นการตรวจยืนยัน (serum TSH และ free T4) ภายใน 14 วันแรกของชีวิต หรือภายใน 7 วันหลังทราบผลคัดกรอง ในช่วง 1 ปี
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดที่ผลการตรวจคัดกรอง TSH ผิดปกติ ในช่วงปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = Z38 หรือ Sdx = Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5 และเสร็จสิ้นการตรวจยืนยันผล TSH ผิดปกติ
	ตัวหาร	Pdx = Z38 หรือ Sdx = Z37.0, Z37.2, Z37.3, Z37.5 และผลการตรวจคัดกรอง TSH ผิดปกติ
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1.หรรษา ไทยศรี, วิโรจน์พวงทับทิม, เปี่ยมนุกูล กระเสาร์, เพ็ญพรรณ ทองเงา, สุภัทรา อุตระวณิชย์, ภาวิณีอินนาคและคณะ. ความชุกการตรวจพบความผิดปกติการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดจากระดับไทรอยด์สติมูเลติงฮอร์โมนในตัวอย่างกระดาษซับเลือดทารกแรกเกิดของประเทศไทยระหว่างปี2558–2565. วารสารควบคุมโรค. 2567. doi:10.14456/dcj.2024.42 2.https://thaipedendo.org/guideline-for-congenital-hypothyroidism/
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย และการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดในประเทศไทย โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Breastfeeding
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0301 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของมารดาที่ให้ทารกกินนมแม่ครั้งแรกหลังคลอด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of Early initiation of breastfeeding
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		**มารดา** หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ซึ่งคลอดทารกมีชีพในโรงพยาบาลโดยวิธีการทุกประเภทของการคลอด ทั้งคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด ทั้งนี้ ไม่นับรวมมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่ไม่สามารถให้นมลูกได้ **กินนมแม่ครั้งแรกหลังคลอด** หมายถึง มารดาที่ได้เริ่มให้ลูกกินนมแม่ครั้งแรกภายในระยะเวลาที่เหมาะสม โดยมารดาคลอดทางช่องคลอดเริ่มให้ภายใน 1 ชั่วโมงแรก และมารดาผ่าตัดคลอดเริ่มให้ภายใน 4 ชั่วโมงแรก
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ของการสนับสนุนการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายในระยะเวลาที่เหมาะสมหลังคลอดตามมาตรฐาน Baby-Friendly Hospital Initiative
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนมารดาคลอดทางช่องคลอดและมารดาที่ผ่าตัดคลอด ที่เริ่มให้ลูกกินนมแม่ครั้งแรกหลังคลอด
	ตัวหาร	B = จำนวนมารดาทั้งหมดที่คลอดในโรงพยาบาล
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.2565 การให้ลูกกินนมแม่ภายในชั่วโมงแรกหลังคลอดอยู่ที่ร้อยละ 29.4 2. เป้าหมายการให้ลูกกินนมแม่ภายในชั่วโมงแรกหลังคลอดเท่ากับร้อยละ 70 ซึ่งอัตราเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 46 ในปี 2024 โดย global breastfeeding collective
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Breastfeeding
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0302 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของทารกแรกเกิดหลังคลอดที่กินนมแม่อย่างเดียวตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of Newborns Exclusively Breastfed Throughout Hospital Stay
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		**ทารกแรกเกิดหลังคลอด** หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลในช่วงหลังคลอด ทั้งนี้ ไม่รวมทารกที่ป่วย (sick baby) และมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องได้รับอาหารเสริมหรือนมทดแทนนมแม่เพื่อการรักษา **กินนมแม่อย่างเดียว** หมายถึง ทารกแรกเกิดหลังคลอดที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่ได้รับอาหารหรือเครื่องดื่มอื่นใด ยกเว้นยาหรือวิตามินตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของหน่วยบริการสาธารณสุขในระยะหลังคลอด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนทารกแรกเกิดหลังคลอดที่กินนมแม่อย่างเดียวตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล
	ตัวหาร	B = จำนวนทารกแรกเกิดหลังคลอดทั้งหมดในโรงพยาบาล
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.2565 การให้อาหารอื่นใดแก่ทารกแรกเกิดภายใน 3 วันหลังจากคลอดอยู่ที่ร้อยละ 25.5
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Breastfeeding
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0303 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือนได้กินนมแม่อย่างเดียว
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of Exclusive Breastfeeding among infants under Six Months
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ทารก หมายถึง ทารกตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 5 เดือน 29 วัน ที่มารับบริการ ณ คลินิกเด็กสุขภาพดี กินนมแม่อย่างเดียว หมายถึง ทารกที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวทุกครั้งที่มารับบริการ โดยไม่ได้รับน้ำ อาหารหรือเครื่องดื่มอื่นใด ยกเว้นยาหรือวิตามินตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ในการปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตามเป้าหมาย Global Nutrition Targets
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือนได้กินนมแม่อย่างเดียว
	ตัวหาร	B = จำนวนทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือนทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.2565 ทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือนที่กินนมแม่อย่างเดียวอยู่ที่ร้อยละ 28.6 2. เป้าหมายทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือนที่กินนมแม่อย่างเดียวเท่ากับร้อยละ 70 ซึ่งอัตราเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 48 ในปี 2024 โดย global breastfeeding collective
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Infertility
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0401 (เดิม DE1301)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสด (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Clinical pregnancy rate per Embryo Transfer following IVF/ICSI and Fresh embryo transfer (age < 34 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 สัปดาห์หลังการใส่ตัวอ่อน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) ที่มีการเต้นของหัวใจทารก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบสด ในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสดทั้งหมด (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Z35.0, Z31.2, Z31.3
	ตัวหาร	Z35.0, Z31.2, Z31.3
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 45, สมาคมนักวิทยาศาสตร์เพาะเลี้ยงตัวอ่อนแห่งประเทศไทย สน.พท.
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		ข้อมูลเก็บรวบรวมเพื่อรายงานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตาม พรบ.คุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ พศ.2558 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Infertility
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0402 (เดิม DE1302)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสด (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and fresh embryo transfer (age 34 - 39 Years)
นิยาม คำอธิบาย 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 สัปดาห์หลังการใส่ตัวอ่อน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี) ที่มีการเต้นของหัวใจทารก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบสด ในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสดทั้งหมด (กลุ่มอายุ 34-39 ปี) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Z35.0, Z31.2, Z31.3
	ตัวหาร	Z35.0, Z31.2, Z31.3
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 30
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		ข้อมูลเก็บรวบรวมเพื่อรายงานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตาม พรบ.คุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ พศ.2558 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Infertility
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0403 (เดิม DE1303)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสด (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and fresh embryo transfer (age > 40 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 สัปดาห์หลังการใส่ตัวอ่อน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) ที่มีการเต้นของหัวใจทารก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบสด ในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบสดทั้งหมด (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Z35.0, Z31.2, Z31.3
	ตัวหาร	Z35.0, Z31.2, Z31.3
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 20
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		ข้อมูลเก็บรวบรวมเพื่อรายงานกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตาม พรบ.คุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ พศ.2558 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Infertility
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0404 (เดิม DE1304)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็ง (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		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/หรือเพาะเลี้ยงต่อหลังละลายตัวอ่อน เข้าในโพรงมดลูกของสตรีผู้รับบริการ 2. Clinical Pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนมีชีพ (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์หลังการใส่ตัวอ่อน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) ที่มีการเต้นของหัวใจทารก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบแช่แข็งในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็งทั้งหมด (กลุ่มอายุน้อยกว่า 34 ปี) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Z35.0, Z31.2, Z31.3
	ตัวหาร	Z35.0, Z31.2, Z31.3
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 55, สมาคมนักวิทยาศาสตร์เพาะเลี้ยงตัวอ่อนแห่งประเทศไทย สน.พท.
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Infertility
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0405 (เดิม DE1305)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็ง (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Clinical pregnancy rate per embryo transfer following IVF/ICSI and frozen embryo transfer (age 34 - 39 years)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การทำเด็กหลอดแก้ว หมายถึง การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ด้วยการปฏิสนธินอกร่างกาย อันได้แก่ การผสมนอกร่างกายในจานเพาะเลี้ยง (standard in vitro fertilisation) และการฉีดตัวอสุจิเข้าเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI- intracytoplasmic sperm injection) โดยทำการย้ายตัวอ่อนที่ผ่านการแช่แข็ง ละลาย และ/หรือเพาะเลี้ยงต่อหลังละลายตัวอ่อน เข้าในโพรงมดลูกของสตรีผู้รับบริการ 2. Clinical pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนมีชีพ (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์หลังการใส่ตัวอ่อน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี) ที่มีการเต้นของหัวใจทารก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบแช่แข็งในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็งทั้งหมด (กลุ่มอายุ 34 - 39 ปี) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Z35.0, Z31.2, Z31.3
	ตัวหาร	Z35.0, Z31.2, Z31.3
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 45, สมาคมนักวิทยาศาสตร์เพาะเลี้ยงตัวอ่อนแห่งประเทศไทย สน.พท.
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Infertility
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0406 (เดิม DE1306)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการตั้งครรภ์ต่อรอบการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็ง (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 ด้วยการปฏิสนธินอกร่างกาย อันได้แก่ การผสมนอกร่างกายในจานเพาะเลี้ยง (Standard in vitro fertilisation) และการฉีดตัวอสุจิเข้าเซลล์ไข่โดยตรง (ICSI- Intracytoplasmic sperm injection) โดยทำการย้ายตัวอ่อนที่ผ่านการแช่แข็ง ละลาย และ/หรือเพาะเลี้ยงต่อหลังละลายตัวอ่อน เข้าในโพรงมดลูกของสตรีผู้รับบริการ 2. Clinical Pregnancy หมายถึง การตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง ยืนยันการตั้งครรภ์ของตัวอ่อนมีชีพ (มีการเต้นของหัวใจ) ในโพรงมดลูกที่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ หรือ 3-5 สัปดาห์หลังการใส่ตัวอ่อน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนสตรีผู้รับบริการที่ได้รับการยืนยันการตั้งครรภ์ (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) ที่มีการเต้นของหัวใจทารก จากการตรวจด้วยเครื่องความถี่สูง จากการใส่ตัวอ่อนรอบแช่แข็งในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของการใส่ตัวอ่อนของผู้รับบริการทำเด็กหลอดแก้วและย้ายตัวอ่อนรอบแช่แข็งทั้งหมด (กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป) ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Z35.0, Z31.2, Z31.3
	ตัวหาร	Z35.0, Z31.2, Z31.3
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละ 30, สมาคมนักวิทยาศาสตร์เพาะเลี้ยงตัวอ่อนแห่งประเทศไทย สน.พท.
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		คณะอนุกรรมการระบบคุณภาพและพัฒนาตัวชี้วัด, เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2560
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Infertility
รหัสตัวชี้วัด		HR-MCH-0407 (เดิม DE1601)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของทารกแรกเกิดที่ได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยิน ภายใน 30 วัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of newborn infants screened for hearing impairment within 30 days of birth
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1.ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพทุกรายที่คลอดในโรงพยาบาลจากหญิงตั้งครรภ์โดยมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ยกเว้น ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นก่อน 2. การตรวจคัดกรองการได้ยิน หมายถึง การตรวจเพื่อประเมินความผิดปกติของการได้ยิน โดยวัดเสียงสะท้อนจากหูชั้นใน (Otoacoustic emissions: OAE) หรือ การตรวจคัดกรองการได้ยินระดับก้านสมอง (Automated Auditory Brainstem Response: AABR)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลการคัดกรองการดูแลทารกแรกเกิด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) × 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดที่ได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยิน ภายใน 30 วัน ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด (ในปีเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = Z38.0-Z38.8 ร่วมกับรหัส ICD 9 95.41 ภายใน 30 วัน
	ตัวหาร	Pdx = Z38.0-Z38.8
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		มากกว่าร้อยละ 95
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2561
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Pressure Ulcer
รหัสตัวชี้วัด		HR-BSW-0101 (เดิม CG0104)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Hospital acquired pressure ulcer/Injury (HAPI) rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. แผลกดทับที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (HAPI) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับใหม่เกิดขึ้นในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมาก่อน และเกิดแผลกดทับใหม่ในตำแหน่งอื่น 2. แผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป หมายถึงแผลกดทับครอบคลุมตั้งแต่ระดับ 2 ถึงระดับที่ลึกกว่า ได้แก่ ระดับ 2, 3, 4, Deep Tissue Injury และแผลกดทับที่ไม่สามารถจัดระดับได้ (Unstageable) ตามระบบการจำแนกประเภทของแผลกดทับ (Classification of Pressure Injuries) (ดูรายละเอียดในเอกสารภาคผนวก ง.) 3. ตัวชี้วัดนี้ใช้ประเมินความถี่ของการเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป ที่เกิดขึ้นใหม่หลังเข้ารับบริการ โดยแยกผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมาก่อนเข้ารับบริการ (CAPI / POA) ออกจากการคำนวณ ไม่รวมแผลที่มีอยู่ก่อนแรกรับ อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีแผลกดทับเดิมการเกิดแผลใหม่ในตำแหน่งอื่นภายหลังเข้ารับบริการให้ถือเป็นเหตุการณ์ใหม่และต้องนับเป็นผู้ป่วยแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		1. สะท้อนคุณภาพของการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล 2. ประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล 3. ใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับเปรียบเทียบคุณภาพ (benchmarking) ระหว่างโรงพยาบาล
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a= จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับใหม่ระดับ 2 ขึ้นไป
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สำรวจทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส (สำรวจแบบ Point Prevalence Survey: PPS)
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1. EPUAP, NPIAP, PPPIA. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: International Clinical Practice Guideline.* 2019 & 2025 Editions. Perth (Australia): EPUAP/NPIAP/PPPIA. Available from: https://internationalguideline.com 2. สมาคมพยาบาลแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย (ประเทศไทย)

	3. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (2569): Update เพื่อให้คำจำกัดความ กระบวนการประเมินและติดตาม เป็นไปตามมาตรฐานที่มีแหล่งอ้างอิงชัดเจนและเป็นปัจจุบัน
หมายเหตุ	เกณฑ์การคัดออกจากการสำรวจ: 1. ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอม หรือปฏิเสธการประเมินผู้ป่วย/ญาติไม่อนุญาติให้สำรวจ 2. ผู้ป่วยไม่อยู่ในหอผู้ป่วย ณ เวลาสำรวจ 3. ผู้ป่วยที่รับไว้แบบไม่นอนโรงพยาบาล 4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตสุ่มเสี่ยงและห้ามเคลื่อนย้าย 5. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการสับสน (อาจเป็นอันตรายต่อผู้เก็บข้อมูล) 6. เด็กแรกเกิดที่ไม่ป่วย

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Palliative Care
รหัสตัวชี้วัด		HR-PLC-0101 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองมีแผนดูแลล่วงหน้าและบันทึกในระบบข้อมูลของ Hospital Information System
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Advance care planning: Percentage of palliative patients have ACP recorded in Hospital Information System.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		- ผู้ป่วยประคับประคอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคที่รุนแรงและคุกคามชีวิต - แผนดูแลล่วงหน้า คือ แผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เป็นการประเมินการสื่อสารพยากรณ์โรคและแนวทางการดูแลระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยประคับประคองและครอบครัว โดยการมีส่วนร่วมในการเลือกเป้าหมายการดูแลตามการมองเห็นคุณค่า (values) และความชอบ (preferences) ของผู้ป่วยซึ่งสะท้อนการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกประคับประคองที่มีแผนดูแลล่วงหน้าบันทึกในระบบข้อมูลโรงพยาบาล ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยประคับประคอง โดยนับเฉพาะรายใหม่ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Z51.5 and Z71.8
	ตัวหาร	Z51.5
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		Service plan สาขาการดูแลประคับประคอง
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สธ., Service plan สาขาการดูแลประคับประคอง, สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Palliative Care
รหัสตัวชี้วัด		HR-PLC-0102 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองได้รับยา opioid ในการจัดการอาการ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Opioid coverage: Percentage of palliative patients received opioids for symptom management.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ผู้ป่วยประคับประคอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคที่รุนแรงและคุกคามชีวิต การดูแลประคับประคองมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ลดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการจัดการอาการปวดและอาการอื่นๆ ที่ทำให้ทุกข์ทรมาน รวมถึงการสนับสนุนทางอารมณ์ และการช่วยเหลือครอบครัว
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพซึ่งช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยประคับประคองจำนวนมากต้องการยา opioids เพื่อควบคุมอาการปวด หอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการที่พบมากและสร้างทุกข์ทรมานส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวัด opiod coverage จึงเป็นการสะท้อนการจัดการอาการโดยยาที่มีประสิทธิภาพ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกประคับประคองที่ได้รับยา opioids (morphine, fentanyl, methadone) ในการจัดการอาการ ข้อมูลจากงานเภสัชกรรม ในช่วง 6 เดือน (ครึ่งปี) นั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยประคับประคอง ในช่วง 6 เดือน (ครึ่งปี) เดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Z51.5 และ ได้รับยา opioids ในการจัดการอาการ
	ตัวหาร	Z51.5
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		Service plan สาขาการดูแลประคับประคอง
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สธ., Service plan สาขาการดูแลประคับประคอง, สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Palliative Care
รหัสตัวชี้วัด		HR-PLC-0103 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองได้รับการเชื่อมต่อการดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อของระบบบริการ โดยการส่งต่อเยี่ยมบ้านหรือการส่งต่อเครือข่ายประคับประคอง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Transition of care: Percentage of palliative patients receive care continuously via transition across care settings (hospital to home or referral to PC network)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		- ผู้ป่วยประคับประคอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคที่รุนแรงและคุกคามชีวิตที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล - การดูแลเชื่อมต่อการดูแล เมื่อผู้ป่วยประคับประคองได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยประคับประคองส่วนใหญ่ได้รับการดูแลทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชนและที่บ้าน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินการจัดบริการดูแลต่อเนื่องโดยมีการเชื่อมต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและบ้าน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกประคับประคองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน โดยได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้านหรือการส่งต่อเครือข่ายดูแลประคับประคอง ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยประคับประคองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Z51.5 และ ได้รับการเยี่ยมบ้านหรือส่งต่อเครือข่ายดูแลประคับประคอง
	ตัวหาร	Z51.5
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		Service plan สาขาการดูแลประคับประคอง
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สธ., Service plan สาขาการดูแลประคับประคอง, สปสช.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Sepsis
รหัสตัวชี้วัด		HR-ITC-0101 (เดิม CI0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน จากภาวะพิษเหตุติดเชื้อในชุมชน (Community-acquired sepsis)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		In-Hospital Mortality Rate due to Community-acquired sepsis
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		- การเสียชีวิตของผู้ป่วยใน หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยมีระยะเวลาการนอนพักรักษานานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป - ภาวะพิษเหตุติดเชื้อในชุมชน (Community-acquired sepsis) หมายถึง ภาวะการทำงานของอวัยวะล้มเหลวซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต อันเกิดจากการตอบสนองที่ผิดปกติของร่างกายต่อการติดเชื้อที่รับมาจากในชุมชน (reference : Thai Guideline on Sepsis & Septic Shock Management 2026) ซึ่งมี Pdx หรือ Sdx หรือมีอาการแสดงตามรหัสโรค ICD-10 TM ที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่เกิดในชุมชน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาลที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในชุมชน (Community-acquired sepsis) และเสียชีวิต ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาลที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในชุมชน (Community-acquired sepsis) ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A40.0 - A40.9, A41.0 - A41.9, R57.2, R65.1 ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ หรือ Sdx = A40.0 - A40.9, A41.0- A41.9, R57.2, R65.1 และเสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก Sepsis
	ตัวหาร	A40.0 - A40.9, A41.0-A41.9, R57.2, R65.1
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อในชุมชน (Community-acquired sepsis) น้อยกว่า 25% *Service plan ปี 2568 และ สมาคมเวชบำบัดวิกฤต
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สธ., สปสช., นโยบายรัฐมนตรีฯ ปีงบประมาณ 2558, สมาคมโรคติดเชื้อ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้สอดคล้องกับสภาวะความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Sepsis
รหัสตัวชี้วัด		HR-ITC-0102 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน จากภาวะพิษเหตุติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-acquired sepsis)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		In-Hospital Mortality Rate due to Hospital-acquired sepsis
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		- การเสียชีวิตของผู้ป่วยใน หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยมีระยะเวลาการนอนพักรักษานานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป - ภาวะพิษเหตุติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-acquired sepsis) หมายถึง ภาวะการทำงานของอวัยวะล้มเหลวซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต อันเกิดจากการตอบสนองที่ผิดปกติของร่างกายต่อการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วอย่างน้อย 48 ชั่วโมง (reference : Thai Guideline on Sepsis & Septic Shock Management 2026) ซึ่งมี Pdx หรือ Sdx หรือมีอาการแสดงตามรหัสโรค ICD-10 TM ที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาล
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a= จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาลที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-acquired sepsis) และเสียชีวิต ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b=จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาลที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-acquired sepsis) ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A40.0 - A40.9, A41.0 - A41.9, R57.2, R65.1 ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ หรือ Sdx = A40.0 - A40.9, A41.0- A41.9, R57.2, R65.1 และเสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก Sepsis
	ตัวหาร	A40.0 - A40.9, A41.0-A41.9, R57.2, R65.1
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-acquired sepsis) น้อยกว่า 50% *Service plan ปี 2568 และ สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย ปี 2568
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สธ., สปสช., นโยบายรัฐมนตรีฯ ปีงบประมาณ 2558, สมาคมโรคติดเชื้อ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้สอดคล้องกับสภาวะความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Sepsis
รหัสตัวชี้วัด		HR-ITC-0103 (เดิม CE0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยห้องฉุกเฉินที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาต้านจุลชีพ ภายใน 3 ชั่วโมง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of Emergency Department Patients with Sepsis Who Receive Antimicrobial Therapy within 3 Hours
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หมายถึง ภาวะ Sepsis หรือ การที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงของการอักเสบทั่วตัว (systemic inflammation) ร่วมกับพบเชื้อจากการตรวจเพาะเชื้อจากเลือด หรือพบว่ามีการติดเชื้อที่ใดที่หนึ่งในร่างกาย (reference: surviving sepsis campaign 2012) ซึ่งมี Pdx หรือมีอาการแสดงตามรหัสโรค ICD-10 TM ที่กำหนด (ในที่นี้หมายรวมถึงเฉพาะผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) เท่านั้น) 2. การได้รับยาปฏิชีวนะ หมายถึง การที่ผู้ป่วย Sepsis, Severe sepsis, Septic shock ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึง ER จนถึงเวลาที่ได้รับยา
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับการตรวจรักษาที่ ER และ ได้รับยาปฏิชีวนะใน 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนถึงเวลาได้รับยา ในช่วงเวลาหนึ่งเดือน
	ตัวหาร	b = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับการตรวจรักษาที่ 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		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Sepsis
รหัสตัวชี้วัด		HR-ITC-0104 (เดิม CE0104)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of Emergency Department Patients with Sepsis Who Receive Antimicrobial Therapy within 1 Hour
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 Servere sepsis/Septic shock 1. Two or more of the following four Items a. Temperature >38.3 °C or <36.0 °C b. Heat rate > 90 beats/min c. Respiration > 20 breaths /min d. Wbc > 12,000 or < 4,000/mm3, or >10% bandemia 2. A suspected infection 3. 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) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับการตรวจรักษาที่ ER และ ได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนถึงเวลาได้รับยา ในช่วงเวลาหนึ่งเดือน
	ตัวหาร	b = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับการตรวจรักษาที่ ER ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A40.0–A41.9, and Sdx = R57.2, R65.1
	ตัวหาร	Pdx = A40.0–A41.9, and Sdx = R57.2, R65.1
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
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/

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Emergency Department
รหัสตัวชี้วัด		HR-EMC-0101 (เดิม CE0102)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเข้ารับ-ออกจากบริการของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		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		รายเดือน
หน่วยวัด		นาที ต่อคน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		1. ปรับเกณฑ์ใหม่หลังจากทบทวนข้อมูล THIP I ที่ผ่านมา 2. การแบ่งระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน แบ่งเป็นระดับ ดังนี้ - ระดับ 1A ฉุกเฉินมาก มีความเสี่ยงสูงต่อชีวิต ต้องตรวจรักษาทันทีไม่เกิน 4 นาที (v/s: วัดไม่ได้ BP ≤ 80/50 mmHg RR≤ 10 b/m เด็กชีพจรเบาเร็ว, อาการ: เรียกไม่รู้สึกตัว GCS ≤ 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 ≥ 200/140 mmHg ≤ 90/50 mmHg PR ≥ 150 b/m ≤ 40 b/m RR ≥ 35

	b/m, อาการ: Semi coma chest pain ≥ 30 นาที Severe behavior disorder pain scale 9 - 10 GCS ≤ 13) - ระดับ 2A ภาวะฉุกเฉิน ภาวะที่เสี่ยงต่อชีวิตหรือพิการ ต้องตรวจรักษาภายใน 20 นาที (v/s: BP ≥ 180/130 mmHg >90/60 mmHg PR ≥ 120 b/m ≤ 50 b/m RR ≥ 30 b/m เด็กT ≥ 39 c, sub temp ผู้ใหญ่ T ≥ 40 c, อาการ: ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หายใจไม่สะดวก หอบ ประวัติเลือดออก เช่น แท้ง, อาเจียนเป็นเลือด ชักมากกว่า 1 ครั้งใน 6 ชม. (ไม่ใช่อุบัติเหตุ) แขนขาอ่อนแรงปากเบี้ยว ≤ 72 ชม.) - ระดับ 2B ภาวะเจ็บปวดปานกลาง ต้องตรวจรักษาภายใน 30 นาที (v/s: BP ≥ 180/120 mmHg <100/60 mmHg PR ≥100 b/m <60 b/m RR ≥ 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 3ภาวะไม่ฉุกเฉิน 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 บาดแผลถลอกหรือแผลฉีกขาดที่ไม่ต้องเย็บแผล known patient with chronic symptoms) ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569) : เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Emergency Department
รหัสตัวชี้วัด		HR-EMC-0102 (เดิม CE0103)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินมากที่ได้รับบริการที่ห้องฉุกเฉินระยะเวลาภายใน 60 นาที
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of Emergency patients re'eveing 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 ซึ่งเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน(ไม่รวมกรณีเสียชีวิตผู้ป่วยคลินิกนอกเวลาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนรักษาที่ 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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย 1A ที่สามารถให้การรักษาที่ ED ได้ภายใน 60 นาที ในช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลในรอบหนึ่งเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย 1A ทั้งหมดที่รับการตรวจรักษาที่ ED ในช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลในรอบหนึ่งเดือนนั้นในรอบเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Vaccination
รหัสตัวชี้วัด		HR-HPO-0101 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละผลการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในประชากรกลุ่มเป้าหมาย
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		The percentage of seasonal influenza vaccination among target groups.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ร้อยละผลการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในกลุ่มเป้าหมายเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนวัคซีนที่ได้รับการจัดสรรในพื้นที่ในช่วงเวลาการรณรงค์ประจำปี ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข 2. **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** หมายถึง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่แนะนำ 12 – 20 สัปดาห์ ทั้งนี้สามารถให้ได้ตลอดการตั้งครรภ์ (ให้บริการตลอดทั้งปี) 2) เด็กอายุ 6 เดือน ถึงอายุต่ำกว่า 5 ปี 3) ผู้มีโรคเรื้อรัง ดังนี้ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ ระหว่างการได้รับเคมีบำบัด และเบาหวาน 4) บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป 5) โรคธาลัสซีเมียและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ) 6) โรคอ้วน (น้ำหนัก>100 กิโลกรัม หรือ BMI >35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) 7) ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		1. เพื่อเร่งรัดผลการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 2. เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันในการลดความรุนแรงจากการป่วยและการเสียชีวิตเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไข้หวัดใหญ่ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
	ตัวหาร	B = จำนวนวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ที่ได้รับการจัดสรรทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ประชากรกลุ่มเป้าหมาย จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (Health Data Center) และติดตามผลการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ผ่าน Dashboard NHSO ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกณฑ์ผ่าน: > 90% (Performance)
วิธีการแปลผล		ยิ่งมาก = ยิ่งดี
ที่มา/ Reference		แนวทางการดำเนินงานให้บริการป้องกันวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข

วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง	เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ	

<table>
<tr><td>หมวดตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results indicators)</td></tr>
<tr><td>ประเภทตัวชี้วัด</td><td>Vaccination</td></tr>
<tr><td>รหัสตัวชี้วัด</td><td>HR-HPO-0102 (NEW)</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)</td><td>ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ที่กำหนดในกลุ่มเป้าหมาย</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)</td><td>Percentage of Target Population Fully Vaccinated According to the Defined Immunization Schedule</td></tr>
<tr><td>นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด</td><td>1. ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนพื้นฐานครบถ้วนตามชนิดและจำนวนเข็มที่กำหนดในช่วงอายุที่กำหนด ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดในช่วงอายุนั้น ๆ ในพื้นที่รับผิดชอบ ณ ช่วงเวลาที่ประเมิน
2. กำหนดการให้วัคซีนตามเกณฑ์อายุที่กำหนด ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้
<table>
<tr><th>อายุ</th><th>วัคซีน</th></tr>
<tr><td rowspan="2">แรกเกิด</td><td>BCG (วัคซีนป้องกันวัณโรค)</td></tr>
<tr><td>HBV1 (วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี)</td></tr>
<tr><td>1 เดือน</td><td>HBV2 (วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">2 เดือน</td><td>DTP-HB-Hib1 (วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ)</td></tr>
<tr><td>IPV1 (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 1)</td></tr>
<tr><td>Rota1 (วัคซีนโรต้า)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">4 เดือน</td><td>DTP-HB-Hib2 (วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ)</td></tr>
<tr><td>IPV2 (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 2)</td></tr>
<tr><td>Rota2 (วัคซีนโรต้า)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">6 เดือน</td><td>DTP-HB-Hib3 (วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ)</td></tr>
<tr><td>OPV3 (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 3)</td></tr>
<tr><td>Rota3 (วัคซีนโรต้า)</td></tr>
<tr><td>9 เดือน</td><td>MMR1 (วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน)</td></tr>
<tr><td>1 ปี</td><td>LAJE1 (วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">1 ปี 6 เดือน</td><td>DTP4 (วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน)</td></tr>
<tr><td>OPV4 (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 4)</td></tr>
<tr><td>MMR2 (วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน)</td></tr>
<tr><td>2 ปี 6 เดือน</td><td>LAJE2 (วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4 ปี</td><td>DTP5 (วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน)</td></tr>
<tr><td>OPV5 (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 5)</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2"></td><td>
<table>
<tr><th>อายุ</th><th>วัคซีน</th></tr>
<tr><td rowspan="7">ประถมศึกษาปีที่ 1</td><td>MMR (วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน)</td></tr>
<tr><td>HB (วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี)</td></tr>
<tr><td>LAJE (วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์)</td></tr>
<tr><td>IPV (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด)</td></tr>
<tr><td>dT (วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก)</td></tr>
<tr><td>OPV (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน)</td></tr>
<tr><td>BCG (วัคซีนป้องกันวัณโรค)</td></tr>
<tr><td>ประถมศึกษาปีที่ 5 (หญิง)</td><td>HPV (วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกจากเชื้อเอชพีวี)</td></tr>
<tr><td>ประถมศึกษาปีที่ 6</td><td>dT (วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก)</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด</td><td>1. เพื่อเร่งรัดความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
2. เพื่อเร่งสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ ป้องกันการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน</td></tr>
<tr><td colspan="2">สูตรในการคำนวณ</td><td>(a/b) × 100</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ข้อมูลที่ต้องการ</td><td>ตัวตั้ง</td><td>A = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์อายุที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>ตัวหาร</td><td>B = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง</td><td>ตัวตั้ง</td><td>-</td></tr>
<tr><td>ตัวหาร</td><td>-</td></tr>
<tr><td colspan="2">ความถี่ในการจัดทำข้อมูล</td><td>รายปี</td></tr>
<tr><td colspan="2">หน่วยวัด</td><td>ร้อยละ</td></tr>
<tr><td colspan="2">Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *</td><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (Health Data Center) และติดตามความครอบคลุมผ่านระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์ผ่าน: ≥ 90%
ยกเว้นวัคซีนป้องกันโรคหัดหรือมีส่วนผสมโรคหัดรวมถึงวัคซีนนักเรียน (HPV,dT) เกณฑ์ผ่าน: ≥ 95%</td></tr>
<tr><td colspan="2">วิธีการแปลผล</td><td>ยิ่งมาก = ยิ่งดี</td></tr>
<tr><td colspan="2">ที่มา/ Reference</td><td>World Health Organization (WHO)</td></tr>
<tr><td colspan="2">วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้</td><td>1 ตุลาคม 2569</td></tr>
<tr><td colspan="2">วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด</td><td>ปีงบประมาณ 2570</td></tr>
<tr><td colspan="2">เหตุผลของการปรับปรุง</td><td>เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6</td></tr>
<tr><td colspan="2">หมายเหตุ</td><td></td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดตอนที่ IV-2 ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน

(Patient and Other Customer-Focused Results)

หมวดตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
PR-CSE Customer Satisfaction & Experience: CSE	01 Customer Satisfaction
PR-CEL Customer Engagement & Loyalty: CEL	01 Return to service care 02 Recommended to others
PR-PEC Patient Empowerment & Engagement in Care: PEC	01 Patient and Caregiver Engagement

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Customer Focused Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Customer Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		PR-CSE-0101 (เดิม SC0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (ภาพรวม)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Customer: Percent of outpatient satisfaction (overall)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การประเมินความพึงพอใจในภาพรวม หมายถึง การประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีข้อคำถาม "ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล.....โดยรวมในระดับใด" สุ่มสอบถามจากผู้รับบริการในกระบวนงานบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด 3. การวัดระดับความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินความรู้สึกต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยโดยวัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ 4–5 เท่านั้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความพึงพอใจแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = คุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Customer Focused Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Customer Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		PR-CSE-0102 (เดิม SC0102)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน (ภาพรวม)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Customer: Percent of inpatient satisfaction (overall)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การประเมินความพึงพอใจในภาพรวม หมายถึง การประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีข้อคำถาม "ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล.....โดยรวมในระดับใด" สุ่มสอบถามจากผู้รับบริการในกระบวนงานบริการผู้ป่วยในทั้งหมดซึ่งมีจำนวนวันนอนมากกว่า 3 วัน 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด 3. การวัดระดับความพึงพอใจ หมายถึง การประเมินความรู้สึกต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยโดยวัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ 4–5 เท่านั้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความพึงพอใจแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่มีระดับความพึงพอใจระดับ 4 และ 5
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = คุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Customer Focused Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Customer Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		PR-CSE-0103 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคอง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Satisfaction rate of Palliative patient caregiver
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ความพึงพอใจของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของสถานพยาบาล เป็นการวัดระดับความพึงพอใจของผู้ดูแล (เช่น สมาชิกในครอบครัว) ต่อการดูแลที่ผู้ป่วยแบบประคับประคองใน 4 หัวข้อหลัก ได้แก่ การจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย การให้ข้อมูล การสนับสนุนจากครอบครัว และการดูแลจิตใจของผู้ป่วย
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์บริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากประสบการณ์ของผู้ดูแล (Caregiver experience)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผู้ตอบระดับ 4–5
	ตัวหาร	b = ผู้ตอบทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = คุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1. Aoun S, Bird S, Kristianson LJ, Currow D. Reliability testing of the FAMCARE-2 scale: measuring family carer satisfaction with palliative care. Palliate Med 2010; 24: 674-81. 2. ลดารัตน์ สาภินันท์. แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2 scale). เชียงใหม่: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2558.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 เป็นผู้รับบริการกลุ่มสำคัญใน Center of excellence ที่ยังไม่ถูกระบุ
หมายเหตุ		แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2 scale) ของ Aoun และคณะ1 แปลโดย ลดารัตน์ สาภินันท์ และคณะ2 จำนวน 17 ข้อ ใช้ประเมินระดับความพึงพอใจ 6 ระดับ ได้แก่ 0-5 คะแนน ได้แก่ ไม่พึงพอใจมาก (1) ไม่พึงพอใจ (2) เฉยๆ (3) พึงพอใจ (4) พึงพอใจมาก (5) และไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของฉัน (0)

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Customer Focused Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Return to Service care
รหัสตัวชี้วัด		PR-CEL-0101 (เดิม SC0103)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of outpatients who return to receive care
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. เป็นความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลของผู้รับบริการ และการกลับมารักษาต่อเนื่อง 2. วิธีการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก ซึ่งมีข้อคำถาม "ถ้าท่านสามารถเลือกโรงพยาบาลได้ท่านจะเลือกกลับมาใช้บริการที่ รพ.นี้อีกหรือไม่" และมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ คือ มา/ไม่มา 3. การวัดผลการประเมิน โดยคำนวณหาค่าของผู้รับบริการที่จะกลับมารับบริการซ้ำ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความภักดีแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามประมาณ 20% ของจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจรักษาในช่วงเวลานั้นที่ตอบว่าจะกลับมารักษาในครั้งต่อไป
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามประมาณ 20% ของจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจรักษาในช่วงเวลานั้นที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = คุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Customer Focused Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Return to Service care
รหัสตัวชี้วัด		PR-CEL-0102 (เดิม SC0104)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยในที่จะกลับมาใช้บริการซ้ำ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of inpatients who return to receive care
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. เป็นความพึงพอใจต่อโรงพยาบาลของผู้รับบริการ และการกลับมารักษาต่อเนื่อง 2. วิธีการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยในซึ่งมีข้อคำถาม "ถ้าท่านสามารถเลือกโรงพยาบาลได้ท่านจะเลือกกลับมาใช้บริการที่ รพ.นี้อีกหรือไม่" และมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ คือมา/ไม่มา 3. การวัดผลการประเมิน โดยคำนวณหาค่าของผู้รับบริการที่จะกลับมารับบริการซ้ำ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความภักดีแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามประมาณ 20% ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลที่ตอบว่าจะกลับมารักษาในครั้งต่อไป
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามประมาณ 20% ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = คุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Customer Focused Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Recommended to others
รหัสตัวชี้วัด		PR-CEL-0201 (เดิม SC0105)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่จะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ
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 ซึ่งมีข้อคำถาม "ท่านจะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการที่โรงพยาบาลนี้ หรือไม่" และมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ คือ แนะนำ/ไม่แนะนำ 3. การวัดผลการประเมิน โดยคำนวณหาค่าของผู้รับบริการที่จะแนะนำให้มารับบริการ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความภักดีแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่เลือกแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = คุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Customer Focused Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Recommended to others
รหัสตัวชี้วัด		PR-CEL-0202 (เดิม 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 ซึ่งมีข้อคำถาม "ท่านจะแนะนำญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการที่โรงพยาบาลนี้ หรือไม่" และมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ คือ แนะนำ/ ไม่แนะนำ 3. การวัดผลการประเมิน โดยคำนวณหาค่าของผู้รับบริการที่จะกลับมารับบริการซ้ำโดยใช้จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามประมาณ 20% ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความภักดีแยกตามกลุ่มผู้รับบริการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ป่วยใน/ญาติ) ว่าจะแนะนำผู้อื่นมารักษาที่โรงพยาบาล จำแนกตามกลุ่มผู้รับบริการ
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ป่วยใน/ญาติ) ทั้งหมดตามกลุ่มผู้รับบริการนั้น ๆ
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = คุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Customer Focused Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Patient and Caregiver Engagement
รหัสตัวชี้วัด		PR-PEC-0101 (เดิม HC0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ความสามารถในการดูแลตนเอง/การดูแลผู้ป่วยของญาติ โรค Asthma
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Self-care and Caregiver Management Capability among Patients with Asthma
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย Asthma หมายถึงผู้ป่วยที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคหอบหืดโดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้และในที่นี้หมายรวมถึงเฉพาะผู้ป่วย Asthma ผู้ใหญ่ในแผนกอายุรกรรม 2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล หมายถึง การที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับการเสริมพลังให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและใช้บริการในการรักษาได้อย่างเหมาะสม 3. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย Asthma/ญาติผู้ดูแล หมายถึง การประเมินโดยตรวจสอบสัดส่วนของผู้ป่วย Asthma ที่มารับบริการที่ ER กับ OPD มีอัตราลดลง (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		รายปี
หน่วยวัด		อัตรา (ครั้ง : คน)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Customer Focused Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Patient and Caregiver Engagement
รหัสตัวชี้วัด		PR-PEC-0102 (เดิม HC0102)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ความสามารถในการดูแลตนเอง/การดูแลผู้ป่วยของญาติ โรค COPD
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Self-care and Caregiver Management Capability among Patients with COPD
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วย COPD หมายถึงผู้ป่วยที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้นี้ 2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล หมายถึง การที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับการเสริมพลังให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ เข้าใจสภาวะของโรคมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เข้าใจในการปฏิบัติตัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เช่น การออกกำลังกายการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการหลีกเลี่ยง/ควบคุมปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคมากขึ้นเช่นการสูบบุหรี่ เป็นต้น 3. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย COPD/ญาติผู้ดูแล หมายถึง การประเมินโดยตรวจสอบสัดส่วนของผู้ป่วย COPD ที่มารับบริการที่ ER กับ OPD มีอัตราลดลง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยการวางแผนจำหน่ายการเสริมพลัง และการสร้างเสริมสุขภาพ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยโรค COPD ที่มารับการรักษาที่ ER มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อปี ในรอบ 1 ปี
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยโรค COPD ทั้งหมดที่มารับการรักษาที่ OPD อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี ในรอบปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = J44
	ตัวหาร	Pdx = J44
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

ตัวชี้วัดตอนที่ IV-3 ด้านบุคลากร (Workforce Results)

หมวดตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
WR-PSW Personnel Safety, Health & Well-being: PSW	01 Employee Injury/Illness 02 Employee Health Status
WR-WEA Workforce Engagement & Atmosphere : WEA	01 Turnover Rate 02 Workforce Satisfaction
WR-WCC Workforce Capability & Capacity: WCC	01 Workforce Training

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Employee Injury/Illness
รหัสตัวชี้วัด		WR-PSW-0101 (เดิม SH0102)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละบุคลากรที่บาดเจ็บจากการทำงาน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of employee work-related Injury
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. บุคลากร (employee) หมายถึง บุคลากรผู้ปฏิบัติงานภายใต้การจ้างงานหรือภายใต้การดูแลขององค์กรโดยตรง 2. การบาดเจ็บจากการทำงาน (work-related injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุที่มีเหตุการณ์เกิดที่ชัดเจน มีกลไกการเกิดที่ชัดเจน เช่น เข็มทิ่มตำ สะดุด เครื่องจักรหนีบ ของหล่นทับก่อให้เกิดการบาดเจ็บโดยตรงที่กระดูก กล้ามเนื้อ เอ็น หลอดเลือด หรือเส้นประสาท 3. การบาดเจ็บจากสภาพแวดล้อมการทำงาน (Work Environment Hazards) ได้แก่ - สิ่งคุกคามทางกายภาพ (Physical Hazards) เช่น หกล้ม, ถูกของแข็ง/มีคม, ถูกเครื่องจักร, การสั่นสะเทือน, แสงหรือเสียงไม่ปลอดภัย - สิ่งคุกคามทางสารเคมีหรือเชื้อโรค (Chemical/Biological Hazards) เช่น ถูกสารเคมี, สารระเหย, ฝุ่น, เชื้อโรค, สารก่อภูมิแพ้ - สิ่งคุกคามทางชีวกลศาสตร์ (Biomechanical Hazards) เช่น ปวดกล้ามเนื้อ, ท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม, การยกของหนักเกินไป หรือต้องบิดตัวขณะยก - ปัจจัยจิตสังคม (Psychosocial Hazards) เช่น ความเครียด, การกดดัน, ความเหนื่อยล้า 4. จำนวนบุคลากรเฉลี่ยปีงบประมาณ หมายถึง ผลรวมของจำนวนบุคลากรที่คงอยู่ ณ วันแรกและวันสุดท้ายของปีงบประมาณ หารด้วย 2
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการทำงานในบุคลากร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการบาดเจ็บจากการทำงาน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรเฉลี่ยปีงบประมาณ
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อความครอบคลุมความเสี่ยงทุกด้านที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือโรคจากงาน
หมายเหตุ		จำนวนผู้เข้าฝึกงาน/นักศึกษาแบ่งเป็นหลายชั้นปี กิจกรรมที่มอบหมาย อาจไม่ได้เข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด และการติดตามผลการวินิจฉัยว่ามีภาวะโรคจากการฝึกงานอาจไม่ได้แสดงผลในช่วงเวลาที่อยู่ในความดูแล เป็นไปได้ยากการแยกกลุ่มเพื่อวิเคราะห์น่าจะสะท้อนคุณภาพมากกว่า และบางมหาวิทยาลัยมีการจัดเก็บข้อมูลแยกจากกัน

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Employee Injury/Illness
รหัสตัวชี้วัด		WR-PSW-0102 (เดิม SH0103)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงาน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		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 วันแรกและวันสุดท้ายของปีงบประมาณ หารด้วย 2
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากการทำงานในบุคลากร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรที่เจ็บป่วยจากการทำงาน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรเฉลี่ยปีงบประมาณ
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		การเปลี่ยน a จาก “จำนวนครั้ง” เป็น “จำนวนบุคลากรที่เจ็บป่วย” เพื่อให้ตัวชี้วัดสอดคล้องกับชื่อตัวชี้วัด การนับ จำนวนครั้ง จะไม่ตรงกับความหมาย เพราะคนเดียวอาจเจ็บป่วยหลายครั้ง
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Employee Injury/Illness
รหัสตัวชี้วัด		WR-PSW-0103 (เดิม SH0301)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวเนื่องจากงาน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Work-Related Injury and Illness Frequency Rate among Personnel
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. เป็นการวัดอัตราการบาดเจ็บของบุคลากรที่มีการบาดเจ็บซึ่งมีสาเหตุจากการปฏิบัติงานในหน้าที่และในเวลางานเท่านั้นเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนผลการดำเนินงานในอดีตเท่านั้น 2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคำนวณจำนวนครั้งการบาดเจ็บเทียบกับชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเวรที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ คูณด้วยจำนวนชั่วโมงในแต่ละเวร (เช่น ในเดือนนั้นมีบุคลากรมาปฏิบัติงาน 50 คน เข้าเวร 8 ชั่วโมง จำนวนเวรทั้งหมด 200 เวร รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมดคิดเป็น 8X200 = 1,600 ชั่วโมงการทำงาน) เช่น *ตัวอย่างการคำนวณหากเดือนหนึ่งเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน 2 ครั้ง และมีชั่วโมงการทำงานรวม 1,600 ชั่วโมง* แทนสูตรดังนี้ $$IFR = \frac{2}{1600} \times 1,000,000$$ $$= 1,250$$
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อติดตามหลังจากมีการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่บุคลากรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วย เนื่องจากการทำงานในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร	b = จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งสิ้นของบุคลากรในองค์กรในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000,000 ชั่วโมงการทำงาน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Employee Injury/Illness
รหัสตัวชี้วัด		WR-PSW-0104 (เดิม SH0302)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Injury Severity Rate (ISR) among Direct Patient Care Personnel
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. เป็นการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บจากจำนวนวันทั้งหมดที่พนักงานต้องหยุดงาน เพื่อรักษาพยาบาลจนกว่าจะกลับไปทำงานใหม่ได้ ต่อชั่วโมงการทำงาน 1,000,000 ชั่วโมงโดยไม่นับวันที่เข้ารับการปฐมพยาบาลหากมีการเสียชีวิตในงานให้คิดเป็น 8,000 ชั่วโมงที่หายไป 2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคิดคำนวณชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเวรที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ คูณด้วยจำนวนชั่วโมงในแต่ละเวร (เช่น ในเดือนนั้นมีบุคลากรมาปฏิบัติงาน 50 คน เข้าเวร 8 ชั่วโมง จำนวนเวรทั้งหมด 200 เวร รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมดคิดเป็น 8X200=1,600 ชั่วโมงการทำงาน) 3. การบาดเจ็บ (injury) หมายถึง เฉพาะการบาดเจ็บเท่านั้น ไม่รวมถึงการเจ็บป่วย (illness) จากโรคที่เกิดจากการทำงาน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อติดตามหลังจากมีการดำเนินการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัย ความรุนแรงของการบาดเจ็บลดลง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนวันที่บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงทั้งหมดขององค์กรหยุดงานหรือสูญเสียเนื่องจากการบาดเจ็บในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร	b = จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงในองค์กร ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2559): (1)เพิ่มเติมคำนิยาม “การบาดเจ็บ (injury) หมายถึง เฉพาะการบาดเจ็บเท่านั้น ไม่รวมถึงการเจ็บป่วย (illness) จากโรคที่เกิดจากการทำงาน” เพราะความรุนแรงของการเจ็บป่วย (illness) ที่มีผลให้หยุดงานนั้นยังมีองค์ประกอบอื่นๆ อีกมากที่นอกเหนือจากสิ่งแวดล้อม ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6

หมายเหตุ	บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ 2211 แพทย์ทั่วไป 2212 แพทย์เฉพาะทาง 2221 พยาบาลวิชาชีพ 2222 ผดุงครรภ์วิชาชีพ 2230 แพทย์ทางเลือก 2240 ผู้ช่วยแพทย์ (เช่น feldsher) 2261 ทันตแพทย์ 2262 เภสัชกร 2263 จนท.ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม 2264 นักกายภาพบำบัด 2265 โภชนากร 2266 นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย 2267 นักทัศนมาตรวิชาชีพ 2269 ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักอาชีวบำบัด 3212 จนท.เทคนิคพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการ 3213 ผู้ช่วยเภสัชกร 3214 จนท.อุปกรณ์การแพทย์เทียม 322 พนง.การพยาบาล 3251 ผู้ช่วยทันตแพทย์ 3252 จนท.เวชระเบียนและข้อมูลสุขภาพ 3253 จนท.สุขภาพชุมชน 3254 ช่างประกอบแว่นตา 3255 ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด 3257 ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม 3258 ผู้ปฏิบัติงานด้านรถพยาบาล 3259 จนท.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		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Employee Injury/Illness
รหัสตัวชี้วัด		WR-PSW-0105 (เดิม SH0303)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Injury Severity Rate (ISR) among Non-direct Patient Care Personnel
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. เป็นการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บจากจำนวนวันทั้งหมดที่พนักงานต้องหยุดงาน เพื่อรักษาพยาบาลจนกว่าจะกลับไปทำงานใหม่ได้ ต่อชั่วโมงการทำงาน 1,000,000 ชั่วโมงโดยไม่นับวันที่เข้ารับการปฐมพยาบาลหากมีการเสียชีวิตในงานให้คิดเป็น 8,000 ชั่วโมงที่หายไป 2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคิดคำนวณชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเวรที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ 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) x 1,000,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนวันที่บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงทั้งหมดขององค์กรหยุดงานหรือสูญเสียเนื่องจากการบาดเจ็บในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร	b = จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงในองค์กรในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ 1342 นักบริหารด้านบริการสุขภาพ 2131, 2133 นักวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต 2635 นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา 3299 ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆเช่น

	- 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 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		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Employee Injury/Illness
รหัสตัวชี้วัด		WR-PSW-0106 (เดิม SH0306)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวเนื่องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Work-Related Injury and Illness Frequency Rate (IFR) among Direct Patient Care Personnel
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. เป็นอัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากร ซึ่งมีสาเหตุจากการปฏิบัติงานในหน้าที่และในเวลางานเท่านั้น เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนผลการดำเนินงานในอดีตเท่านั้น 2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคำนวณจำนวนครั้งการบาดเจ็บเทียบกับชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเวรที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ คูณด้วยจำนวนชั่วโมงในแต่ละเวร (เช่น ในเดือนนั้นมีบุคลากรมาปฏิบัติงาน 50 คน เข้าเวร 8 ชั่วโมง จำนวนเวรทั้งหมด 200 เวร รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมดคิดเป็น 8X200 = 1,600 ชั่วโมงการทำงาน) เช่น *ตัวอย่างการคำนวณหากเดือนหนึ่งเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน 2 ครั้ง และมีชั่วโมงการทำงานรวม 1,600 ชั่วโมง* แทนสูตรดังนี้ $$IFR = \frac{2}{1600} \times 1,000,000$$ $$= 1,250$$
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อติดตามหลังจากมีการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงทั้งหมดขององค์กรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วย เนื่องจากการทำงาน ในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร	b = จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงในองค์กร ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้งต่อหนึ่งล้านชั่วโมงการทำงาน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		เป้าหมายขององค์กร, ค่าเปรียบเทียบ รพ.ระดับศักยภาพเดียวกัน
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สถาบันมาตรฐานแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (American National Standard Institute; ANSI)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 พฤษภาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ 2211 แพทย์ทั่วไป

	2212 แพทย์เฉพาะทาง 2221 พยาบาลวิชาชีพ 2222 ผดุงครรภ์วิชาชีพ 2230 แพทย์ทางเลือก 2240 ผู้ช่วยแพทย์ (เช่น feldsher) 2261 ทันตแพทย์ 2262 เภสัชกร 2263 จนท.ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม 2264 นักกายภาพบำบัด 2265 โภชนากร 2266 นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย 2267 นักทัศนมาตรวิชาชีพ 2269 ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักอาชีวบำบัด 3212 จนท.เทคนิคพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการ 3213 ผู้ช่วยเภสัชกร 3214 จนท.อุปกรณ์การแพทย์เทียม 322 พนง.การพยาบาล 3251 ผู้ช่วยทันตแพทย์ 3252 จนท.เวชระเบียนและข้อมูลสุขภาพ 3253 จนท.สุขภาพชุมชน 3254 ช่างประกอบแว่นตา 3255 ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด 3257 ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม 3258 ผู้ปฏิบัติงานด้านรถพยาบาล 3259 จนท.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		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Employee Injury/Illness
รหัสตัวชี้วัด		WR-PSW-0107 (เดิม SH0307)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราความถี่การบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากรที่เกี่ยวเนื่องจากงาน ของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Work-Related Injury and Illness Frequency Rate (IFR) among Non-direct Patient Care Personnel
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. เป็นการวัดอัตราการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยของบุคลากร ซึ่งมีสาเหตุจากการปฏิบัติงานในหน้าที่และในเวลางานเท่านั้น เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนผลการดำเนินงานในอดีตเท่านั้น 2. จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากร เป็นการคำนวณจำนวนครั้งการบาดเจ็บเทียบกับชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทั้งหมดในองค์กร ตามจำนวนเวรที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ คูณด้วยจำนวนชั่วโมงในแต่ละเวร (เช่น ในเดือนนั้นมีบุคลากรมาปฏิบัติงาน 50 คน เข้าเวร 8 ชั่วโมง จำนวนเวรทั้งหมด 200 เวร รวมชั่วโมงการทำงานทั้งหมดคิดเป็น 8X200 = 1,600 ชั่วโมงการทำงาน) เช่น *ตัวอย่างการคำนวณหากเดือนหนึ่งเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน 2 ครั้ง และมีชั่วโมงการทำงานรวม 1,600 ชั่วโมง* แทนสูตรดังนี้ $$IFR = \frac{2}{1600} \times 1,000,000$$ $$= 1,250$$
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อติดตามหลังจากมีการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งที่บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงทั้งหมดขององค์กรได้รับบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ในช่วงเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร	b = จำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดของบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงในองค์กรในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้งต่อหนึ่งล้านชั่วโมงการทำงาน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		เป้าหมายขององค์กร, ค่าเปรียบเทียบ รพ.ระดับศักยภาพเดียวกัน
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สถาบันมาตรฐานแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (American national standard institute: ANSI)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 พฤษภาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ 1342 นักบริหารด้านบริการสุขภาพ 2131, 2133 นักวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต

	2635 นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา 3299 ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆเช่น - 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 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		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Employee Injury/Illness
รหัสตัวชี้วัด		WR-PSW-0108 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของบุคลากร
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentge of Work-Related Infection in personnel
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		จำนวนบุคลากรที่ได้รับการวินิจฉัยป่วยจากการติดเชื้อที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในระยะเวลาที่กำหนด เช่น รอบ 1 ปี อาทิบุคลากรป่วยเป็นวัณโรคปอดที่พิสูจน์ได้ว่าได้รับเชื้อจากผู้ป่วยหรือผู้ร่วมงาน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อทราบสถานการณ์และแนวโน้มการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานและใช้ข้อมูลในการทบทวนเพื่อวางมาตรการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรที่ป่วยจากการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรทั้งหมดที่มีความเสี่ยง
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Employee Health status
รหัสตัวชี้วัด		WR-PSW-0201 (เดิม HE0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละบุคลากรได้รับการตรวจร่างกายประจำปี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of employee check-up
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		บุคลากรที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง กรณีเป็นข้าราชการและลูกจ้างประจำตรวจสุขภาพตามสิทธิ์กระทรวงการคลังกำหนด ส่วนลูกจ้างชั่วคราว ตรวจสุขภาพตามนโยบายขององค์กร/หน่วยงาน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อส่งเสริมการมีสวัสดิการด้านสุขภาพของบุคลากร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรได้รับการตรวจร่างกายประจำปี
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Employee Health status
รหัสตัวชี้วัด		WR-PSW-0202 (เดิม 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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรที่มี BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการตรวจประเมินหาค่าดัชนีมวลกายทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Employee Health status
รหัสตัวชี้วัด		WR-PSW-0203 (เดิม HE0103)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละบุคลากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Employee: Percent of employee have behavior-smoky
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		บุคลากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ภาวะสุขภาพของบุคลากรตามโรคและพฤติกรรมที่กำหนด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Employee Health status
รหัสตัวชี้วัด		WR-PSW-0204 (เดิม 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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรเพศชายที่ได้รับการวัดรอบเอวและมีค่ารอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรเพศชายที่ได้รับการวัดรอบเอวทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Employee Health status
รหัสตัวชี้วัด		WR-PSW-0205 (เดิม HE0105)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละบุคลากรเพศหญิงมีภาวะอ้วนลงพุง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Employee: Percent of employee (female) obesity
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ภาวะอ้วนลงพุง หมายถึง ภาวะที่มีการสะสมของไขมันในร่างกายบริเวณช่องท้องเกินมาตรฐานวัดรอบเอวตรงตำแหน่งสะดือ โดยใช้สายวัดในช่วงหายใจออกสุด สายวัดแนบกับลำตัว ไม่รัดแน่น และให้ระดับของสายวัดวางอยู่ในแนวขนานกับพื้น โดยรอบเอวของผู้หญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ภาวะสุขภาพของบุคลากรตามโรคและพฤติกรรมที่กำหนด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรเพศหญิงที่ได้รับการวัดรอบเอว และมีค่ารอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรเพศหญิงที่ได้รับการวัดรอบเอวทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Employee Health status
รหัสตัวชี้วัด		WR-PSW-0206 (เดิม 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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรทั้งหมด (1 มิถุนายน สิ้นสุด 30 กันยายน ของทุกปี)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Turnover Rate
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0101 (เดิม SH0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการลาออกของบุคลากร
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Personnel Turnover rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การลาออกของบุคลากร หมายถึง การที่บุคลากร (รวมทุกประเภททุกตำแหน่ง) ขององค์กรลาออกโดยสมัครใจ ไม่นับกลุ่มที่ให้ออก, ไล่ออก, ปลดออก, เกษียณอายุ, เข้าโครงการเกษียณก่อนอายุ, ถึงแก่กรรม และโอน ย้าย 2. ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุคลากรที่ลาออกในรอบปีงบประมาณ หมายถึง ผลรวมของจำนวนบุคลากรที่ลาออกทั้งหมดในรอบปีงบประมาณ หารด้วย 12 3. ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุคลากร ณ วันแรกและวันสุดท้ายของปีงบประมาณ หมายถึง ผลรวมของจำนวนบุคลากรที่คงอยู่ณ วันแรกและวันสุดท้ายของปีงบประมาณ หารด้วย 2
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลขององค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุคลากรที่ลาออกในรอบปีงบประมาณ
	ตัวหาร	b = ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุคลากร ณ วันแรก และวันสุดท้ายของปีงบประมาณเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Turnover Rate
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0102 (เดิม SH0104)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการลาออก ของแพทย์/ทันตแพทย์
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Turnover rate of physician and dentist
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		คำนวณในกลุ่มที่ลาออกโดยสมัครใจ ไม่นับกลุ่มที่ให้ออก ไล่ออก ปลดออก เกษียณอายุ เข้าโครงการเกษียณก่อนอายุ ถึงแก่กรรม และโอน ย้าย โดยแยกเป็นกลุ่มวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลขององค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ลาออกในแต่ละไตรมาส
	ตัวหาร	b = จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ทั้งหมด ณ วันสุดท้ายของไตรมาสนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Turnover Rate
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0103 (เดิม SH0105)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการลาออก ของพยาบาลวิชาชีพ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Turnover rate of nurses
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		คำนวณในกลุ่มที่ลาออกโดยสมัครใจ ไม่นับกลุ่มที่ให้ออก ไล่ออก ปลดออก เกษียณอายุ เข้าโครงการเกษียณก่อนอายุ ถึงแก่กรรม และโอน ย้าย โดยแยกเป็นกลุ่มวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลขององค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ลาออกในแต่ละไตรมาส
	ตัวหาร	b = จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ณ วันสุดท้ายของไตรมาสนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Turnover Rate
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0104 (เดิม SH0106)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการลาออก ของบุคลากรสาย Allied Health
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Turnover rate of allied health personnel
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. บุคลากรสาย allied health หมายถึง บุคลากรในกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (ยกเว้น แพทย์/ ทันตแพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ) และไม่ใช่บุคลากรสายสนับสนุน (back office) 2. บุคลากรกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แพทย์, ทันตแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, ผดุงครรภ์วิชาชีพ, เภสัชกร, ผู้ช่วยแพทย์, จนท.ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, นักกายภาพบำบัด, โภชนากร, นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย, นักทัศนมาตรวิชาชีพ, นักอาชีวบำบัด, เจ้าหน้าที่เทคนิคพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการ, ผู้ช่วยเภสัชกร, จนท.อุปกรณ์การแพทย์เทียม, พนักงานการพยาบาล, ผู้ช่วยทันตแพทย์, เจ้าหน้าที่เวชระเบียนและข้อมูลสุขภาพ, เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชน, ช่างประกอบแว่นตา, ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด, ผู้ตรวจสอบด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, ผู้ปฏิบัติงานด้านรถพยาบาล, เจ้าหน้าที่จ่ายกลาง เวชภัณฑ์กลาง 3. คำนวณในกลุ่มที่ลาออกโดยสมัครใจ ไม่นับกลุ่มที่ให้ออก ไล่ออก ปลดออก เกษียณอายุ เข้าโครงการเกษียณก่อนอายุ ถึงแก่กรรม และโอน ย้าย โดยแยกเป็นกลุ่มวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลขององค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรสาย allied health ที่ลาออกในแต่ละไตรมาส
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสาย allied health ทั้งหมด ณ วันสุดท้ายของไตรมาสนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Turnover Rate
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0105 (เดิม SH0107)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการลาออก ของบุคลากรสายสนับสนุน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Turnover rate of back office personnel
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. บุคลากรสายสนับสนุน (back office) หมายถึง บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง 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 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		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0201 (เดิม SH0201)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของแพทย์/ทันตแพทย์ (ระดับ 4-5)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of physician/dentist satisfaction (level 4-5)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 4-5
	ตัวหาร	b = จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0202 (เดิม SH0202)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ (ระดับ 4-5)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of nurse satisfaction (level 4-5)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น5ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 4-5
	ตัวหาร	b = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0203 (เดิม SH0203)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย Allied Health (ระดับ 4-5)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of Allied Health personnel satisfaction (level 4-5)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น5ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด 3. บุคลากรสาย Allied Health หมายถึง บุคลากรในกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (ยกเว้นแพทย์/ ทันตแพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ) และไม่ใช่บุคลากรสายสนับสนุน (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, ผู้ปฏิบัติงานด้านรถพยาบาล, เจ้าหน้าที่จ่ายกลาง เวชภัณฑ์กลาง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรสาย Allied Health ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 4-5
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสาย Allied Health ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0204 (เดิม SH0206)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		คะแนนความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของแพทย์/ทันตแพทย์ (ค่าเฉลี่ย)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Average score of physician and dentist satisfaction
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถาม
	ตัวหาร	b = คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของแพทย์/ทันตแพทย์ ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		คะแนน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0205 (เดิม SH0207)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของแพทย์/ทันตแพทย์ (ระดับ 1-2)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of physician and dentist 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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2
	ตัวหาร	b = จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0206 (เดิม SH0208)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		คะแนนความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ (ค่าเฉลี่ย)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Average score of nurse satisfaction
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กร ที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถาม
	ตัวหาร	b = คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		คะแนน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0207 (เดิม SH0209)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ (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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2
	ตัวหาร	b = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0208 (เดิม SH0210)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย Allied Health (ค่าเฉลี่ย)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Average score of allied health personnel satisfaction
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด 3. บุคลากรสาย Allied Health หมายถึง บุคลากรในกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (ยกเว้นแพทย์/ ทันตแพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ) และไม่ใช่บุคลากรสายสนับสนุน (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, ผู้ปฏิบัติงานด้านรถพยาบาล, เจ้าหน้าที่จ่ายกลาง เวชภัณฑ์กลาง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของบุคลากรสาย Allied Health ที่ตอบแบบสอบถาม
	ตัวหาร	b = คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของบุคลากรสาย Allied Health ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		คะแนน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0209 (เดิม SH0211)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสาย Allied health (ระดับ 1-2)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		HRD: Percent of allied health personnel satisfaction (level 1-2)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด 3. บุคลากรสาย Allied Health หมายถึง บุคลากรในกลุ่มสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (ยกเว้นแพทย์/ ทันตแพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ) และไม่ใช่บุคลากรสายสนับสนุน (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, ผู้ปฏิบัติงานด้านรถพยาบาล, เจ้าหน้าที่จ่ายกลาง เวชภัณฑ์กลาง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรสาย Allied health ที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสาย Allied health ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0210 (เดิม SH0212)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสายสนับสนุน (ค่าเฉลี่ย)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Average score of back office personnel satisfaction
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด 3. บุคลากรสายสนับสนุน (back office) หมายถึง บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง 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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผลรวมคะแนนระดับความพึงพอใจของบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถาม
	ตัวหาร	b = คะแนนเต็มระดับความพึงพอใจของบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		คะแนน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0211 (เดิม SH0213)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสายสนับสนุน (ระดับ 4-5)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of back office personnel 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, เจ้าหน้าที่วิเทศสัมพันธ์ 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		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Satisfaction
รหัสตัวชี้วัด		WR-WEA-0212 (เดิม SH0214)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของบุคลากรสายสนับสนุน (ระดับ 1-2)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of back office personnel satisfaction (level 1-2)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อคำถาม “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด 3. บุคลากรสายสนับสนุน (back office) หมายถึง บุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง 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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 1-2
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Training
รหัสตัวชี้วัด		WR-WCC-0101 (เดิม SH0204)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของแพทย์/ ทันตแพทย์
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Training hour per person per year of physician/dentist
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การฝึกอบรมที่นับจำนวนชั่วโมง ได้แก่ ศึกษา, ฝึกอบรม, ปฏิบัติงานวิจัย (ที่ระยะเวลา ไม่เกิน 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		รายปี
หน่วยวัด		ชั่วโมง ต่อ คน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Training
รหัสตัวชี้วัด		WR-WCC-0102 (เดิม SH0205)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของพยาบาลวิชาชีพ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		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 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 = จำนวนชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพที่ได้ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพของตน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ชั่วโมง ต่อ คน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Training
รหัสตัวชี้วัด		WR-WCC-0103 (เดิม SH0215)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของบุคลากรสาย Allied Health
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Training hour per person per year of allied health personnel
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 = จำนวนชั่วโมงของบุคลากรสาย allied health ที่ได้ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพของตน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสาย allied health ทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ชั่วโมง ต่อ คน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านด้านบุคลากร (Workforce Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Workforce Training
รหัสตัวชี้วัด		WR-WCC-0104 (เดิม SH0216)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		สัดส่วนชั่วโมงการฝึกอบรมต่อคนต่อปีของบุคลากรสายสนับสนุน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Training hour per person per year of back office personnel
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 = จำนวนชั่วโมงของบุคลากรสายสนับสนุน ที่ได้ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะตามสายวิชาชีพของตน
	ตัวหาร	b = จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ชั่วโมง ต่อ คน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

ตัวชี้วัดตอนที่ IV-4 ด้านการนำและการกำกับดูแล

(Leadership and Governance Results)

หมวดตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
LR-LAS Leadership and Strategies	01 Strategies 02 Stigmatization and Discrimination
LR-SHG Sustainability & Green Hospital: SHG	01 Waste 02 Air Quality

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแล (Leadership & Governance Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Strategies
รหัสตัวชี้วัด		LR-LAS-0101 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความสำเร็จในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ขององค์กร
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of strategic strategy implementation success
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ยุทธศาสตร์ขององค์กร หมายถึง แผนงานหรือแนวทางในระยะยาวที่กำหนดขึ้นเพื่อชี้นำองค์กร ให้ไปถึงจุดหมายที่ต้องการ โดยอาศัยการมองภาพรวมและการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ความสำเร็จในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ หมายถึง การดำเนินแผนการตามแผนยุทธศาสตร์จนบรรลุเป้าหมายที่ได้วางแผนเอาไว้ ภายในกรอบเวลาที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		1. เพื่อติดตามและประเมินผลการบรรลุเป้าหมายทางยุทธศาสตร์ขององค์กร 2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับทบทวน ปรับปรุง และจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์
สูตรในการคำนวณ		(a/b)x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนตัวชี้วัดทางยุทธศาตร์ที่บรรลุค่าเป้าหมาย ในรอบการประเมิน
	ตัวหาร	B = จำนวนตัวชี้วัดทางยุทธศาสตร์ทั้งหมดขององค์กร
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ยิ่งสูง = ยิ่งดี
ที่มา/ Reference		
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแล (Leadership & Governance Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Strategies
รหัสตัวชี้วัด		LR-LAS-0102 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของบุคลากรที่ประเมินระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมากถึงดีเยี่ยม ในระบบ HSCS
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of Staff Rating Patient Safety as Very Good to Excellent from HSCS survey
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล (Hospital Safety Culture Survey;HSCS) เป็นเครื่องมือคุณภาพที่สามารถใช้เพื่อประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล ผ่านการตอบแบบสำรวจโดยบุคลากรทุกระดับ ซึ่งจะมีการวิเคราะห์และประมวลผลเพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนาองค์กรไปสู่เป้าหมายด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร การประเมินระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง ในชุดคำถามของ HSCS จะมีข้อคำถาม ความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถเลือกตอบได้ 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ดี (Poor), ปานกลาง (Fair), ดี (Good), ดีมาก (Very Good), ดีเยี่ยม (Excellent)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		1. เพื่อประเมินการรับรู้ของบุคลากรต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย 2. เพื่อสะท้อนความเข้มแข็งของวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ตอบแบบสำรวจที่ประเมินระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยว่า “ดีเยี่ยม (Excellent)” หรือ “ดีมาก (Very Good)”
	ตัวหาร	B = จำนวนผู้ตอบแบบสำรวจ HSCS ที่ตอบคำถามครบถ้วนทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		64.8% (HSCS ประจำปี พ.ศ. 2569) 68% (AHRQ, 2024)
วิธีการแปลผล		ยิ่งสูง = ยิ่งดี
ที่มา/ Reference		AHRQ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแล (Leadership & Governance Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Strategies
รหัสตัวชี้วัด		LR-LAS-0103 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของบุคลากรที่ประเมินระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ในระบบ HSCS
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of Personnel Completed HSCS survey
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล (Hospital Safety Culture Survey;HSCS) เป็นเครื่องมือคุณภาพที่สามารถใช้เพื่อประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล ผ่านการตอบแบบสำรวจโดยบุคลากรทุกระดับ ซึ่งจะมีการวิเคราะห์และประมวลผลเพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนาองค์กรไปสู่เป้าหมายด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		1. เพื่อประเมินการรับรู้ของบุคลากรต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย 2. เพื่อสะท้อนความเข้มแข็งของวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = จำนวนผู้ตอบแบบสำรวจ HSCS ที่ตอบคำถามครบถ้วนทั้งหมด
	ตัวหาร	B = จำนวนบุคลากรในองค์กรทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ยิ่งสูง = ยิ่งดี
ที่มา/ Reference		AHRQ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแล (Leadership & Governance Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Strategies
รหัสตัวชี้วัด		LR-LAS-0104 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ผลคะแนนเฉลี่ยรวมในระบบ HSCS (ค่าเฉลี่ยของ %Positive Resonse)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Average %Positive Response Score
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล (Hospital Safety Culture Survey;HSCS) เป็นเครื่องมือคุณภาพที่สามารถใช้เพื่อประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล ผ่านการตอบแบบสำรวจโดยบุคลากรทุกระดับ ซึ่งจะมีการวิเคราะห์และประมวลผลเพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนาองค์กรไปสู่เป้าหมายด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร Average %Positive Response Score หมายถึง การนำคะแนนร้อยละคำตอบเชิงบวกจากทุกมิติการประเมิน มาหาค่าเฉลี่ย
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		1. เพื่อประเมินการรับรู้ของบุคลากรต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย 2. เพื่อสะท้อนความเข้มแข็งของวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
สูตรในการคำนวณ		A
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = Average %Positive Response Score
	ตัวหาร	-
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ยิ่งสูง = ยิ่งดี
ที่มา/ Reference		AHRQ
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแล (Leadership & Governance Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Strategies
รหัสตัวชี้วัด		LR-LAS-0105 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		คะแนนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		ITA Score
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ถือเป็นเครื่องมือที่ของหน่วยงานภาครัฐได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนักและปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กรตนเองมากยิ่งขึ้น ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม และเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2566-2580) (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ประเด็น (21) การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ ที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 85 คะแนนขึ้นไป โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		1. เพื่อให้การดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ ประชาชน และสังคม 2. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการมีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล 3. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เห็นการพัฒนาในด้านคุณธรรมและความโปร่งใสอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้มารับบริการ ประชาชน และสังคม มีส่วนร่วมในการประเมินมากขึ้น
สูตรในการคำนวณ		A
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	A = คะแนนรวมการประเมิน ITA ทุกเครื่องมือ
	ตัวหาร	-
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		คะแนน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 85 คะแนนขึ้นไปในทุกเครื่องมือ

ที่มา/ Reference	Service Plan กระทรวงสาธารณสุขปี 2569
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง	เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ	คะแนน ระดับ 95.00 – 100 : AA 85.00 – 94.99 : A 75.00 – 84.99 : B 65.00 – 74.99 : C 55.00 – 64.99 : D 50.00 – 54.99 : E 0 – 49.99 : F

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแล (Leadership & Governance Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stigmatization and Discrimination
รหัสตัวชี้วัด		LR-LAS-0201 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนนโยบายด้านการตีตราและเลือกปฏิบัติ และการละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ต่อผู้ป่วยและกลุ่มเปราะบาง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of Successful Implementation of Policies to Prevent Stigma, Discrimination, and Violations of Human Dignity among Patients and Vulnerable Groups
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1.โรงพยาบาลมีนโยบายหรือประกาศอย่างเป็นทางการที่กำหนดหลักการให้บริการโดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่เลือกปฏิบัติ รักษาความลับ คุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ให้บริการแก่กลุ่มเปราะบางอย่างเหมาะสม และมีกลไกให้ผู้ป่วยร้องเรียนและขอความช่วยเหลือ โดยครอบคลุมผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ เช่น ผู้มีความหลากหลายทางเพศ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เด็ก สตรี และผู้ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว (OSCC) ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ต้องขัง คนไร้ที่พึ่ง แรงงานข้ามชาติ ฯลฯ 2.โรงพยาบาลมีการจัดทำแผนการดำเนินงาน เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และการละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ต่อผู้ป่วยและกลุ่มเปราะบาง 3.มีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด 4.มีการวัดผลลัพธ์ของการดำเนินงาน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อแสดง commitment ของผู้บริหารระดับองค์กร และสร้างกรอบนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบบริการที่เคารพศักดิ์ศรีและปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	จำนวนแผนดำเนินงานตามนโยบายฯ ที่ดำเนินการสำเร็จ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
	ตัวหาร	จำนวนแผนดำเนินงานตามนโยบายฯ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ยิ่งมาก = ยิ่งดี
ที่มา/ Reference		1. HA ฉบับที่ 6 2. Patient Rights / Human Dignity 3. WHO, 2024 – Ensuring quality health care by reducing HIV-related stigma and discrimination 4. กรมควบคุมโรค กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (S&D)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569

วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง	เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ	องค์ประกอบนโยบาย/ประกาศส่งเสริมการดำเนินงานลดการตีตรา เลือกปฏิบัติ 1. มีประกาศอย่างเป็นทางการ 2. ลงนามโดยผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบ 3. ครอบคลุมประเด็นสถานะ HIV และกลุ่มเปราะบาง 4. มีหลักการ / แนวทางไม่เลือกปฏิบัติ 5. มีหลักการ / แนวทางรักษาความลับ 6. มีช่องทางคุ้มครองสิทธิ / ร้องเรียนกรณีมีผู้เสียหาย 7. มีการสื่อสารให้บุคลากรรับทราบ มีความเกี่ยวข้องกับมาตรฐาน HA ฉบับ 6 • ตอน I – I-1 การนำองค์กร และ I-3 ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน • ตอน III – III-4 การดูแลผู้ป่วย

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแล (Leadership & Governance Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stigmatization and Discrimination
รหัสตัวชี้วัด		LR-LAS-0202 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละข้อร้องเรียนด้านการตีตราและเลือกปฏิบัติ และการละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ต่อผู้ป่วยและกลุ่มเปราะบาง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of Stigma, Discrimination and Human Dignity Complaints Among Patients and Vulnerable Groups
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ข้อร้องเรียนที่ได้รับการรับแจ้งและจำแนกว่าเกี่ยวข้องกับการละเมิดสิทธิ การตีตรา การเลือกปฏิบัติ การใช้ถ้อยคำหรือพฤติกรรมที่ไม่เคารพศักดิ์ศรี การบริการที่แตกต่างเนื่องจากปัจจัย ดังนี้ สถานะการติดเชื้อ HIV, เพศสภาพ/อัตลักษณ์ทางเพศ, ความพิการ ,อายุ, สุขภาพจิต, การใช้สารเสพติด, สถานะทางสังคม/เศรษฐกิจ หรือสถานะอื่นที่นำไปสู่การปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาล และใช้ข้อมูลข้อร้องเรียนเพื่อค้นหาความเสี่ยงและพัฒนาระบบบริการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	จำนวนข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง การละเมิดสิทธิ, การตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในรอบการประเมิน
	ตัวหาร	จำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมดในรอบการประเมิน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ยิ่งน้อย = ยิ่งดี
ที่มา/ Reference		กรมควบคุมโรค กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (S&D)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		มีความเกี่ยวข้องกับมาตรฐาน HA ฉบับ 6 ตอน I – I-3 ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ตอนที่ II – II-1.2 การจัดการข้อร้องเรียนและความเสี่ยง ตอน IV – IV-2 ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแล (Leadership & Governance Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Stigmatization and Discrimination
รหัสตัวชี้วัด		LR-LAS-0203 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละข้อร้องเรียนด้านการตีตรา การเลือกปฏิบัติ และการละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ได้รับการจัดการภายในระยะเวลาที่กำหนด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of Stigma, Discrimination and Human Dignity Complaints Resolved Within the Specified Timeframe
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		สัดส่วนข้อร้องเรียนจากผู้ป่วย/ผู้รับบริการเกี่ยวกับการตีตรา การเลือกปฏิบัติ การละเมิดสิทธิหรือศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่ได้รับการรับเรื่อง ตรวจสอบ ดำเนินการ และแจ้งผลภายในระยะเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด <u>ระดับความรุนแรง</u> **ระดับกลาง (1-3):** ข้อร้องเรียนที่ส่งผลกระทบมาจากสาเหตุที่เกิดขึ้นและค้นพบได้ด้วยตัวเอง และสามารถแก้ไขได้ทันที **ระดับรุนแรง (4):** ข้อร้องเรียนที่ส่งผลกระทบมาจากสาเหตุที่เกิดขึ้นและไม่สามารถแก้ไขได้ทันที ต้องใช้องค์ประกอบของทีมและผู้เกี่ยวข้อง **ระดับรุนแรงมาก (5):** ข้อร้องเรียนที่ส่งผลกระทบในวงกว้างต่อองค์กรและสังคม มาจากสาเหตุที่เกิดขึ้นและไม่สามารถแก้ไขได้ทันที ต้องใช้องค์ประกอบของทีมระดับบริหารองค์กร
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบคุ้มครองสิทธิและระบบจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางว่าการร้องเรียนได้รับการตอบสนองอย่างจริงจัง
สูตรในการคำนวณ		(a/b)x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	จำนวนข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง การละเมิดสิทธิ, การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่ได้รับการดำเนินการแก้ไขในเวลาที่กำหนด
	ตัวหาร	จำนวนข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง การละเมิดสิทธิ, การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่มีรายงานในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ยิ่งมาก = ยิ่งดี
ที่มา/ Reference		กรมควบคุมโรค กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (S&D)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6

หมายเหตุ	มีความเกี่ยวข้องกับมาตรฐาน HA ฉบับ 6 ตอนที่ II- II-1.2 การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแล (Leadership & Governance Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Waste
รหัสตัวชี้วัด		LR-SHG-0101 (เดิม SG0104)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		สัดส่วนของขยะรีไซเคิล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Governance: Percent of recycled waste
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ขยะรีไซเคิล หมายถึง ขยะที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ โดยนำไปผ่านกระบวนการแปรรูปในระบบอุตสาหกรรม 2. ระบบการดำเนินการเกี่ยวกับขยะรีไซเคิล เป็นการประเมินว่าองค์กรมีระบบและแผนปฏิบัติการกำจัดขยะรีไซเคิล ที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรทุกระดับสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ 3. ช่วยลดปริมาณคาร์บอนทางอ้อม
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เป็นการติดตามประเมินการกำจัดขยะรีไซเคิล ในโรงพยาบาล
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = น้ำหนักของขยะรีไซเคิลของเดือนนี้ (กิโลกรัม)
	ตัวหาร	b = น้ำหนักของขยะรีไซเคิลในเดือนที่ผ่านมา (กิโลกรัม)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		เท่า
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = คุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ไม่มี
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้ คำอธิบาย ความกมายของตัวชี้วัดครอบคลุมยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแล (Leadership & Governance Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Air Quality
รหัสตัวชี้วัด		LR-SHG-0201 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการควบคุมคุณภาพอากาศในโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Governance: Air Quality in hospital - Percentage of hospital air quality measurements meeting standard criteria
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การควบคุมคุณภาพอากาศในโรงพยาบาล หมายถึง การดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมจัดการสภาวะอากาศในพื้นที่สำคัญของโรงพยาบาล ให้มีค่ามลพิษทางอากาศไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน 2. ระบบการดำเนินการเกี่ยวกับ การควบคุมและการป้องกันมลพิษทางอากาศ และมีแผนปฏิบัติการจัดการคุณภาพอากาศที่มีประสิทธิภาพ 3. คุณภาพอากาศผ่านเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง สภาวะอากาศที่มีผลการตรวจวัดค่ามลพิษทางอากาศ ได้แก่ PM10, PM2.5, CO2, CO, HCHO. TVOC, ACH, Temp, RH ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อควบคุมคุณภาพอากาศในโรงพยาบาลให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและสุขภาพที่ดีของบุคลากร ผู้ป่วย ตลอดจนประชาชนผู้มาติดต่อใช้บริการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a= จำนวนค่ามลพิษทางอากาศที่ต้องตรวจวัด ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
	ตัวหาร	b= จำนวนค่ามลพิษทางอากาศที่ต้องตรวจวัดทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ประกาศกรมอนามัยเรื่อง ค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศภายในอาคารสาธารณะ พ.ศ.2565 , ASHRAE 62.1/62.2 : มาตรฐานสากลสำหรับระบบระบบสยอากาศและคุณภาพอากาศที่ยอมรับได้ในอาคาร , IAQ Star : มาตรฐานการรับรองคุณภาพอากาศภายในอาคาร
วิธีการแปลผล		- เปรียบเทียบค่ามาตรฐานกับค่าที่วัดได้ : ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี - การวางแผนจัดการคุณภาพอากาศที่ดี รวมถึงการป้องกันมลพิษต่างๆ - การบริหารจัดการคุณภาพอากาศที่ดี ค่า M ควรจะได้เพิ่มมากขึ้นกว่าครั้งก่อน
ที่มา/ Reference		มาตรฐานคุณภาพอากาศในโรงพยาบาล วิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		- เพื่อป้องกันอาการป่วยจากอาคาร (Sick Building Syndrome) - เพิ่มเติมให้สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ฉบับที่ 6
หมายเหตุ		M = met (จำนวนค่าที่ต้องตรวจวัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100) , P = partially (จำนวนค่าที่ต้องตรวจวัดผ่านมาตรฐานมากกว่าร้อยละ 70 ,

	N = notmet (ไม่ได้ตรวจวัด/ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดน้อยกว่าร้อยละ 70) ทุกพื้นที่สำคัญในอาคารสถานพยาบาล (หน่วยงาน OPD ,IPD ,หน่วยงานสนับสนุน ,

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแล (Leadership & Governance Results indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Air Quality
รหัสตัวชี้วัด		LR-SHG-0202 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละหน่วยงาน/พื้นที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีคุณภาพอากาศที่ดี
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Governance: Air Quality in hospital - Percentage of good air quality levels
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การควบคุมคุณภาพอากาศในโรงพยาบาล หมายถึง การดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมจัดการสภาวะอากาศในพื้นที่สำคัญของโรงพยาบาล ให้มีค่ามลพิษทางอากาศไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน 2. ระบบการดำเนินการเกี่ยวกับ การควบคุมและการป้องกันมลพิษทางอากาศ และมีแผนปฏิบัติการจัดการคุณภาพอากาศที่มีประสิทธิภาพ 3. คุณภาพอากาศที่ดี หมายถึง สภาวะอากาศที่มีผลการตรวจวัดค่ามลพิษทางอากาศ ได้แก่ PM10, PM2.5, CO2, CO, HCHO. TVOC, ACH, Temp, RH ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อควบคุมคุณภาพอากาศในโรงพยาบาลให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและสุขภาพที่ดีของบุคลากร ผู้ป่วย ตลอดจนประชาชนผู้มาติดต่อใช้บริการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a= จำนวนหน่วยงานของโรงพยาบาลที่มีผลการตรวจวัดค่ามลพิษทางอากาศผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 (ได้ระดับ M)
	ตัวหาร	b=จำนวนหน่วยงานของโรงพยาบาลทั้งหมด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ประกาศกรมอนามัยเรื่อง ค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศภายในอาคารสาธารณะ พ.ศ.2565 , ASHRAE 62.1/62.2 : มาตรฐานสากลสำหรับระบบระบบสยอากาศและคุณภาพอากาศที่ยอมรับได้ในอาคาร , IAQ Star : มาตรฐานการรับรองคุณภาพอากาศภายในอาคาร
วิธีการแปลผล		- เปรียบเทียบค่ามาตรฐานกับค่าที่วัดได้ : ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี - การวางแผนจัดการคุณภาพอากาศที่ดี รวมถึงการป้องกันมลพิษต่างๆ - การบริหารจัดการคุณภาพอากาศที่ดี ค่า M ควรจะได้เพิ่มมากขึ้นกว่าครั้งก่อน
ที่มา/ Reference		มาตรฐานคุณภาพอากาศในโรงพยาบาล วิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		- เพื่อป้องกันอาการป่วยจากอาคาร (Sick Building Syndrome) - เพิ่มเติมให้สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ฉบับที่ 6
หมายเหตุ		M=met (จำนวนค่าที่ต้องตรวจวัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100) , P=partially (จำนวนค่าที่ต้องตรวจวัดผ่านมาตรฐานมากกว่าร้อยละ 70 , N=notmet (ไม่ได้ตรวจวัด/ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดน้อยกว่าร้อยละ 70)

	ทุกพื้นที่สำคัญในอาคารสถานพยาบาล (หน่วยงาน OPD ,IPD ,หน่วยงานสนับสนุน , สถานที่พักคอยฯลฯ) ควรมีคุณภาพอากาศที่ดี ในระดับ M ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และ N ไม่เกินร้อยละ 20

ตัวชี้วัดตอนที่ IV-5 ด้านระบบงานสำคัญ

(Key Work Process Effectiveness Results)

หมวดตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
SR-SSA Safe Surgery and Anesthetic care: SSA	01 Anesthetic Care 02 Operative Care
SR-IPC Infection Prevention and Control: IPC	01 Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) 02 Hospital-Associated Pneumonia (HAP) 03 Bloodstream Infection (BSI) 04 Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)
SR-MMS Medication Management System: MMS	01 Rational Drug Use (RDU) 02 Medication Management
SR-SME Support Services & Medical Equipment: SME	01 Blood Bank 02 Sterilization and Services System

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Anesthetic Care
รหัสตัวชี้วัด		SR-SSA-0101 (เดิม CA0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีระดับ ASA physical status I, II ก่อนผ่าตัด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of intraoperative cardiac arrest among patients with preoperative ASA Physical Status I–II
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1.การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น หมายถึง ภาวะใดก็ตามที่ต้องการการกดหัวใจ หรือ การกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า 2.ระหว่างผ่าตัด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถูกเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัดจนถึงเวลาเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด 3. ผู้ป่วยที่มีระดับ ASA physical status I, II ก่อนผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจประเมินก่อนผ่าตัดและพบว่ามีภาวะ ASA physical status I, II 4. การผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดหรือหัตถการที่มีการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิสัญญี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในกระบวนการผ่าตัดหรือหัตถการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 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/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Anesthetic Care
รหัสตัวชี้วัด		SR-SSA-0102 (เดิม CA0102)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยในที่รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of inpatients undergoing elective surgery who receive a pre-anesthetic assessment visit
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน หมายถึง การเยี่ยมเพื่อตรวจประเมินอาการของผู้ป่วยใน ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในการรับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน 2. ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) 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) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Anesthetic Care
รหัสตัวชี้วัด		SR-SSA-0103 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของการประเมินก่อนให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดหรือหัตถการทุกราย
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Anesthesia : Percent of pre-anesthetic evaluation in all surgical or procedural patients
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การประเมินก่อนให้การระงับความรู้สึก หมายถึง การรวบรวมประวัติ การตรวจร่างกาย และ ผลการตรวจเพิ่มเติมที่จำเป็นต่อการวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก 2. ผู้ป่วยทุกราย คือ ผู้ป่วยทั้งที่กลับบ้านภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด และผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลทุกช่วงเวลา ทั้งในการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินและฉุกเฉิน 3. การผ่าตัด หมายถึง การรักษาผู้ป่วยโดยต้องทำให้เกิดบาดแผลที่ผิวหนังเพื่อให้เข้าถึงอวัยวะและส่วนต่างๆ ภายในของร่างกาย มักทำในห้องผ่าตัด 4. หัตถการ หมายถึง การรักษาหรือวินิจฉัยผู้ป่วยโดยมีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย เช่น การใช้เข็มเจาะ การใช้กล้องส่อง การใส่สายสวน การฉีดยาเข้าสู่ช่องของร่างกาย การเย็บบาดแผล อาจทำได้ทั้งในห้องผ่าตัด และ บริเวณเฉพาะที่ไม่ใช่ห้องผ่าตัด 5. การระงับความรู้สึก คือ การทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกด้วยยาดมสลบหรือยาฉีดทางหลอดเลือดหรือ การทำให้บางส่วนของผู้ป่วยหมดความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาไปยังระบบประสาทที่ควบคุมเป็นบริเวณกว้าง เช่น spinal block, epidural block, brachial plexus block เป็นต้นรวมถึงการติดตามสัญญาณชีพและให้การดูแลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดหรือหัตถการ (monitor anesthetic care)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในกระบวนการผ่าตัดหรือหัตถการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดหรือหัตถการ ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	B = จำนวนผู้ป่วยที่รับการระงับการรู้สึกเพื่อการผ่าตัดหรือหัตถการ (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก=มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2566
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Anesthetic Care
รหัสตัวชี้วัด		SR-SSA-0104 (เดิม CA0103)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกที่ได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of patients receiving post-anesthesia care in the recovery room
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การระงับความรู้สึก คือ การทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกด้วยยาดมสลบหรือยาฉีดทางหลอดเลือด หรือ การทำให้บางส่วนของผู้ป่วยหมดความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาไปยังระบบประสาทที่ควบคุมเป็นบริเวณกว้าง เช่น spinal block, epidural block, brachial plexus block รวมถึงการติดตามสัญญาณชีพและให้การดูแลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดหรือหัตถการ (monitor anesthetic care) 2. การดูแลในห้องพักฟื้น หมายถึง การดูแลช่วงหลังจากการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นในระยะเวลาที่เหมาะสมตามประเภทของการระงับความรู้สึกและสภาพของผู้ป่วย เพื่อส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในกระบวนการผ่าตัดหรือหัตถการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยหลังรับการระงับความรู้สึกและได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั้งหมด ที่ไม่นับรวมผู้ป่วยที่มีแผนการดูแลหลังการระงับความรู้สึกในหอผู้ป่วยวิกฤต (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2566
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Anesthetic Care
รหัสตัวชี้วัด		SR-SSA-0105 (เดิม CA0104)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยที่รับการระงับความรู้สึก ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมง หลังการถอดท่อช่วยหายใจ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Anesthesia : Percent of re-intubation within 2 hours after extubation
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1 ผู้ป่วยที่รับการระงับความรู้สึก หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหรือหัตถการที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับการถอดท่อช่วยหายใจหลังสิ้นสุดการระงับความรู้สึก 2. การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ คือ การใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ไม่ว่าจากสาเหตุใดๆ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในกระบวนการผ่าตัดหรือหัตถการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่รับการระงับความรู้สึก ได้รับการใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจ ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวที่ใส่ท่อหายใจทั้งหมด (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Anesthetic Care
รหัสตัวชี้วัด		SR-SSA-0106 (เดิม CA0105)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละของผู้ป่วยที่รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว และผู้ป่วยที่ได้ยาสงบประสาทระดับลึก ได้รับการเฝ้าระวังระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Anesthesia : Percent of capnometry used during general anesthesia and deep sedation
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยที่รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวทั้งจากการดมยาสลบและยาฉีดทางหลอดเลือด ทั้งที่ใส่ท่อช่วยหายใจ อุปกรณ์ช่วยหายใจอื่น หรือ ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ 2. ผู้ป่วยที่ได้ยาสงบประสาทระดับลึก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้ยาลดระดับความรู้สึกตัวในระดับที่ต้องการการกระตุ้นซ้ำๆ หรือกระตุ้นด้วยความเจ็บปวดเพื่อการตอบสนอง อาจหายใจช้าลงหรือไม่เพียงพอ มักเกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน 3. การเฝ้าระวังระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก หมายถึง การเฝ้าระวังการหายใจโดยการใช้เครื่องวัดระดับคาร์บอนไดออกไซด์ (capnometry) ในลมหายใจออก
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในกระบวนการผ่าตัดหรือหัตถการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว และผู้ป่วยที่ได้ยาสงบประสาทระดับลึก ได้รับการเฝ้าระวังระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวและผู้ป่วยที่ได้รับยาสงบประสาทระดับลึก (ในเดือนเดียวกัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Anesthetic Care
รหัสตัวชี้วัด		SR-SSA-0107 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการเกิดภาวะ Malignant Hyperthermia ในระหว่างและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Anesthesia: Perioperative Malignant Hyperthermia incident
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ภาวะ Malignant Hyperthermia หมายถึง การเกิดภาวะ Malignant Hyperthermia (MH) วินิจฉัยตามเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับวินิจฉัยภาวะ MH (MH clinical grading scale) ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และ ภาวะที่มีอาการและอาการแสดงคล้ายกับ MH ที่แนะนำให้การรักษาแบบ MH ไปก่อน 2. การให้ยาระงับความรู้สึก หมายถึง การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในกระบวนการผ่าตัดหรือหัตถการ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวที่มีภาวะ MH และภาวะที่มีอาการและอาการแสดงคล้ายกับ MH ในปีนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวทั้งหมด ในปีเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ต่อ 100,000 ราย
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1. ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 เรื่อง แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อ Malignant Hyperthermia และผู้ป่วยที่มีอาการของ Malignant Hyperthermia. 2. Hopkins P.M, Girard T, Dalay S, Jenkins B, Thacker A, Patteriland M, McGrady E. Malignant hyperthermia: Guideline from the Association of Anaesthetists. Anaesthesia 2021, 76, 655–664
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Operative Care
รหัสตัวชี้วัด		SR-SSA-0201 (เดิม CO0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการปฏิบัติตามรายการตรวจสอบความปลอดภัยในการผ่าตัด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of Surgical safety checklist compliance
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. รายการตรวจสอบความปลอดภัยในการผ่าตัด (surgical safety check list) สามารถใช้ได้ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งมีการออกแบบเอง 2. ให้ใช้ surgical safety check list กับผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการทุกหัตถการ (รายครั้ง) ที่ทำในห้องผ่าตัด (กรณีมีหลายห้องผ่าตัด ให้รวมทุกห้องผ่าตัด) โดยนับรวมทั้งในหัตถการที่ดมยาและไม่ดมยา 3. การปฏิบัติตามรายการตรวจสอบความปลอดภัยในการผ่าตัด อย่างสมบูรณ์ หมายถึง ได้ทำตามกระบวนการอย่างถูกต้อง โดยทำครบทุกขั้นตอนในแต่ละ part (sign in, time out, sign out)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินการปฏิบัติตามรายการตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย (รายครั้ง) ที่ได้รับการปฏิบัติตามรายการตรวจสอบความปลอดภัยในการผ่าตัดอย่างสมบูรณ์ ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วย (รายครั้ง) ที่มารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Operative Care
รหัสตัวชี้วัด		SR-SSA-0202 (เดิม CO0105)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		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 การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงระยะเวลาระหว่างกระบวนการดมยาก่อนผ่าตัด การผ่าตัด และหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินการใช้แบบตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษาในห้องผ่าตัด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่แบบไม่ฉุกเฉินและเสียชีวิตระหว่างและหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่แบบไม่ฉุกเฉินทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Operative Care
รหัสตัวชี้วัด		SR-SSA-0203 (เดิม CO0107)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการผ่าตัดซ้ำ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of re-operation
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การผ่าตัดซ้ำ (กรณีผู้ป่วยใน) หมายถึง การผ่าตัดซ้ำด้วยโรคเดียวกันตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปในการรับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในครั้งเดียวกันโดยไม่ได้วางแผน หรือ เป็นการผ่าตัดซ้ำในผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดครั้งแรกซึ่งเป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน ทั้งนี้ไม่รวมถึงการผ่าตัดที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าว่าจะมีการผ่าตัดแยกเป็นหลายครั้งเป็นการผ่าตัดทีละส่วน 2. การผ่าตัดซ้ำ (กรณีผู้ป่วยนอกที่ต้อง admit โดยไม่ได้วางแผน) หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วยนอกที่นำไปสู่การรับเข้าเป็นผู้ป่วยในทันทีหลังผ่าตัด ทั้งนี้ไม่รวมถึงการผ่าตัดในกรณีผู้ป่วยนอกที่ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน หรือสังเกตอาการไม่เกิน 48 ชั่วโมง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิผลของการรักษาโดยการผ่าตัดของทีมผ่าตัด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการผ่าตัดซ้ำในผู้ป่วยในโดยไม่ได้วางแผนและการผ่าตัดผู้ป่วยนอกที่ Admit หลังผ่าตัดทันที ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		(1) เพิ่มเวลาสังเกตอาการเป็น48 ชั่วโมง (จากเดิม 12 ชั่วโมง) เพราะต้องการ Include การผ่าตัดซ้ำ ที่เกิด AE มากที่สุด ซึ่งมักเกิด Bleeding หลัง 24 ชั่วโมงแล้ว (2) ในกรณีการผ่าตัดฉุกเฉินในผู้ป่วยนอก ให้นับครั้งที่มีการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Ventillator-Associated Pneumonia
รหัสตัวชี้วัด		SR-IPC-0101 (เดิม SI0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ทั้งในและนอก ICU)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of Ventilator-Associated Pneumonia in ICU and Non-ICU Settings
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) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	B = จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	J95.851
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		2.67 ต่อ 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ (ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อและเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล, พ.ศ. 2568) 7.93 ต่อ 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ (2024 National and State Healthcare-Associated Infections Progress Report,CDC)
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 https://nicc-ipcprogram.org/
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
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” ปรับปรุงครั้งที่ 4 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และเพิ่มค่า Benchmark ของไทยและต่างประเทศ
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Ventillator-Associated Pneumonia
รหัสตัวชี้วัด		SR-IPC-0102 (เดิม SI0102)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยที่นอนรักษาใน ICU
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of Ventilator-Associated Pneumonia in ICU Settings
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่รักษาในห้อง ICU (Ventilator-associated pneumonia: VAP) (in ICU) หมายถึง ภาวะปอดอักเสบที่เกิดขึ้นใหม่ในผู้ป่วยที่รักษาในห้อง ICU ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเกิดหลังจากผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 2 วันปฏิทิน (วันแรกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจนับเป็น 1 วันปฏิทิน) หรือหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจภายใน 2 วันปฏิทิน (the ventilator was in place on the date of event or the day before) (หากโรงพยาบาลมีหลาย ICU ให้รวมยอดจากทุก ICU) 2. ไอ ซี ยู คือ หอผู้ป่วยจำเพาะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยใน ICU ทั้งหมด ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดใน ICU ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	J95.851
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		8.19 (2024 National and State Healthcare-Associated Infections Progress Report,CDC)
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		ปีงบประมาณ 2570
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” ปรับปรุงครั้งที่ 4 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และเพิ่มค่า Benchmark ของต่างประเทศ
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Ventillator-Associated Pneumonia
รหัสตัวชี้วัด		SR-IPC-0103 (เดิม SI0103)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยที่นอนรักษานอก ICU ของโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of Ventilator-Associated Pneumonia in Non-ICU Settings
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยที่อยู่นอกห้อง ICU (VAP outside ICU) โดยนับเฉพาะผู้ป่วยที่รักษาอยู่นอกห้อง ICU หมายถึง ภาวะปอดอกเสบที่เกิดขึ้นใหม่ในผู้ป่วยที่รักษาอยู่นอกห้อง 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. หอผู้ป่วยทั่วไป/สามัญ ที่มีการดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไป และดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิตที่ไม่ได้เข้ารักษาใน ICU มีจำนวนจำกัด หรือผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤต ที่ไม่เข้าเกณฑ์กเข้ารักษาใน ICU แต่ยังจำเป็นต้องการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่รักษาอยู่นอกห้อง ICU ทั้งหมด ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	B = จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดนอก ICU ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	J95.851
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		4.66 (2024 National and State Healthcare-Associated Infections Progress Report,CDC)
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 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และเพิ่มค่า Benchmark ของต่างประเทศ
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Hospital-Associated-Pneumonia (HAP)
รหัสตัวชี้วัด		SR-IPC-0201 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of Hospital-acquired Pneumonia (HAP)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		การติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Hospital-acquired pneumonia; HAP) หมายถึง การติดเชื้อในปอดที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 48 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการปอดอักเสบตอนเข้ารับการรักษา และยังไม่เคยมีอาการมาก่อน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนผู้ป่วย HAP รายใหม่ทั้งหมด ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนวันผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล (patient days) ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	J18.9 + Y95
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอนในโรงพยาบาล
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		1 . Torres A, Niederman MS, Chastre J, Ewig S, Fernandez-Vandellos P, Hanberger H, et al. International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: Guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia (HAP)/ventilator-associated pneumonia (VAP) of the European Respiratory Society (ERS), European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT). Eur Respir J [Internet]. 2017;50(3). Available from: http://dx.doi.org/10.1183/13993003.00582-2017
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Bloodstream Infection (BSI)
รหัสตัวชี้วัด		SR-IPC-0301 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Peripheral Intravenous (PiV) infection rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนปลายมากกว่า 2 วันปฏิทิน (วันแรกที่ใส่นับเป็นวันที่ 1 วันปฏิทิน) และเมื่อถอดสายสวนหลอดเลือดออกภายใน 1 วันปฏิทิน (*in place on the date of event or the day before)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพท์การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนปลาย
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่คาสาย Peripheral IV ทั้งหมด ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใส่คาสาย Peripheral IV ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	T80.2, I80.8
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000 วันใส่คาสาย Peripheral IV
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		WHO Guidelines for the prevention of bloodstream infections and other infections associated with the use of intravascular catheters: part I: peripheral catheters. https://www.who.int/publications/i/item/9789240093829
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Bloodstream Infection (BSI)
รหัสตัวชี้วัด		SR-IPC-0302 (เดิม SI0201)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (ภาพรวม)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of CLABSI in ICU and Non-ICU Settings
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		เป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมากกว่า 2 วันปฏิทิน (วันแรกที่ใส่นับเป็นวันที่ 1 วันปฏิทิน) และเมื่อถอดสายสวนหลอดเลือดออกภายใน 1 วันปฏิทิน (*in place on the date of event or the day before) ของผู้ป่วยในจากทุกหอผู้ป่วยโดยนับรวมผู้ป่วยทั้งที่อยู่ในและนอกห้อง ICU
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางทั้งหมด ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	T80.211
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000 วันใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		0.678 (2024 National and State Healthcare-Associated Infections Progress Report,CDC)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		CDC, January 2014, NSW health, แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1:ปรับเวลาหลังจากถอดสายสวนหลอดเลือดออกภายใน 48 เป็น 24 ชั่วโมง ตาม US-CDC ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามจาก “48 ชั่วโมง” เป็น “2 วันปฏิทิน” ปรับปรุงครั้งที่ 3 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และเพิ่มค่า Benchmark ของต่างประเทศ
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Bloodstream Infection (BSI)
รหัสตัวชี้วัด		SR-IPC-0303 (เดิม SI0202)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ของผู้ป่วยที่นอนรักษาใน ICU
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of CLABSI in ICU setting
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากใช้สายสวนหลอดเลือดส่วนกลางมากกว่า 2 วันปฏิทิน (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		ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อกระแสเลือดในผู้ป่วยที่ใช้สาย central line ของผู้ป่วยที่นอนใน ICU ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใน ICU ใช้สาย central line ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	T80.211
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000 วันใช้สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		0.31 (2024 National and State Healthcare-Associated Infections Progress Report,CDC)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I, CDC, January 2014
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และเพิ่มค่า Benchmark ของต่างประเทศ
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Bloodstream Infection (BSI)
รหัสตัวชี้วัด		SR-IPC-0304 (เดิม SI0203)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ของผู้ป่วยที่นอนรักษานอก ICU ของโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of CLABSI in Non-ICU setting
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากใช้สายสวนหลอดเลือดส่วนกลางมากกว่า 2 วันปฏิทิน (วันแรกที่ใส่นับเป็นวันที่ 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) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่ใช้สาย central ine ของผู้ป่วยที่นอนนอก ICU ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยนอก ICU ใช้สาย central line ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	T80.211
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000 วันใช้สายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		0.07 (2024 National and State Healthcare-Associated Infections Progress Report,CDC)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามจาก “48 ชั่วโมง” เป็น “2 วันปฏิทิน” ปรับปรุงครั้งที่ 2 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และเพิ่มค่า Benchmark ของต่างประเทศ
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Bloodstream Infection (BSI)
รหัสตัวชี้วัด		SR-IPC-0305 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดผ่านทางสายสวน (Catheter) ที่ใส่ไว้ในร่างกาย เช่น สายสวนสำหรับฟอกไต
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Catheter-related bloodstream infection rate.
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		การติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดจากเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายผ่านสายสวนหลอดเลือดดำ จากการใส่สายสวนประเภท permanent catheter สำหรับผู้ป่วยที่ล้างไต (Hemodialysis patient)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพท์การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวน
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่ใส่สาย Catheter ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใช้สาย Catheter ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	T82.7
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000 วันใช้สาย Catheter
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		Hemodialysis Tunneled Catheter-Related Infections Lisa M Miller 1, Edward Clark 2, Christine Dipchand 3, Swapnil Hiremath 2, Joanne Kappel 4, Mercedeh Kiaii 5, Charmaine Lok 6, Rick Luscombe 7, Louise Moist 8, Matthew Oliver 9, Jennifer MacRae 10, on behalf of the Canadian Society of Nephrology Vascular Access Work Group
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Bloodstream Infection (BSI)
รหัสตัวชี้วัด		SR-IPC-0306 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการติดเชื้อ Carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii ในกระแสเลือดแบบ hospital-onset ใน ICU
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of hospital-onset carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii bloodstream infections in the ICU
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Hospital-onset) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 3 วันปฏิทิน * โดยได้เชื้อจากเลือดที่ส่งเพาะเชื้อตั้งแต่วันที่ 4 ของการนอนโรงพยาบาลเป็นต้นไป เชื้อที่ได้ก่อนหน้านั้นถือเป็น community organism หรือ เชื้อจาก รพ.อื่น 2. ไอ ซี ยู (ICU) คือ หอผู้ป่วยจำเพาะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด (หากโรงพยาบาลมีหลาย ICU ให้รวมยอดจากทุก ICU) 3. การติดเชื้อ Carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii ในกระแสเลือด หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลเพาะเชื้อจากเลือด (Blood culture) เป็น Acinetobacter baumannii และเมื่อนำไปทดสอบ Susceptibility Test พบว่า ดื้อต่อยาต้านจุลชีพกลุ่ม Carbapenems
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ติดตามและเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อ Carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii ในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนวันนอนผู้ป่วย ICU (patient days) ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	A41.54 และ Z16.13
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน ใน ICU
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 25569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Bloodstream Infection (BSI)
รหัสตัวชี้วัด		SR-IPC-0307 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacterales (CRE) ในกระแสเลือดแบบ hospital-onset ใน ICU
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of hospital-onset carbapenem-resistant Enterobacterales (CRE) bloodstream infections in the ICU
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Hospital-onset) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 3 วันปฏิทิน * โดยได้เชื้อจากเลือดที่ส่งเพาะเชื้อตั้งแต่วันที่ 4 ของการนอนโรงพยาบาลเป็นต้นไป เชื้อที่ได้ก่อนหน้านั้นถือเป็น community organism หรือ เชื้อจาก รพ.อื่น 2. ไอ ซี ยู (ICU) คือ หอผู้ป่วยจำเพาะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด (หากโรงพยาบาลมีหลาย ICU ให้รวมยอดจากทุก ICU) 3. การติดเชื้อ Carbapenem-resistant Enterobacterales ในกระแสเลือด หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลเพาะเชื้อจากเลือด (Blood culture) เป็นเชื้อกลุ่ม Enterobacteriaceae และเมื่อนำไปทดสอบ Susceptibility Test พบว่า ดื้อต่อยาต้านจุลชีพกลุ่ม Carbapenems
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ติดตามและเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อ CRE ในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนวันนอนผู้ป่วย ICU (patient days) ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	A41.51, A41.52, A41.53, A41.59 และ Z16.13
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน ใน ICU
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		ชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)
รหัสตัวชี้วัด		SR-IPC-0401 (เดิม SI0301)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (ภาพรวม)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of CAUTI in ICU and Non-ICU Settings
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		เป็นการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (นับเฉพาะชนิดที่มีอาการ ไม่นับการติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic bacteriuria) แต่มีการติดเชื้อในเลือด โดยเชื้อในเลือดเป็นชนิดเดียวกับที่พบในปัสสาวะ) อันเป็นผลมาจากการคาสายสวนปัสสาวะเกิน 2 วันปฏิทิน (วันแรกที่ใส่นับเป็นวันที่ 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) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะทั้งหมด ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใช้สายสวนปัสสาวะทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	T83.51
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000 วันใช้สายสวนปัสสาวะ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		0.33 (2024 National and State Healthcare-Associated Infections Progress Report,CDC)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I ,CDC, NHSN, January 2014
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
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” ปรับปรุงครั้งที่ 4 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และเพิ่มค่า Benchmark ของต่างประเทศ
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)
รหัสตัวชี้วัด		SR-IPC-0402 (เดิม SI0302)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ของผู้ป่วยที่นอนรักษาใน ICU
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of CAUTI in ICU setting
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การติดเชื้อของผู้ป่วยในระบบทางเดินปัสสาวะ (นับเฉพาะชนิดที่มีอาการ ไม่นับการติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (asymptomatic bacteriuria) แต่มีการติดเชื้อในเลือดโดยเชื้อในเลือดเป็นชนิดเดียวกับที่พบในปัสสาวะ) อันเป็นผลมาจากการคาสายสวนปัสสาวะเกิน 2 วันปฏิทิน (วันแรกที่ใส่นับเป็นวันที่ 1 วันปฏิทิน) และหลังเอาสายสวนปัสสาวะออกภายใน 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) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะของผู้ป่วยที่นอนใน ICU ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยใน ICU ใช้สายสวนปัสสาวะทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	T83.51
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000 วันใช้คาสายสวนปัสสาวะ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		0.10 (2024 National and State Healthcare-Associated Infections Progress Report,CDC)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		THIP I , CDC , NHSN, January 2014
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
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”

	ปรับปรุงครั้งที่ 4 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และเพิ่มค่า Benchmark ของต่างประเทศ
หมายเหตุ	

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)
รหัสตัวชี้วัด		SR-IPC-0403 (เดิม SI0303)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ของผู้ป่วยที่นอนรักษานอก ICU ของโรงพยาบาล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Rate of CAUTI in Non-ICU setting
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. การติดเชื้อของผู้ป่วยในระบบทางเดินปัสสาวะ(นับเฉพาะชนิดที่มีอาการ ไม่นับการติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (asymptomatic bacteriuria) แต่มีการติดเชื้อในเลือดโดยเชื้อในเลือดเป็นชนิดเดียวกับที่พบในปัสสาวะ) อันเป็นผลมาจากการคาสายสวนปัสสาวะเกิน 2 วันปฏิทิน (วันแรกที่ใส่นับเป็นวันที่ 1 วันปฏิทิน) และหลังเอาสายสวนปัสสาวะออกภายใน 2 วันปฏิทิน (*in place on the date of event or the day before) เฉพาะผู้ป่วยที่รักษานอกห้อง ICU 2. ไอ ซี ยู คือ หอผู้ป่วยจำเพาะที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีโรคหรือการบาดเจ็บรุนแรงจนอาจเสียชีวิต โดยการรักษาเหตุของโรคและการรักษาประคับประคองเพื่อรอให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพกลับฟื้นมาทำงาน ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังโดยบุคลากรและการใช้เครื่องมือต่างๆ อย่างใกล้ชิด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 1,000
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะของผู้ป่วยที่นอนนอกห้อง ICU ในเดือนนั้น
	ตัวหาร	b = จำนวนวันรวมที่ผู้ป่วยนอกห้อง ICU ใช้สายสวนปัสสาวะทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	T83.51
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ครั้ง ต่อ 1,000 วันใช้สายสวนปัสสาวะ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2561): ปรับเวลาหลังเอาสายสวนปัสสาวะออกภายใน 24 เป็น 48 ชั่วโมง ตามการทบทวนนิยามที่เสนอโดย สภาการพยาบาล (Thailand nursing and midwifery council) ปรับปรุงครั้งที่ 2 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามจาก “48 ชั่วโมง” เป็น “2 วันปฏิทิน” ปรับปรุงครั้งที่ 3 (2569): เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และเพิ่มค่า Benchmark ของต่างประเทศ
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Rational Drug Use (RDU)
รหัสตัวชี้วัด		SR-MMS-0101 (เดิม SM0102)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of antibiotic prescribing for acute respiratory infection (ARI)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ยาปฏิชีวนะ (antibiotics) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย 2. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน (acute respiratory infection: ARI) หมายถึง ผู้ป่วยนอก (OPD cases) ที่ป่วยในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน ทั้งในระบบทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่าง ที่ไม่ใช่ปอดบวม และไม่ใช่โรคเรื้อรัง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 ที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ในช่วง 6 เดือน ของการประเมิน
	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, และ ได้รับยาปฏิชีวนะ
	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,
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		ครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		< 20% (Service Plan, กระทรวงสาธารณสุข) < 30% WHO
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สธ., สปสช., นโยบายรัฐมนตรีปีงบประมาณ 2558
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6 และเพิ่มค่า Benchmark ของต่างประเทศ
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Rational Drug Use (RDU)
รหัสตัวชี้วัด		SR-MMS-0102 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในรหัสวินิจฉัยที่เป็นอาการของระบบทางเดินหายใจ โดยไม่มีการวินิจฉัยโรค
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of antibiotic use among respiratory symptom-based diagnostic codes (RSC) in the absence of a definitive disease diagnosis
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ยาปฏิชีวนะ (antibiotics) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจาก การติดเชื้อแบคทีเรีย 2. รหัสวินิจฉัยที่เป็นอาการของระบบทางเดินหายใจ (respiratory symptom-based diagnostic codes) หรือ RSC หมายถึง รหัสโรค ICD-10 ที่ใช้บันทึกอาการซึ่งสัมพันธ์กับระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้ ไอ จาม เจ็บคอ 3. โดยไม่มีการวินิจฉัยโรค หมายถึง ไม่มีการบันทึกรหัสโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน (ARI code group) ตามที่ กำหนดไว้ในตัวชี้วัด SM0102 หมายเหตุ รหัสโรคดังกล่าวได้แก่ J00-J06, J10.1, J11.1, J20-J21, H65.0, H65.1, H65.9, H66.0, H66.4, H66.9, H67-H67.8 รวมทั้งสิ้น 56 รหัส
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อเฝ้าระวังการใช้รหัสอาการแทนการวินิจฉัยโรค (diagnosis shifting) ซึ่งส่งผลต่อความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วย ARI เนื่องจากอาจมีการสั่งยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นในกรณีดังกล่าว
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ที่มีรหัสวินิจฉัยในกลุ่ม RSC และได้รับยาปฏิชีวนะ ในรอบ 6 เดือนของการประเมิน โดยไม่รวมใบสั่งยาที่มีรหัสโรคในกลุ่ม ARI
	ตัวหาร	b = จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ที่มีรหัสวินิจฉัยในกลุ่ม RSC ทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยไม่รวมใบสั่งยาที่มีรหัสโรคในกลุ่ม ARI
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	R05, R06-R06.2, R06.7-R06.8, R07, R07.0, R09.3 รวมทั้งสิ้น 10 รหัส และได้รับยาปฏิชีวนะ โดยไม่รวมใบสั่งยาที่มีรหัสโรคในกลุ่ม ARI
	ตัวหาร	R05, R06-R06.2, R06.7-R06.8, R07, R07.0, R09.3 รวมทั้งสิ้น 10 รหัส ทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ โดยไม่รวมใบสั่งยาที่มีรหัสโรคในกลุ่ม ARI
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = ยิ่งคุณภาพดี (แปลผลควบคู่ไปกับ SR-MMS-0101)
ที่มา/ Reference		• Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Adult outpatient treatment recommendations. U.S. Department of Health and Human Services. https://www.cdc.gov/antibiotic-use/hcp/clinical-care/adult-outpatient.html

	• Fleming-Dutra, K. E., Hersh, A. L., Shapiro, D. J., Bartoces, M., Enns, E. A., • File, T. M., ... & Hicks, L. A. (2016). Prevalence of inappropriate antibiotic prescriptions among US ambulatory care visits, 2010–2011. JAMA, 315(17), 1864–1873. https://doi.org/10.1001/jama.2016.4151 • National Committee for Quality Assurance. (2024). Appropriate treatment for upper respiratory infection (URI) measure specifications. NCQA. https://www.ncqa.org/hedis/ • Thailand Ministry of Public Health. (2022). Thailand national strategic plan on antimicrobial resistance 2022–2027. Ministry of Public Health, Thailand. • UNICEF. (2023). Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS): Respiratory infection module. United Nations Children's Fund. https://mics.unicef.org/ • World Health Organization. (2021). Integrated surveillance of acute respiratory infection (ARI) guidelines. World Health Organization. https://www.who.int/ • Xu, J., Zhang, C., Huang, Y., Peng, X., & Sun, Q. (2023). Antibiotic prescribing patterns in primary care for acute upper respiratory infections in China: A multicenter observational study. Journal of Global Antimicrobial Resistance, 33, 194–200. https://doi.org/10.1016/j.jgar.2023.02.017 • Yap, J., Mullins, A., Hall, L., & Spike, N. (2022). Trends in antibiotic prescribing by general practice trainees for upper respiratory tract infections and acute bronchitis in Australia, 2010–2019. Australian Journal of General Practice, 51(6), 439–445.https://doi.org/10.31128/AJGP-10-21-6200
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง	เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ	ใช้ควบคู่กับ SR-MMS-0101 (เดิม SM0102) ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน (ARI) เป็นการเสริมระบบการ ประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอย่างมีนัยส าคัญ โดยมีเหตุผล ดังนี้ 1. ปิดช่องว่างของตัวชี้วัด ARI ด้วยการเฝ้าระวัง diagnosis shifting 2. สนับสนุนแนวคิด Antimicrobial Stewardship (AMS) ที่แผนกผู้ป่วยนอก

	3. ช่วยสะท้อนภาพรวมการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้ครบถ้วน ส่งเสริมให้ THIP ช่วยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ AMR ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Rational Drug Use (RDU)
รหัสตัวชี้วัด		SR-MMS-0103 (เดิม SM0103)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of antibiotic prescribing for acute diarrhea (AD)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ยาปฏิชีวนะ (antibiotics) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ใช้ในการรักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย 2. ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (acute diarrhea: AD) หมายถึง ผู้ป่วยนอก ที่ป่วยในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งมี Pdx ตาม ICD-10 ที่กำหนด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินประสิทธิภาพการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผู้ป่วยนอก AD ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ในช่วง 6 เดือน
	ตัวหาร	b = ผู้ป่วยนอก AD ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	A00-A00.9, A02.0, A03-A03.9, A04-A04.9, A05-A05.9, A08-A08.5, A09-A09.9, K52, K52.1, K52.3, K52.8, K52.9 และได้รับยาปฏิชีวนะ รวมทั้งสิ้น 46 รหัส
	ตัวหาร	A00-A00.9, A02.0, A03-A03.9, A04-A04.9, A05-A05.9, A08-A08.5, A09-A09.9, K52, K52.1, K52.3, K52.8, K52.9 ทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ รวมทั้งสิ้น 46 รหัส
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายครึ่งปี
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		< 20% (Service plan, กระทรวงสาธารณสุข)
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		สธ., สปสช., นโยบายรัฐมนตรีปีงบประมาณ 2558
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2558
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Medication Management
รหัสตัวชี้วัด		SR-MMS-0201 (เดิม SM0201)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		จำนวนเดือนสำรองคลังยา
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Medication Management : Inventory turn
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. จำนวนเดือนที่ยาของฝ่าย/กลุ่มงานเภสัชกรรมในคลังยามีเพียงพอสำหรับการให้บริการผู้ป่วย 2. คลังยา หมายถึง ทุกคลังยาที่สำรองยาที่โรงพยาบาลจัดซื้อ และเป็นคลังใหญ่ที่จ่ายยาให้แก่คลังยาย่อยโดยไม่ได้จ่ายยาให้ผู้ป่วยโดยตรง 3. คลังยาย่อย หมายถึงหน่วยจ่ายยาที่สำรองยาและจ่ายให้ผู้ป่วยโดยตรง 4. มูลค่ายา หมายถึง ราคาทุนที่ใช้ในการจัดซื้อ คำนวณจากราคาทุนต่อหน่วยคูณด้วยจำนวน (ปริมาณ) 5. มูลค่ายาที่จ่ายไป หมายถึง มูลค่าการขาย และ มูลค่าการใช้ (ที่มีการเบิกไปใช้จ่ายเป็นต้นทุนการให้บริการต่างๆ)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบบริหารคลังยา
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ปริมาณยาสำรองคงเหลือรวม (คลังยาและคลังยาย่อย) ณ สิ้นเดือน คูณด้วย ราคาทุนของยาสำรองคงเหลือที่คลัง
	ตัวหาร	b = ปริมาณการจ่ายประจำเดือน คูณด้วย ราคาทุนของยาที่จ่ายออกจากคลัง
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		เดือน
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ไม่เกิน 40 วัน (คำนวณจากจำนวนเดือนสำรองคลังคูณด้วย 30) (เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย/ 2561)
วิธีการแปลผล		หากอยู่ในช่วงที่กำหนด แสดงถึงประสิทธิภาพของการบริหารคลังยาว่าสามารถสำรองยาพอเหมาะโดยไม่ก่อให้เกิดปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน โดยพิจารณาจากอัตราการจ่ายยาและ 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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		(1) โรงพยาบาลรัฐไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อทำกำไรและมีการบริหารสินทรัพย์รวมทั้งลักษณะทางบัญชีต่างจาก รพ.เอกชน ทำให้ตัวชี้วัดไม่สามารถสะท้อนการจัดการได้โดยตรง (2) แต่ละโรงพยาบาลใช้ข้อมูลนี้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานของระบบบริหารเวชภัณฑ์เพื่อกำหนดมูลค่ายาสำรองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมของโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นเกณฑ์เป้าหมาย

	(3) เป็นตัวชี้วัดนำร่อง ใช้เปรียบเทียบเฉพาะโรงพยาบาลภาครัฐมีการเรียนการสอน ทดลองใช้ในเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Blood bank
รหัสตัวชี้วัด		SR-SME-0101 (เดิม SL0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราส่วนการขอใช้โลหิตต่อการใช้โลหิตจริงในผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดประเภทต่าง ๆ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Crossmatch-to-Transfusion ratios (C:T) in selective surgery cases
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. อัตราส่วนการขอใช้โลหิตต่อการใช้โลหิตจริงในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดประเภทต่าง ๆ หมายถึง อัตราส่วนของ จำนวนโลหิตที่ทำการ crossmatch ต่อ จำนวนโลหิตที่ถูกนำไป transfused ในเดือนที่ทำการเก็บข้อมูล 2. การขอใช้โลหิตมากเกินความจำเป็น หมายถึง อัตราส่วนของการขอใช้โลหิตที่มีค่า C : T มากกว่า 2.5:1 3. อัตราส่วนการขอใช้โลหิตต่อการใช้โลหิตจริง ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดประเภทต่าง 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		รายเดือน
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		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Sterilization and Service System
รหัสตัวชี้วัด		SR-SME-0201 (เดิม SS0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อผ่านเกณฑ์
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percentage of Sterilization Effectiveness Tests Meeting the Acceptance Criteria
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biological indicator) โดยดูจากผลการตรวจ spore test negative 1. วิธีการตรวจสอบการทำปราศจากเชื้อ (ทั้งการนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ และการอบฆ่าเชื้อด้วยก๊าซ) ประกอบด้วยกรรมวิธี 3 ด้าน คือ 1.1 ตัวบ่งชี้ทางเชิงกล (mechanical indicator) เพื่อบ่งบอกสภาวะของเครื่องที่ทำให้ปราศจากเชื้อ 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) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อทางชีวภาพผ่านเกณฑ์ ใน 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อทางชีวภาพทั้งหมด ใน เดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		CSSD (งานเครื่องมือปลอดเชื้อ)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Sterilization and Service System
รหัสตัวชี้วัด		SR-SME-0202 (เดิม SS0102)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการจัดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of exact medical equipment prepared for specific procedures
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		เป็นการประเมินประสิทธิภาพของการจัดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ตามมาตรฐานหรือข้อตกลงที่กำหนดโดยคณะกรรมการของโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		การติดตามประเมินประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการเครื่องมือทางการแพทย์
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งการจัดเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ตามข้อตกลงถูกต้องครบถ้วน ในช่วงเวลา 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งการจัดเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		CSSD (งานเครื่องมือปลอดเชื้อ)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านระบบงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)
ประเภทตัวชี้วัด		Sterilization and Service System
รหัสตัวชี้วัด		SR-SME-0203 (เดิม SS0103)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ร้อยละการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้หน่วยงานถูกต้อง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Percent of medical supplies which are accurately provided by the CSSD
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		อัตราการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้หน่วยงานถูกต้อง เป็นการประเมินประสิทธิภาพของการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ถูกต้อง ครบถ้วน (ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา) ของหน่วย CSSD
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		การติดตามประเมินประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการเครื่องมือทางการแพทย์
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนครั้งการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ถูกต้องครบถ้วนในช่วงเวลา 1 เดือน
	ตัวหาร	b = จำนวนครั้งการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		CSSD (งานเครื่องมือปลอดเชื้อ)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

ตัวชี้วัดตอนที่ IV-6 ด้านการเงิน (Financial Results)

หมวดตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด
FR-LQR Liquidity Ratios: LQR	01 Short-Term Liquidity Ratios 02 Capital and Reserve Position 03 Operating Liquidity
FR-AER Activity / Efficiency Ratios: AER	01 Asset Utilization Efficiency 02 Accounts Receivable and Revenue Collection Efficiency 03 Receivables Quality and Medical Claim Reimbursement 04 Inventory Management Efficiency 05 Healthcare Service Revenue Efficiency 06 Accounts Payable Management Efficiency
FR-PFR Profitability Ratios: PFR	01 Net Profit Performance 02 Operating Profitability 03 Return on Equity
FR-CSC Capital Structure & Cost Management: CSC	01 Capital Structure and Debt Position 02 Operating Cost Structure 03 Capital Expenditure Structure and Management

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Short-Term Liquidity Ratios
รหัสตัวชี้วัด		FR-LQR-0101 (เดิม SF0101)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราส่วนทุนหมุนเวียน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Financial: Current ratio
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio): คือ อัตราส่วนระหว่าง "สินทรัพย์หมุนเวียน" และ "หนี้สินหมุนเวียน" ซึ่งบ่งบอกถึงสภาพคล่องของกิจการในการที่จะชำระหนี้ระยะสั้น สินทรัพย์หมุนเวียน (Current Assets): หมายถึง สินทรัพย์ที่เป็นเงินสดหรือสามารถเปลี่ยนเป็นเงินสดได้ภายใน 1 รอบระยะเวลาของการดำเนินธุรกิจหรือ 1 ปี ได้แก่ เงินสด, เงินฝากธนาคาร, เงินลงทุนระยะสั้น, ลูกหนี้การค้า, ตั๋วเงินรับ, สินค้าคงเหลือ, ลูกหนี้อื่นๆ, รายได้ค้างรับ, ค่าใช้จ่ายจ่ายล่วงหน้า, วัสดุสิ้นเปลือง (Supplies) หนี้สินหมุนเวียน (Current Liabilities): หมายถึง หนี้สินที่กิจการมีภาระผูกพันที่จะต้องชำระคืนภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี ได้แก่ เงินเบิกเกินบัญชีธนาคาร, เงินกู้ยืมธนาคารระยะสั้น, เจ้าหนี้การค้า, ตั๋วเงินจ่าย, รายได้รับล่วงหน้า, ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย, เจ้าหนี้อื่นๆ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อระบุถึงความสามารถของโรงพยาบาลในการชำระหนี้สินระยะสั้นที่จะครบกำหนด (Liquidity)
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: จำนวนเงินรวมของสินทรัพย์หมุนเวียน (บาท) ณ วันสิ้นงวด
	ตัวหาร	b: จำนวนเงินรวมของหนี้สินหมุนเวียน (บาท) ณ วันสิ้นงวด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		เท่า (Times)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		เลือกใช้ตามบริบทโรงพยาบาล 1. สำหรับโรงพยาบาลภาครัฐ (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข/รัฐบาล) 45. ค่าเป้าหมาย: ≥ 1.5 เท่า 46. แหล่งอ้างอิง: กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2562) 47. คำอธิบายเพิ่มเติม: เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดว่าโรงพยาบาลที่มีสถานะการเงินปกติควรมี Current Ratio มากกว่า 1.5 เท่า หากต่ำกว่านี้อาจเริ่มมีความเสี่ยงขาดสภาพคล่อง (Risk Scoring ระดับ 1-6) 2. สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย / โรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ - ค่าเป้าหมาย: ≥ 1.0 เท่า (สภาพคล่องปกติ) ถึง 1.5-2.0 เท่า (สภาพคล่องดี) - แหล่งอ้างอิง: คู่มือปฏิบัติงาน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (2567) และเกณฑ์มาตรฐานการเงินสากล (Investortools Hospital Medians 2024)

	- คำอธิบายเพิ่มเติม: ในระดับสากล โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีประสิทธิภาพการบริหารจัดการดีมักจะมีค่าเฉลี่ย (Median) อยู่ที่ประมาณ 1.70 - 1.95 เท่า 3. สำหรับโรงพยาบาลเอกชน - ค่าเป้าหมาย: ≥ 1.0 เท่า (และเทียบเคียงกับค่าเฉลี่ยอุตสาหกรรมในตลาดหลักทรัพย์) - แหล่งอ้างอิง: รายงานประจำปีบริษัทจดทะเบียนกลุ่มการแพทย์ (SET Healthcare Sector) / Definitive Healthcare HospitalView (2023) - คำอธิบายเพิ่มเติม: โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่อาจมีค่า Current Ratio ต่ำกว่า 1.0 ได้เล็กน้อย (เช่น 0.8-1.0) หากมีประสิทธิภาพในการเก็บหนี้และบริหารเครดิตเจ้าหนี้การค้าที่ดีเยี่ยม (Cash Cycle เร็ว)
วิธีการแปลผล	ค่า > 1: แสดงว่ากิจการมีสินทรัพย์หมุนเวียนมากพอที่จะชำระหนี้ระยะสั้น (สภาพคล่องดี) ค่า < 1: อาจมีปัญหาในการชำระหนี้ระยะสั้น (ขาดสภาพคล่อง) ข้อสังเกต: หากค่าสูงกว่า 1 มากๆ อาจหมายถึงประสิทธิภาพในการบริหารสินทรัพย์ไม่ดีพอ (เช่น มีเงินสดหรือสินค้าคงคลังมาก
ที่มา/ Reference	THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงหมวดหมู่ตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับที่ 6 และปรับความถี่ในการติดตามให้กระชับขึ้นเพื่อการบริหารความเสี่ยงทางการเงิน
หมายเหตุ	โรงพยาบาลภาครัฐ ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อทำกำไร และมีการบริหารสินทรัพย์รวมทั้งลักษณะทางบัญชี ไม่เหมือน โรงพยาบาลเอกชน ทำให้ตัวชี้วัดนี้อาจไม่สะท้อนการจัดการได้โดยตรง

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Short-Term Liquidity Ratios
รหัสตัวชี้วัด		FR-LQR-0102 (เดิม SF0102)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (หรือ อัตราส่วนสินทรัพย์สภาพคล่อง)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Quick ratio (Acid-test Ratio)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick ratio) คือ อัตราส่วนที่ปรับปรุงมาจากอัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current ratio) เพื่อวัดความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้น "อย่างทันทีทันใด" โดยไม่นับรวมสินทรัพย์ที่เปลี่ยนเป็นเงินสดได้ช้า 2. สินทรัพย์สภาพคล่อง (Quick Assets) หมายถึง สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ (Inventory) และค่าใช้จ่ายจ่ายล่วงหน้า (Prepaid Expenses) เนื่องจากสินค้าคงเหลืออาจเสื่อมสภาพหรือขายไม่ออก และค่าใช้จ่ายล่วงหน้าเปลี่ยนเป็นเงินสดไม่ได้ 3. สินค้าคงเหลือ (Inventory) ในบริบทโรงพยาบาล หมายรวมถึง ยา เวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุสำนักงานคงคลัง
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินความสามารถในการชำระหนี้สินระยะสั้นได้ทันทีโดยไม่ต้องพึ่งพาการขายหรือเบิกใช้สินค้าคงเหลือ (Acid Test)
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: (สินทรัพย์หมุนเวียน - สินค้าคงเหลือ) ณ วันสิ้นงวด (บาท)
	ตัวหาร	b: จำนวนหนี้สินหมุนเวียน ณ วันสิ้นงวด (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		เท่า (Times)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาครัฐ: ≥ 1.0 เท่า (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ.) 2. ภาคเอกชน: ≥ 0.8 - 1.0 เท่า (ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย - SET)
วิธีการแปลผล		ค่า ≥ 1: ดีมาก แสดงว่ามีสินทรัพย์สภาพคล่องสูงเพียงพอชำระหนี้ได้ทันทีโดยไม่ต้องห่วงเรื่องยาหมดอายุหรือระบายยาไม่ทัน ค่า < 1: ต้องระวัง อาจตึงตัวหากเจ้าหนี้เรียกเก็บเงินพร้อมกัน และพึ่งพาเงินจากการระบาย Inventory มากเกินไป
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (คู่มือการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินการคลัง) 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (คู่มือการวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับความถี่ในการติดตามให้กระชับขึ้น และเน้นย้ำการหักมูลค่าคลังยา/เวชภัณฑ์ออกเพื่อเห็นสภาพคล่องเนื้อแท้ (Real Liquidity)
หมายเหตุ		สำหรับโรงพยาบาลที่มีการสำรองยาและเวชภัณฑ์จำนวนมาก (High Inventory) ค่า Quick Ratio มักจะต่ำกว่า Current Ratio อย่างมีนัยสำคัญ ตัวชี้วัดนี้จึงช่วยเตือนภัยเรื่อง "ทุนจมในคลังยา" ได้ดีมาก

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Short-Term Liquidity Ratios
รหัสตัวชี้วัด		FR-LQR-0103 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราส่วนเงินสด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Cash Ratio
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio) คือ อัตราส่วนระหว่างสินทรัพย์ที่มีสภาพคล่องสูงที่สุด (เงินสดและรายการเทียบเท่า) กับหนี้สินหมุนเวียน เพื่อวัดความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้นได้ทันทีโดยไม่ต้องรอเปลี่ยนสินค้าหรือลูกหนี้เป็นเงินสด 2. เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด (Cash & Cash Equivalents) หมายถึง เงินสดในมือ, เงินฝากธนาคารที่เบิกถอนได้ทันที, เช็คที่ถึงกำหนดชำระ, และเงินลงทุนระยะสั้น (Short-term investments) ที่มีสภาพคล่องสูง (เปลี่ยนเป็นเงินสดได้ภายใน 3 เดือนและมีความเสี่ยงต่ำ) 3. หนี้สินหมุนเวียน (Current Liabilities) หมายถึง ภาระผูกพันที่ต้องชำระคืนภายใน 1 ปี เช่น เจ้าหนี้การค้า, เงินกู้ยืมระยะสั้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินความสามารถในการชำระหนี้สินระยะสั้นอย่างทันทีทันใด (Immediate Liquidity) ในสถานการณ์วิกฤตที่ต้องการเงินสดเร่งด่วน
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: (เงินสด + รายการเทียบเท่าเงินสด + เงินฝากระยะสั้น) ณ วันสิ้นงวด
	ตัวหาร	b: จำนวนหนี้สินหมุนเวียน (บาท) ณ วันสิ้นงวด
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		เท่า (Times)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาครัฐ: ≥ 0.80 เท่า (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ., 2566) 2. ภาคเอกชน: เทียบเคียงค่าเฉลี่ยอุตสาหกรรมหมวดการแพทย์ (ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย - SET, 2566)
วิธีการแปลผล		ค่าสูง: แสดงถึงความมั่นคงทางการเงินสูงมาก มีเงินสดพร้อมจ่ายหนี้ได้ทันที ค่าต่ำมาก (< 0.5): มีความเสี่ยงขาดสภาพคล่องหากเจ้าหนี้เร่งรัดการชำระหนี้ ข้อสังเกต: หากค่าสูงเกินไป (เช่น > 1-2 เท่า) อาจแสดงถึงการเสียโอกาสในการนำเงินสดไปลงทุนให้เกิดดอกผล (Inefficient Cash Management)
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (คู่มือการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินการคลัง) 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (คู่มือการวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เป็นตัวชี้วัดใหม่ที่เพิ่มเข้ามาเพื่อปิดช่องว่างการวิเคราะห์สภาพคล่อง เดิมดูแค่ Current Ratio อาจไม่เห็นภาพจริงหากมีลูกหนี้หรือยาคงคลังสูงแต่ไม่มีเงินสดจริง (Asset rich,

	Cash poor)
หมายเหตุ	ตัวชี้วัดนี้มีความสำคัญมากสำหรับโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐที่ต้องเลี้ยงตัวเอง (เช่น องค์การมหาชน) เพื่อป้องกันการขาดสภาพคล่องเฉียบพลัน

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Capital and Reserve Position
รหัสตัวชี้วัด		FR-LQR-0201 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ทุนสำรองสุทธิ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Net Working Capital (NWC)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) คือ ผลต่างระหว่างสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน ซึ่งแสดงถึงจำนวนเงินทุนหมุนเวียนที่แท้จริงที่เหลืออยู่สำหรับการดำเนินงานประจำวันหลังจากชำระหนี้ระยะสั้นแล้ว 2. สินทรัพย์หมุนเวียน (Current Assets) หมายถึง เงินสด ลูกหนี้การค้า ยาและเวชภัณฑ์คงคลัง และสินทรัพย์อื่นๆ ที่เปลี่ยนเป็นเงินสดได้ภายใน 1 ปี 3. หนี้สินหมุนเวียน (Current Liabilities) หมายถึง ภาระผูกพันที่ต้องชำระคืนภายใน 1 ปี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินสภาพคล่องส่วนเกิน (Liquidity Cushion) ที่โรงพยาบาลมีไว้สำหรับรองรับความผันผวนของการดำเนินงานและการขยายงานในอนาคต
สูตรในการคำนวณ		a-b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: จำนวนสินทรัพย์หมุนเวียน (บาท) ณ วันสิ้นงวด
	ตัวหาร	b: จำนวนหนี้สินหมุนเวียน (บาท) ณ วันสิ้นงวด
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		บาท (Baht)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาครัฐ: ค่าเป็นบวก (> 0) และควรมีค่าเพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายดำเนินงานอย่างน้อย 1-3 เดือน (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ., 2566) 2. ภาคเอกชน: ค่าเป็นบวก (> 0) (ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย, 2566) สำหรับการเปรียบเทียบที่มีความแตกต่างกันของขนาดโรงพยาบาล Net Working Capital (NWC) ที่เป็น จำนวนเงิน (Absolute Amount) มีความจำเป็นที่ต้องใช้ตัวหารร่วม (Common Size Analysis) เพื่อลดความแตกต่างด้านขนาดเช่น: 1. NWC ต่อเตียง (NWC per Bed): สูตร: Net Working Capital หาร จำนวนเตียงจดทะเบียน (หรือเตียงที่เปิดจริง) 2. NWC ต่อรายได้รวม (NWC to Total Revenue Ratio): สูตร: Net Working Capital หาร รายได้รวมประจำปี เป็นต้น
วิธีการแปลผล		ค่าเป็นบวก (> 0): สภาพคล่องดี มีสินทรัพย์หมุนเวียนเพียงพอชำระหนี้ระยะสั้นและมีเงินเหลือบริหารงาน ค่าเป็นลบ (< 0): ขาดสภาพคล่อง (Deficit) มีความเสี่ยงสูงที่จะผิดนัดชำระหนี้ ต้องเร่งจัดหาแหล่งเงินทุนระยะสั้น สำหรับการเปรียบเทียบ Net Working Capital (NWC) ที่เป็น จำนวนเงิน (Absolute

	Amount) มีความจำเป็นที่ต้องใช้ตัวหารร่วม (Common Size Analysis) เพื่อลดความแตกต่างด้านขนาดเช่น: 1. NWC ต่อเตียง (NWC per Bed): สูตร: Net Working Capital หาร จำนวนเตียงจดทะเบียน (หรือเตียงที่เปิดจริง) 2. NWC ต่อรายได้รวม (NWC to Total Revenue Ratio): สูตร: Net Working Capital หาร รายได้รวมประจำปี เป็นต้น
ที่มา/ Reference	1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (คู่มือการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินการคลัง) 2. สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์ (นิยามศัพท์บัญชี)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง	เป็นตัวชี้วัดที่ กระทรวงสาธารณสุข ใช้เป็นเกณฑ์หลักในการประเมินวิกฤตทางการเงิน (Risk Scoring) ของโรงพยาบาลในสังกัด จึงนำมาบรรจุใน THIP เพื่อให้เกิดมาตรฐานการเปรียบเทียบที่สอดคล้องกับนโยบายประเทศ
หมายเหตุ	ตัวชี้วัดนี้สำหรับโรงพยาบาลรัฐ ในการประเมิน "เงินบำรุงคงเหลือสุทธิ (Net Cash)" ที่แท้จริงหลังจากหักภาระผูกพันแล้ว

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Operating Liquidity
รหัสตัวชี้วัด		FR-LQR-0301 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		กระแสเงินสดจากการดำเนินงาน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Cash Flow from Operations (CFO)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. กระแสเงินสดจากการดำเนินงาน (CFO) หมายถึง เงินสดสุทธิที่ได้มาหรือใช้ไปในกิจกรรมหลักที่ก่อให้เกิดรายได้ของโรงพยาบาล (เช่น การรักษาพยาบาล, การขายยา) โดยไม่รวมเงินสดจากการลงทุน (เช่น ซื้อเครื่องมือแพทย์, สร้างตึก) และการจัดหาเงิน (เช่น กู้ยืม, เพิ่มทุน) 2. การคำนวณ มักใช้วิธีทางอ้อม (Indirect Method) โดยเริ่มจากกำไรสุทธิ ปรับปรุงด้วยรายการที่ไม่ใช่เงินสด (เช่น ค่าเสื่อมราคา) และการเปลี่ยนแปลงของเงินทุนหมุนเวียน (ลูกหนี้, สินค้าคงเหลือ, เจ้าหนี้)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินความสามารถในการสร้างเงินสด (Cash Generation Ability) จากธุรกิจหลัก เพื่อนำไปใช้จ่ายเงินเดือน ชำระหนี้ และลงทุนต่อได้จริง
สูตรในการคำนวณ		a-b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: เงินสดสุทธิได้มาจากกิจกรรมดำเนินงาน (บาท)
	ตัวหาร	b: เงินสดสุทธิใช้ไปในกิจกรรมดำเนินงาน (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		บาท (Baht)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		เกณฑ์คุณภาพ: CFO > กำไรสุทธิ (Net Profit) (ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย)
วิธีการแปลผล		ค่าเป็นบวก (+): สุขภาพการเงินดี มีเงินสดหมุนเวียนจากการให้บริการ ค่าเป็นลบ (-): ไม่ดี อาจเกิดจากเก็บหนี้ไม่ได้ ยาคงคลังมากเกินไป หรือค่าใช้จ่ายดำเนินงานสูงกว่ารายรับเงินสด อาจมีความจำเป็นต้องกู้ยืมมาหมุนเวียน เพราะไม่มีเงินเพื่อดำเนินการอย่างพอเพียง
ที่มา/ Reference		1. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET) (คู่มือการวิเคราะห์งบกระแสเงินสด) 2. สภาวิชาชีพบัญชี ในพระบรมราชูปถัมภ์ (มาตรฐานการบัญชี ฉบับที่ 7 เรื่อง งบกระแสเงินสด)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อแก้ปัญหา "กำไรทางบัญชี แต่ไม่มีเงินจ่ายหนี้" (Liquidity Trap) ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของ รพ. ที่พึ่งพิงรายได้จากกองทุนรัฐที่มีรอบการจ่ายเงินล่าช้า
หมายเหตุ		สำหรับ รพ.รัฐ ที่ไม่มีการทำงบกระแสเงินสดเต็มรูปแบบ อาจใช้ค่า EBITDA (กำไรก่อนหักดอกเบี้ย ภาษี และค่าเสื่อมราคา) เป็นตัวชี้วัดเทียบเคียง (Proxy) ได้ในระดับหนึ่ง "ยั่งยืนและขยายตัวได้" (Growth & Sustainable) - เป้าหมาย: CFO > (รายจ่ายลงทุน CAPEX + เงินต้นชำระคืนหนี้สิน คือหาเงินสดได้มาก

	พอที่จะ: 1. หมุนเวียนจ่ายค่ายา/ค่าแรง (Operation) 2. ซื้อเครื่องมือแพทย์ใหม่/ปรับปรุงอาคาร (CAPEX) 3. จ่ายคืนหนี้ธนาคาร (Debt Service) โดยไม่ต้องกู้เพิ่ม การตั้งเป้าหมาย 1. เทียบกับรายได้รวม: ควรมี CFO ประมาณ 10 - 15% ของรายได้รวม เช่น: ถ้ารายได้ปีละ 1,000 ล้านบาท ควรมีกระแสเงินสดจากการดำเนินงานเข้ากระเป๋าจริงอย่างน้อย 100-150 ล้านบาท เพื่อให้เพียงพอต่อการ Re-invest และจ่ายคืนหนี้ 2. เทียบกับหนี้สิน (Cash Flow to Debt Ratio): ควรมีค่า CFO > 0.2 - 0.4 เท่า หมายความว่า: กระแสเงินสดที่หาได้ใน 1 ปี ควรจะสามารถจ่ายคืนหนี้สินทั้งหมดได้ภายในไม่เกิน 2.5 - 5 ปี (ถ้าหาเงินได้น้อยกว่านี้ เจ้าหนี้อาจมองว่าความเสี่ยงสูง)

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Asset Utilization Efficiency
รหัสตัวชี้วัด		FR-AER-0101 (เดิม SF0103)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Financial: Fixed asset turnover
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร (fixed asset turnover) เป็นการคำนวณหาอัตราส่วนระหว่างรายได้จากบริการ หรือรายได้จากการดำเนินกิจการ กับสินทรัพย์ถาวรโดยสินทรัพย์ถาวร (Fixed Assets) หมายถึง สินทรัพย์ที่มีตัวตนและมีอายุการใช้งานเกิน 1 ปี ที่องค์กรมีไว้เพื่อที่จะใช้ผลิตสินค้าหรือบริการเพื่อที่จะก่อให้เกิดรายได้
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		ประเมินความสามารถในการใช้สินทรัพย์ให้เกิดประสิทธิภาพ
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	ยอดขายสุทธิ จากงบการเงินในรอบการประเมินของปีงบประมาณ
	ตัวหาร	สินทรัพย์ถาวร จากงบการเงินในรอบการประเมินของปีงบประมาณเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		เท่า
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล		ค่ายิ่งมาก = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference		
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับมาตรฐานสถานพยาบาลฉบับที่ 6
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Asset Utilization Efficiency
รหัสตัวชี้วัด		FR-AER-0102 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวม
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Total Asset Turnover
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. อัตราการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวม คือ อัตราส่วนที่แสดงถึงประสิทธิภาพในการนำสินทรัพย์ทั้งหมดของโรงพยาบาล (ทั้งสินทรัพย์หมุนเวียนและสินทรัพย์ถาวร) ไปใช้ในการก่อให้เกิดรายได้ 2. รายได้รวม (Total Revenue) หมายถึง รายได้จากการดำเนินงานทั้งหมด (ค่ารักษาพยาบาล + รายได้อื่นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน) 3. สินทรัพย์รวมเฉลี่ย (Average Total Assets) หมายถึง (สินทรัพย์รวมต้นงวด + สินทรัพย์รวมปลายงวด) / 2
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดความคุ้มค่าของการลงทุนในสินทรัพย์ทั้งหมดว่า "สินทรัพย์ 1 บาท สามารถสร้างรายได้กลับคืนมาได้กี่บาท" (Asset Sweating)
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: รายได้รวม (Total Revenue) ประจำงวด (บาท)
	ตัวหาร	b: สินทรัพย์รวมเฉลี่ย (Average Total Assets) (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		รอบ (Times) หรือ เท่า
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาคเอกชน: 0.7 - 1.0 รอบ (ค่าเฉลี่ยกลุ่มการแพทย์ ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย) 2. ภาครัฐ: ไม่มีเกณฑ์ตายตัว แต่ควร > 0.5 รอบ (เนื่องจาก รพ.รัฐ มีสินทรัพย์ถาวรสูงมาก และไม่ได้มุ่งเน้นกำไรสูงสุด)
วิธีการแปลผล		ค่าสูง: ดีมาก แสดงว่าใช้สินทรัพย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง (เช่น เครื่องมือแพทย์ได้ใช้งานตลอดเวลา, เตียงไม่ว่าง) ค่าต่ำ: ประสิทธิภาพต่ำ อาจมีการลงทุนในสินทรัพย์มากเกินความจำเป็น (Over-invest) หรือสินทรัพย์ไม่ถูกนำมาใช้หารายได้ (Idle Assets)
ที่มา/ Reference		ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อให้เห็นภาพรวมประสิทธิภาพที่กว้างกว่า Fixed Asset Turnover (SF0103) เดิม เพราะรวมถึงการบริหารเงินสดและลูกหนี้ (สินทรัพย์หมุนเวียน) ด้วย
หมายเหตุ		ตัวชี้วัดนี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับ ROA (ตามสมการ DuPont: ROA = Net Profit Margin x Total Asset Turnover) ดังนั้นถ้าอยากเพิ่ม ROA แต่ขึ้นราคาไม่ได้ ก็ต้องมาเพิ่ม Total Asset Turnover แทน

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Asset Utilization Efficiency
รหัสตัวชี้วัด		FR-AER-0103 (เดิม SF0106)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์รวม
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Return on Asset (ROA)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์รวม (ROA) คือ อัตราส่วนที่วัดความสามารถในการทำกำไรของสินทรัพย์ทั้งหมดที่โรงพยาบาลครอบครอง (ไม่ว่าสินทรัพย์นั้นจะมาจากเงินทุนของตัวเองหรือเงินกู้) 2. กำไรสุทธิ (Net Profit/Net Income) หมายถึง รายได้รวมหักค่าใช้จ่ายรวมทุกประเภท (รวมดอกเบี้ยและภาษี) 3. สินทรัพย์รวม (Total Assets) หมายถึง มูลค่ารวมของสินทรัพย์หมุนเวียน (เงินสด, ลูกหนี้, ยา) และสินทรัพย์ถาวร (ที่ดิน, อาคาร, เครื่องมือแพทย์) ตามบัญชี ณ วันสิ้นงวด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อการทำงานของผู้บริหารว่าสามารถนำทรัพยากร (สินทรัพย์) ที่มีอยู่ ไปสร้างผลตอบแทน (กำไร) ได้คุ้มค่ามากน้อยเพียงใด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: กำไรสุทธิ (หรือ รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) (บาท)
	ตัวหาร	b: สินทรัพย์รวมเฉลี่ย (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ (%)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาคเอกชน: 5 - 10% (เทียบเคียงค่าเฉลี่ยหมวดธุรกิจการแพทย์ ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย) 2. ภาครัฐ: ≥ 0% หรือเป็นบวก (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - เกณฑ์ประสิทธิภาพการเงินการคลัง Risk Score Plus)
วิธีการแปลผล		ค่าสูง: ดีมาก แสดงว่าบริหารสินทรัพย์เก่ง ใช้ทรัพยากรน้อยแต่สร้างกำไรได้มาก (High Efficiency) ค่าต่ำ: อาจเกิดจากสินทรัพย์ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-performing assets) หรือเครื่องมือแพทย์ถูกใช้งานไม่คุ้มค่า (Under-utilization)
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. (เกณฑ์ Risk Score Plus) 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับความถี่ในการติดตามให้สอดคล้องกับมาตรฐานการเงินใหม่ และใช้เป็นตัวชี้วัดหลักในการประเมินความคุ้มค่าของการลงทุน (Investment Appraisal)
หมายเหตุ		สำหรับ รพ.รัฐ ที่มีสินทรัพย์ถาวร (ตึก/เครื่องมือ) จากงบประมาณแผ่นดินจำนวนมาก ตัวหาร (Total Assets) จะสูงมาก ทำให้ค่า ROA มักจะต่ำเมื่อเทียบกับเอกชน การแปลผลจึงควรเทียบกับ รพ.ระดับเดียวกันเท่านั้น

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Accounts Receivable and Revenue
รหัสตัวชี้วัด		FR-AER-0201 (เดิม SF0104)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ระยะเวลาเก็บหนี้เฉลี่ย
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Average Collection Period, Days Sales Outstanding (DSO)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ระยะเวลาเก็บหนี้เฉลี่ย (DSO) หมายถึง จำนวนวันโดยเฉลี่ยที่โรงพยาบาลใช้ในการติดตามทวงถามและได้รับชำระเงินจากลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล นับตั้งแต่วันที่ให้บริการจนถึงวันที่ได้รับเงินสดจริง 2. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล (Accounts Receivable - A/R) หมายถึง ยอดลูกหนี้การค้าสุทธิ (Net A/R) ที่รอเรียกเก็บจากกองทุนต่างๆ (เช่น สปสช., ประกันสังคม, กรมบัญชีกลาง, บริษัทประกัน) และลูกหนี้เงินสดค้างจ่าย A/R ต้นงวด บวก A/R ปลายงวด แล้ว หาร 2 3. รายได้จากการดำเนินงาน เฉลี่ยต่อวัน หมายถึง รายได้จากการดำเนินงาน เฉพาะส่วนที่ต้องส่งข้อมูลเบิกจ่าย (Claim Based) ในรอบระยะเวลานั้น หารด้วย จำนวนวันในงวด 4. จำนวนวันในงวด หมายถึง จำนวนวันตามปฏิทินของรอบระยะเวลาบัญชีที่ต้องการวัดผล ในกรณีนี้จะวัดที่ 1 เดือน หารด้วยจำนวนวันจริงในเดือนนั้น เช่น 30วัน 31วัน เป็นต้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดประสิทธิภาพของกระบวนการเรียกเก็บเงิน (Billing & Collection) และคุณภาพของลูกหนี้ ว่าโรงพยาบาลสามารถเปลี่ยนยอดหนี้ให้กลับมาเป็นกระแสเงินสดได้รวดเร็วเพียงใด
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: ลูกหนี้การค้าสุทธิเฉลี่ย (บาท)
	ตัวหาร	b: รายได้จากการดำเนินงาน เฉลี่ยต่อวัน (บาท/วัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		วัน (Days)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาครัฐ: ≤ 60 วัน (เกณฑ์ประสิทธิภาพการเงินการคลัง - Risk Score Plus, สป.สธ.) 2. ภาคเอกชน: 40 - 50 วัน (ค่าเฉลี่ยอุตสาหกรรมหมวดการแพทย์ - ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย)
วิธีการแปลผล		ค่าน้อย (Low DSO): ดีมาก แสดงว่าระบบเรียกเก็บเงินมีประสิทธิภาพ ได้เงินสดเร็ว สภาพคล่องสูง ค่ามาก (High DSO): ต้องระวัง แสดงว่ามีปัญหาในการเรียกเก็บ (Billing ล่าช้า), ข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Denial), หรือลูกหนี้ขาดสภาพคล่องจ่ายเงินช้า
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เกณฑ์ประสิทธิภาพการเงินการคลัง - Risk Score Plus) 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET) (ดัชนีหมวดธุรกิจการแพทย์ - HELTH) 3. Healthcare Financial Management Association (HFMA) (Standard Metrics: Net Days in A/R)

วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงสูตรและนิยามให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล (HFMA) และเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Risk Score Plus) เพื่อให้เปรียบเทียบได้แม่นยำขึ้น
หมายเหตุ	ในการวิเคราะห์เชิงลึก ควรแยก DSO ตามสิทธิการรักษา (เช่น DSO กรมบัญชีกลาง, DSO ประกันสังคม) เพื่อระบุปัญหาคอขวดที่แท้จริง

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Accounts Receivable and Revenue Collection Efficiency
รหัสตัวชี้วัด		FR-AER-0202 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการหมุนเวียนลูกหนี้
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Accounts Receivable Turnover Rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. อัตราการหมุนเวียนลูกหนี้ คือ อัตราส่วนที่แสดงว่าใน 1 ปี (หรือ 1 รอบบัญชี) โรงพยาบาลสามารถเก็บเงินจากลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลได้กี่ "รอบ" 2. รายได้ค่ารักษาพยาบาล (ที่เป็นเงินเชื่อ) หมายถึง รายได้จากการให้บริการทางการแพทย์ที่ยังไม่ได้รับเงินสดทันที (เช่น ลูกหนี้สิทธิข้าราชการ กรมบัญชีกลาง, ลูกหนี้ประกันสังคม, ลูกหนี้ UC, ลูกหนี้บริษัทประกันชีวิต) 3. ลูกหนี้การค้าเฉลี่ย (Average Accounts Receivable) หมายถึง (ลูกหนี้ต้นงวด + ลูกหนี้ปลายงวด) / 2
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดประสิทธิภาพและคุณภาพในการบริหารจัดการลูกหนี้การค้า (งานเรียกเก็บ/งาน E-Claim) ว่าสามารถเปลี่ยนลูกหนี้ให้กลับมาเป็นเงินสดได้รวดเร็วและบ่อยแค่ไหน
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: รายได้ค่ารักษาพยาบาลที่เป็นเงินเชื่อสุทธิ (หรือรายได้บริการรวม) ประจำงวด (บาท)
	ตัวหาร	b: ลูกหนี้การค้าเฉลี่ย (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		รอบ (Times)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาครัฐ (สป.สธ.): ≥6 รอบต่อปี (เทียบเท่ากับการเก็บหนี้ได้ภายใน 60 วัน ตามเกณฑ์ Risk Score Plus) 2. ภาคเอกชน: ≥6 - 12 รอบต่อปี (ยิ่งมากยิ่งดี แสดงว่าเก็บหนี้ได้เร็วมาก)
วิธีการแปลผล		ค่าสูง: ดีมาก แสดงว่ามีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บหนี้สูง ลูกหนี้มีคุณภาพดี (จ่ายเร็ว) สภาพคล่องตัวสูง ค่าต่ำ: ประสิทธิภาพต่ำ มีปัญหาการเรียกเก็บ (Billing ล่าช้า) หรือลูกหนี้ค้างจ่ายนาน (เสี่ยงหนี้สูญ)
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. (Risk Score Plus - Efficiency) 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่เน้นดูทั้ง "รอบการหมุนเวียน (Turnover)" และ "ระยะเวลาเก็บหนี้ (Day)"
หมายเหตุ		ตัวชี้วัดนี้มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับ SF0104 (Day in A/R) กล่าวคือ - ถ้า Turnover สูง Day in A/R จะต่ำ (ดี) - ถ้า Turnover ต่ำ Day in A/R จะสูง (ไม่ดี)

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Accounts Receivable and Revenue Collection Efficiency
รหัสตัวชี้วัด		FR-AER-0203 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Average Collection Period - Universal Coverage (UC)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง จำนวนวันโดยเฉลี่ยที่โรงพยาบาลใช้ในการติดตามทวงถามและได้รับชำระเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นับตั้งแต่วันที่ให้บริการจนถึงวันที่ได้รับเงินสดจริง 2. ลูกหนี้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง ยอดลูกหนี้ ที่รอเรียกเก็บจากกองทุน หนี้ต้นงวด บวก ปลายงวด แล้ว หาร 2 3. รายได้ที่มีการตั้งเบิกจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เฉลี่ยต่อวัน หมายถึง รายได้จากการดำเนินงานสิทธิ์บัตรทอง เฉพาะส่วนที่ต้องส่งข้อมูลเบิกจ่าย (Claim Based) ในรอบระยะเวลานั้น หารด้วย จำนวนวันตามปฏิทินในงวด 4. จำนวนวันในงวด หมายถึง จำนวนวันตามปฏิทินของรอบระยะเวลาบัญชีที่ต้องการวัดผล ในกรณีนี้จะวัดที่ 1 เดือน หารด้วยจำนวนวันจริงในเดือนนั้น เช่น 30 วัน 31 วัน เป็นต้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อบริหารจัดการกระแสเงินสดจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และติดตามความล่าช้าที่อาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น การรอสรุปยอดงบประมาณปลายปี
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: ลูกหนี้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บาท)
	ตัวหาร	b: รายได้ที่มีการตั้งเบิกจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เฉลี่ยต่อวัน (บาท/วัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		วัน (Days)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		≤ 60 วัน (เกณฑ์ประสิทธิภาพการเงินการคลัง - Risk Score Plus, สป.สธ.)
วิธีการแปลผล		ค่าน้อย : ดีมาก แสดงว่าระบบเรียกเก็บเงินมีประสิทธิภาพ ได้เงินสดเร็ว สภาพคล่องสูง ค่ามาก : ต้องระวัง แสดงว่ามีปัญหาในการเรียกเก็บ (Billing ล่าช้า), ข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Denial), หรือลูกหนี้ขาดสภาพคล่องจ่ายเงินช้า
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เกณฑ์ประสิทธิภาพการเงินการคลัง - Risk Score Plus) 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET) (ดัชนีหมวดธุรกิจการแพทย์ - HELTH) 3. Healthcare Financial Management Association (HFMA) (Standard Metrics: Net Days in A/R)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงสูตรและนิยามให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล (HFMA) และเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Risk Score Plus) เพื่อให้เปรียบเทียบได้แม่นยำขึ้น
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Accounts Receivable and Revenue Collection Efficiency
รหัสตัวชี้วัด		FR-AER-0204 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้กองทุนสวัสดิการข้าราชการ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Average Collection Period - Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้กองทุนสวัสดิการข้าราชการ หมายถึง จำนวนวันโดยเฉลี่ยที่โรงพยาบาลใช้ในการติดตามทวงถามและได้รับชำระเงินจากกองทุนสวัสดิการข้าราชการ นับตั้งแต่วันที่ให้บริการจนถึงวันที่ได้รับเงินสดจริง 2. ลูกหนี้กองทุนสวัสดิการข้าราชการ หมายถึง ยอดลูกหนี้ ที่รอเรียกเก็บจากกองทุน หนี้ต้นงวด บวก ปลายงวด แล้ว หาร 2 3. รายได้ที่มีการตั้งเบิกจากกองทุนสวัสดิการข้าราชการเฉลี่ยต่อวัน หมายถึง รายได้จากการดำเนินงานสิทธิ์กองทุนสวัสดิการข้าราชการเฉพาะส่วนที่ต้องส่งข้อมูลเบิกจ่าย (Claim Based) ในรอบระยะเวลานั้น หารด้วย จำนวนวันตามปฏิทินในงวด 4. จำนวนวันในงวด หมายถึง จำนวนวันตามปฏิทินของรอบระยะเวลาบัญชีที่ต้องการวัดผล ในกรณีนี้จะวัดที่ 1 เดือน หารด้วยจำนวนวันจริงในเดือนนั้น เช่น 30 วัน 31 วัน เป็นต้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดสภาพคล่องจากลูกหนี้กรมบัญชีกลาง และติดตามความล่าช้าที่อาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: ลูกหนี้กองทุนสวัสดิการข้าราชการ (บาท)
	ตัวหาร	b: รายได้ที่มีการตั้งเบิกจากกองทุนสวัสดิการข้าราชการ เฉลี่ยต่อวัน (บาท/วัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		วัน (Days)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		≤ 60 วัน (เกณฑ์ประสิทธิภาพการเงินการคลัง - Risk Score Plus, สป.สธ.)
วิธีการแปลผล		ค่าน้อย : ดีมาก แสดงว่าระบบเรียกเก็บเงินมีประสิทธิภาพ ได้เงินสดเร็ว สภาพคล่องสูง ค่ามาก : ต้องระวัง แสดงว่ามีปัญหาในการเรียกเก็บ (Billing ล่าช้า), ข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Denial), หรือลูกหนี้ขาดสภาพคล่องจ่ายเงินช้า
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เกณฑ์ประสิทธิภาพการเงินการคลัง - Risk Score Plus) 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET) (ดัชนีหมวดธุรกิจการแพทย์ - HELTH) 3. Healthcare Financial Management Association (HFMA) (Standard Metrics: Net Days in A/R)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงสูตรและนิยามให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล (HFMA) และเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Risk Score Plus) เพื่อให้เปรียบเทียบได้แม่นยำขึ้น
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Accounts Receivable and Revenue Collection Efficiency
รหัสตัวชี้วัด		FR-AER-0205 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้กองทุนประกันสังคม
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Average Collection Period - Social Security Scheme (SSS)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้กองทุนประกันสังคม หมายถึง จำนวนวันโดยเฉลี่ยที่โรงพยาบาลใช้ในการติดตามทวงถามและได้รับชำระเงินจากกองทุนประกันสังคม นับตั้งแต่วันที่ให้บริการจนถึงวันที่ได้รับเงินสดจริง 2. ลูกหนี้กองทุนประกันสังคม หมายถึง ยอดลูกหนี้ ที่รอเรียกเก็บจากกองทุน หนี้ต้นงวด บวก ปลายงวด แล้ว หาร 2 3. รายได้ที่มีการตั้งเบิกจากกองทุนประกันสังคม เฉลี่ยต่อวัน หมายถึง รายได้จากการดำเนินงานสิทธิ์กองทุนประกันสังคม เฉพาะส่วนที่ต้องส่งข้อมูลเบิกจ่าย (Claim Based) ในรอบระยะเวลานั้น หารด้วย จำนวนวันตามปฏิทินในงวด 4. จำนวนวันในงวด หมายถึง จำนวนวันตามปฏิทินของรอบระยะเวลาบัญชีที่ต้องการวัดผล ในกรณีนี้จะวัดที่ 1 เดือน หารด้วยจำนวนวันจริงในเดือนนั้น เช่น 30 วัน 31 วัน เป็นต้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อบริหารจัดการกระแสเงินสดจากกองทุนประกันสังคม และติดตามความล่าช้าที่อาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: ลูกหนี้กองทุนประกันสังคม (บาท)
	ตัวหาร	b: รายได้ที่มีการตั้งเบิกจากกองทุนประกันสังคม เฉลี่ยต่อวัน (บาท/วัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		วัน (Days)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		≤ 120 วัน (เกณฑ์ประสิทธิภาพการเงินการคลัง - Risk Score Plus, สป.สธ.)
วิธีการแปลผล		ค่าน้อย : ดีมาก แสดงว่าระบบเรียกเก็บเงินมีประสิทธิภาพ ได้เงินสดเร็ว สภาพคล่องสูง ค่ามาก : ต้องระวัง แสดงว่ามีปัญหาในการเรียกเก็บ (Billing ล่าช้า), ข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Denial), หรือลูกหนี้ขาดสภาพคล่องจ่ายเงินช้า
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เกณฑ์ประสิทธิภาพการเงินการคลัง - Risk Score Plus) 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET) (ดัชนีหมวดธุรกิจการแพทย์ - HELTH) 3. Healthcare Financial Management Association (HFMA) (Standard Metrics: Net Days in A/R)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ปรับปรุงสูตรและนิยามให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล (HFMA) และเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Risk Score Plus) เพื่อให้เปรียบเทียบได้แม่นยำขึ้น
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Receivables Quality and Medical Claim Reimbursement
รหัสตัวชี้วัด		FR-AER-0301 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราส่วนหนี้สูญและหนี้สงสัยจะสูญ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Bad Debt Ratio
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. หนี้สูญ (Bad Debt) หมายถึง ลูกหนี้ที่ติดตามทวงถามจนถึงที่สุดแล้วแต่ไม่ได้รับชำระหนี้และได้ตัดจำหน่ายออกจากบัญชีตามกฎหมาย/ระเบียบแล้ว 2. หนี้สงสัยจะสูญ หรือ ผลขาดทุนด้านเครดิตที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Doubtful Accounts, Expected Credit Loss - ECL) หมายถึง ลูกหนี้ที่คาดว่าจะเรียกเก็บเงินไม่ได้ (โดยปกติพิจารณาจากอายุหนี้ที่ค้างนานเกินกำหนด เช่น > 365 วัน ตามนโยบายบัญชี) 3. อัตราส่วนหนี้สูญฯ คือ สัดส่วนของมูลค่าหนี้ที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้เทียบกับรายได้รวม เพื่อวัดความสูญเสียจากการให้บริการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้รับเงินตอบแทน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดประสิทธิภาพในขั้นตอนสุดท้ายของการเก็บเงิน (Collection Effectiveness) และประเมินคุณภาพของลูกหนี้ว่ามี "หนี้เน่า" ปะปนอยู่มากน้อยเพียงใด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: หนี้สงสัยจะสูญ (ตั้งเพิ่มในงวดนั้น) + หนี้สูญตัดจำหน่ายจริง ในงวดนั้น (บาท)
	ตัวหาร	b: รายได้จากการดำเนินงานรวม (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ (%)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาคเอกชน: ≤ 2 – 3 % (มาตรฐานโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำ หากเกินนี้ถือว่าฝ่ายติดตามหนี้ไม่มีประสิทธิภาพ หรือรับคนไข้กลุ่มเสี่ยงมากเกินไป) 2. ภาครัฐ: ≤ 1% (ถ้าคิดว่าสิทธิกองทุนหลักรัฐจ่ายอย่างแน่นอน) แต่หากรวมการที่กองทุนมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์ หลังจากที่โรงพยาบาลได้วางแผนต้นทุนไปแล้ว หรือการให้บริการผู้ป่วยที่ไม่มีกองทุนรองรับ เช่น ต่างชาติผิดกฎหมาย อาจยอมรับได้ที่ ≤ 5%
วิธีการแปลผล		ค่าต่ำ (< 1-2%): ดีเยี่ยม แสดงว่ากระบวนการคัดกรองสิทธิ์และการติดตามหนี้มีประสิทธิภาพสูง สูญเสียรายได้น้อย ค่าสูง (> 5%): น่าจะมีปัญหา รายได้รั่วไหลอย่างรุนแรง กำไรลดลงทันที อาจเกิดจากระบบตรวจสอบสิทธิ์หละหลวม หรือไม่ติดตามทวงถามหนี้เก่า
ที่มา/ Reference		1. Healthcare Financial Management Association (HFMA) (Standard Metrics: Bad Debt Percentage) 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (การวิเคราะห์คุณภาพสินทรัพย์)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อให้เห็น "ต้นทุนแฝง" ที่เกิดจากการบริหารจัดการที่ผิดพลาด (Cost of Poor Quality) ซึ่งมักถูกมองข้ามในรายงานกระแสเงินสด

หมายเหตุ	สำหรับ รพ.รัฐ ต้องแยกแยะระหว่าง "หนี้สูญ (เก็บไม่ได้)" กับ "การสงเคราะห์ (ตั้งใจรักษาฟรี)" ออกจากกัน ตัวชี้วัดนี้ควรวัดเฉพาะส่วนที่ "ตั้งใจเก็บแต่เก็บไม่ได้" เท่านั้น

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Receivables Quality and Medical Claim Reimbursement
รหัสตัวชี้วัด		FR-AER-0302 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการถูกปฏิเสธการจ่ายเงิน (หรือ อัตราการปฏิเสธชดเชยค่ารักษา)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Claim Denial Rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. อัตราการถูกปฏิเสธการจ่ายเงิน คือ สัดส่วนของจำนวนใบแจ้งหนี้ (Claims) หรือมูลค่าเงินที่ถูกปฏิเสธการจ่ายจากกองทุน/บริษัทประกัน ในการส่งเบิกครั้งแรก เทียบกับยอดที่ส่งเบิกทั้งหมด 2. การถูกปฏิเสธ (Denial) หมายถึง การที่ผู้จ่ายเงิน (Payer) เช่น สปสช., ประกันสังคม, หรือบริษัทประกัน ปฏิเสธการจ่ายเงินเนื่องจากข้อมูลผิดพลาด, เอกสารไม่ครบ, รหัสโรคผิด, หรือไม่เข้าเกณฑ์เงื่อนไขกรมธรรม์/กองทุน (รวมถึงติดรหัส C ในระบบ E-Claim)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดคุณภาพและความถูกต้องของกระบวนการเรียกเก็บเงิน (Billing Accuracy) และประสิทธิภาพของทีมเวชระเบียน/การเงิน ในการบันทึกข้อมูลและให้รหัสโรค
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: มูลค่าที่ถูกปฏิเสธการจ่ายในงวดนั้น (บาท)
	ตัวหาร	b: มูลค่าที่ส่งเบิกทั้งหมดในงวดนั้น (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ (%)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. มาตรฐานสากล (HFMA): ≤ 5 % (ถือว่าเป็น Best Practice) 2. โรงพยาบาลรัฐ: ≤ 5 – 10 % (เนื่องจากความซับซ้อนของเงื่อนไขกองทุนและการตรวจสอบ E-Claim ที่เข้มข้น)
วิธีการแปลผล		ค่าต่ำ (< 5%): ดีมาก ระบบการให้รหัสโรค (Coding) และตรวจสอบสิทธิ์แม่นยำ ได้เงินไว ไม่ต้องแก้งาน ค่าสูง (> 10%): ต้องเข้าไปดูแล อาจเกิดจาก Human Error, แพทย์สรุปชาร์ตไม่ครบ, จนท. คีย์ข้อมูลผิด, หรือระบบ IT ไม่อัปเดตเงื่อนไขกองทุน
ที่มา/ Reference		1. Healthcare Financial Management Association (HFMA) (Standard Metrics: Initial Denial Rate) 2. สปสช. (NHSO) (รายงานผลการตรวจสอบการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ - Statement)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพราะเป็น "สาเหตุหลักของหนี้สูญ (Bad Debt)" และ "DSO ที่สูงขึ้น" หากไม่วัดตัวนี้ เราจะไม่รู้เลยว่าทำไมเงินถึงเข้าช้า
หมายเหตุ		ควรวิเคราะห์แยกตามกองทุน (เช่น Denial Rate ของประกันสังคม vs สปสช.) และแยกตามสาเหตุ (เช่น ผิดที่ Coding, ผิดที่ตรวจสอบสิทธิ์, หรือผิดที่เอกสาร) เพื่อแก้ปัญหาได้ถูกจุด

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Inventory Management Efficiency
รหัสตัวชี้วัด		FR-AER-0401 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ระยะเวลาหมุนเวียนสินค้าคงเหลือ (ยาและเวชภัณฑ์)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Days Sales of Inventory (DSI) หรือ Inventory Days
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ระยะเวลาหมุนเวียนสินค้าคงเหลือ หมายถึง ระยะเวลาเฉลี่ย (วัน) ที่โรงพยาบาลเก็บสต็อกยาและเวชภัณฑ์ไว้ในคลังสินค้า ก่อนที่จะถูกเบิกออกไปใช้รักษาผู้ป่วย 2. สินค้าคงเหลือเฉลี่ย (Inventory) ในที่นี้หมายถึง ยา (Drugs) วัสดุเภสัชกรรม วัสดุการแพทย์ทั่วไป วัสดุวิทยาศาสตร์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ 3. ต้นทุนขาย/บริการเฉลี่ยต่อวัน (Cost of Goods Sold - COGS) หมายถึง ต้นทุนของยาและเวชภัณฑ์ที่ถูกใช้ไปจริงในช่วงเวลานั้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดประสิทธิภาพการบริหารคลังยาว่ามีการตุนของ มากเกินความจำเป็นหรือไม่ เพราะสต็อกที่มากเกินไป (Overstock) คือเงินสดที่จมหายไปและเสียโอกาสทางธุรกิจ
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: มูลค่าสินค้าคงเหลือเฉลี่ย (บาท)
	ตัวหาร	b: ต้นทุนสินค้าที่ใช้ไปเฉลี่ยต่อวัน (บาท/วัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		วัน (Days)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ยา (Drugs): 30 - 45 วัน (ไม่ควรเก็บนานกว่านี้ เว้นแต่ยาช่วยชีวิตหายาก) 2. เวชภัณฑ์ทั่วไป (Supplies): 15 - 30 วัน (ของหมุนเวียนเร็ว เช่น ถุงมือ, เข็ม) 3. กรณีภาครัฐ อาจสูงถึง 60 วัน ได้ เนื่องจากกระบวนการจัดซื้อภาครัฐมีความล่าช้ากว่าเอกชน
วิธีการแปลผล		ค่าต่ำ (เร็ว): ดี แสดงว่าบริหาร Stock ได้เก่ง ของเข้ามาแล้วออกไปเร็ว เงินไม่จม (แต่ต้องระวังอย่าให้ต่ำเกินไปจนของขาด Stockout) ค่าสูง (ช้า): ไม่ดี แสดงว่า "ของล้นคลัง" (Overstock) มี Dead Stock หรือยาใกล้หมดอายุเยอะ ต้องรีบระบายออก
ที่มา/ Reference		1. กองบริหารการสาธารณสุข สป.สธ. (เกณฑ์การบริหารเวชภัณฑ์) 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (Inventory Turnover Analysis)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อให้ครบองค์ประกอบการวิเคราะห์สภาพคล่อง เพราะบางโรงพยาบาลขาดเงินสดไม่ใช่เพราะเก็บเงินไม่ได้ แต่อาจเป็นเพราะเงินไปจมอยู่ที่ห้องยา
หมายเหตุ		ควรแยกคำนวณระหว่าง "คลังยาหลัก (Main Stock)" และ "คลังย่อยตามตึก (Sub Stock)" เพื่อดูว่าของไปกองค้างอยู่ที่ไหนกันแน่

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Healthcare Service Revenue Efficiency
รหัสตัวชี้วัด		FR-AER-0501 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		รายได้เฉลี่ยต่อวันนอนผู้ป่วยใน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		IPD Revenue per Patient Day
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. รายได้เฉลี่ยต่อวันนอนผู้ป่วยใน คือ จำนวนเงินรายได้ที่โรงพยาบาลได้รับเฉลี่ยต่อการนอนพักรักษาตัวของผู้ป่วยใน 1 วัน (Bed Day) 2. รายได้ผู้ป่วยใน (IPD Revenue) หมายถึง รายได้จากการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในทั้งหมด (ค่าห้อง, ค่ายา, ค่าผ่าตัด, DRG) หลังหักส่วนลด 3. จำนวนวันนอนผู้ป่วยรวม (Total Patient Days) หมายถึง ผลรวมจำนวนวันที่ผู้ป่วยในแต่ละคนนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงเวลานั้น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดประสิทธิภาพการหารายได้เทียบกับการใช้ทรัพยากร "เตียง" และ "เวลา" (Utilization of Bed Capacity) ซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีจำกัดที่สุดของโรงพยาบาล
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: รายได้ผู้ป่วยในรวมประจำงวด (บาท)
	ตัวหาร	b: จำนวนวันนอนรวม (Patient Days) ประจำงวด (วัน)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		บาทต่อวัน (Baht/Day)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ต้องมากกว่าต้นทุนต่อวันนอน (Unit Cost per Day): ค่าเป้าหมายคือ > ต้นทุนเฉลี่ย 20-30% ข้อสังเกต: รายได้ต่อวันนอนมักจะสูงกว่ารายได้ต่อ Visit มาก (เช่น 10-20 เท่า) เพราะรวมค่าห้องและการดูแล 24 ชม.
วิธีการแปลผล		ดูการเปลี่ยนแปลง ค่าที่สูงขึ้น: ดี สะท้อนถึงการรักษาโรคซับซ้อน (High CMI) หรือการบริหารจัดการ DRG ที่ดี ได้น้ำหนักสัมพัทธ์สูง ค่าที่ลดลง: อาจเกิดจาก "นอนนานเกินจำเป็น (Long LOS)" โดยไม่มีการรักษาเพิ่มเติม ทำให้รายได้คงที่แต่ตัวหาร (วันนอน) เพิ่มขึ้น (Diluted Revenue)
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. 2. Healthcare Financial Management Association (HFMA)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อใช้ "เทียบกับต้นทุน (Unit Cost)" หากรายได้ต่อหัวต่ำกว่าต้นทุนต่อหัว แสดงว่าโรงพยาบาลกำลังแบกรับภาระขาดทุนจากการให้บริการ
หมายเหตุ		ควรวิเคราะห์ควบคู่กับ Average Length of Stay (ALOS) เพราะถ้านอนนานเกินไป รายได้ต่อวันจะลดลงตามวันที่เพิ่มขึ้น (เพราะ DRG จ่ายเป็นก้อน ไม่ได้จ่ายตามวันนอนทั้งหมด)

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Healthcare Service Revenue Efficiency
รหัสตัวชี้วัด		FR-AER-0502 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		รายได้เฉลี่ยต่อการมาใช้บริการ OPD 1 ครั้ง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Average Revenue per Outpatient visit
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. รายได้เฉลี่ยต่อการรับบริการผู้ป่วยนอก คือ จำนวนเงินรายได้ที่โรงพยาบาลได้รับเฉลี่ยต่อการที่ผู้ป่วยนอกมารับบริการ 1 ครั้ง (Visit) 2. รายได้ผู้ป่วยนอก (OPD Revenue) หมายถึง รายได้จากการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ค่ายา, ค่าตรวจ, ค่าหัตถการ, ค่าบริการทางการแพทย์) หลังหักส่วนลดการค้า (ถ้ามี) 3. จำนวนครั้งการรับบริการ (OPD Visits) หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการและมีการเปิดใบสั่งยา/เวชระเบียน (นับตาม Visit ไม่ใช่นับคน)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดมูลค่าที่สร้างได้จากการให้บริการผู้ป่วยนอกในแต่ละครั้ง ใช้ประเมินความเหมาะสมของราคา (Pricing), ความสามารถในการเบิกจ่าย (Reimbursement), และความซับซ้อนของผู้ป่วยที่มารับบริการ
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: รายได้ผู้ป่วยนอกรวมประจำงวด (บาท)
	ตัวหาร	b: จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก (Visits) ประจำงวด (ครั้ง)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		บาทต่อครั้ง (Baht/Visit)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ต้องมากกว่าต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost per Visit): ค่าเป้าหมายคือ > ต้นทุนเฉลี่ย 20-30% (เพื่อให้มีกำไรขั้นต้นสำหรับค่าบริหารจัดการ) ตัวอย่าง รพ.รัฐ: หากต้นทุนต่อ Visit = 800 บาท, เป้าหมายรายได้ควร ≥1,000 บาท
วิธีการแปลผล		ดูการเปลี่ยนแปลง ค่าสูงขึ้น: ดี แสดงว่ารายได้เติบโต อาจเกิดจาก CMI ผู้ป่วยนอกสูงขึ้น หรือการเบิกจ่ายมีประสิทธิภาพ ค่าลดลง: น่ากังวล ต้องดูว่าเกิดจากการบริการส่วนใดที่ทำแล้วไม่ได้กำไรเกิดขึ้นมากเกินไป หรือเกิดจากการ "ให้ส่วนลด/สงเคราะห์" มากเกินไป
ที่มา/ Reference		กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. (คู่มือ Unit Cost - รายรับเทียบต้นทุน)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อใช้ "เทียบกับต้นทุน (Unit Cost)" หากรายได้ต่อหัวต่ำกว่าต้นทุนต่อหัว แสดงว่าโรงพยาบาลกำลังแบกรับภาระขาดทุนจากการให้บริการ
หมายเหตุ		

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Accounts Payable Management Efficiency
รหัสตัวชี้วัด		FR-AER-0601 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		ระยะเวลาชำระหนี้เฉลี่ย
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Average Payment Period หรือ Days Payable Outstanding (DPO)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. ระยะเวลาชำระหนี้เฉลี่ย หมายถึง ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่โรงพยาบาลใช้ในการชำระหนี้คืนให้แก่เจ้าหนี้การค้า (Suppliers) นับจากวันที่ได้รับวางบิล 2. เจ้าหนี้การค้าเฉลี่ย หมายถึง ผลรวมของมูลค่าเจ้าหนี้การค้า (ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุวิทยาศาสตร์) ณ วันต้นงวด รวมกับ วันปลายงวด แล้วหารด้วย 2 3. ต้นทุนซื้อเฉลี่ยต่อวัน หมายถึง มูลค่าการสั่งซื้อสินค้าหรือต้นทุนขาย (Cost of Goods Sold) ในรอบระยะเวลานั้น (ยอดซื้อเชื่อรวม) หารด้วย จำนวนวันตามปฏิทินในงวด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดประสิทธิภาพการบริหารจัดการหนี้สินและเครดิตเทอม (Credit Term) ว่าโรงพยาบาลสามารถดึงเงินสดไว้หมุนเวียนในระบบได้นานเพียงใดโดยไม่เสียเครดิตความน่าเชื่อถือ
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: เจ้าหนี้การค้าเฉลี่ย (บาท)
	ตัวหาร	b: ต้นทุนซื้อเฉลี่ยต่อวัน (บาท/วัน)
รหัสโรค/ หัตถการ ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		วัน (Days)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาครัฐ: ≤90 วัน (เกณฑ์มาตรฐาน Risk Score Plus ข้อที่ 5 - สป.สธ.) 2. ภาคเอกชน: 60 - 90 วัน (ตามเครดิตเทอมมาตรฐานของบริษัทยาและเวชภัณฑ์)
วิธีการแปลผล		ค่าสูงเกินเกณฑ์ (> 90-100 วัน): เสี่ยง แสดงว่าโรงพยาบาลเริ่มขาดสภาพคล่อง ไม่มีเงินจ่ายเจ้าหนี้ หรือจงใจดึงเรื่องจ่ายเงินช้า ซึ่งอาจทำให้ผู้ขายระงับการส่งยา (Supply Chain Disruption) ค่าต่ำเกินไป (< 30 วัน): บริหารเงินไม่คุ้มค่า จ่ายเงินเร็วเกินไปทั้งที่ยา
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อให้โรงพยาบาลบริหาร "วงจรเงินสด (Cash Conversion Cycle)" ได้ครบวงจร (ดูทั้งขาเก็บเงิน DSO และขาจ่ายเงิน DPO)
หมายเหตุ		ค่า DPO ที่เหมาะสมคือ "นานที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ผิดนัดชำระหนี้" เพื่อให้เรามีเงินสดหมุนเวียนฟรี (Interest-free loan from suppliers)

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Net Profit Performance
รหัสตัวชี้วัด		FR-PFR-0101 (เดิม SF0105)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราส่วนกำไรสุทธิ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Net Profit Margin
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. อัตราส่วนกำไรสุทธิ (Net profit margin) หมายถึง อัตราส่วนระหว่าง "กำไรสุทธิ" เทียบกับ "รายได้รวม" เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการทำกำไรบรรทัดสุดท้าย (Bottom Line) ของโรงพยาบาล หลังจากหักต้นทุนและค่าใช้จ่ายทุกประเภทแล้ว 2. กำไรสุทธิ (Net profit) คือ รายได้รวมหักด้วยค่าใช้จ่ายรวมทุกประเภท (รวมต้นทุนยา, ค่าแรง, ค่าสาธารณูปโภค, ดอกเบี้ยจ่าย, ภาษี, และ ค่าเสื่อมราคา) 3. รายได้รวม (Total Revenue) หมายถึง รายได้จากการดำเนินงาน (ค่ารักษาพยาบาล) และรายได้อื่น
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินประสิทธิภาพโดยรวมขององค์กรในการทำกำไรและการควบคุมต้นทุนทุกมิติ (ทั้งต้นทุนดำเนินงานและต้นทุนคงที่)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: กำไรสุทธิ (หรือ รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) (บาท)
	ตัวหาร	b: รายได้รวม (Total Revenue) (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ (%)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาคเอกชน: 10 - 15% (ค่าเฉลี่ยกลุ่มการแพทย์ ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย) 2. ภาครัฐ: ≥ 0% (เกณฑ์ขั้นต่ำเพื่อให้องค์กรอยู่รอดได้โดยไม่ขาดทุนสะสม)
วิธีการแปลผล		ค่าสูง: ดีมาก แสดงว่าโรงพยาบาลมีความสามารถในการเปลี่ยนรายได้ให้กลายเป็นกำไรเข้ากระเป๋าได้สูง ค่าต่ำ/ติดลบ: ประสิทธิภาพต่ำ หรือมีภาระค่าใช้จ่าย (เช่น ค่าเสื่อมราคา, ดอกเบี้ย, ค่าแรง) สูงเกินกว่ารายได้ที่หามาได้
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. (คู่มือวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน) 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET) (คู่มือการวิเคราะห์งบการเงิน)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ย้าย มาสู่หมวด "Profitability" เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนขึ้นเมื่อวิเคราะห์ร่วมกับ EBITDA Margin
หมายเหตุ		สำหรับ รพ.รัฐ ตัวเลขนี้มักจะ "ต่ำกว่า" EBITDA Margin อย่างมาก เนื่องจากภาระ "ค่าเสื่อมราคา" ของอาคารและครุภัณฑ์

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Net Profit Performance
รหัสตัวชี้วัด		FR-PFR-0102 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		กำไรสุทธิ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Net Income (NI)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. กำไรสุทธิ (Net Income) หมายถึง ผลต่างระหว่างรายได้รวมทุกประเภทและค่าใช้จ่ายรวมทุกประเภทของโรงพยาบาล ในรอบระยะเวลาบัญชีหนึ่งๆ 2. รายได้รวม (Total Revenue) หมายถึง รายได้จากการรักษาพยาบาล (ทั้งผู้ป่วยนอกและใน), รายได้งบประมาณ, และรายได้อื่น (เช่น ค่าเช่าพื้นที่, ดอกเบี้ยรับ) 3. ค่าใช้จ่ายรวม (Total Expenses) หมายถึง ต้นทุนการรักษา, ค่าใช้จ่ายบุคลากร, ค่ายาและเวชภัณฑ์, ค่าสาธารณูปโภค, รวมถึงค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย (Depreciation & amortization) และต้นทุนทางการเงิน (ดอกเบี้ยจ่าย)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดผลการดำเนินงานสุทธิ (Bottom Line) ว่าองค์กรสามารถบริหารรายได้ให้ครอบคลุมต้นทุนทั้งหมดได้หรือไม่ (ความสามารถในการเลี้ยงตัวเอง)
สูตรในการคำนวณ		a-b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: รายได้รวม (Total Revenue) (บาท)
	ตัวหาร	b: ค่าใช้จ่ายรวม (Total Expenses) (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		บาท (Baht)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาครัฐ: ค่าเป็นบวก (> 0) (เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการ กรมบัญชีกลาง / แผนยุทธศาสตร์ สป.สธ.) 2. ภาคเอกชน: เติบโตต่อเนื่อง (Positive Growth) เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า (YoY Growth) (ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย)
วิธีการแปลผล		ค่าเป็นบวก (+): มีกำไร/รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่าย แสดงถึงความสามารถในการทำกำไรและความยั่งยืน ค่าเป็นลบ (-): ขาดทุน/รายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย แสดงว่าโครงสร้างต้นทุนมีปัญหา หรือรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. (คู่มือวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน) 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET) (คู่มือการวิเคราะห์งบกำไรขาดทุน
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		ถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดหลักใน THIP เพื่อใช้ควบคู่กับ CFO โดย NI จะสะท้อน "ความคุ้มทุนทางบัญชี" (รวมค่าเสื่อมราคาของตึก/เครื่องมือ) ในขณะที่ CFO สะท้อน "สภาพคล่องเงินสด"

หมายเหตุ	สำหรับโรงพยาบาลรัฐ การมี NI เป็นลบ (ขาดทุน) อาจเกิดจาก "ค่าเสื่อมราคา" ของสิ่งก่อสร้างขนาดใหญ่ที่ได้รับงบประมาณมา (Non-cash expense) ดังนั้นจึงควรดูคู่กับ EBITDA เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่แท้จริง

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Operating Profitability
รหัสตัวชี้วัด		FR-PFR-0201 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตรากำไรก่อนดอกเบี้ย ภาษี ค่าเสื่อมราคา และค่าตัดจำหน่าย
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		EBITDA Margin
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. EBITDA Margin คือ สัดส่วนของกำไรจากการดำเนินงานที่เป็นเงินสด (โดยประมาณ) ต่อรายได้รวม แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการทำกำไรของธุรกิจหลัก โดยตัดผลกระทบทางบัญชี (ค่าเสื่อมราคา) และโครงสร้างทางการเงิน (ดอกเบี้ย) ออกไป 2. EBITDA ย่อมาจาก Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization คำนวณโดยนำ กำไรสุทธิ + ดอกเบี้ยจ่าย + ภาษี + ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย 3. รายได้รวม (Total Revenue) หมายถึง รายได้จากการดำเนินงานทั้งหมด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดประสิทธิภาพการทำกำไรจากการดำเนินงานที่แท้จริง (Operational Performance) ว่าโรงพยาบาลมีกระแสเงินสดจากการดำเนินงานเพียงพอหรือไม่ โดยไม่สนใจว่าตึกเก่าหรือใหม่ (ตัดค่าเสื่อม) หรือกู้เงินมาสร้างตึกหรือไม่ (ตัดดอกเบี้ย)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: กำไรสุทธิ + ดอกเบี้ยจ่าย + ภาษีเงินได้ + ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย (บาท)
	ตัวหาร	b: รายได้รวม (Total Revenue) (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ (%)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาคเอกชน: 15 - 20% (ค่าเฉลี่ยกลุ่มการแพทย์ ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย) 2. ภาครัฐ: > 5 - 10% (เกณฑ์แนะนำสำหรับการมีเงินเหลือเพื่อ Re-invest โดยกองเศรษฐกิจสุขภาพ สป.สธ.)
วิธีการแปลผล		ค่าสูง: ดีมาก แสดงว่าการดำเนินงานหลักมีประสิทธิภาพสูง มีเงินสดเหลือพอที่จะนำไปลงทุนต่อหรือชำระหนี้ ค่าต่ำ: ประสิทธิภาพการดำเนินงานต่ำ มีต้นทุนดำเนินงาน (ค่ายา ค่าแรง) สูงเกินไปเมื่อเทียบกับรายได้
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. (คู่มือวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน) 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET) (คู่มือการวิเคราะห์งบการเงิน)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อแก้ปัญหาการเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่มีโครงสร้างการลงทุนต่างกัน (เช่น รพ.ที่สร้างตึกใหม่จะมีค่าเสื่อมสูงทำให้กำไรสุทธิต่ำ แต่ EBITDA อาจจะยังดีอยู่) และใช้เป็น Proxy (ตัวแทน) ของกระแสเงินสดสำหรับ รพ.รัฐ ที่ทำงบกระแสเงินสดได้ยาก
หมายเหตุ		สำหรับ รพ.รัฐ ส่วนใหญ่ไม่มีภาระภาษีและดอกเบี้ยจ่าย ดังนั้น EBITDA กำไรสุทธิ + ค่าเสื่อมราคา

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Operating Profitability
รหัสตัวชี้วัด		FR-PFR-0202 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตรากำไรจากการดำเนินงาน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Operating Profit Margin (OPM)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. อัตรากำไรจากการดำเนินงาน (OPM) คือ อัตราส่วนที่แสดงผลกำไรที่ได้จากการดำเนินธุรกิจหลัก (Core Business) ของโรงพยาบาล เทียบกับรายได้จากการดำเนินงาน เพื่อวัดประสิทธิภาพในการหารายได้และบริหารต้นทุนการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายบริหาร 2. กำไรจากการดำเนินงาน (Operating Income/EBIT) หมายถึง รายได้จากการดำเนินงานหัก ต้นทุนขาย/บริการ (ค่ายา, ค่าแรงแพทย์) และหักค่าใช้จ่ายในการขายและบริหาร (SG&A, ค่าไฟ, เงินเดือน Back Office) โดยไม่นำรายได้อื่น (ดอกเบี้ยรับ, เงินบริจาค) และต้นทุนทางการเงิน (ดอกเบี้ยจ่าย) มารวม
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดความสามารถของ "ธุรกิจหลัก" (การรักษาพยาบาล) ว่าสามารถเลี้ยงตัวเองและสร้างกำไรได้หรือไม่ โดยตัดปัจจัยตัวช่วยภายนอก (เงินบริจาค) และภาระหนี้สิน (ดอกเบี้ย) ออกไป
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: กำไรจากการดำเนินงาน (Operating Profit / EBIT) (บาท)
	ตัวหาร	b: รายได้จากการดำเนินงาน (Operating Revenue) (บาท) (ห้ามใช้รายได้รวมที่มีเงินบริจาคหรือดอกเบี้ยรับ)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ (%)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาครัฐ: ≥ 0%(ต้องไม่ติดลบ - แสดงว่ารายได้ค่ารักษาเพียงพอเลี้ยงองค์กร) 2. ภาคเอกชน: 10 - 15% (ค่าเฉลี่ยมาตรฐานอุตสาหกรรมโรงพยาบาล)
วิธีการแปลผล		ค่าเป็นบวก (+): สุขภาพธุรกิจแข็งแรง รายได้จากการรักษาครอบคลุมต้นทุนดำเนินการทั้งหมด ค่าเป็นลบ (-): สัญญาณอันตราย! แปลว่า "ยิ่งรักษายิ่งขาดทุน" (รายได้ค่ารักษาไม่พอกับค่ายาและค่าแรง) ต้องรีบปรับโครงสร้างราคาหรือลดต้นทุนด่วน
ที่มา/ Reference		1. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET) 2. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ.
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อแยกแยะระหว่าง "กำไรจากการรักษา" กับ "กำไรจากรายได้พิเศษอื่นๆ"
หมายเหตุ		ตัวชี้วัดนี้จะช่วยตอบคำถามว่า ถ้าไม่มีเงินบริจาค หรืองบประมาณสนับสนุนอื่นๆ โรงพยาบาลจะอยู่รอดได้หรือไม่

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Return on Equity
รหัสตัวชี้วัด		FR-PFR-0301 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราผลตอบแทนต่อส่วนของผู้ถือหุ้น (หรือ อัตราผลตอบแทนต่อส่วนของทุน)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Return on Equity (ROE)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. อัตราผลตอบแทนต่อส่วนของผู้ถือหุ้น (ROE) คือ อัตราส่วนระหว่าง "กำไรสุทธิ" เทียบกับ "ส่วนของผู้ถือหุ้น (หรือส่วนของทุน)" เพื่อวัดความสามารถของฝ่ายบริหารในการสร้างผลตอบแทนให้แก่เจ้าของเงินทุน 2. กำไรสุทธิ (Net Income) คือ รายได้รวมหักค่าใช้จ่ายรวม (บรรทัดสุดท้ายของงบกำไรขาดทุน) 3. ส่วนของผู้ถือหุ้น/ส่วนของทุน (Shareholders' Equity / Net Assets) - ภาคเอกชน: ทุนจดทะเบียน + กำไรสะสม + ส่วนเกินมูลค่าหุ้น - ภาครัฐ: เงินบำรุงคงเหลือสะสม + สินทรัพย์สุทธิ (Net Assets) หรือส่วนของทุนที่ลงในสินทรัพย์
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดประสิทธิภาพการใช้เงินลงทุนของเจ้าของกิจการ (หรือเงินทุนสะสมของโรงพยาบาล) ว่านำไปลงทุนบริหารแล้วงอกเงยเป็นกำไรกลับมาคุ้มค่าเพียงใด
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: กำไรสุทธิ (Net Income) ประจำงวด (บาท)
	ตัวหาร	b: ส่วนของผู้ถือหุ้นเฉลี่ย (หรือส่วนของทุนเฉลี่ย) (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ (%)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาคเอกชน: 15 - 20% หรือสูงกว่าค่าเฉลี่ยอุตสาหกรรม (ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย) 2. ภาครัฐ: ≥ 0% (เพื่อรักษาเสถียรภาพของเงินบำรุง แม้ว่าไม่แสวงหาผลกำไรแต่ต้องอยู่ได้)
วิธีการแปลผล		ค่าสูง: ดีมาก แสดงว่าเงินลงทุน 100 บาท สามารถสร้างกำไรกลับคืนมาได้สูง (เป็นที่ดึงดูดของนักลงทุน) ค่าต่ำ: ประสิทธิภาพการใช้เงินทุนต่ำ ข้อควรระวัง: ROE ที่สูงมากๆ บางครั้งอาจเกิดจาก "การกู้หนี้มาลงทุนสูง (High Leverage)" ซึ่งมีความเสี่ยง (ต้องดู D/E Ratio ประกอบ) หรือไม่ขอเงินงากโรงพยาบาลอื่นในเขตเดียวกัน
ที่มา/ Reference		ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET) (คู่มือการวิเคราะห์งบการเงิน)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อตอบโจทย์โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสมาชิก THIP และเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับโรงพยาบาลรัฐที่เงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรลดน้อยลง มีความจำเป็นต้อง

	บริหาร "ส่วนของทุน (Equity)" ให้เติบโต
หมายเหตุ	สำหรับ รพ.รัฐทั่วไป อาจไม่คุ้นเคยกับตัวชี้วัดนี้เท่ากับ ROA แต่มีความสำคัญในมุมมองของการ "รักษาเงินบำรุง" ไม่ให้ลดลง เป็นตัวกระตุ้นเตือนก่อนที่จะเกิดภาวะวิกฤตทางการเงิน

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Capital Structure and Debt Position
รหัสตัวชี้วัด		FR-CSC-0101 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราส่วนหนี้สินต่อทุน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Debt to Equity Ratio (D/E Ratio)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. อัตราส่วนหนี้สินต่อทุน (D/E Ratio) คือ อัตราส่วนที่เปรียบเทียบสัดส่วนระหว่าง "หนี้สินรวม" กับ "ส่วนของเจ้าของ (ทุน)" เพื่อแสดงโครงสร้างเงินทุนของโรงพยาบาลว่ามาจากการกู้ยืมเท่าไหร่ และมาจากเงินทุนของตัวเองเท่าไหร่ 2. หนี้สินรวม (Total Liabilities) หมายถึง หนี้สินหมุนเวียน (เช่น เจ้าหนี้การค้า, เงินกู้ระยะสั้น) + หนี้สินไม่หมุนเวียน (เช่น เงินกู้ยืมระยะยาวสร้างตึก, ภาระผูกพันผลประโยชน์พนักงาน) 3. ส่วนของผู้ถือหุ้น/ส่วนของทุน (Shareholders' Equity / Net Assets) แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ - ภาคเอกชน: ทุนจดทะเบียน + กำไรสะสม + ส่วนเกินมูลค่าหุ้น - ภาครัฐ: สินทรัพย์สุทธิ (Net Assets) หรือ เงินบำรุงคงเหลือสะสม + เงินทุนอื่นๆ ของหน่วยงาน
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อประเมินความเสี่ยงทางการเงินระยะยาว (Solvency) และความมั่นคงของฐานะการเงินว่าโรงพยาบาลมีภาระหนี้สินล้นพ้นตัวหรือไม่
สูตรในการคำนวณ		a/b
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: หนี้สินรวมทุกประเภท ณ วันสิ้นงวด (บาท)
	ตัวหาร	b: ส่วนของผู้ถือหุ้นรวม (หรือสินทรัพย์สุทธิ) ณ วันสิ้นงวด (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		เท่า (Times)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาคเอกชน: ไม่ควรเกิน 1.5 - 2.0 เท่า (เกณฑ์มาตรฐาน Covenant ของธนาคารพาณิชย์ และตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย) 2. ภาครัฐ: ยิ่งต่ำยิ่งดี (< 1.0) (เพราะโดยปกติรัฐไม่ควรกู้ยืม ยกเว้นมีเจ้าหนี้การค้าค้างจ่ายสูงผิดปกติ)
วิธีการแปลผล		ค่าสูง (> 2.0): มีความเสี่ยงสูง (High Leverage) ภาระดอกเบี้ยจ่ายจะสูง หากกำไรลดลงอาจไม่มีเงินจ่ายหนี้ (เสี่ยงล้มละลาย) ค่าต่ำ (< 1.0): มีความมั่นคงสูง (Conservative) บริหารงานด้วยเงินทุนตัวเองเป็นหลัก ความเสี่ยงต่ำ (แต่อาจเสียโอกาสในการใช้เงินกู้มาขยายกิจการสำหรับภาคเอกชน)
ที่มา/ Reference		ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET) (คู่มือการวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อใช้ประกอบการพิจารณา "ความสามารถในการกู้ยืม (Debt Capacity)"

	สำหรับโรงพยาบาลที่ต้องการลงทุนขยายกิจการ และใช้เตือนภัยโรงพยาบาลรัฐที่มีหนี้สิน (เจ้าหนี้การค้า) สูงกว่าเงินบำรุงสะสม
หมายเหตุ	สำหรับ รพ.รัฐ: หากคำนวณแล้ว D/E สูงผิดปกติ (เช่น 3-4 เท่า) มักเกิดจาก "เงินบำรุงติดลบ" หรือ "หนี้ค่ายาสะสม" ซึ่งเป็นสัญญาณวิกฤตที่ต้องมีการบริหารจัดการ (เช่น การใช้เงินของเขตสุขภาพ หรือการขอยืมเงินจากโรงพยาบาลมีมีเงินบำรุงที่สูงกว่า)

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Operating Cost Structure
รหัสตัวชี้วัด		FR-CSC-0201 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		สัดส่วนค่าใช้จ่ายบุคลากรต่อรายได้รวม
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Personnel Cost to Revenue Ratio
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. สัดส่วนค่าใช้จ่ายบุคลากรต่อรายได้ คือ อัตราส่วนที่แสดงว่าในรายได้จากการรักษาพยาบาล 100 บาท โรงพยาบาลต้องจ่ายเป็นค่าตอบแทนบุคลากรไปกี่บาท 2. ค่าใช้จ่ายบุคลากร (Personnel Cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายผลตอบแทนพนักงานทั้งหมด ได้แก่ เงินเดือน, ค่าจ้างชั่วคราว, ค่าตอบแทนวิชาชีพ (พตส./เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย), ค่าล่วงเวลา (OT), โบนัส, สวัสดิการ, เงินสมทบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ/ประกันสังคม 3. รายได้จากการดำเนินงาน (Operating Revenue) หมายถึง รายได้ที่เกิดจากกิจการสถานพยาบาลโดยตรง (ไม่รวมรายได้อื่น เช่น ดอกเบี้ยรับ หรือเงินบริจาค)
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดประสิทธิภาพการบริหารกำลังคน (Manpower Efficiency) ว่าขนาดขององค์กรและจำนวนบุคลากรมีความเหมาะสมกับความสามารถในการหารายได้หรือไม่
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: ค่าใช้จ่ายบุคลากร (Personnel Cost) ณ วันสิ้นงวด (บาท)
	ตัวหาร	b: รายได้จากการดำเนินงาน (Operating Revenue) ณ วันสิ้นงวด (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ (%)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาครัฐ (สป.สธ.): ≤ 50% (เกณฑ์มาตรฐานประสิทธิภาพการเงินการคลัง - PlanFin/Unit Cost) หมายเหตุ: หากรวมงบฯ ข้าราชการด้วย ตัวเลขอาจสูงถึง 60-70% แต่ถ้าดูเฉพาะเงินบำรุงควรคุมไม่ให้เกิน 50% 2. ภาคเอกชน: 30 - 40% (ค่าเฉลี่ยอุตสาหกรรม HELTH ในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย)
วิธีการแปลผล		ค่าต่ำ (30-40%): ดีมาก แสดงว่าบริหารคนได้มีประสิทธิภาพสูง รายได้เติบโตเร็วกว่าค่าแรง ค่าสูง (> 60%): แสดงว่าองค์กรมีบุคลากรเกินความจำเป็น (Overstaffing) หรือจ่ายค่าตอบแทนสูงเกินฐานรายได้ เสี่ยงขาดสภาพคล่องเพราะเงินส่วนใหญ่หมดไปกับเงินเดือน
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. (คู่มือการวิเคราะห์ต้นทุน Unit Cost) 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET) (รายงานหมวดธุรกิจการแพทย์)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		กำหนดให้ใช้ "Operating Revenue" เป็นตัวหารแทนรายได้รวม เพื่อให้เห็นประสิทธิภาพการหารายได้จากการรักษาจริงๆ โดยไม่ถูกบิดเบือนด้วยเงินบริจาคหรือรายได้พิเศษอื่นๆ

หมายเหตุ	สำหรับ รพ.รัฐ การคำนวณตัวนี้มีความซับซ้อน 2 แบบ: 1. แบบ Real Cost: รวมเงินเดือนข้าราชการ (ที่รัฐจ่ายให้) เข้าไปในต้นทุนด้วย -> เพื่อดูต้นทุนเศรษฐศาสตร์จริง 2. แบบ Cash Flow: นับเฉพาะค่าจ้างลูกจ้าง/พกส. ที่โรงพยาบาลควักเงินบำรุงจ่ายเอง -> เพื่อดูสภาพคล่องเงินบำรุง

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Operating Cost Structure
รหัสตัวชี้วัด		FR-CSC-0202 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		สัดส่วนต้นทุนยาและเวชภัณฑ์ต่อรายได้
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Supply Cost to Revenue Ratio
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. สัดส่วนต้นทุนยาและเวชภัณฑ์ต่อรายได้ คือ อัตราส่วนที่แสดงว่าในรายได้ 100 บาท เป็นค่าใช้จ่ายด้านยาและวัสดุทางการแพทย์กี่บาท 2. ต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ทั้งหมด (Total Supply Cost) หมายถึง ต้นทุนขาย (Cost of Goods Sold) ในส่วนที่เป็นค่า วัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ เช่น ยา (Drug), เวชภัณฑ์มิใช่ยา (Medical Supplies), และวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Lab/X-ray Materials) เป็นต้น เป็นต้นทุนที่ใช้ไปจริงในงวดนั้น (รวมถึงยอดสูญเสีย/ยาหมดอายุ) ไม่รวมวัสดุสำนักงาน 3. รายได้รวม (Total Revenue) หมายถึง รายได้จากการดำเนินงานทั้งหมด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดประสิทธิภาพการบริหารจัดการห่วงโซ่อุปทาน (Supply Chain) ตั้งแต่การจัดซื้อ (ราคา), การบริหารคลัง (Stock), และการใช้สมเหตุสมผล
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: ต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ทั้งหมด (บาท)
	ตัวหาร	b: รายได้รวมจากการดำเนินงาน (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายเดือน
หน่วยวัด		ร้อยละ (%)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาครัฐ: ≤ 20 - 30% (เกณฑ์ Unit Cost และเกณฑ์ประสิทธิภาพ Risk Score Plus หมวดบริหารต้นทุน) 2. ภาคเอกชน: 15 - 20% (ค่าเฉลี่ยกลุ่มโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ฯ - ขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของโรค)
วิธีการแปลผล		ค่าสูง: ประสิทธิภาพต่ำ อาจเกิดจากซื้อของแพง, เบิกจ่ายรั่วไหล, ยาหมดอายุเยอะ, หรือแพทย์สั่งใช้ยาเกินความจำเป็น ค่าต่ำ: ควบคุมต้นทุนได้ดี (แต่อย่าต่ำจนกระทบคุณภาพการรักษาหรือยาขาดแคลน)
ที่มา/ Reference		1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สป.สธ. 2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อให้เห็นภาพชัดเจนว่าเงินที่หามาได้ "ละลาย" ไปกับค่ายาเท่าไหร่ และช่วยกระตุ้นให้เกิดการตรวจสอบยอดคงคลัง (Inventory Audit) อย่างสม่ำเสมอ
หมายเหตุ		ตัวชี้วัดนี้สัมพันธ์กับ Inventory Turnover หาก Turnover ต่ำ (หมุนช้า) มักจะทำให้ Supply Cost สูงขึ้นด้วย (เพราะมียาเสื่อมสภาพต้องตัดจ่าย)

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Capital Expenditure Structure and Management
รหัสตัวชี้วัด		FR-CSC-0301 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		สัดส่วนงบลงทุนต่อรายได้รวม
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Capital Expenditure Ratio (CAPEX Ratio)
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. สัดส่วนงบลงทุนต่อรายได้ (CAPEX Ratio) คือ อัตราส่วนที่แสดงสัดส่วนของการลงทุนในสินทรัพย์ถาวร (Capital Expenditure) เมื่อเทียบกับรายได้รวมของโรงพยาบาล เพื่อบ่งบอกว่าโรงพยาบาลมีการนำรายได้ไปลงทุนต่อยอดเพื่ออนาคตมากน้อยเพียงใด 2. งบลงทุน (CAPEX) หมายถึง เงินสดที่จ่ายเพื่อซื้อที่ดิน อาคาร อุปกรณ์ หรือเครื่องมือแพทย์ใหม่ (รวมถึงการซ่อมแซมใหญ่ที่ถือเป็นสินทรัพย์) ในงบกระแสเงินสด (Cash Flow from Investing) 3. รายได้รวม (Total Revenue) หมายถึง รายได้จากการดำเนินงานทั้งหมด
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดระดับการลงทุนเพื่อการเติบโต (Growth) และการปรับปรุงความทันสมัย (Modernization) ของโรงพยาบาล เพื่อประเมินความยั่งยืนในระยะยาว
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: รายจ่ายลงทุน (CAPEX) หรือ เงินสดจ่ายเพื่อซื้อสินทรัพย์ถาวร (บาท)
	ตัวหาร	b: รายได้รวม (Total Revenue) (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายปี
หน่วยวัด		ร้อยละ (%)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		1. ภาคเอกชน: 8 - 12% (สำหรับการรักษาสภาพเดิม/Maintenance) และ > 15% (สำหรับช่วงขยายกิจการ/Growth Phase) 2. ภาครัฐ: 10 - 20% (ตามสัดส่วนงบค่าเสื่อมราคาที่ได้รับจัดสรรคืนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อนำมาซ่อมบำรุงและทดแทนของเดิม)
วิธีการแปลผล		ค่าสูง: มีโอกาสดีในระยะยาว แสดงว่ามีการลงทุนซื้อเครื่องมือใหม่/ขยายตึก เพื่อเพิ่มศักยภาพการแข่งขัน ค่าต่ำ (< 5%): สามารถแปลได้ว่าโรงพยาบาลหยุดการพัฒนา (Under-investment) เครื่องมืออาจล้าสมัยในอนาคต หรือขาดสภาพคล่องจนไม่มีเงินลงทุน
ที่มา/ Reference		ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (SET)
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อให้ผู้บริหารตระหนักถึง "การลงทุนเพื่อความยั่งยืน (Sustainability Investment)" ไม่ใช่มุ่งแต่ทำกำไรระยะสั้นจนละเลยการซ่อมบำรุงและ Upgrade เทคโนโลยี มากกว่าการนำไปสร้างสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้
หมายเหตุ		สำหรับ รพ.รัฐ ตัวเลขนี้มักจะผันผวนตามปีงบประมาณ หากปีไหนได้รับงบสร้างตึกใหม่ ค่า CAPEX Ratio จะพุ่งสูงมาก (Outlier) การวิเคราะห์จึงควรดูค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 3-5 ปี

หมวดตัวชี้วัด		ตัวชี้วัดด้านการเงิน (Financial Indicators)
ประเภทตัวชี้วัด		Capital Expenditure Structure and Management
รหัสตัวชี้วัด		FR-CSC-0302 (NEW)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)		อัตราการเบิกจ่ายงบลงทุน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)		Investment Budget Disbursement Rate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด		1. อัตราการเบิกจ่ายงบลงทุน หมายถึง ร้อยละของจำนวนเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่โรงพยาบาลได้เบิกจ่ายจริง เปรียบเทียบกับวงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่ได้รับจัดสรรทั้งหมด ในปีงบประมาณนั้นๆ 2. งบลงทุน (Investment Budget/Capital Expenditure) หมายถึง รายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายเพื่อการลงทุน ได้แก่ ค่าครุภัณฑ์ (เครื่องมือแพทย์, ยานพาหนะ, คอมพิวเตอร์) ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง (อาคาร, บ้านพัก, ถนน) รวมถึงรายจ่ายที่เกี่ยวเนื่องกับงบลงทุนตามหลักเกณฑ์ของสำนักงบประมาณ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด		เพื่อวัดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณและการดำเนินโครงการลงทุน (ก่อสร้าง/จัดซื้อ) ว่าเป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายระยะเวลาที่กำหนดหรือไม่ (ป้องกันปัญหางบประมาณตกหล่นหรือพับไป)
สูตรในการคำนวณ		(a/b) x 100
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a: ผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายลงทุนสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ จนถึง ณ วันสิ้นงวดการรายงาน (บาท)
	ตัวหาร	b: วงเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุนที่ได้รับจัดสรรรวมทั้งปี (บาท)
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล		รายไตรมาส
หน่วยวัด		ร้อยละ (%)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		ไตรมาส 1: ≥20%, ไตรมาส 2: ≥50%, ไตรมาส 3: ≥75%,ไตรมาส 4 (สิ้นปี): ≥95 - 100%
วิธีการแปลผล		ค่าสูง (ตามเกณฑ์): มีประสิทธิภาพสูง ดำเนินโครงการก่อสร้างและจัดซื้อได้ตามแผน เงินเม็ดเงินลงสู่ระบบเศรษฐกิจ ค่าต่ำ: ประสิทธิภาพต่ำ เกิดความล่าช้าในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง (TOR, e-Bidding) หรือผู้รับเหมาทิ้งงาน เสี่ยงต่อการถูกดึงงบประมาณคืน
ที่มา/ Reference		1. สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี (ระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณ) 2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้		1 ตุลาคม 2569
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		ปีงบประมาณ 2570
เหตุผลของการปรับปรุง		เพิ่มเข้ามาเพื่อให้สอดคล้องกับ "ตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement)" ของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดบังคับที่สะท้อนประสิทธิภาพของผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐโดยตรง
หมายเหตุ		ตัวชี้วัดนี้อาจไม่จำเป็นสำหรับโรงพยาบาลเอกชน (เว้นแต่จะใช้วัดความคืบหน้าของโครงการก่อสร้าง หรือ CAPEX Project Completion Rate)

ภาคผนวก ก. โครงสร้าง KPI template THIP

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		

เครื่องหมายดอกจันทร์ (*) ใช้สำหรับข้อมูลที่มีการเคลื่อนไหว ซึ่งมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนไปตามช่วงระยะเวลา สภาพแวดล้อม สถานการณ์ และแหล่งเปรียบเทียบหรือคู่เทียบ

ภาคผนวก ข. ข้อกำหนดการจัดเก็บข้อมูลและระยะเวลาการออกรายงานตัวชี้วัด THIP

ข้อกำหนดรอบระยะเวลาของการกรอกและบันทึกส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบแยกตามตัวชี้วัดรายเดือน รายไตรมาส รายครึ่งปี และรายปี คิดเป็นช่วงปีงบประมาณ (ช่วงเดือนตุลาคมของปีก่อน ถึงเดือนกันยายนของปีปัจจุบัน) และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อออกรายงานเปรียบเทียบตัวชี้วัด โดยกำหนดตามรอบระยะเวลาดังนี้

ตัวชี้วัดรายเดือน			
รอบของตัวชี้วัด	**ช่วงเวลาการเก็บข้อมูล (ภายใน รพ.)**	**ช่วงเวลาการกรอกและบันทึกส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ (หลังการวิเคราะห์)**	**ช่วงเวลาการออกรายงานเปรียบเทียบ**
เดือนตุลาคม	วันที่ 1-31 ของเดือนตุลาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 พฤศจิกายน	วันที่ 16 พฤศจิกายน เป็นต้นไป
เดือนพฤศจิกายน	วันที่ 1-30 ของเดือนพฤศจิกายน	ภายในวันที่ 1 - 15 ธันวาคม	วันที่ 16 ธันวาคม เป็นต้นไป
เดือนธันวาคม	วันที่ 1-31 ของเดือนธันวาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 มกราคม	วันที่ 16 มกราคม เป็นต้นไป
เดือนมกราคม	วันที่ 1-31 ของเดือนมกราคม	ภายในวันที่ 1 - 15 กุมภาพันธ์	วันที่ 16 กุมภาพันธ์ เป็นต้นไป
เดือนกุมภาพันธ์	วัน 1-วันสุดท้ายของเดือนกุมภาพันธ์	ภายในวันที่ 1 - 15 มีนาคม	วันที่ 16 มีนาคม เป็นต้นไป
เดือนมีนาคม	วันที่ 1-31 ของเดือนมีนาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 เมษายน	วันที่ 16 เมษายน เป็นต้นไป
เดือนเมษายน	วันที่ 1-30 ของเดือนเมษายน	ภายในวันที่ 1 - 15 พฤษภาคม	วันที่ 16 พฤษภาคม เป็นต้นไป
เดือนพฤษภาคม	วันที่ 1-31 ของเดือนพฤษภาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 มิถุนายน	วันที่ 16 มิถุนายน เป็นต้นไป
เดือนมิถุนายน	วันที่ 1-30 ของเดือนมิถุนายน	ภายในวันที่ 1 - 15 กรกฎาคม	วันที่ 16 กรกฎาคม เป็นต้นไป
เดือนกรกฎาคม	วันที่ 1-31 ของเดือนกรกฎาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 สิงหาคม	วันที่ 16 สิงหาคม เป็นต้นไป
เดือนสิงหาคม	วันที่ 1-31 ของเดือนสิงหาคม	ภายในวันที่ 1 - 15 กันยายน	วันที่ 16 กันยายน เป็นต้นไป
เดือนกันยายน	วันที่ 1-30 ของเดือนกันยายน	ภายในวันที่ 1 - 15 ตุลาคม	วันที่ 16 ตุลาคม เป็นต้นไป

ตัวชี้วัดรายไตรมาส			
รอบของตัวชี้วัด	**ช่วงเวลาการเก็บข้อมูล (ภายใน รพ.)**	**ช่วงเวลาการกรอกและบันทึกส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ**	**ช่วงเวลาการออกรายงานเปรียบเทียบ**
ไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ (เดือน ต.ค. - ธ.ค.)	วันที่ 1 - 30 ของเดือนธันวาคม	วันที่ 1 – 7 มกราคม	วันที่ 8 มกราคม เป็นต้นไป
ไตรมาสที่ 2 ของปีงบประมาณ (เดือน ม.ค. - มี.ค.)	วันที่ 1-31 ของเดือนมีนาคม	วันที่ 1 - 7 เมษายน	วันที่ 8 เมษายน เป็นต้นไป
ไตรมาสที่ 3 ของปีงบประมาณ (เดือน เม.ย. - มิ.ย.)	วันที่ 1-30 ของเดือนมิถุนายน	วันที่ 1 - 7 กรกฎาคม	วันที่ 8 กรกฎาคม เป็นต้นไป
ไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ (เดือน ก.ค. – ก.ย.)	วันที่ 1-30 ของเดือนกันยายน	วันที่ 1 - 7 ตุลาคม	วันที่ 8 ตุลาคม เป็นต้นไป

ตัวชี้วัดรายครึ่งปี			
รอบของตัวชี้วัด	**ช่วงเวลาการเก็บข้อมูล**	**ช่วงเวลาการกรอกและบันทึกส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ**	**ช่วงเวลาการออกรายงานเปรียบเทียบ**
ครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ (เดือน ต.ค. – มี.ค.)	ภายในวันสุดของเดือนมีนาคม	วันที่ 1 - 7 เมษายน	หลังจากวันที่ 8 เมษายน เป็นต้นไป
ครึ่งปีหลังของปีงบประมาณ (เดือน เม.ย. - ก.ย.)	ภายในวันสุดท้ายของเดือนกันยายน	ภายในวันที่ 1 - 15 ตุลาคม	หลังจากวันที่ 16 ตุลาคม เป็นต้นไป

ตัวชี้วัดรายปีงบประมาณ			
ปีงบประมาณปัจจุบัน (เดือน ต.ค. ของปีที่ผ่านมา – ก.ย.ของปีปัจจุบัน)	ภายในวันสุดท้ายของเดือนกันยายน ของปีปัจจุบัน	วันที่ 1 - 7 ตุลาคม ของปีปัจจุบัน	วันที่ 8 ตุลาคม ของปีปัจจุบัน เป็นต้นไป

หมายเหตุ:

ข้อกำหนดการจัดเก็บตัวชี้วัดรายปี สำหรับกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน ที่มีการเก็บตัวชี้วัดรายปีปฏิทิน ที่เกี่ยวข้องกับ IV-6 ด้านการเงิน (Financial Result) ให้มีการส่งข้อมูลตามรอบที่ระบุไว้ ดังนี้

ตัวชี้วัดรายปีปฏิทิน (สำหรับกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน)			
ปีปฏิทินปัจจุบัน (เดือน ม.ค.-ธ.ค.ปีปัจจุบัน)	ภายในวันสุดท้ายของเดือนธันวาคม ของปีปฏิทินถัดไป	ภายในวันที่ 1 - 15 มกราคม ของปีปฏิทินถัดไป	วันที่ 16 มกราคม ของปีปฏิทินถัดไป เป็นต้นไป

ภาคผนวก ค. 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) **พัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบ**ในการวัดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล และบูรณาการตัวชี้วัดร่วมของหุ้นภาคีที่เป็นมาตรฐาน
3) **พัฒนาองค์ความรู้** จากการปฏิบัติที่ดี/เป็นเลิศ (best practice) ของเครือข่ายสถานพยาบาล และฐานข้อมูลผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
4) **พัฒนากลไกเครื่องมือ/เทคโนโลยี** ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล

2. คุณลักษณะของตัวชี้วัดเปรียบเทียบ
   2.1. มีความสำคัญต่อคุณภาพของโรงพยาบาล (organization relevance)
   2.2. อ้างอิงได้ทางวิชาการ (academic relevance)
   2.3. มีประโยชน์ต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (applicability in quality improvement processes)
   2.4. มีองค์ประกอบที่มีคุณสมบัติในระดับที่ยอมรับได้ สำหรับการตัดสินใจเชิงการจัดการ (acceptability): validity, reliability, sensitivity to change
   2.5. เป็นไปได้จริงและคุ้มค่าในการเก็บข้อมูลให้ได้ถูกต้อง (cost effectiveness)
   2.6. คำนึงผลกระทบต่อผู้ตัดสินใจและผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงาน

3. การนำเสนอตัวชี้วัดเปรียบเทียบเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการฯ

นำเสนอตัวชี้วัด ในนามขององค์กร/หน่วยราชการ/ชมรม/สมาคม/ราชวิทยาลัย เพื่อเข้าสู่การพิจารณาตามแนวทางของคณะกรรมการฯ โดยตัวชี้วัดที่ได้รับการคัดเลือกจะบรรจุในบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบสำหรับใช้งานในปีงบประมาณถัดไป สามารถส่งข้อมูลตาม KPI template ทางอีเมล thip@ha.or.th หรือติดต่อ สำนักพัฒนาองค์กร สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เกณฑ์คัดเข้าตัวชี้วัดเสนอเพื่อบรรจุในบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

1. ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญต่อคุณภาพในระบบของโรงพยาบาล โดยยสะท้อน Burden หรือ ความชุก
2. ตัวชี้วัดใช้สำหรับการเปรียบเทียบ หรือที่ส่งสัญญาณชัดเจนเพื่อการเปรียบเทียบ
3. สามารถอ้างอิงได้ทางวิชาการ มีวิธีเก็บที่ปฏิบัติได้
4. มีประโยชน์ต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับอย่างเป็นระบบ
5. มีองค์ประกอบที่มีคุณสมบัติในระดับที่ยอมรับได้ สำหรับการตัดสินใจเชิงการจัดการ
6. เป็นไปได้จริงและคุ้มค่าในการเก็บข้อมูลให้ได้ถูกต้อง
7. คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ตัดสินใจและผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงาน
8. มีข้อมูลตามเอกสารอ้างอิง (Template) ที่กำหนดครบถ้วนเพื่อเป็นแบบฟอร์มกลาง

เกณฑ์คัดออกตัวชี้วัด

1. ไม่มีการเลือกใช้งานในระบบต่อเนื่องนานกว่า 3 ปี
2. เป็นข้อเสนอแนะที่มีหลักฐานทางวิชาการ ว่ามีการปรับวิธีการวัด เงื่อนไขด้วยตัวชี้วัดที่แตกต่างจากเดิม
3. ไม่สามารถใช้สำหรับการเปรียบเทียบสะท้อนการพัฒนาคุณภาพบริการที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาต่อยอดได้
4. ตัวชี้วัดเฉพาะ ใช้เฉพาะกลุ่ม ไม่ได้เกิดการใช้แพร่หลายอย่างเป็นระบบ หรือไม่มีหลักฐานอ้างอิงการกำหนดตัวชี้วัดที่เป็นสากล

แนวทางการเสนอตัวชี้วัดเพื่อบรรจุในบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

ขั้นตอน	วิธีการ	หมายเหตุ/เกณฑ์พิจารณา
(1) การเสนอตัวชี้วัด	1. เสนอตัวชี้วัด ในนามของ องค์กร/ หน่วยงาน/ ชมรม/ สมาคม 2. ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม KPI template ที่ https://thip.ha.or.th/ และบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดให้สมบูรณ์	1. ส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (microsoft word) ทางอีเมล thip@ha.or.th กรณี นำเสนอตัวชี้วัดเกินหนึ่งตัว ให้เรียงลำดับตามความจำเป็น *** ก่อนวันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปี**
(2) การคัดกรองตัวชี้วัดโดย รพ.สมาชิก (provider screening)	1. โครงร่างตัวชี้วัดนำเสนอต่อเครือข่ายโรงพยาบาลสมาชิก เพื่อคัดกรองตัวชี้วัดที่เป็นประโยชน์ เก็บข้อมูลได้จริง และมีโรงพยาบาลสนใจเทียบเคียง อย่างน้อย 20 โรงพยาบาล	1. ประเมินความต้องการใช้งานตัวชี้วัดจากแบบสอบถาม โดยใช้ผลการประเมินความต้องการใช้งานตัวชี้วัด
(3) การทบทวนทางวิชาการโดยผู้เชี่ยวชาญ (expert review)	1. ผู้เสนอตัวชี้วัด ประสานกับผู้เชี่ยวชาญ/ องค์กรเชี่ยวชาญ เพื่อจัดทำข้อสรุปทางวิชาการของตัวชี้วัด	
(4) การพิจารณาขั้นต้นโดย ทีมเลขาฯ (primary	1. ทีมเลขาคณะกรรมการฯ ดำเนินการคัดเลือกตัวชี้วัดเพื่อเข้าสู่การพิจารณา ตาม	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกขั้นต้น ได้แก่ (1) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพในโรงพยาบาล

KPI selection)	เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกขั้นต้น 2. ทีมเลขาฯ แจ้งผลการคัดเลือกขั้นต้นแก่ผู้เสนอตัวชี้วัด	(2) เป็นตัวชี้วัดที่ส่งสัญญาณชัดเจนเพื่อการเปรียบเทียบ (benchmark) (3) KPI template มีความสมบูรณ์
(5) การทบทวนทางเทคนิค โดย คณะกรรมการฯ (KPI technical review)	1. ทบทวนทางเทคนิค เพื่อให้ข้อเสนอแนะและจัดลำดับในการพิจารณา โดย คณะกรรมการฯ ที่มีความเชี่ยวชาญตัวชี้วัด 2. กรณี ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม จะมีการขอเชิญตัวแทนผู้นำเสนอในที่ประชุม	**หลักการพิจารณาทบทวนทางเทคนิค** (1) นิยามหลักและเป้าหมาย (2) คุณลักษณะของตัวชี้วัดเปรียบเทียบ (3) ความสมบูรณ์ของเนื้อหา template
(6) การรับรองตัวชี้วัด (KPI approval)	1. ให้การพิจารณารับรองตัวชี้วัด โดยมติจากที่ประชุมคณะกรรมการฯ 2. การขึ้นทะเบียนตัวชี้วัด (KPI register) 3. เปิดใช้งานในปีงบประมาณถัดไป *** ก่อนวันที่ 16 สิงหาคม**	**หลักการจัดลำดับการพิจารณา** กลุ่มที่ 1 มี evidence-based สากลรองรับ, ประเภทที่ยังไม่มีใน THIP, เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ, เป็นโอกาสพัฒนาจากการเยี่ยมสำรวจ กลุ่มที่ 2: มีใช้ในต่างประเทศแพร่หลาย กลุ่มที่ 3: อื่นๆ

ภาคผนวก ง. ความหมายและการแบ่งระดับของแผลกดทับ ตัวชี้วัดกลุ่ม HR-BSW-01 (เดิม CG01)[1]

แผลกดทับ (Pressure Injury/ulcer)

แผลกดทับ หมายถึง การบาดเจ็บเฉพาะที่ของผิวหนัง และ/หรือเนื้อเยื่ออ่อนใต้ผิวหนัง มักพบในตำแหน่งบริเวณที่อยู่เหนือปุ่มกระดูก หรือบริเวณที่สัมผัสกับอุปกรณ์ทางการแพทย์หรือวัตถุอื่น สาเหตุการบาดเจ็บเกิดจากแรงกดที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน หรือแรงกดร่วมกับแรงเฉือน[1,2]

ระบบการจำแนกประเภท/ระดับแผลกดทับ

เป็นระบบที่ใช้อธิบายความรุนแรงของแผลกดทับ ซึ่งบอกถึงขอบเขตความเสียหายของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง กรณีที่ระบุความเสียหายของเนื้อเยื่อชั้นลึกที่สุดได้ ให้ระบุเป็นตัวเลข 4 ระดับได้แก่

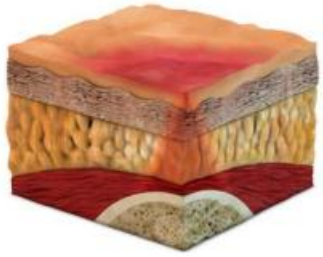
- ระดับ 1
- ระดับ 2
- ระดับ 3
- ระดับ 4

กรณีไม่สามารถระบุความเสียหายของเนื้อเยื่อชั้นลึกที่สุดได้มี 2 ลักษณะ ระบุเป็น

- **Unstageable** การสูญเสียผิวหนังทุกชั้น แต่ไม่สามารถประเมินระดับได้ เนื่องจากมี slough หรือ eschar ปกคลุมเต็ม base ของแผล จนไม่สามารถมองเห็นความลึกจริงได้
- **Deep tissue injury** ผิวหนังยังสมบูรณ์แต่มีการทำลายเนื้อเยื่อชั้นลึก เห็นเป็นสีม่วงหรือน้ำตาลแดงเข้ม อาจมีตุ่มน้ำเลือด และอาจพัฒนาเป็น Stage 3–4 ได้รวดเร็ว

[1] ความหมายและการแบ่งระดับของแผลกดทับ อ้างอิงตามมาตรฐานสากล Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/linjuries: Clinical practice guideline 2019 และ 2025. The International Guideline. 3rd ed. And 4th ed. แปลและเรียบเรียงโดยสมาคมพยาบาลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย (ประเทศไทย) โดยได้รับอนุญาติ

แผลกดทับ ประเภท/ระดับ 1: รอยแดง เมื่อกดรอยแดงไม่จาง (Non-blanchable erythema)

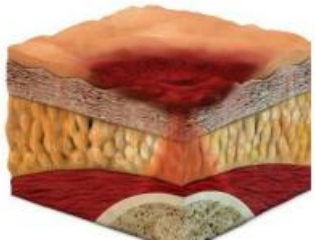


ภาพที่ 1. แผลกดทับ ระดับ 1 ทำซ้ำจากเว็บไซต์ Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) โดยไม่ดัดแปลงภาพ [3]



ผิวหนังมีรอยแดงเฉพาะที่ เมื่อกดรอยแดงไม่จาง (non-blanchable erythema) โดยทั่วไปพบบริเวณที่มีแรงกดจากปุ่มกระดูก เช่น สะโพก ข้อศอก หรือส้นเท้า เป็นต้น ลักษณะนี้บ่งชี้ถึงการเริ่มต้นของการบาดเจ็บต่อผิวหนัง แม้ยังไม่เกิดแผลบริเวณผิวหนัง ในผู้ป่วยที่มีผิวสีคล้ำ อาจไม่สามารถสังเกตเห็นรอยแดงได้ชัดเจน ควรพิจารณาสีผิวที่เปลี่ยนแปลงจากบริเวณโดยรอบ รวมถึงอาการร่วม เช่น ปวด บวม เนื้อเยื่อแข็งหรือนิ่มผิดปกติ หรือมีอุณหภูมิเปลี่ยนแปลงเมื่อเปรียบเทียบกับเนื้อเยื่อข้างเคียง การตรวจพบลักษณะนี้ควรถือเป็นสัญญาณเตือนทางคลินิกว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับขั้นรุนแรง และควรเริ่มมาตรการป้องกันทันทีเพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับระดับที่รุนแรงขึ้น[1,2]

แผลกดทับ ประเภท/ระดับ 2: สูญเสียผิวหนังบางส่วน (partial thickness skin loss)

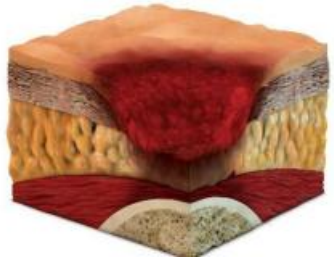


ภาพที่ 2. แผลกดทับระดับ 2 ทำซ้ำจากเว็บไซต์ Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) โดยไม่ดัดแปลงภาพ.[3]



สูญเสียผิวหนังบางส่วนที่ลึกถึงชั้นหนังแท้ (dermis) แต่ยังไม่ลึกถึงชั้นไขมันใต้ผิวหนัง (subcutaneous tissue) ลักษณะของแผล เป็นแผลเปิดตื้น พื้นแผลมีสีแดงหรือชมพู ไม่มีเนื้อตาย (slough) หรือเนื้อตายสีดำ (eschar) อาจมีตุ่มน้ำเหลือง (serous blister) ที่ยังไม่แตกหรือแตกแล้ว ผิวแผลอาจดูมันวาวหรือแห้ง ไม่มีรอยช้ำ (bruising) ซึ่งหากพบรอยช้ำอาจต้องพิจารณาว่าเป็นระดับที่ลึกกว่านี้ ในการวินิจฉัยแยกโรค จำเป็นต้องแยกแผลกดทับระดับ 2 ออกจากภาวะอื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน เช่น ผิวหนังฉีกขาด (Skin tears) รอยไหม้จากเทป (Tape burns) ผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence-Associated Dermatitis: IAD) ผิวหนังเปื่อยยุ่ยจากความชื้น (Maceration) ผิวหนังแห้งแตกเป็นแผล (Excoriation) เป็นต้น[1,2]

แผลกดทับประเภท/ระดับ 3: สูญเสียชั้นผิวหนังทุกชั้น (Full thickness skin loss)

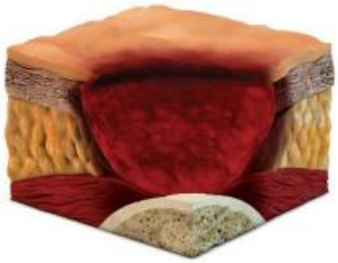


ภาพที่ 3. แผลกดทับระดับ 3 ทำซ้ำจากเว็บไซต์ Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) โดยไม่ดัดแปลงภาพ.[3]



สูญเสียผิวหนังทุกชั้น (Full-thickness skin loss) โดยอาจเห็นชั้นไขมันใต้ผิวหนัง แต่ไม่ลึกถึงกระดูก เส้นเอ็น หรือกล้ามเนื้อ อาจพบเนื้อตาย (slough) หรือสะเก็ดเนื้อตาย (eschar) ได้ แต่เนื้อตายจะไม่ปกปิดความลึกจริงของแผล อาจพบโพรงใต้ผิวหนังที่ชอนในแนวระนาบ (undermining) หรือโพรงใต้ผิวหนังที่ลึกเป็นท่อ (tunneling) ได้ ความลึกของแผลกดทับระดับ 3 จะแตกต่างกันตามตำแหน่งทางกายวิภาค เช่น บริเวณดั้งจมูก ใบหู ท้ายทอย และตาตุ่ม ซึ่งมีชั้นไขมันใต้ผิวหนังน้อย จึงทำให้แผลกดทับระดับ 3 ดูตื้น ในทางตรงข้าม บริเวณที่มีไขมันมาก เช่น ก้น กบและสะโพก แผลกดทับระดับ 3 จะลึกมาก แต่มองไม่เห็นหรือคลำกระดูก เส้นเอ็น หรือกล้ามเนื้อได้[1,2]

แผลกดทับประเภท/ระดับ 4: สูญเสียเนื้อเยื่อทุกชั้น (Full thickness tissue loss)

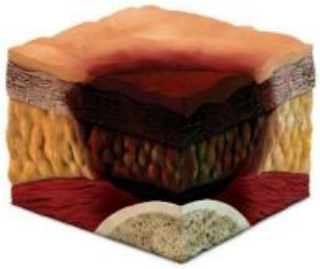


ภาพที่ 4. แผลกดทับระดับ 4 ทำซ้ำจากเว็บไซต์ Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) โดยไม่ดัดแปลงภาพ.[3]



สูญเสียเนื้อเยื่อทุกชั้นของผิวหนังและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (full-thickness skin and tissue loss) โดยสามารถมองเห็นหรือคลำได้ถึง กระดูก เส้นเอ็น หรือกล้ามเนื้อ พื้นแผลอาจมีเนื้อตาย (slough) หรือสะเก็ดเนื้อตาย (eschar) ปกคลุมบางส่วนได้ แต่จะไม่ปิดบังความลึกของแผลทั้งหมด มักพบโพรงใต้ผิวหนังที่ชอนในแนวระนาบ (undermining) และ/หรือ โพรงใต้ผิวหนังที่ลึกเป็นท่อ (tunneling) ความลึกของแผลกดทับระดับ 4 แตกต่างกันไปตามตำแหน่งทางกายวิภาค เช่น บริเวณดั้งจมูก ใบหู ท้ายทอย และตาตุ่ม ซึ่งมีชั้นไขมันใต้ผิวหนังบางมาก แผลกดทับจึงอาจไม่ลึกมาก แต่จะลุกลามถึงโครงสร้างรองรับ เช่น พังผืด เส้นเอ็น หรือเยื่อหุ้มข้อ และอาจเกิดกระดูกอักเสบ (osteomyelitis) ได้[1,2]

ไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable): ไม่ทราบความลึก (Depth unknown)



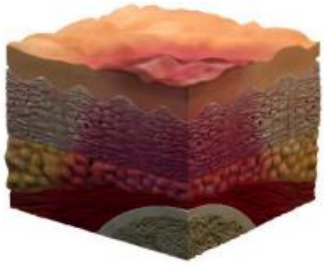
ภาพที่ 5. แผลกดทับไม่สามารถระบุระดับได้
ทำซ้ำจากเว็บไซต์ Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) โดยไม่ดัดแปลงภาพ.[3]



สูญเสียเนื้อเยื่อทุกชั้นของผิวหนังและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (full-thickness skin and tissue loss) โดยพื้นแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตาย (slough: สีเหลือง สีน้ำตาลแดง สีเทา สีเขียว หรือน้ำตาล) และ/หรือสะเก็ดเนื้อตาย (eschar: สีน้ำตาลแดง สีน้ำตาล หรือดำ) จนไม่สามารถประเมินความลึกและขอบเขตที่แท้จริงของแผลได้ หากยังไม่กำจัดเนื้อตายหรือสะเก็ดเนื้อตายออก การจัดประเภท/ระดับของแผลกดทับจึงไม่สามารถระบุได้

บริเวณส้นเท้า ในกรณีที่พบสะเก็ดเนื้อตาย (eschar) ที่แห้ง แข็ง ติดแน่น คงสภาพ ไม่มีรอยแดงรอบแผล และไม่ขยับเมื่อคลำ ให้พิจารณาว่าเป็น “สิ่งปกปิดทางชีวภาพตามธรรมชาติ (biological cover)” ซึ่งไม่ควรกำจัดออก[1,2]

การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก (Deep Tissue Pressure Injury: DTPI)



ภาพที่ 6. DTIP ทำซ้ำจากเว็บไซต์ Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) โดยไม่ดัดแปลงภาพ.[3]



ผิวหนังปกติที่เปลี่ยนเป็นสีม่วงหรือน้ำตาลแดงเข้ม หรืออาจมีตุ่มน้ำเลือด (blood-filled blister) ร่วมกับบริเวณดังกล่าวมักเจ็บ กดเจ็บ อุ่น เย็น หรือมีความรู้สึกต่างจากบริเวณรอบข้าง ซึ่งบ่งชี้ถึงการบาดเจ็บในระดับลึกที่เกิดจากแรงกดและแรงเฉือน และอาจดำเนินไปสู่แผลกดทับระดับ 3 หรือ 4 ได้อย่างรวดเร็ว การบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึกนี้อาจตรวจพบได้ยากในผู้ที่มีผิวสีคล้ำ อาจมองไม่เห็นสีแดงหรือม่วงชัดเจน จึงต้องประเมินจากสัญญาณอื่น เช่น สีผิวคล้ำขึ้น/ม่วงคล้ำ ผิวสัมผัสต่างจากรอบข้าง มีลักษณะนุ่มยวบ แข็ง ตึง กดเจ็บ อุณหภูมิผิดปกติ หรือ มีตุ่มน้ำเลือดสีเข้ม สัญญาณเหล่านี้บ่งชี้การบาดเจ็บเนื้อเยื่อระดับลึกและต้องติดตามใกล้ชิดเพราะอาจพัฒนาเป็นแผลลึกได้รวดเร็ว[1,2]

การเพิ่มเติมคำจำกัดความของแผลกดทับ (Additional pressure injury/ulcer definitions)

แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ (Device related pressure injuries: DRPI)

แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์เป็นผลจากแรงกดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ วัตถุ เฟอร์นิเจอร์ หรือสิ่งของที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งสัมผัสกับผิวหนังโดยตั้งใจ (เช่น ใช้เพื่อการรักษา/วินิจฉัย เป็นต้น) หรือไม่ตั้งใจก็ตาม แผลที่เกิดขึ้นมักมีลักษณะหรือรูปร่างสอดคล้องกับอุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดแรงกด ในกรณีที่แผลกดทับมีสาเหตุจากอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยตรง จะเรียกว่า แผลกดทับที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์การแพทย์ (Medical Device Related Pressure Injury: MDRPI) คำว่า "ที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์" เป็นการระบุถึง สาเหตุการเกิดแผลกดทับ ไม่ได้สะท้อนถึง ความรุนแรงหรือระดับของการสูญเสียเนื้อเยื่อ

แผลกดทับจากอุปกรณ์การแพทย์ ควรได้รับการจำแนกตามระบบการจัดระดับมาตรฐาน (เช่น Stage 1–4, Unstageable, DTPI) เช่นเดียวกับแผลกดทับชนิดอื่น ๆ





แผลกดทับบริเวณเยื่อบุ (Mucosal Membrane Pressure Injuries: MMPI)

แผลกดทับที่เกิดขึ้นในบริเวณที่ปกคลุมด้วยเยื่อบุ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินปัสสาวะ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ (เช่น ท่อซิลิโคน ท่อยาง อุปกรณ์ช่วยหายใจ สายให้อาหาร หรือสายสวนปัสสาวะ) ที่ทำให้เกิดแรงกดและแรงเฉือนต่อเนื่องบริเวณเยื่อบุ ซึ่งในระบบทางเดินหายใจ มักพบที่ริมฝีปาก ปาก และจมูก จากท่อออกซิเจน ท่อช่วยหายใจ หรืออุปกรณ์ช่วยชีวิต ส่วนระบบทางเดินอาหารมักเกิดจากสายให้อาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะมักเกิดจากสายสวนปัสสาวะ และระบบอวัยวะสืบพันธุ์มักเกิดจากถุงยางอนามัย

เนื่องจากโครงสร้างของเยื่อบุแตกต่างจากผิวหนัง การจำแนกระดับ (staging) จึงไม่สามารถใช้ระบบ Stage 1–4, Unstageable หรือ DTPI ได้ แต่ควรบันทึกว่าเป็น แผลกดทับบริเวณเยื่อบุจากอุปกรณ์ทางการแพทย์





เอกสารอ้างอิง:

48. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline. The International Guideline.* 3rd ed. Perth, Australia: EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019.
49. National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Pressure Ulcers/Injuries: Definition ad Etiology. In: Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline: Fourth Edition. Emily Haesler (Ed.). 2025. [cited: download date 30/08/2025]. Available from: https://internationalguideline.com/etiology
50. Pan Pacific Pressure Injury Alliance. PPPIA Pressure Injury Classification System for Asian Skin Tones (Internet). Adelaide (Australia): PPPIA; 2025 (cited 2025 Nov 19). Available from: https://pppia.org/pppia-resources

ภาคผนวก จ รายละเอียดรหัสโรคตามที่กำหนดให้ใช้ในตัวชี้วัด (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

รหัสกลุ่มโรค	รหัส ICD-10-TM	Diagename*	Diagtname*
270	R05	Cough	ไอ
270	R06	Abnormalities of breathing	ความผิดปกติของการหายใจ
270	R06.0	Dyspnea	หายใจลำบาก
270	R06.1	Stridor	เสียงฮืดๆ
270	R06.2	Wheezing	เสียงวี้ดๆ
270	R06.7	Sneezing	จาม
270	R06.8	Other and unspecified abnormalities of breathing	ตวามผิดปกติอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียดของการหายใจ
270	R07	Pain in throat and chest	เจ็บในคอและหน้าอก
270	R07.0	Pain in throat	เจ็บในคอ
270	R09.3	Abnormal Sputum	เสมหะผิดปกติ

*Diagename และ * Diagtname คือ diagnosis English name และ diagnosis Thai name ตามลำดับ

ภาคผนวก ฉ. Healthcare Results

Healthcare Result ณ ปัจจุบันมีจำนวน 10 โดยใช้ข้อมูลจากตัวชี้วัด THIP มีจำนวน 7 ตัว และใช้ข้อมูลจาก NRLS จำนวน 3 ตัว โดยข้อมูลตัวชี้วัดที่เป็นถูกใช้เป็นองค์ประกอบและข้อมูลสนับสนุนใน Healthcare Results มีข้อมูลดังตาราง ดังนี้

Healthcare Result	การแสดงผล	ตัวชี้วัดที่เป็นองค์ประกอบ
HCR-1: ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis)	Result	CI0101 ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต
	Process	CE0101 ร้อยละผู้ป่วยห้องฉุกเฉินที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาต้านจุลชีพ ภายใน 3 ชั่วโมง
		CE0104 ร้อยละผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง
HCR-2: การเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndromes)	Result	DH0101 ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
	Process	DH0102 ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยา Aspirin ภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล
		DH0106 ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับยา Beta-blocker ระหว่างรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
		DH0110 ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ที่ได้รับ Primary Percutaneous Coronary Intervention (PPCI) ภายใน 120 นาที หรือ Fibrinolytic Agent ภายใน 30 นาทีเมื่อแรกรับ
		DH0113 ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ที่ได้รับ Fibrinolytic agent ภายใน 30 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล
	Impact	DH0103 ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการสั่งยา Aspirin เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
		DH0105 ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่สูบบุหรี่และได้รับการแนะนำให้งดบุหรี่ระหว่างการอยู่โรงพยาบาล
		DH0107 ร้อยละผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการสั่งยา Beta-blocker เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล
		DH0111 ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน
	Time	DH0112 ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (หน่วยเป็น : วัน)

		DH0108 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการทำ EKG เมื่อมาถึงโรงพยาบาล (หน่วยเป็น : นาที)
HCR-3: ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke	Result	DN0101 ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke
	Process	DN0102 ร้อยละผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ภายใน 2 วัน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
		DN0104 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอนเลือดสมองขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นระริกหรือหัวใจห้องบนเต้นระรัวได้รับยาต้านภาวะแข็งตัวของเลือด (Anticogulant)
		DN0106 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินและได้รับการรักษาด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใน 72 ชั่วโมง
		DN0110 ร้อยละผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ได้รับ Thrombolytic Agents ภายใน 60 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
	Impact	DN0103 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับการสั่งยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) หรือยาต้านภาวะแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
		DN0105 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรู้ในขณะอยู่ที่โรงพยาบาล
		DN0107 ร้อยละการรับกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วย Stroke ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเดิม ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน
	Time	DN0109 ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย Stroke
HCR-4: การตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และ/หรือการคลอด (ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ)	Result	CM0101 การตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และ/หรือการคลอด (ต่อแสนทารกเกิดมีชีพ)
	Process	CM0107 ร้อยละการตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันกรณีคลอดทางช่องคลอด
		CM0109 ร้อยละการชักขณะตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอด
		CM0110 อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน
HCR-5:การนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการผู้ป่วยนอก (กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - NCDs: โรคเบาหวาน (DM) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)	Result	AA0104 อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคเบาหวาน)
		AA0105 อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (โรคความดันโลหิตสูง)
	Process	DC0108 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
		DC0108.1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุเกินกว่า 60 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

		DC0108.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานผู้ใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
	Process	DC0201 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
		DC0201.1 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
		DC0201.2 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุเกินกว่า 65 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
HCR-7: การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU)	Result	SM0102 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน
		SM0103 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
HCR-8: การติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Hospital-acquired infection)	Result	SI0101 อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ภาพรวม)
		SI0201 อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (ภาพรวม)
		SI0301 อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (ภาพรวม)
	Support (VAP)	SI0102 อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยที่นอนรักษาใน ICU
		SI0103 อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของผู้ป่วยที่นอนรักษานอก ICU ของโรงพยาบาล
	Support (CLABSI)	SI0202 อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง ของผู้ป่วยที่นอนรักษาใน ICU
		SI0203 อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง ของผู้ป่วยที่นอนรักษานอก ICU ของโรงพยาบาล
	Support (CAUTI)	SI0302 อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ของผู้ป่วยที่นอนรักษาใน ICU
		SI0303 อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ของผู้ป่วยที่นอนรักษานอก ICU ของโรงพยาบาล

คณะที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

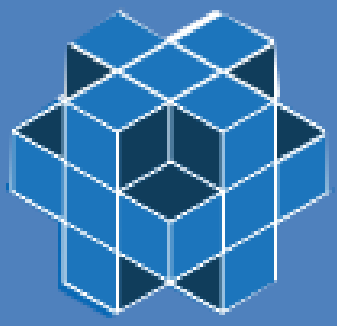
ที่ปรึกษา

1. นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
2. พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
3. ดร. พว. กฤษดา แสวงดี

เรียบเรียงและบรรณาธิการ

1.	รศ. นพ. กำธร มาลาธรรม	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2.	ศ.ดร. จิรประภา อัครบวร	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
3.	นายเชาวลิต เมฆศิริธกุล	อิสระ
4.	ศ.ดร.พญ. เนสินี ไชยเอีย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5.	ผศ.นพ. พิสนธิ์ จงตระกูล	อิสระ
6.	ดร.พว. ยุวดี เกตุสัมพันธ์	สภาการพยาบาล
7.	นายระพีพงศ์ สุวรรณไชยมาตย์	กรมควบคุมโรค
8.	ศ.นพ. อนุชา อภิสารธนรักษ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
9.	นางศิริลักษณ์ โพธิกุล	อิสระ
10.	นางสาวอำพัน วิมลวัฒนา	โรงพยาบาลวชิระพยาบาล
11.	นางกรุณา ลิ้มเจริญ	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
12.	นางขวัญหทัย เปรมพงษ์	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
13.	นางสาวเนตรนภา ปานมน	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
14.	นายพุทธิพงศ์ แพงแสง	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
15.	นพ.ภูวศิษฐ์ วรารัฐเรืองวุฒิ	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
16.	นายสงวน แก้วขาว	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
17.	มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย	
18.	กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)	
19.	เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ	
20.	ประธานคณะกรรมการอำนวยการเครือข่ายโรงพยาบาล	

21. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
22. ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์
23. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
24. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์
25. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
26. ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย
27. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย
28. สมาคมพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ (สพปร.)
29. สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย
30. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตฯ
31. สถาบันบำราศนราดูร



Thailand Hospital Indicator Program

THIP KPI DICTIONARY 2026