

หลักสูตรอบรม เทคนิคการใช้งานโปรแกรมขั้นพื้นฐาน ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Basic THIP Users Training Program)



นพ.ทรง พิลาลัย



อ.สงวน แก้วขาว



นพ.ทรรณง พิลาลัย (Torranong@ha.or.th)

ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักพัฒนาองค์กร สรพ.

นักวิชาการระบบคุณภาพ/ผู้เยี่ยมสำรวจ/เลขานุการคณะกรรมการ THIP

ประวัติการศึกษา: ปริญญาตรี แพทยศาสตรบัณฑิต, วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
ปริญญาโท สาธารณสุขมูลฐานมหาบัณฑิต แขนง District Health System Management



อ.สงวน แก้วขาว (Sanguan@ha.or.th)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่จัดการความรู้อาวุโส ฝ่ายจัดการความรู้ สำนักพัฒนาองค์กร สรพ.

ผู้จัดการระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP)

ประวัติการศึกษา: ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิทยาการคอมพิวเตอร์
ปริญญาโท วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิศวกรรมข้อมูลขนาดใหญ่ (big data)

วัตถุประสงค์หลักสูตร

- รู้และเข้าใจความรู้พื้นฐานสำหรับผู้ใช้งานโปรแกรม THIP
- เข้าใจและสามารถใช้งานโปรแกรม THIP ในสิทธิของผู้กรอกและผู้ส่งข้อมูลได้
- เข้าใจและสามารถใช้งานโปรแกรม THIP ในสิทธิของผู้วิเคราะห์ข้อมูลได้

เนื้อหาของหลักสูตร

ตอนที่ 1 ความรู้พื้นฐานสำหรับผู้ใช้งานโปรแกรม THIP

ตอนที่ 2 การใช้งานโปรแกรม THIP ในสิทธิของผู้กรอกข้อมูล และผู้ส่งข้อมูล

ตอนที่ 3 การใช้งานโปรแกรม THIP ในสิทธิของผู้วิเคราะห์ข้อมูล



<https://thip.ha.or.th/>

THIP Today

Knowledge

Benchmarking

Download

About Us

เข้าสู่ระบบ

THIP

Thailand Hospital Indicator Program
ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล

เข้าสู่ระบบหรือสมัครสมาชิก



ตอนที่ 1 ความรู้พื้นฐานสำหรับผู้ใช้งานโปรแกรม THIP



นพ.ทรง พิลาลัย

หัวข้อ 1.1 แนวคิดการวัดเพื่อการพัฒนา, Quality Measurement และ Benchmarking

หัวข้อ 1.2 THIP คืออะไร และวัตถุประสงค์ของระบบ THIP

หัวข้อ 1.3 หลักเกณฑ์การเป็นสมาชิกระบบ THIP และการเลือกกลุ่มเปรียบเทียบ

หัวข้อ 1.4 แนวทางปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลสมาชิก

หัวข้อ 1.5 การกำหนดเป้าหมายและเลือกตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

หัวข้อ 1.6 การใช้บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ (THIP KPI Dictionary)

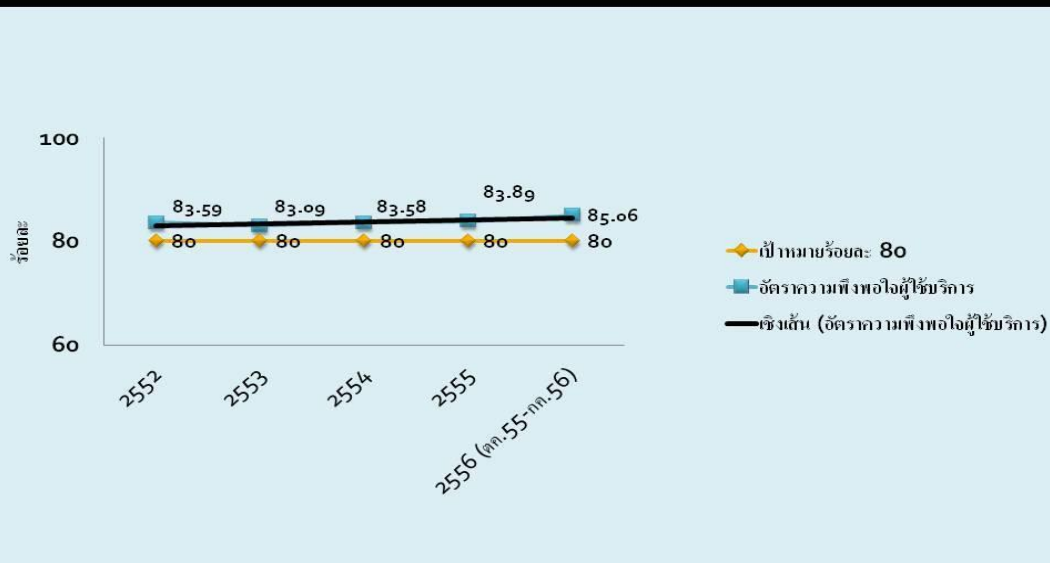
หัวข้อ 1.1 แนวคิดการวัดเพื่อการพัฒนา, Quality Measurement และ Benchmarking



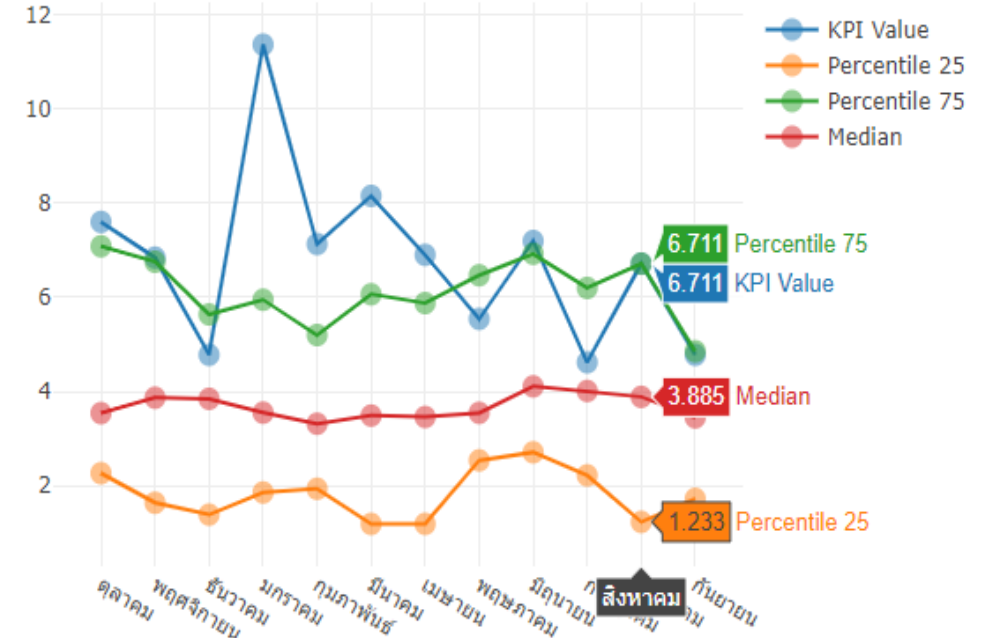
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

แง่มุม	การพัฒนา (Improvement)	การรับผิดชอบ (Accountability)	การวิจัย (Research)
เป้าหมาย	ปรับปรุงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการดูแล	เปรียบเทียบ, ทางเลือก, ทำให้มั่นใจ, แรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลง	ความรู้ใหม่ (efficacy)
วิธีการ			
Test observability	สามารถสังเกตการทดสอบได้	ไม่มีการทดสอบ ประเมินจากผลงานในปัจจุบัน	การทดสอบแบบ blinded หรือ controlled
Bias	ยอมรับอคติที่เกิดขึ้นอย่างคงเส้นคงวา	วัดและปรับเพื่อลดอคติ	ออกแบบเพื่อขจัดอคติ
Sample size	สุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ต่อเนื่อง ให้ได้ just enough data	ใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 100% ที่สามารถหาได้	ชุดข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อรับสถานการณ์ที่อาจเป็นไปได้ (just in case)
Flexibility of hypothesis	มีสมมติฐานที่ยืดหยุ่น เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเกิดการเรียนรู้ขึ้น	ไม่มีสมมติฐาน	มีสมมติฐานที่แน่นอน
Testing strategy	ทดสอบเป็นลำดับไปตามช่วงเวลา	ไม่มีการทดสอบ	ทดสอบขนาดใหญ่ครั้งเดียว หรือ เปรียบเทียบระหว่างช่วงเวลาสองช่วง
การตัดสินใจเป็นการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น	สถิติวิเคราะห์ (SPC)	เน้นที่การไม่เปลี่ยนแปลง	สถิติเชิงอนุมาน
การรักษาความลับของข้อมูล	ใช้ข้อมูลเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา	มีข้อมูลเพื่อให้สาธารณะรับรู้และทบทวน	มีการรักษาความลับของตัวบ่งชี้ผู้เป็น subject

ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (กลุ่มบริการทางคลินิก)



A การวัดเพื่อการรับผิดชอบ/การตัดสินใจ (Accountability)



B การวัดเพื่อการพัฒนาด้วยการเทียบเคียงตัวชี้วัด (Improvement and Benchmark)

แนวคิดการวัดเพื่อพัฒนา

เป้าหมาย: เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบงาน/การดูแลผู้ป่วย
วิธีการ

- **การสุ่มตัวอย่าง:** ขนาดเล็ก, ต่อเนื่อง, just enough data
- **อคติ:** ยอมรับอคติที่เกิดขึ้นอย่างคงเส้นคงวา
- **สมมติฐาน:** ยืดหยุ่น เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเกิดการเรียนรู้ขึ้น
- **การทดสอบ:** สังเกตการทดสอบได้ ปรับการทดสอบไปเป็นลำดับ
- **การวิเคราะห์:** statistical process control chart
- **การรักษาความลับ:** ใช้ข้อมูลเฉพาะผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนา

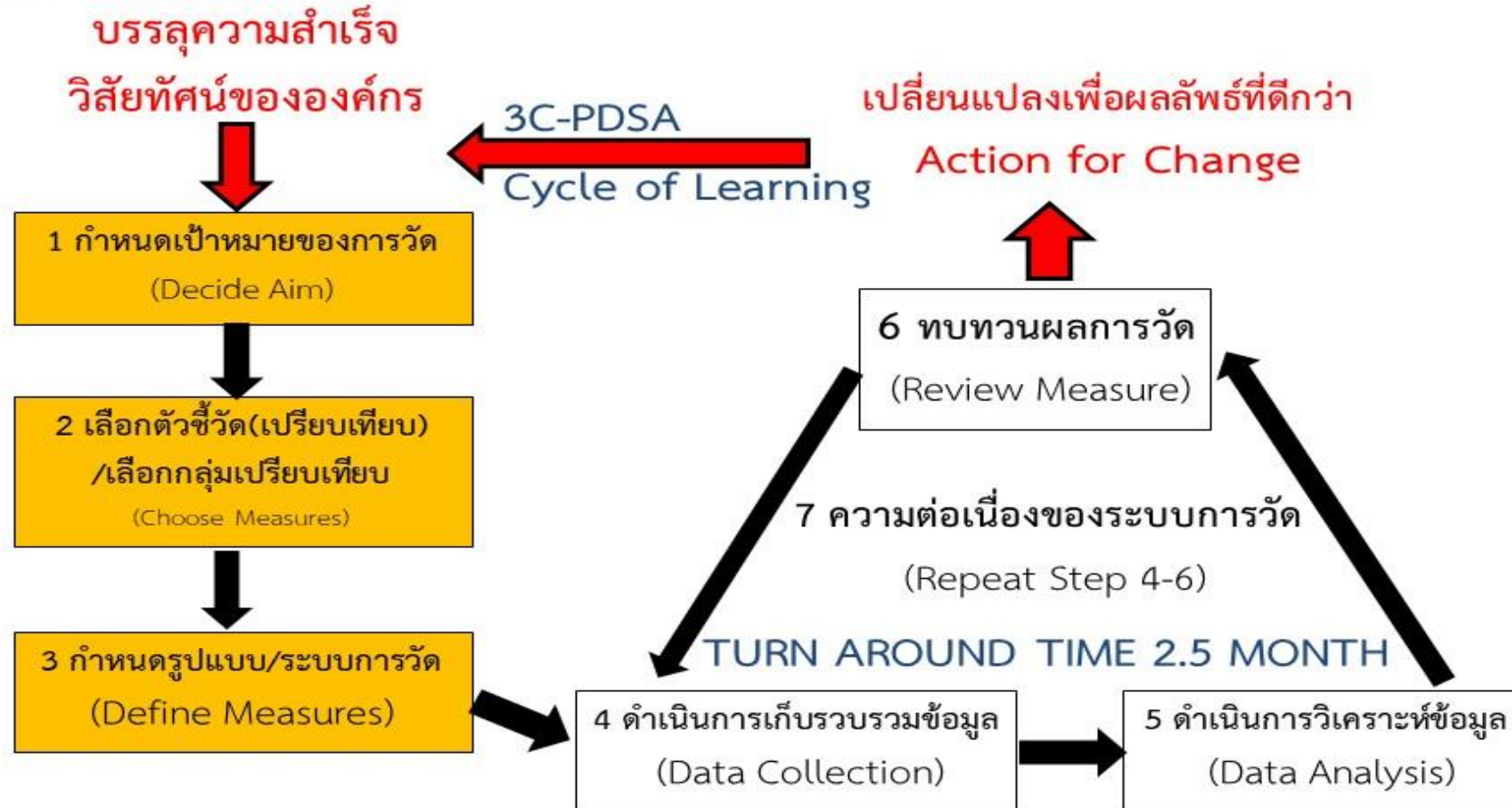
I – 4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร (Measurement, Analysis and Improvement of Organization Performance)

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.





บันได 7 ขั้น ของการวัดผล (7 Step to Measurement)

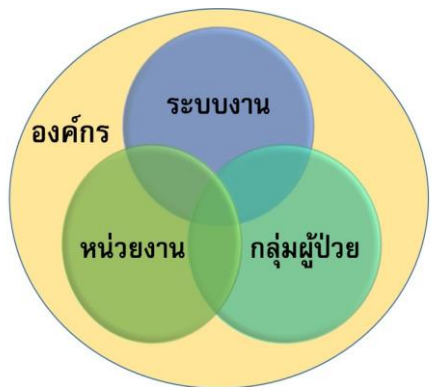




THIP as Quality Measurement Journey



เป้าหมายองค์กร



3C-DALI

ปรับเปลี่ยนเพื่อผลลัพธ์ที่ดีกว่า

Action for Change



1 กำหนดเป้าหมายของการวัด
(Decide Aim)

2 เลือกตัวชี้วัด(เปรียบเทียบ)
/เลือกกลุ่มเปรียบเทียบ
(Choose Measures)

3 กำหนดรูปแบบ/ระบบการวัด
(Define Measures)

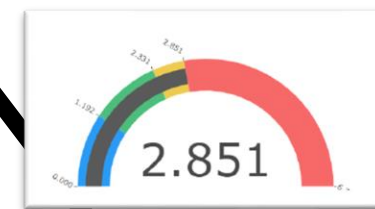
นิยาม/รูปแบบการวัดที่เป็น
มาตรฐานเดียวกัน

6 ทบทวนผลการวัด
(Review Measure)

TURN AROUND TIME 2.5 MONTH

4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
(Data Collection)

5 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล
(Data Analysis)

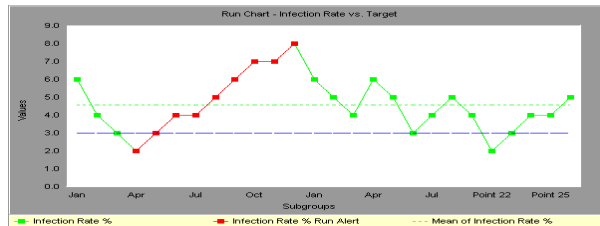


<https://THIP.ha.or.th>

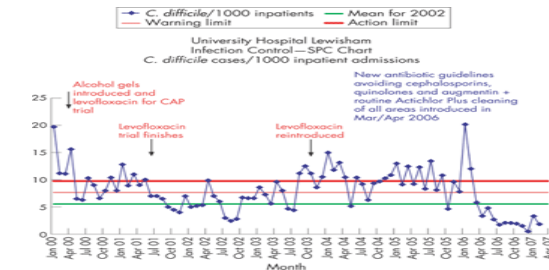
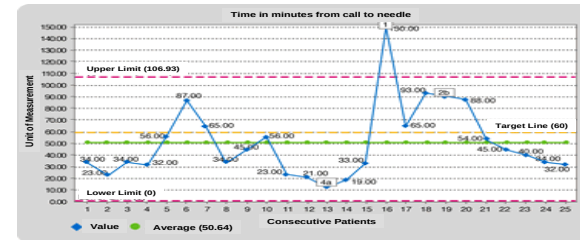
หลักสูตรอบรมเทคนิคการใช้งานโปรแกรมขั้นพื้นฐาน ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (พฤศจิกายน 2564)

การวิเคราะห์ข้อมูล : เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ มีความหมาย ใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจ

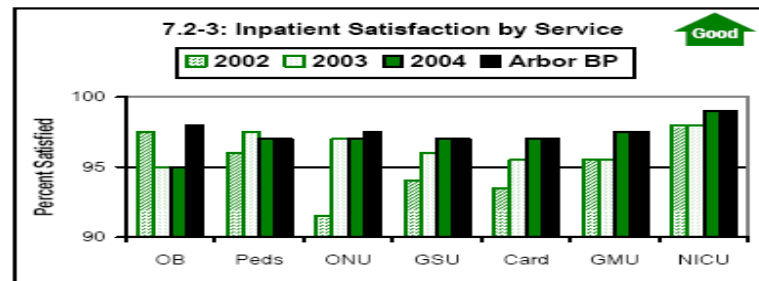
1. วิเคราะห์แนวโน้ม (Trend)



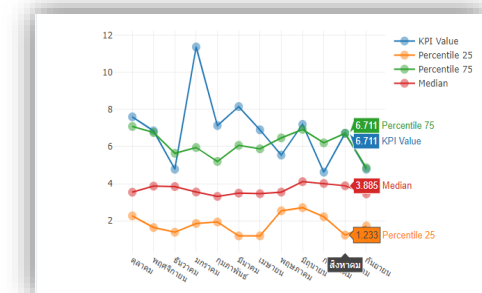
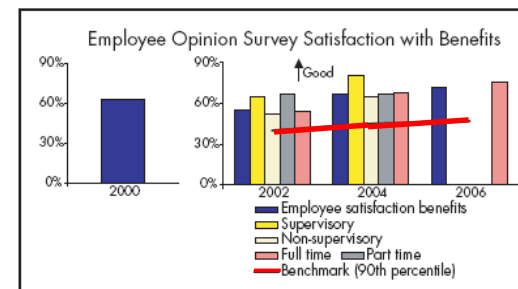
2. วิเคราะห์แนวโน้มคู่กับค่าสถิติ (Control Chart)



3. เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย



4. เปรียบกับคู่เทียบเคียง (Benchmark)



5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล

ทำไมต้องมี benchmark

- **Benchmark** มีที่ใช้ 2 ด้านคือ
 - นำค่าที่เหมาะสมมากำหนดค่าเป้าหมายของเรา เพื่อกระตุ้นการพัฒนา
 - เรียนรู้วิธี **best practice** ของผู้ที่ทำได้ดีกว่าเรา
- **Benchmark** ไม่ใช่
 - การเปรียบเทียบเพื่อแข่งขันว่าใครดีกว่ากัน
 - การเปรียบเทียบเพื่อให้เราสบายใจว่าเราดีกว่าคนอื่น
- ค่าเทียบเคียงที่เหมาะสม
 - เริ่มต้นด้วยค่าเฉลี่ยของ รพ.ในกลุ่มพื้นที่ หรือ รพ.ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน
 - ถ้าได้ไม่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ก็ไปดูค่าเป้าหมายของประเทศ
 - ถ้าได้ตามค่าเป้าหมายของประเทศ ก็ไปดูค่า **top quartile** ของกลุ่ม



หัวข้อ 1.1 แนวคิดการวัดเพื่อการพัฒนา, Quality Measurement และ Benchmarking



การวัดที่ดีควมามีการเปรียบเทียบ

เทียบกับแนวโน้มในอดีตของตนเอง

เทียบกับหน่วยงานอื่น ๆ ในองค์กรเดียวกัน

เทียบกับค่าเฉลี่ยขององค์กรในลักษณะเดียวกัน

เทียบกับค่าเป้าหมายของประเทศ

เทียบกับ Top ของประเทศ

เทียบกับคู่เทียบในกิจการอื่น

เทียบกับ Top ในระดับสากล

ตอนที่ 1 ความรู้พื้นฐานสำหรับผู้ใช้งานโปรแกรม THIP



นพ.ทรง พิลาลัย

หัวข้อ 1.1 แนวคิดการวัดเพื่อการพัฒนา, Quality Measurement และ Benchmarking

หัวข้อ 1.2 THIP คืออะไร และวัตถุประสงค์ของระบบ THIP

หัวข้อ 1.3 หลักเกณฑ์การเป็นสมาชิกระบบ THIP และการเลือกกลุ่มเปรียบเทียบ

หัวข้อ 1.4 แนวทางปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลสมาชิก

หัวข้อ 1.5 การกำหนดเป้าหมายและเลือกตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

หัวข้อ 1.6 การใช้บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ (THIP KPI Dictionary)



WHY : เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านต่างๆ กับโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะเดียวกัน **ทราบว่าตนเองอยู่ตรงไหนเมื่อเทียบกับกลุ่ม** เป็นการกระตุ้นการพัฒนาที่มีพลัง และ สามารถค้นหาองค์กรที่มี **Good Practice** นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

WHAT :THIP เป็นระบบการเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลที่ผู้รายงานจะได้ทราบค่าของตนเปรียบเทียบกับค่า Percentile ของกลุ่ม

- โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ **สามารถเลือกตัวชี้วัด**ที่จะรายงานเข้าสู่ระบบเพื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น โดยสมัครใจ
- การรายงานตัวชี้วัดจะ **รายงานเป็นช่วงเวลาที่กำหนด** โดยใช้คำจำกัดความมาตรฐาน
- การรายงานจะ **ทำผ่าน internet** โดยมีระบบ **รักษาความลับที่รัดกุม**
- การเปรียบเทียบตัวชี้วัดจะ **เลือกลักษณะของกลุ่มโรงพยาบาลที่** ต้องการเปรียบเทียบได้ และโรงพยาบาลจะเห็นข้อมูลตัวชี้วัดของกลุ่มเฉพาะตัวชี้วัดที่ตน รายงานเท่านั้น



นพ.อนวัตร ศุภชติกุล
ที่ปรึกษา คณะกรรมการ THIP



ศ.พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์
อดีตประธานกรรมการ THIP ท่านที่ 1



รศ.นพ.อภิชาติ จิระวุฒิพงศ์
อดีตประธานกรรมการ THIP ท่านที่ 2
ที่ปรึกษา คณะกรรมการ THIP



รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
ประธานกรรมการ THIP วาระ 2558- ปัจจุบัน

“ความมีคุณค่าของการใช้ตัวชี้วัดนั้น จะช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ
ไปสู่ความมีมาตรฐาน และเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยได้ในที่สุด”



THAILAND HOSPITAL INDICATOR PROGRAM

วัตถุประสงค์ของระบบ THIP

- 1) ส่งเสริมให้สถานพยาบาล ใช้ประโยชน์จากการเปรียบเทียบ (Benchmarking) เพื่อการยกระดับผลลัพธ์ขององค์กร
- 2) พัฒนาตัวชี้วัดเปรียบเทียบในการวัดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล
- 3) พัฒนาองค์ความรู้ จากการปฏิบัติที่ดี/เป็นเลิศ ของเครือข่ายสถานพยาบาล และฐานข้อมูลผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- 4) พัฒนากลไกเครื่องมือ/เทคโนโลยี ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล

รับสมัครและต่ออายุสมาชิก ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล Thailand Hospital Indicator Program (THIP)

วันที่ 1-31 ตุลาคม 2564

สิทธิประโยชน์สำหรับสถานพยาบาลสมาชิก ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม

1. การเข้าใช้งานและจัดการสารสนเทศผ่านระบบ THIP benchmark Application (<http://Thip@ha.or.th>)
2. การฝึกอบรมหลักสูตรการใช้งานโปรแกรม THIP ขั้นพื้นฐานผ่านระบบออนไลน์
3. การฝึกอบรมหลักสูตรการบริหารตัวชี้วัดเปรียบเทียบและการวิเคราะห์เทียบเคียง
4. การเข้าร่วมสัมมนาแลกเปลี่ยน THIP Good Practice ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
5. การเข้าถึงองค์ความรู้วิชาการด้านการวัดวิเคราะห์ และ benchmark
6. การเข้าร่วมเครือข่ายชุมชนนักปฏิบัติเพื่อยกระดับผลลัพธ์การพัฒนา
7. การเข้าร่วมประกวดผลงานการพัฒนาคุณภาพด้วยการเปรียบเทียบตัวชี้วัด
8. การเข้าร่วมกิจกรรมสัมมนาวิชาการ THIP Virtual Showcase

E mail : thip@ha.or.th
โทรศัพท์ 02-0278841 ต่อ 9301



ตอนที่ 1 ความรู้พื้นฐานสำหรับผู้ใช้งานโปรแกรม THIP



นพ.ทรง พิลาลัย

หัวข้อ 1.1 แนวคิดการวัดเพื่อการพัฒนา, Quality Measurement และ Benchmarking

หัวข้อ 1.2 THIP คืออะไร และวัตถุประสงค์ของระบบ THIP

หัวข้อ 1.3 หลักเกณฑ์การเป็นสมาชิกระบบ THIP และการเลือกกลุ่มเปรียบเทียบ

หัวข้อ 1.4 แนวทางปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลสมาชิก

หัวข้อ 1.5 การกำหนดเป้าหมายและเลือกตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

หัวข้อ 1.6 การใช้บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ (THIP KPI Dictionary)

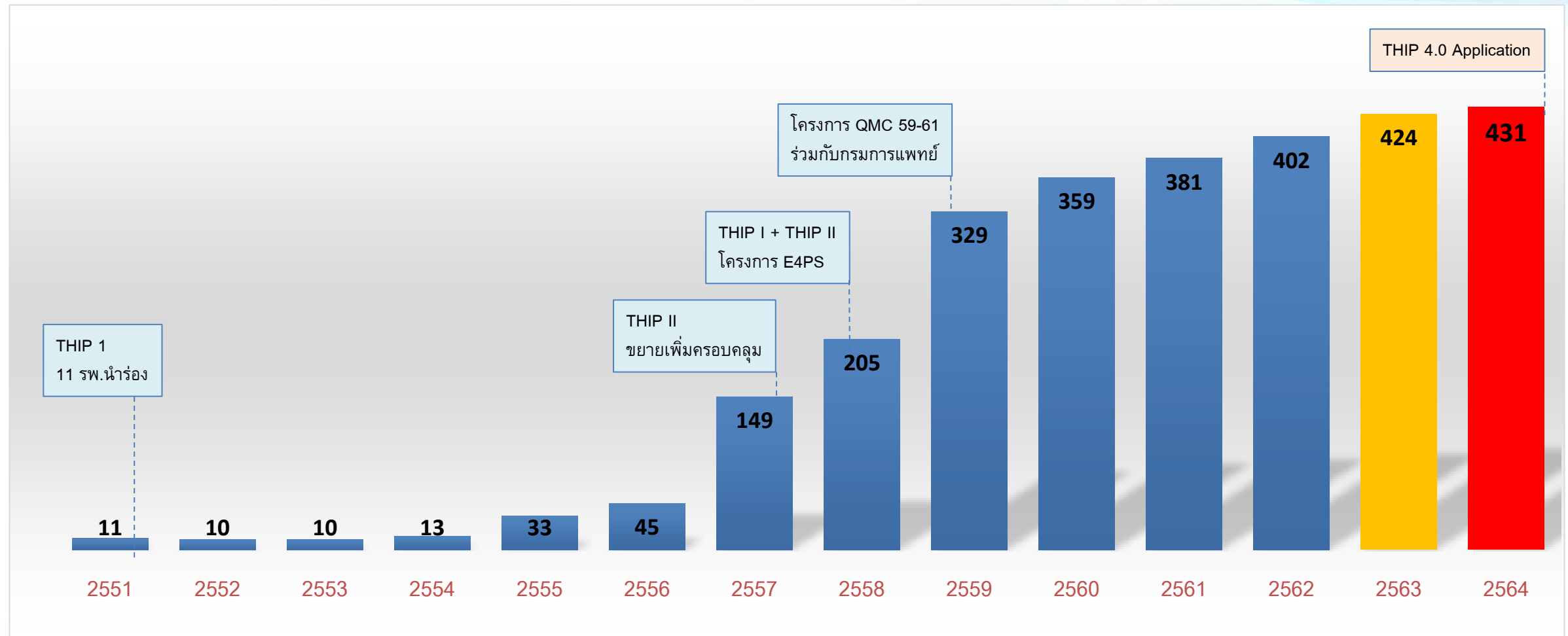
หลักเกณฑ์การเป็นสมาชิกระบบ THIP

- **คุณสมบัติ** เปิดโอกาสสำหรับโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ที่ สมัครใจเข้าร่วมเป็นสมาชิกระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล
- **ช่วงระยะเวลา** เปิดรับสมัครลงทะเบียนสมาชิกใหม่ และต่ออายุสมาชิก **ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง** ในช่วง 1 – 31 ตุลาคม ของทุกปี
- **เข้าใช้งานระบบออนไลน์** ผ่าน application <https://thip@ha.or.th>
- **ค่าธรรมเนียมสมาชิกรายปี** ตามระดับศักยภาพของโรงพยาบาล
- **เครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้** โรงพยาบาลสมาชิกจะได้รับสิทธิในการเข้าร่วมกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (CoP THIP) เช่น กิจกรรมสัมมนาแลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่ดีผ่านระบบออนไลน์ การเข้าถึงสื่อและคลังความรู้ THIP และกิจกรรมอื่นๆ

หัวข้อ 1.3 หลักเกณฑ์การเป็นสมาชิก THIP และการเลือกกลุ่มเปรียบเทียบ



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



แผนภูมิแท่งเปรียบเทียบแสดงจำนวนโรงพยาบาลสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการ THIP ปีงบประมาณ 2551-2564

1. ผู้กรอกข้อมูลตัวชี้วัด สามารถกรอก บันทึก และแก้ไขข้อมูลตัวชี้วัดที่กรอกไว้ และดูประวัติการส่งข้อมูล แต่ไม่สามารถส่งข้อมูลได้

กรอก/ แก้ไขข้อมูล

บันทึก

ดูประวัติ

2. ผู้บันทึกส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ สามารถส่งข้อมูล ดูประวัติการส่งข้อมูล และขอปลดล๊อคระบบ แต่ไม่สามารถแก้ไขข้อมูลตัวชี้วัดได้

ดูประวัติ

ส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ

ขอปลดล๊อค

3. ผู้วิเคราะห์ข้อมูล/ดูรายงานเปรียบเทียบ สามารถเข้าระบบ iAnalysis เพื่อวิเคราะห์/ดูรายงาน ดูประวัติการส่งข้อมูล และขอปลดล๊อคระบบได้ แต่ไม่สามารถแก้ไขและส่งข้อมูลตัวชี้วัด

ดูประวัติ

ขอปลดล๊อค

วิเคราะห์

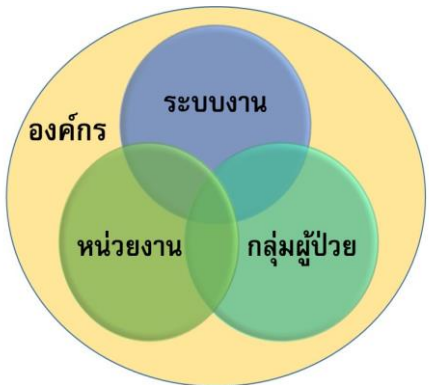
เปรียบเทียบ



THIP as Quality Measurement Journey



เป้าหมายองค์กร



3C-DALI

ปรับเปลี่ยนเพื่อผลลัพธ์ที่ดีกว่า

Action for Change



1 กำหนดเป้าหมายของการวัด
(Decide Aim)

2 เลือกตัวชี้วัด(เปรียบเทียบ)
/เลือกกลุ่มเปรียบเทียบ
(Choose Measures)

3 กำหนดรูปแบบ/ระบบการวัด
(Define Measures)

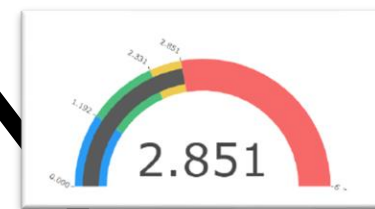
นิยาม/รูปแบบการวัดที่เป็น
มาตรฐานเดียวกัน

6 ทบทวนผลการวัด
(Review Measure)

TURN AROUND TIME 2.5 MONTH

4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
(Data Collection)

5 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล
(Data Analysis)



<https://THIP.ha.or.th>

หลักสูตรอบรมเทคนิคการใช้งานโปรแกรมขั้นพื้นฐาน ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (พฤศจิกายน 2564)



กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลภาครัฐ-มีการเรียนการสอนหรือตติยภูมิ (Public Hospital- Academic or Tertiary care Hospital)

- 1.1 รพ.รร.แพทย์ มีการเรียนการสอนครบทุกสาขา
- 1.2 รพ.รร.แพทย์ มีการเรียนการสอนบางสาขา
- 1.3 รพศ. มีการเรียนการสอนครบทุกสาขา
- 1.4 รพศ. มีการเรียนการสอนบางสาขา
- 1.5 รพ.ระดับตติยภูมิ มีการเรียนการสอนทุกสาขา
- 1.6 รพ.ระดับตติยภูมิ มีการเรียนการสอนบางสาขา
- 1.7 รพ.ระดับตติยภูมิ ไม่มีการเรียนการสอนบางสาขา
- 1.8 สถาบันเฉพาะทาง มีการเรียนการสอนบางสาขา
- 1.9 สถาบันเฉพาะทาง ไม่มีการเรียนการสอนบางสาขา

หมายเหตุ: มีการเรียนการสอนครบทุกสาขา หมายถึง ต้องมีการเรียนการสอน Resident ในสาขาหลัก ได้แก่ สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และ ออโธปิดิกส์

หลักสูตรอบรมเทคนิคการใช้งานโปรแกรมขั้นพื้นฐาน ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (พฤศจิกายน 2564)

กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลภาครัฐ-ทั่วไป (Public Hospital-General Hospital)

กลุ่มที่ 3 โรงพยาบาลภาครัฐ-ชุมชน (Public Hospital-Community Hospital)

กลุ่มที่ 4 โรงพยาบาลเอกชน (Private Hospital)

กลุ่มเปรียบเทียบเฉพาะ

ได้แก่ ตัวชี้วัดนำร่อง ตัวชี้วัดเฉพาะที่ต้องประมวลผลข้ามกลุ่มปกติ
กลุ่มโรงพยาบาลที่ต้องการเปรียบเทียบภายในสังกัด

หมายเหตุ: กรณีกลุ่มเปรียบเทียบเฉพาะ ต้นสังกัดหรือคณะกรรมการดำเนินงาน
ทำหนังสือแจ้งขอกำหนดกลุ่มเปรียบเทียบเฉพาะ ภายใน 30 พฤศจิกายน

ตอนที่ 1 ความรู้พื้นฐานสำหรับผู้ใช้งานโปรแกรม THIP



นพ.ทรง พิลาลัย

หัวข้อ 1.1 แนวคิดการวัดเพื่อการพัฒนา, Quality Measurement และ Benchmarking

หัวข้อ 1.2 THIP คืออะไร และวัตถุประสงค์ของระบบ THIP

หัวข้อ 1.3 หลักเกณฑ์การเป็นสมาชิกระบบ THIP และการเลือกกลุ่มเปรียบเทียบ

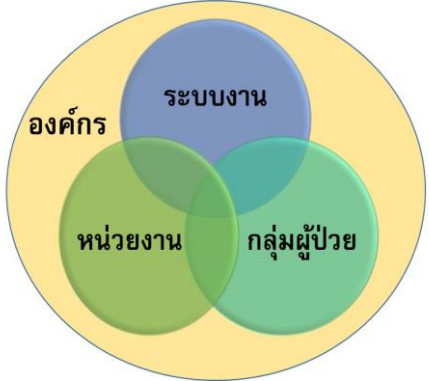
หัวข้อ 1.4 แนวทางปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลสมาชิก

หัวข้อ 1.5 การกำหนดเป้าหมายและเลือกตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

หัวข้อ 1.6 การใช้บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ (THIP KPI Dictionary)



THIP as Quality Measurement Journey



เป้าหมายองค์กร

3C-DALI

ปรับเปลี่ยนเพื่อผลลัพธ์ที่ดีกว่า

Action for Change



1 กำหนดเป้าหมายของการวัด
(Decide Aim)

2 เลือกตัวชี้วัด(เปรียบเทียบ)
/เลือกกลุ่มเปรียบเทียบ
(Choose Measures)

3 กำหนดรูปแบบ/ระบบการวัด
(Define Measures)

นิยาม/รูปแบบการวัดที่เป็น
มาตรฐานเดียวกัน

6 ทบทวนผลการวัด
(Review Measure)

4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
(Data Collection)

5 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล
(Data Analysis)

TURN AROUND TIME 2.5 MONTH



<https://THIP.ha.or.th>

หลักสูตรอบรมเทคนิคการใช้งานโปรแกรมขั้นพื้นฐาน ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (พฤศจิกายน 2564)

การเลือกกลุ่มเปรียบเทียบโรงพยาบาลตามหลัก THIP ปีงบประมาณ 2564

กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลภาครัฐ-มีการให้บริการของห้องฉุกเฉิน (Public Hospital- Academic or Tertiary care Hospital) 1.1 รพ.รามาธิบดี มีการให้บริการของห้องฉุกเฉิน 1.2 รพ.รามาธิบดี มีการให้บริการของห้องฉุกเฉิน 1.3 รพ.รามาธิบดี มีการให้บริการของห้องฉุกเฉิน 1.4 รพ.รามาธิบดี มีการให้บริการของห้องฉุกเฉิน 1.5 รพ.รามาธิบดี มีการให้บริการของห้องฉุกเฉิน 1.6 รพ.รามาธิบดี มีการให้บริการของห้องฉุกเฉิน 1.7 รพ.รามาธิบดี มีการให้บริการของห้องฉุกเฉิน 1.8 รพ.รามาธิบดี มีการให้บริการของห้องฉุกเฉิน 1.9 รพ.รามาธิบดี มีการให้บริการของห้องฉุกเฉิน	กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลภาครัฐทั่วไป (Public Hospital-General Hospital) กลุ่มที่ 3 โรงพยาบาลภาครัฐชุมชน (Public Hospital-Community Hospital) กลุ่มที่ 4 โรงพยาบาลเอกชน (Private Hospital) กลุ่มเปรียบเทียบเฉพาะ ไม่สามารถใช้ได้เนื่องจากมีข้อมูลไม่เพียงพอ
---	--





ตัวอย่าง แนวทางปฏิบัติที่ดีในการดำเนินงานสมาชิกโครงการ THIP

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ม.นวมินทรราช

1. Kick off THIP ประจำปี โดยทีมพัฒนาคุณภาพบริการ

- สรุปผลลัพธ์โครงการปีที่ผ่านมา สื่อสารกำหนดนโยบายต่อเนื่อง
- ทบทวนแนวทางปฏิบัติในการเข้าร่วมโครงการ THIP ของ สรพ.
- สื่อสารรายการตัวชี้วัด THIP พร้อม KPI Template ให้กับ PCT/ภาควิชา/ทีมระบบงาน/หน่วยงานเฉพาะ เพื่อการคัดเลือก KPI เบื้องต้นเน้นความสอดคล้องกับบริบทและทิศทางองค์กร

2. PCT/ภาควิชา/ทีมระบบงาน/หน่วยงานเฉพาะ คัดเลือก KPI

3. ส่งรายการ KPI ที่คัดเลือกให้ ฝ่ายยุทธศาสตร์/ทีมแกนนำพัฒนาคุณภาพ รวบรวม เพื่อนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารระดับสูง/ทีมนำ

4. คณะกรรมการบริหารระดับสูง/ทีมนำ พิจารณาภาพรวมของ KPI ที่เลือกทั้งหมด

5. ลงทะเบียน KPI ผ่านระบบออนไลน์ www.thip2.com ของ สรพ.

6. ออกแบบวิธีการรายงานข้อมูล และสื่อสารให้ผู้รับผิดชอบทราบ

ดร.อำพัน วิมลวัฒนา, รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล (2562)

7. PCT/ภาควิชา/ทีมระบบงาน/หน่วยงานเฉพาะ รายงานผลลัพธ์ ตามรอบเวลา ที่กำหนด
8. หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์/ทีมแกนนำพัฒนาคุณภาพ พิจารณาผลลัพธ์ในเบื้องต้น กรณีพบปัญหาและสงสัยสื่อสารกันทันที
9. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลในระบบ/พยาบาลวิชาชีพทบทวน และ Submit ส่งข้อมูล
10. เจ้าหน้าที่ผู้วิเคราะห์ ดึงข้อมูลจาก THIP iAnalysis มาจัดทำ Power point, พยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบข้อมูล เสนอ หัวหน้าฝ่ายยุทธศาสตร์/ทีมแกนนำพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลในเบื้องต้น
11. นำเสนอคณะกรรมการบริหารระดับสูง/ทีมนำ ทุกเดือน เพื่อติดตามผลลัพธ์ในภาพรวม และรับฟังผลการทบทวนกรณีที่ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากผู้เกี่ยวข้อง
12. ส่งข้อมูลผลการวิเคราะห์ทั้งหมดให้ PCT/ภาควิชาการ/ทีมระบบงาน/หน่วยงานเฉพาะ เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป



ดร.อำพัน วิมลวัฒนา
รองคณบดี
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
ม.นวมินทรราช

ตอนที่ 1 ความรู้พื้นฐานสำหรับผู้ใช้งานโปรแกรม THIP



นพ.ทรง พิลาลัย

หัวข้อ 1.1 แนวคิดการวัดเพื่อการพัฒนา, Quality Measurement และ Benchmarking

หัวข้อ 1.2 THIP คืออะไร และวัตถุประสงค์ของระบบ THIP

หัวข้อ 1.3 หลักเกณฑ์การเป็นสมาชิกระบบ THIP และการเลือกกลุ่มเปรียบเทียบ

หัวข้อ 1.4 แนวทางปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลสมาชิก

หัวข้อ 1.5 การกำหนดเป้าหมายและเลือกตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

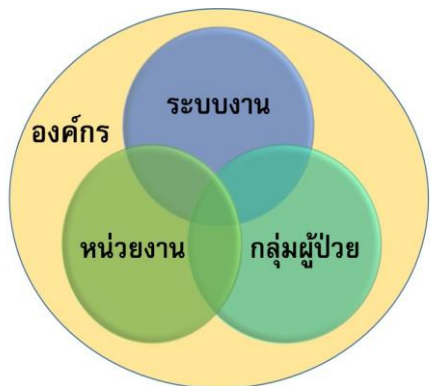
หัวข้อ 1.6 การใช้บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ (THIP KPI Dictionary)



THIP as Quality Measurement Journey



เป้าหมายองค์กร



3C-DALI

ปรับเปลี่ยนเพื่อผลลัพธ์ที่ดีกว่า

Action for Change



1 กำหนดเป้าหมายของการวัด
(Decide Aim)

2 เลือกตัวชี้วัด(เปรียบเทียบ)
/เลือกกลุ่มเปรียบเทียบ
(Choose Measures)

3 กำหนดรูปแบบ/ระบบการวัด
(Define Measures)

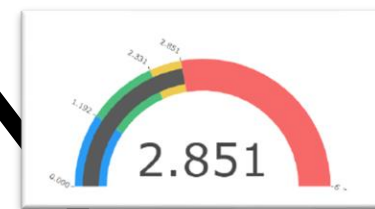
นิยาม/รูปแบบการวัดที่เป็น
มาตรฐานเดียวกัน

6 ทบทวนผลการวัด
(Review Measure)

4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
(Data Collection)

5 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล
(Data Analysis)

TURN AROUND TIME 2.5 MONTH



<https://THIP.ha.or.th>

เป้าหมายชัด



“Hope” is not a plan
“Some” is not a number
“Soon” is not a time

“หวังว่า...” ไม่ใช่ แผนการ
“ส่วนใหญ่...” ไม่ใช่ จำนวน
“เร็ว ๆ นี้...” ไม่ใช่ กำหนดเวลา

Quality Improvement: The Basics

IHI (2020), Review by Torranong Philalalai

“การกำหนดเป้าหมาย” คือ การกำหนดข้อความคำมั่นสัญญาที่จะบรรลุผลการพัฒนาที่วัดความสำเร็จได้ ที่ระบุ (1)ระบบที่จำเพาะ (2)กำหนดเวลาที่ชัดเจน (3)ค่าเป้าหมายที่วัดได้เป็นตัวเลข ไม่ได้เป็นเพียงการพร่ำบอกถึงความปรารถนาถึงสิ่งที่ดีกว่า

ตัวอย่าง

ลดอัตราการเสียชีวิตจาก Sepsis ของผู้ป่วยแผนก
อายุรกรรม ไม่เกิน 10% ภายใน 12 เดือน

To reduce Sepsis death rate by 10% within 12 months in the
general medicine department

ตรวจสอบความครบถ้วนของ การระบุเป้าหมาย

“อะไรคือจุดเน้นสำคัญ
ของการพัฒนา?”

What?

How Good?

By When? For Whom? Where?

“ระบุตัวเลขที่วัดได้ของ
เป้าหมายที่ท้าทายแต่
เอื้อมถึงได้?”

“ระบุกำหนดเวลา
บรรลุชัดเจนหรือไม่?”

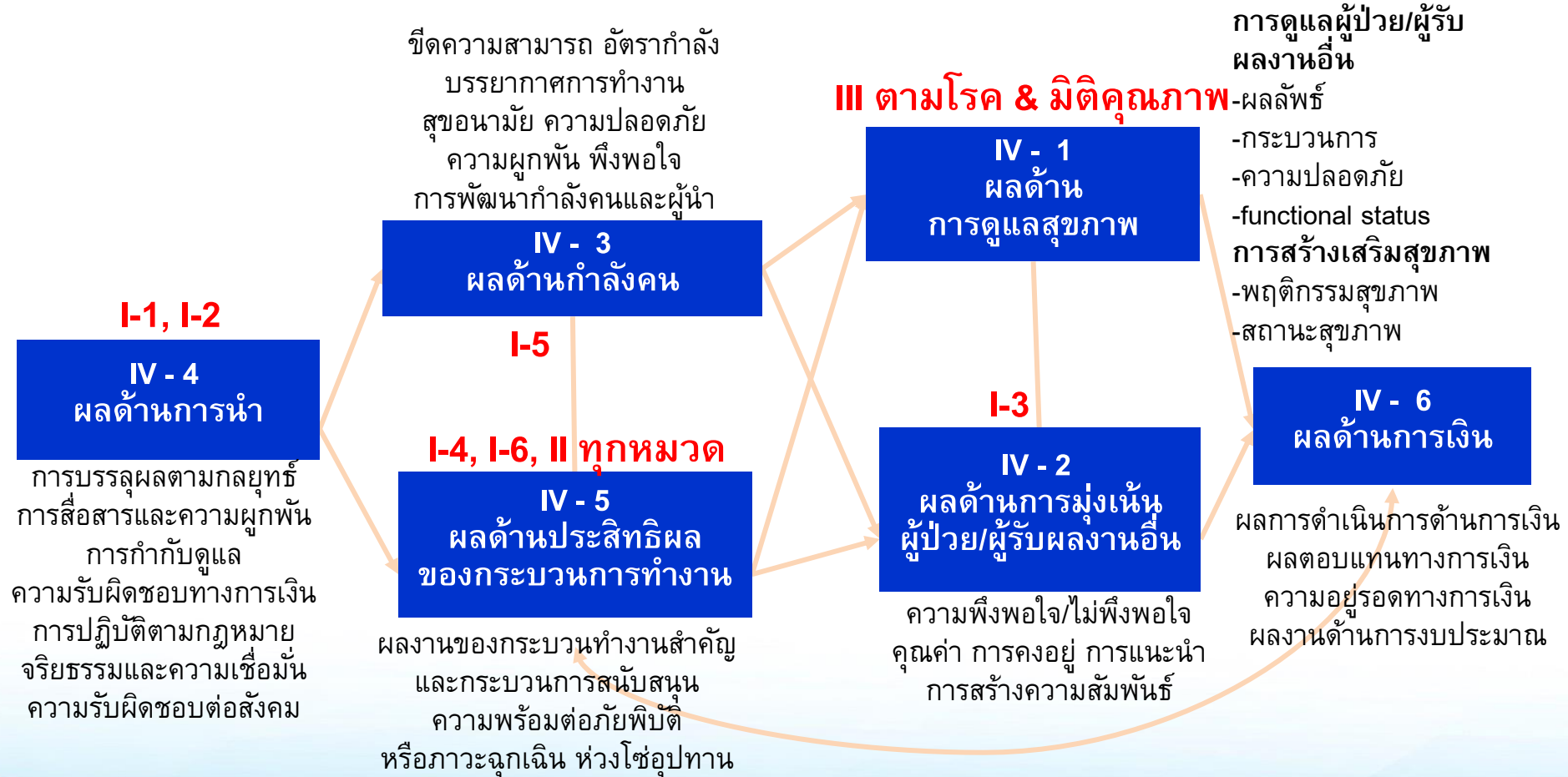
“ระบุกลุ่มผู้รับผลงาน
สำคัญที่ได้รับคุณค่า/
ประโยชน์จากการพัฒนา?”

“ระบุขอบเขต/พื้นที่ ของการ
พัฒนากระบวนการชัดเจน?”

เทคนิค:อย่ายึดติดกับความสมบูรณ์แบบ มุ่งเน้นประโยชน์ผู้รับผล ใช้ทั้งหัวใจและความคิด เป้าหมายวัดได้ท้าทายเอื้อมถึง

ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

องค์กรแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดีและการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลด้านการดูแลผู้ป่วย ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ผลด้านกำลังคน ผลด้านการนำ ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการ และผลด้านการเงิน.





รายการบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2565

คณะกรรมการระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP) ได้ทบทวนรายการตัวชี้วัดเปรียบเทียบโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์องค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้

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

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

- | | | |
|---|-----------|----------------------------------|
| 1. กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค | จำนวน 117 | ตัวชี้วัด (เดิมมี 107 ตัวชี้วัด) |
| 2. กลุ่มตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ | จำนวน 38 | ตัวชี้วัด (เดิมมี 36 ตัวชี้วัด) |
| 3. กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ | จำนวน 57 | ตัวชี้วัด (เดิมมี 57 ตัวชี้วัด) |
| 4. กลุ่มตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ | จำนวน 8 | ตัวชี้วัด (เดิมมี 8 ตัวชี้วัด) |
| 5. กลุ่มตัวชี้วัดกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก | จำนวน 5 | ตัวชี้วัด (เดิมมี 5 ตัวชี้วัด) |

THIP: Thailand Hospital Indicator Program : BENCHMARK KPI 2022

Disease (D) กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค

แบ่งเป็น 8 หมวด

- (1) DH : Cardiovascular disease
- (2) DN : Neurovascular disease
- (3) DR : Respiratory disease
- (4) DC : Chronic disease
- (5) DO : Musculoskeletal disease
- (6) DG : Gastrointestinal disease
- (7) DP : Pediatric disease
- (8) DS : Substance use disorder
- (9) DE : Center of Excellence
- (10) DM : Mental Health

Primary Care (P) กลุ่ม

คุณภาพบริการปฐมภูมิ

- (1) PA : Ambulatory Care

Care Process (C) กลุ่ม กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ

แบ่งเป็น 6 หมวด

- (1) CM : Maternal and Child Health Care
- (2) CA : Anesthesia Care
- (3) CO : Operative Care
- (4) CG : General Care
- (5) CE : Emergency Care
- (6) CI : Intensive Care

Health Promotion (H) กลุ่มสร้างเสริมสุขภาพ

แบ่งเป็น 5 หมวด

- (1) HE : Employee Health Promotion
- (2) HC : Customer Health Promotion
- (3) HD : Disease-based Health Promotion
- (4) HP : Population-based Health Promotion
- (5) HH : Health Risk Factors)

System (S) กลุ่มระบบงานสำคัญ

แบ่งเป็น 8 หมวด

- (1) SI : Infectious Control system
- (2) SL : Laboratory System
- (3) SH : Human Resource System
- (4) SF : Financial System
- (5) SC : Customer Service System
- (6) SG : Governance System
- (7) SS : Sterilization System
- (8) SM : Medication System

Special CoP KPI

ตอนที่ 1 ความรู้พื้นฐานสำหรับผู้ใช้งานโปรแกรม THIP



นพ.ทรง พิลาลัย

หัวข้อ 1.1 แนวคิดการวัดเพื่อการพัฒนา, Quality Measurement และ Benchmarking

หัวข้อ 1.2 THIP คืออะไร และวัตถุประสงค์ของระบบ THIP

หัวข้อ 1.3 หลักเกณฑ์การเป็นสมาชิกระบบ THIP และการเลือกกลุ่มเปรียบเทียบ

หัวข้อ 1.4 แนวทางปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลสมาชิก

หัวข้อ 1.5 การกำหนดเป้าหมายและเลือกตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

หัวข้อ 1.6 การใช้บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ (THIP KPI Dictionary)

หัวข้อ 1.6 การใช้บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ



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



แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค (Disease: D)		
หมวด	ประเภท	
DH	โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease)	01 Acute coronary syndrome
		02 Coronary artery disease
		03 Heart failure
		04 Atrial fibrillation
DN	โรคหลอดเลือดสมอง (Neurovascular disease)	01 Stroke
		02 Epilepsy
		03 Head injury
DR	โรคระบบทางเดินหายใจ (Respiratory disease)	01 Pneumonia
		02 Tuberculosis
		03 Asthma
		04 COPD
DC	โรคเรื้อรัง (Chronic disease)	01 Diabetes mellitus
		02 Hypertension
		03 HIV
		04 Cancer
		05 Chronic kidney disease
DO	โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal disease)	01 Femur
		02 Hip arthroplasty
		03 Knee arthroplasty
DG	โรคระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal disease)	01 Upper gastrointestinal hemorrhage
		02 Appendicitis
DP	โรคเกี่ยวกับเด็ก (Pediatric disease)	01 Diabetes in children and adolescents
DS	โรคเกี่ยวกับผู้ติดยาและสารเสพติด (Substance use disorder)	01 Metamphetamine group
		02 Alcohol group
		03 Tobacco group
		04 Opioid group

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

หมายเหตุ : ตัวอักษร สีฟ้า คือ รายละเอียดข้อความที่มีการปรับปรุงใหม่ในบัญชีตัวชี้วัดปีที่ใช้งานอยู่ในปัจจุบัน

หลักสูตรอบรมเทคนิคการใช้งานโปรแกรมขั้นพื้นฐาน ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (พฤศจิกายน 2564)

รหัสตัวชี้วัด: ประกอบด้วย

ชุดอักษร 2 ตัวอักษร และชุดตัวเลขหลักสิบ จำนวน 2 ชุดตัวเลข (4 ตัวเลข)

โดยมีความหมาย ดังนี้

ตัวอักษรตัวที่ 1: หมายถึง กลุ่มตัวชี้วัด

D - ย่อมาจาก Disease

กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค

C - ย่อมาจาก Care process

กลุ่มตัวชี้วัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ

S - ย่อมาจาก System

กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ

H - ย่อมาจาก Health promotion

กลุ่มตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ

A - ย่อมาจาก Ambulatory care

กลุ่มตัวชี้วัดกลุ่มโรคที่ควรรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ตัวอักษรตัวที่ 2: หมายถึง หมวดตัวชี้วัด

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

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

ตัวอย่างการใช้รหัสตัวชี้วัด

DN0101 หมายถึง ตัวชี้วัดกลุ่มโรค (Disease: D) ในหมวดระบบประสาทและหลอดเลือดสมอง (Neurovascular System: N) ประเภทตัวชี้วัดที่ 01 คือ Stroke ลำดับตัวชี้วัดที่ 01 คือ รายการตัวชี้วัด DN0101 ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke: Percent of mortality

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

ระบบการตั้งชื่อตัวชี้วัด

ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ

ที่มีความเป็นสากล

1.2 หมวด DN: Neurovascular Disease (N)

1.2.1 DN01 Stroke

DN0101	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Stroke Stroke: Percent of mortality	68
--------	---	----

หัวข้อ 1.6 การใช้บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

DH0101



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

หมวด DH: Cardiovascular disease (Heart disease:H)

ประเภท DH01 Acute coronary syndrome (ACS)

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular disease (Heart disease)
ประเภทตัวชี้วัด	Acute coronary syndrome (ACS)
รหัสตัวชี้วัด	DH0101
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	Acute coronary syndrome; Percent of mortality
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย Acute coronary syndrome (ACS) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในอนกักรักษาในโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี Principal diagnosis (Pdx) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ 1.1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) 1.2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย Acute coronary syndrome (ACS) หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย ACS ที่มี Pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็น ACS และ มีสาเหตุการตายจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิผลการดูแลรักษาจากกลุ่มผู้ป่วย ACS
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง ตัวหาร
ตัวตั้ง	a - จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย ACS จากทุกหอผู้ป่วยในเดิมนั้น
ตัวหาร	b - จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย ACS จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเดือนเดียวกันนั้น
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง ตัวหาร
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	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี)*	
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ทีม/ Reference	NQF, THPI, แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด	1 ตุลาคม 2564
เหตุผลของการปรับปรุง	ปรับปรุงครั้งที่ 1 (ตุลาคม 2564): ปรับนิยามสอดคล้องตามแนวเวชปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563
หมายเหตุ	

รหัส/หมวด/ประเภท/ชื่อตัวชี้วัด

คำนิยาม

สูตรการคำนวณ

ICD-10-TM 2016

หลักสูตรอบรมเทคนิคการใช้งานโปรแกรมขั้นพื้นฐาน ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (พฤศจิกายน 2564)

หัวข้อ 1.6 การใช้บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

CE0101



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

หมวดตัวชี้วัด	Emergency Care Process	
ประเภทตัวชี้วัด	ER Care Process	
รหัสตัวชี้วัด	CE0101	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน 3 ชั่วโมง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ER: Broad-spectrum Antibiotic Received in Sepsis (in 3 hrs.)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หมายถึง ภาวะ Sepsis <u>หรือ</u> การที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงของการอักเสบทั่วตัว (systemic inflammation) ร่วมกับพบเชื้อจากการตรวจเพาะเชื้อจากเลือด <u>หรือ</u> พบว่ามีกรดแลคติกในเลือดที่หนึ่งในร่างกาย (reference: surviving sepsis campaign 2012) ซึ่งมี Pdx หรือมีอาการแสดงตามรหัสโรค ICD-10 TM ที่กำหนด (ในที่นี้หมายถึงเฉพาะผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) เท่านั้น) 2. การได้รับยาปฏิชีวนะ หมายถึง การที่ผู้ป่วย Sepsis, Severe Sepsis, Septic Shock ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึง ER จนถึงเวลาที่ <u>ได้รับยา</u>	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	
สูตรในการคำนวณ	(a/b) x100	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับการตรวจรักษาที่ ER <u>และ</u> ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนถึงเวลาได้รับยา ในช่วงเวลานับหนึ่งเดือน
	ตัวหาร	b = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับการตรวจรักษาที่ ER ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A40.0-A41.9, <u>or</u> Sdx= R57.2, R65.1
	ตัวหาร	Pdx = A40.0-A41.9, <u>or</u> Sdx= R57.2, R65.1
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *	U.S.A. 2005(74.5%)	

ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับการตรวจรักษาที่ ER <u>และ</u> ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนถึงเวลาได้รับยา ในช่วงเวลานับหนึ่งเดือน
	ตัวหาร	b = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับการตรวจรักษาที่ ER ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ หัตถการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A40.0-A41.9, <u>or</u> Sdx= R57.2, R65.1
	ตัวหาร	Pdx = A40.0-A41.9, <u>or</u> Sdx= R57.2, R65.1

2. การได้รับยาปฏิชีวนะ หมายถึง การที่ผู้ป่วย Sepsis, Severe Sepsis, Septic Shock ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 3 ชั่วโมง นับตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึง ER จนถึงเวลาที่ ได้รับยา

หัวข้อ 1.6 การใช้บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

CE0104



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

หมวดตัวชี้วัด	Emergency Care Process	
ประเภทตัวชี้วัด	ER Care Process	
รหัสตัวชี้วัด	CE0104	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยต้องถูกเดิน ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	ER: Broad-spectrum Antibiotic Received in Sepsis (in 1 hr.)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วยต้องถูกเดิน ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีการวินิจฉัยภาวะ Severe Sepsis /Septic Shock เมื่อมารับบริการต้องถูกเดินของโรงพยาบาล โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Sepsis/Septic Shock (Reference Crit Care Med 2007; 35 (4): 1105 – 12) The Criteria for Severe Sepsis/Septic Shock - Two or More of the following four items - Temperature $>38.3^{\circ}\text{C}$ or $<36.0^{\circ}\text{C}$ - Heart Rate > 90 beats/min - Respiration > 20 b/min - Wbc $> 12,000$ or $< 4,000/\text{mm}^3$, or $>10\%$ bandemia - A suspected infection - SBP <90 mmHg. after 20 mL/kg Fluid bolus or lactate >4 mmol/L 2. การได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง หมายถึง การที่ผู้ป่วย Severe Sepsis/ Septic Shock ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย จนถึงเวลาที่ได้รับยา)	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับการตรวจรักษาที่ ER และ ได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง นับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนถึงเวลาได้รับยา ในช่วงเวลาหนึ่งเดือน
	ตัวหาร	b = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับการตรวจรักษาที่ ER ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ รหัสการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A40.0–A41.9, and Sdx = R57.2, R65.1
	ตัวหาร	Pdx = A40.0–A41.9, and Sdx = R57.2, R65.1
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	

ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับการตรวจรักษาที่ ER และ ได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง นับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนถึงเวลาได้รับยา ในช่วงเวลาหนึ่งเดือน
	ตัวหาร	b = ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้รับการตรวจรักษาที่ ER ทั้งหมด ในเดือนเดียวกัน
รหัสโรค/ รหัสการที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	Pdx = A40.0–A41.9, and Sdx = R57.2, R65.1
	ตัวหาร	Pdx = A40.0–A41.9, and Sdx = R57.2, R65.1

2. การได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง หมายถึง การที่ผู้ป่วย Severe Sepsis/ Septic Shock ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย จนถึงเวลาที่ได้รับยา)

หัวข้อ 1.6 การใช้บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

SH0202



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

หมวดตัวชี้วัด	Human Resource System	
ประเภทตัวชี้วัด	Human Resource Development (HRD)	
รหัสตัวชี้วัด	SH0202	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กรในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ (ระดับ 4-5)	
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	HRD: Percentage of Nurse Satisfaction (level 4-5)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. โดยใช้แบบสอบถามตามบริบทของแต่ละองค์กร แต่กำหนดให้ใช้เฉพาะข้อความ “ท่านมีความพึงพอใจต่อองค์กร โดยรวม ในระดับใด” 2. ระดับความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อองค์กรที่ระบุไว้ในแต่ละข้อ คำถามของแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับจากน้อยที่สุดไปถึงมากที่สุด	
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรในองค์กร	
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$	
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง	a = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามมีระดับความพึงพอใจในระดับ 4-5
	ตัวหาร	b = จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง	-
	ตัวหาร	-
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกปี หรือ ปีละครั้ง (ตัวชี้วัดรายปี)	
หน่วยวัด	ร้อยละ	
Benchmark (แหล่งอ้างอิง/ ปี) *		
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งมาก - มีคุณภาพดี 	
ที่มา/ Reference	THIP I	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557	
วัน เดือน ปี ที่ปรับปรุงครั้งล่าสุด		
เหตุผลของการปรับปรุง		
หมายเหตุ	ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละสถาบัน	

ตอนที่ 1 ความรู้พื้นฐานสำหรับผู้ใช้งานโปรแกรม THIP

หัวข้อ 1.1 แนวคิดการวัดเพื่อการพัฒนา, Quality Measurement และ Benchmarking

หัวข้อ 1.2 THIP คืออะไร และวัตถุประสงค์ของระบบ THIP

หัวข้อ 1.3 หลักเกณฑ์การเป็นสมาชิกระบบ THIP และการเลือกกลุ่มเปรียบเทียบ

หัวข้อ 1.4 แนวทางปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลสมาชิก

หัวข้อ 1.5 การกำหนดเป้าหมายและเลือกตัวชี้วัดเปรียบเทียบ

หัวข้อ 1.6 การใช้บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ (THIP KPI Dictionary)

แนวคิดการวัดเพื่อพัฒนา

เป้าหมาย: เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบงาน/การดูแลผู้ป่วย
วิธีการ

- **การสุ่มตัวอย่าง:** ขนาดเล็ก, ต่อเนื่อง, just enough data
- **อคติ:** ยอมรับอคติที่เกิดขึ้นอย่างคงเส้นคงวา
- **สมมติฐาน:** ยืดหยุ่น เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเกิดการเรียนรู้ขึ้น
- **การทดสอบ:** สังเกตการทดสอบได้ ปรับการทดสอบไปเป็นลำดับ
- **การวิเคราะห์:** statistical process control chart
- **การรักษาความลับ:** ใช้ข้อมูลเฉพาะผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนา



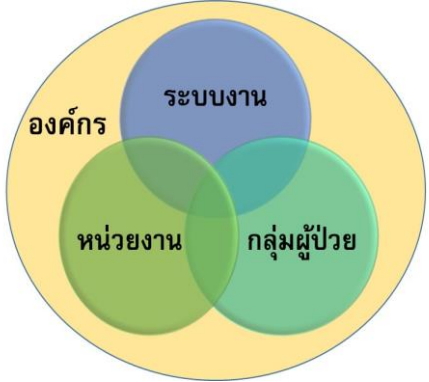
WHY : เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านต่างๆ กับโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะเดียวกัน **ทราบว่าตนเองอยู่ตรงไหนเมื่อเทียบกับกลุ่ม** เป็นการกระตุ้นการพัฒนาที่มีพลัง และ สามารถค้นหาองค์กรที่มี **Good Practice** นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

WHAT :THIP เป็นระบบการเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลที่ผู้รายงานจะได้ทราบค่าของตนเปรียบเทียบกับค่า Percentile ของกลุ่ม

- โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ**สามารถเลือกตัวชี้วัด**ที่จะรายงานเข้าสู่ระบบเพื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น โดยสมัครใจ
- การรายงานตัวชี้วัดจะ**รายงานเป็นช่วงเวลาที่กำหนด** โดยใช้คำจำกัดความมาตรฐาน
- การรายงานจะ**ทำผ่าน internet** โดยมีระบบ **รักษาความลับที่รัดกุม**
- การเปรียบเทียบตัวชี้วัดจะ**เลือกลักษณะของกลุ่มโรงพยาบาลที่** ต้องการเปรียบเทียบได้ และโรงพยาบาลจะเห็นข้อมูลตัวชี้วัดของกลุ่มเฉพาะตัวชี้วัดที่ตน รายงานเท่านั้น



THIP as Quality Measurement Journey



เป้าหมายองค์กร

3C-DALI

ปรับเปลี่ยนเพื่อผลลัพธ์ที่ดีกว่า

Action for Change



1 กำหนดเป้าหมายของการวัด
(Decide Aim)

2 เลือกตัวชี้วัด(เปรียบเทียบ)
/เลือกกลุ่มเปรียบเทียบ
(Choose Measures)

3 กำหนดรูปแบบ/ระบบการวัด
(Define Measures)

นิยาม/รูปแบบการวัดที่เป็น
มาตรฐานเดียวกัน

6 ทบทวนผลการวัด
(Review Measure)

4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
(Data Collection)

5 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล
(Data Analysis)

TURN AROUND TIME 2.5 MONTH



การเลือกกลุ่มเปรียบเทียบโรงพยาบาล THIP ปีงบประมาณ 2564

กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลภาครัฐ-มีการให้บริการของห้องฉุกเฉิน (Public Hospital- Academic or Tertiary care Hospital) 1.1 รพ.รามาธิบดี มีการบริการของห้องฉุกเฉิน 1.2 รพ.รามาธิบดี มีการบริการของห้องฉุกเฉิน 1.3 รพ.รามาธิบดี มีการบริการของห้องฉุกเฉิน 1.4 รพ.รามาธิบดี มีการบริการของห้องฉุกเฉิน 1.5 รพ.รามาธิบดี มีการบริการของห้องฉุกเฉิน 1.6 รพ.รามาธิบดี มีการบริการของห้องฉุกเฉิน 1.7 รพ.รามาธิบดี มีการบริการของห้องฉุกเฉิน 1.8 รพ.รามาธิบดี มีการบริการของห้องฉุกเฉิน 1.9 รพ.รามาธิบดี มีการบริการของห้องฉุกเฉิน	กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลภาครัฐทั่วไป (Public Hospital-General Hospital) กลุ่มที่ 3 โรงพยาบาลรัฐชุมชน (Public Hospital-Community Hospital) กลุ่มที่ 4 โรงพยาบาลเอกชน (Private Hospital) กลุ่มเปรียบเทียบเฉพาะ ไม่ใส่ ตัวชี้วัดใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการของห้องฉุกเฉิน
--	--



<https://THIP.ha.or.th>

หลักสูตรอบรมเทคนิคการใช้งานโปรแกรมขั้นพื้นฐาน ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (พฤศจิกายน 2564)

หัวข้อ 1.6 การใช้บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ



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



แผนผังภาพรวม กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค (Disease: D)		
หมวด	ประเภท	
DH	โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease)	01 Acute coronary syndrome
		02 Coronary artery disease
		03 Heart failure
		04 Atrial fibrillation
DN	โรคหลอดเลือดสมอง (Neurovascular disease)	01 Stroke
		02 Epilepsy
		03 Head injury
DR	โรคระบบทางเดินหายใจ (Respiratory disease)	01 Pneumonia
		02 Tuberculosis
		03 Asthma
		04 COPD
DC	โรคเรื้อรัง (Chronic disease)	01 Diabetes mellitus
		02 Hypertension
		03 HIV
		04 Cancer
		05 Chronic kidney disease
DO	โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal disease)	01 Femur
		02 Hip arthroplasty
		03 Knee arthroplasty
DG	โรคระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal disease)	01 Upper gastrointestinal hemorrhage
		02 Appendicitis
DP	โรคเกี่ยวกับเด็ก (Pediatric disease)	01 Diabetes in children and adolescents
DS	โรคเกี่ยวกับผู้ติดยาและสารเสพติด (Substance use disorder)	01 Metamphetamine group
		02 Alcohol group
		03 Tobacco group
		04 Opioid group

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

หมายเหตุ : ตัวอักษร สีฟ้า คือ รายละเอียดข้อความที่มีการปรับปรุงใหม่ในบัญชีตัวชี้วัดปีที่ใช้งานอยู่ในปัจจุบัน

หลักสูตรอบรมเทคนิคการใช้งานโปรแกรมขั้นพื้นฐาน ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (พฤศจิกายน 2564)