



คู่มือประเมินมาตรฐาน
โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค ปี 2560

www.tbthailand.org/QTB

ที่ปรึกษา

พญ.ศรีประพา	เนตรนิยม	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
ดร.พญ.เพชรวรรณ	พึงรัศมี	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
พญ.ผลิน	กมลวรัตน์	ผู้อำนวยการสำนักงั้วโรค

เนื้อหา

สำนักงั้วโรค

ดร.ศิริณา จิตติเมธี ♦ ไพฑูรย์ สุขเกษม ♦ สุขสันต์ จิตติเมธี ♦ จิรวัดน์ วรสิงห์ ♦ ขนัญตรี บุญอินทร์ ♦ ภญ.พิริยา เจริญไตรรัตน์ ♦ วัลยา สิทธิ ♦ ภญ.อุษณีย์ อึ้งเจริญ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

ศคร. 1 รัชนิกร คำหล้า เจริญศรี แซ่ตั้ง วรศักดิ์ สุทาชัย ศคร. 2 ดร.นิรมล พิมพ์น้ำเย็น สุรีพร วรศรีศิริรัฐ ศคร.3 กาวสิทธิ์ ฉัตรจันทวงศ์ นิภา แซ่มชัย ศคร.4 สภาภรณ์ วัฒนธาร ศิริวรรณ ฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช แยมน์นิมมล ศคร.5 กัญญา เอกอัคร ศคร.6 พญ.ลานทิพย์ เทราбаты ภญ.ปิ่นกมล สมพีรวงศ์ ตะวัน ทองเพียร ศคร.7 วิวรรธน์ มุ่งเขตกลาง ศคร.9 ปิยะพร มนต์ชาตรี ศคร.10 เสถียร เชื้อลี อมรรัตน์ จงตระกูลสมปิติ ภญ.พนันท์ นาคนิกร ศคร.11 ผกาวัลย์ แดหวา ศคร.12 อวยพร เพชรบริสุทธิ์

รพ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี รัตติมา อินทร์เนตร สสจ.สมุทรปราการ ต่อศักดิ์ เกษนาค รพ.สมุทรปราการ พิมพ์นัธ์ คุปต์นริตติศัลกุล รพ.แกลง จ.ระยอง วรรณวิมล ใจบุญ รพ.ระยอง ภก.นิรุฒม์ เมืองศิริ

ขอขอบคุณ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

นพ.วิทยา หลิวเสรี ผู้อำนวยการ ♦ อนุชพร ประพันธ์วงศ์ ♦ วันเพ็ญ ลิ้มวิทยากร ♦ รัชนิยา เนติรัตน์ ♦ อัญวราดา หนองเอื้อง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก

ดร.นพ.ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์ ผู้อำนวยการ ♦ กัญญภัทร เกตุจันทร์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์

พญ.รพีพรรณ เดชพิชัย ผู้อำนวยการ ♦ อัญญารัตน์ วงศ์ชนะ ♦ ณัฐกานต์ ประกอบเที่ยง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี

พญ.นันทพร เมฆสวัสดิ์ชัย ผู้อำนวยการ ♦ ธาณิญา แสนศรี ♦ จารวี สุขประเสริฐ ♦ ภาวิณี มนตรี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี

นพ.อรุณพล ชีพสัตยากร ผู้อำนวยการ ♦ ราตรี ดอกกะเบา ♦ ณัฐกัญญาณี ทิพย์เครือ ♦ กนกลักษณ์ บุญอยู่

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี

พญ.ทรรษา รักษาคม ผู้อำนวยการ ♦ นุชนาฏ รอดศรีแย้ม ♦ รุพัชร์ คັນศรี ♦ นงเยาว์ มีสิทธิ์ ♦ รัชณี ผสมทรัพย์ ♦ จันทร์เกษร นนกันทา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

พญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการ ♦ สุพัตรา สิมมาทัน ♦ ปวีณา ังกุลเขียว ♦ เสรี สิงห์ทอง ♦ กนกพร พิณจิลิก ♦ กังสดาล สุวรรณรงค์ ♦ จาตุภรณ์ ชุมพล

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุตรดิตถ์

ดร.พญ.ฉันทนา ผดุงทศ และนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

นพ.ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร ผู้อำนวยการ ♦ กัลยาณี จันธิมา ♦ ปริยานุช กลิ่นศรีสุข ♦ ราตรี ตั้งรัตนกมลกุล

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

นพ.ศรายุทธ อุตตมาคงพงศ์ ผู้อำนวยการ ♦ ศุภศรัย สง่างศ์ ♦ จิระพันธ์ อธิยาพงษ์ ♦ อาไฟพรรณ ครองใจ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช

พญ.ศิริลักษณ์ ไทยเจริญ ผู้อำนวยการ ♦ กมลวรรณ อิมดวง ♦ ภญ.ปฐมา วรดี ♦ สุพัตรา เส็งส่ง ♦ ชลดา ยวนแหล

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

ดร.นพ.สุวิษ ธรรมปาโล ผู้อำนวยการ ♦ โกลศ เหล็กประเสริฐ ♦ ทวีพร บุญกิจเจริญ ♦ ตรีชฎา วัฒนนะบุญกุล ♦ ฮาลิเมาะห์ เลาะลง ♦ พิศุทธิดา แก้วเหลี่ยม ♦ ผนทิพย์ พริกชู

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

นพ.เดวตธรรม นามวาท ผู้อำนวยการ และนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานอื่นๆ ดังนี้

ม.ลยลักษณ์ นพ.พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ ♦ สสจ.สกลนคร มาลี อนุวงษา ♦ สสจ.อุบลราชธานี เจียรโน กิตติพิศคุณากร ♦ สสจ.กำแพงเพชร วิรัช เกษอุกรมทรัพย์ ♦ สสจ.กระบี่ กรุณา คงเรือง ♦ รพ.สมุทรปราการ รมิดา สารวรางค์กูร ♦ รพ.นครปฐม ระพีพรรณ ศิริธรรมขันดี ♦ รพ.พะเยา เพ็ญพยอม จะเมณี

สำนักงั้วโรค

บุญเชิด กลัดพวง ♦ ประกิจ ปัญญาตั้งสกุล ♦ ดร.จันทิมา จารณศรี ♦ ทศนีย์ มบุญพานิช ♦ สนจิตร์ พงษ์พานิช ♦ วิลาวัลย์ แดงสะอาด ♦ วรรณเพ็ญ จิตต์วิวัฒน์ ♦ สัตตา รัตนวิจิตร ♦ ณรงค์ศักดิ์ โพธิ์ทอง ♦ ว่าที่รต. สมพร สมทอง ♦ จุฬารัตน์ นามเพ็ง ♦ ธนกร กระต่ายทอง ♦ อัจฉรา คงศิลา ♦ กนกพรรณ บัวแย้ม ♦ อมรรัตน์ รั้งสิยานนท์ ♦ กิตติยา คงกุล

คำนำ

การดำเนินงานวัณโรค มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ มุ่งหวังให้ผู้ป่วยทุกคนได้เข้าถึงการบริการที่มีมาตรฐานอย่างเท่าเทียม ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ส่งเสริมให้หน่วยงานทุกระดับบรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน คือ ผู้ป่วยวัณโรคหายจากอาการป่วย และส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษาจนสามารถลดอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค

การประเมินมาตรฐาน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค” จึงเป็นเครื่องมือที่เป็นรูปธรรมที่ใช้ในการรับรองให้กับผู้ป่วยได้มั่นใจว่าสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา นั้นได้ให้บริการที่เป็นมาตรฐานเพียงใด ผู้จัดการกลุ่มแผนงานโรค (SALT Cluster) ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายทุกระดับ จึงมีหน้าที่ในการร่วมกันระดมทรัพยากรเพื่อพัฒนาให้การดูแลรักษาวัณโรคในโรงพยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็น “การบริการที่มีมาตรฐาน” ให้ได้

แนวทางและวิธีการประเมิน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2549 โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์ของทีมสาขาชีพที่ดำเนินงานวัณโรค ได้ร่วมกันกำหนดตัวชี้วัด วิธีการประเมิน เพื่อให้สะท้อนมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในขั้นตอนต่างๆ เริ่มตั้งแต่ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค การวินิจฉัย การดูแลรักษา และสิ้นสุดที่การประเมินผล ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการประเมินดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนางานวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปีงบประมาณ 2560 กรมควบคุมโรคเปลี่ยนแปลงลำดับของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคให้มีความสอดคล้องกับลำดับของเขตบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การติดตามและประเมินผลไปในทิศทางเดียวกันแต่อย่างไรก็ตาม “แผนงานวัณโรค” ยังคงมีความต่อเนื่องจากปี 2558 คือ เป็น 1 ใน แผนงานหลักสำคัญของกรมควบคุมโรคตามแผนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดย “การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษา” เป็นมาตรการที่มีความสำคัญที่จะพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งเป็นส่วนสำคัญให้บรรลุวัตถุประสงค์การควบคุมวัณโรคต่อไป

กรมควบคุมโรค
ตุลาคม 2559

สารบัญ

บทที่ 1	บทนำ	1
บทที่ 2	แนวทางการประเมินมาตรฐาน	3
บทที่ 3	รายละเอียดมาตรฐานและตัวชี้วัด	7
มาตรฐานที่ 1	การตอบสนองเชิงนโยบาย (Political commitment)	7
มาตรฐานที่ 2	การค้นหผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรก (Early TB case detection)	10
มาตรฐานที่ 3	การวินิจฉัยวัณโรค (TB diagnosis)	14
มาตรฐานที่ 4	การรักษาวัณโรค (TB treatment)	19
มาตรฐานที่ 5	การบริหารจัดการยาวัณโรค (Anti TB drugs management)	24
มาตรฐานที่ 6	ทะเบียนและรายงานวัณโรค (TB records and reports)	28
มาตรฐานที่ 7	การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล (TB infection control)	32
มาตรฐานที่ 8	การดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์ (TB/HIV)	36
มาตรฐานที่ 9	การบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา (PMDT)	38
มาตรฐานที่ 10	การประเมินผลการรักษาวัณโรค (Treatment outcome)	42
	เอกสารอ้างอิง	44
	ภาคผนวก	45
ภาคผนวกที่ 1	แบบฟอร์มการให้คะแนนผลการประเมินมาตรฐาน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค” ปี 2560 (QTB3)	
ภาคผนวกที่ 2	ผลการประเมินมาตรฐาน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค QTB” ปี 2559	

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญ

ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่องค์การอนามัยโลกจัดเป็นกลุ่มประเทศที่มีภาระโรคสูง (High Burden Country Lists) ได้แก่ มีภาระโรควัณโรค (TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) สูง โดยในปี 2558 องค์การอนามัยโลกคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในประเทศไทยไว้ประมาณ 120,000 ราย หรือคิดเป็น 171 ต่อประชากรแสน แต่พบว่า มีอัตราการตรวจพบ (Detection rate) เพียงร้อยละ 55.3 เท่านั้น ซึ่งสาเหตุของอัตราการตรวจพบที่ต่ำนี้มีหลายประการ เช่น ผู้ป่วยวัณโรคไม่เข้าสู่ระบบบริการ มีการไปรับบริการที่คลินิก/โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลเอกชน หรือมารับบริการแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ตลอดจนได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ถูกรายงานเข้าสู่ระบบรายงานผลการดำเนินงานวัณโรค นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้น โดยในปี 2557 มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคในแรงงานข้ามชาติสูงถึง 3,091 ราย ซึ่งมีการเคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อยครั้ง เป็นปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมวัณโรค

สำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือผู้ป่วยที่มีเชื้อวัณโรคดื้อต่อยาหลักอย่างน้อย 2 ชนิด คือไอโซนาซิดและไรแฟมพิซิน (Multi-Drug Resistant-TB : MDR-TB) จำนวนคาดประมาณ 2,200 ราย (มาจากผู้ป่วยใหม่ 1,100 ราย และมาจากผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน 1,100 ราย) ซึ่งคาดประมาณจากข้อมูลการเฝ้าระวังการดื้อยาครั้งที่ 4 ของประเทศไทยในปี 2555 (วัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยใหม่พบร้อยละ 2.03 และผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาพบร้อยละ 18.88) แต่จากรายงานพบว่า ได้รับการวินิจฉัยและรักษาเพียง 200 ราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการรายงานผู้ป่วยที่ต่ำกว่าความเป็นจริง รวมทั้งผู้ป่วยที่สงสัยไม่ได้รับการส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาทางห้องปฏิบัติการขั้นสูง

โรงพยาบาลเป็นหน่วยบริการที่สำคัญในการตรวจวินิจฉัยและเป็นจุดศูนย์กลางของการรักษา และดูแลผู้ป่วยวัณโรค “การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาล” เป็นกลไกสำคัญในการสร้างความมั่นใจในคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการดูแลรักษาวัณโรค อีกทั้งเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อดีข้อจำกัด ของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และสามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของตนเองอย่างต่อเนื่อง

ผลการประเมินมาตรฐาน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค” ที่ผ่านมา มีผลการดำเนินงานดีขึ้นตามลำดับ โดยในปี 2559 มีโรงพยาบาลที่ประเมินทั้งสิ้น 291 แห่ง แยกเป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูง 3 อันดับแรกของจังหวัด จำนวน 228 แห่ง และอำเภอปกติสูง ร้อยละ 10 ของจังหวัดที่มีอำเภอมากกว่า 5 อำเภอ จำนวน 63 แห่ง ซึ่งผลการประเมินมาตรฐานฯ มีโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐานฯ (ตั้งแต่ 90 คะแนน) จำนวน 221 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75.9 และโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านมาตรฐานฯ จำนวน 70 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 24.1 ตามลำดับ

การปรับปรุงวิธีการประเมินมาตรฐานฯ ยังมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้สอดคล้องกับองค์ความรู้และระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ตลอดจนข้อเสนอแนะจากผู้ประเมินและผู้เชี่ยวชาญและมาตรฐานสากล เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดจากการจัดบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ อันจะส่งผลต่อการลดอัตราการป่วย อัตราตาย และการแพร่กระจายเชื้อของวัณโรค จนกระทั่งประเทศไทยสามารถลดปัญหาวัณโรคข้างต้นได้

วัตถุประสงค์ของการประเมินมาตรฐาน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค”

1. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านการดูแลและรักษาผู้ป่วยวัณโรค ตลอดจนเป็นแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการควบคุมวัณโรคระดับประเทศ และระดับสากล
2. เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดจากการจัดบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ซึ่งสามารถส่งผลให้ลดอัตราการป่วย อัตราตาย และการแพร่เชื้อวัณโรค จนกระทั่งไม่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศ

บทที่ 2

แนวทางการประเมินมาตรฐาน

การประเมินมาตรฐาน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค” (QTB) มีเครื่องมือ ขั้นตอน การดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อสนับสนุนให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือ และสะท้อน คุณภาพบริการได้อย่างแท้จริง

1. คำจำกัดความ

โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค หมายถึง โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐาน โดย มีคะแนนรวมตั้งแต่ 90 คะแนนขึ้นไป

ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคทั้งคนไทยและไม่ใช้คนไทย

2. ตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินมาตรฐาน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค”

ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ประเมิน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค” ในปี 2560 ปรับปรุงโดย อาศัยแนวทางเดิมในปี 2558 และ หลักการของมาตรฐานสากลการดูแลรักษาวัณโรค (International Standards for Tuberculosis Care: ISTC) การประเมินประกอบด้วย 10 มาตรฐานรวม 20 ตัวชี้วัด ซึ่งแต่ละตัวชี้วัดมี 5 คะแนน โดยมีรายละเอียดดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การตอบสนองเชิงนโยบาย

- 1.1 มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค
- 1.2 มีกิจกรรมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคในภาพรวมของโรงพยาบาล

มาตรฐานที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรก

- 2.1 การจัดทำทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรคอย่างครบถ้วน
- 2.2 การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ทุกราย ตรวจเสมหะ 3 ตัวอย่างโดย 1 ตัวอย่าง เก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพ (EQA) ให้ตรวจ เสมหะ 2 ตัวอย่าง

มาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวัณโรค

- 3.1 การตรวจชั้นสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพตามวิธีการและเกณฑ์ ของกรมควบคุมโรค(EQA/LQAS)
- 3.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อครั้งใหม่ (Incident TB cases) ที่เป็นผู้ใหญ่ต่อ ผู้ป่วยวัณโรคปอดครั้งใหม่ (Incident TB cases) ทั้งหมด

มาตรฐานที่ 4 การรักษาวัณโรค

- 4.1 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อทุกรายได้รับการรักษาด้วยสูตรยา 2HRZE/4HR
- 4.2 ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายได้รับการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centred approach)

มาตรฐานที่ 5 บริหารจัดการยาวัณโรค

- 5.1 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง First line Drugs มีเพียงพอและมีการบริหารทางเภสัชกรรม
- 5.2 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง First line Drugs มีคุณภาพและมีการจัดเก็บตามมาตรฐาน

มาตรฐานที่ 6 ทะเบียนและรายงานวัณโรค

- 6.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ทุกราย และกรอกข้อมูลอย่าง ครบถ้วน
- 6.2 โรงพยาบาลจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนอย่างครบถ้วน และส่งรายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน 14 วันหลังสิ้นไตรมาส

มาตรฐานที่ 7 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล

- 7.1 บริการช่องทางด่วน/พิเศษ สำหรับการตรวจผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคเมื่อมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเอกซเรย์ แผนกชันสูตรและแผนกเภสัชกรรม)
- 7.2 การจัดสถานที่ของคลินิกวัณโรคแยกห่างจากคลินิกผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค

มาตรฐานที่ 8 การดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์

- 8.1 ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจ HIV
- 8.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างรักษาวัณโรค

มาตรฐานที่ 9 การบริหารจัดการวัณโรคตัวยา

- 9.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (History of previous treatment) มีผลการตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรคอย่างน้อย Isoniazid และ Rifampicin
- 9.2 ผู้ป่วยวัณโรคตัวยา (Confirmed RR-TB/MDR-TB) ได้รับการขึ้นทะเบียนทุกรายและรักษาถูกต้องทุกราย

มาตรฐานที่ 10 การประเมินผลการรักษาวัณโรค

- 10.1 อัตราความสำเร็จการรักษาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
- 10.2 อัตราการขาดการรักษาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

3. เป้าหมาย:

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เป้าหมาย (ปีงบประมาณ)		
		2558	2559	2560
มาตรฐานการดำเนินงาน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษา วัณโรค” (≥ 90 คะแนน)	ร้อยละ	70	75	80

สูตรการคำนวณ

การหาร้อยละของโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ร้อยละของโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค} = \frac{\text{จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน } (\geq 90 \text{ คะแนน}) \times 100}{\text{จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมิน}}$$

4. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ	น้ำหนัก	ระดับการให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
มาตรฐานการดำเนินงาน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแล รักษาวัณโรค”	ร้อยละ	78	79	80	81	82

5. ข้อมูลพื้นฐานการประเมินมาตรฐาน :

ข้อมูลพื้นฐาน	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในอดีต (ปีงบประมาณ)		
		2557	2558	2559
มาตรฐานการดำเนินงาน “โรงพยาบาลคุณภาพ การดูแลรักษาวัณโรค”	ร้อยละ	56% (164/291)	79% (231/291)	76% (221/291)

6. พื้นที่เป้าหมาย

อำเภอที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง หมายถึง อำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูง 3 อันดับแรก ทั้งนี้โดยการพิจารณาจากข้อมูลวัณโรคของจังหวัดในแต่ละ สคร.

7. ระยะเวลาที่ประเมิน

7.1 ไตรมาสที่ 3-4

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ประเมินโรงพยาบาลทุกแห่งในอำเภอที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง และสุ่มร้อยละ 10 ในอำเภอที่เป็นพื้นที่ปกติโดยดำเนินการระหว่างเดือน เมษายน-กรกฎาคม 2560 และส่งผลการประเมินให้สำนักวัณโรค ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2560

8. การรายงานผลการประเมิน

ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับเขต (สคร. 12 เขต) รายงานผลการประเมินปีละ 1 ครั้ง ให้กรมควบคุมโรคทราบ โดยผ่าน www.tbthailand/QTB ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2560

บทที่ 3

รายละเอียดมาตรฐานและตัวชี้วัด

มาตรฐานที่ 1 การตอบสนองเชิงนโยบาย (Political commitment)

ตัวชี้วัด	1.1 มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค
คำอธิบาย	<p>ผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคต้องผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานคลินิกวัณโรคตามแผนงานวัณโรคแห่งชาติ 2 วัน (หากใช้เวลาเพียง 1 วันไม่สามารถนับได้) “หลักสูตรมาตรฐาน” หมายถึง การอบรมที่ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1. ความรู้ทั่วไป (สาเหตุ การแพร่กระจายเชื้อ เป้าหมายการควบคุมวัณโรค ยุทธศาสตร์ในการควบคุมวัณโรค)2. ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรค3. การจำแนกประเภทและการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย4. การเลือกสูตรยา5. การตรวจเสมหะเพื่อติดตามการรักษา6. การรักษาต่อ สำหรับผู้ที่รักษาไม่ต่อเนื่อง7. การส่งต่อผู้ป่วย8. แบบบันทึก ทะเบียนและรายงาน9. การประเมินผล10. วัณโรคในเด็ก11. วัณโรคและโรคเอดส์12. การบริหารจัดการยา การสนับสนุนผู้ป่วยแบบ DOT (Directly Observed Treatment)13. การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค14. การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ15. การบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา (Programmatic Management of Drug-resistant TB: PMDT)16. การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล

	<p>17. การดูแลรักษาวัณโรคตามมาตรฐานสากล ทั้งนี้หน่วยงานที่จัดอบรมเป็น สำนักวัณโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรค หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้มีบุคลากรที่รับผิดชอบแน่นอน และมีศักยภาพ มั่นใจว่าสามารถปฏิบัติงาน ได้และมีผู้ทำงานทดแทนกันได้</p>
วิธีคิดคะแนน	<p>“5 คะแนน” คือ มีผู้รับผิดชอบ อย่างน้อย 2 คน และผ่านการอบรม 1 คน “4 คะแนน” คือ มีผู้รับผิดชอบ 1 คน และผ่านการอบรม 1 คน “3 คะแนน” คือ มีผู้รับผิดชอบอย่างน้อย 2 คน ไม่ผ่านการอบรมทั้งสองคน “2 คะแนน” คือ มีผู้รับผิดชอบอย่างน้อย 1 คน ไม่ผ่านการอบรม “1 คะแนน” คือ มีพยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้ หมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่คลินิกวัณโรค ซึ่งไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบที่แน่นอน แต่มี การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการจัดทำรายงานวัณโรค “0 คะแนน” คือ มีพยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้ หมุนเวียน มาปฏิบัติงานที่คลินิกวัณโรค ซึ่งไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบที่แน่นอน โดย ไม่มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลและไม่มีการจัดทำรายงานวัณโรค</p>
แนวทางการ ประเมิน	<p>ตรวจสอบเอกสารอย่างใดอย่างหนึ่งของการเข้าอบรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หนังสืออนุมัติของหน่วยงานต้นสังกัดให้เข้าอบรม 2. ใบลงทะเบียน (ใบเซ็นต์ชื่อ) เข้าอบรมที่หน่วยงานจัดอบรม <p>หมายเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> ก. หากผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคเป็นคนเดิม ปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป ให้อนุโลมนับว่า “ผ่านการอบรม” ได้ ข. หากเคยรับผิดชอบวัณโรคในหลายโรงพยาบาล โดยเวลาปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งรวมกันตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ให้อนุโลมนับว่า “ผ่านการอบรม” ได้ (เช่น ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาล ก. นาน 8 เดือน และย้ายไปปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาล ข. นาน 18 เดือน อนุโลมให้รวมเวลา ปฏิบัติงาน 2 ปี และ 4 เดือน ได้)

ตัวชี้วัด	1.2 มีกิจกรรมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคในภาพรวมของโรงพยาบาล
คำอธิบาย	การดำเนินงานวัณโรคต้องอาศัยการสนับสนุนจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การนำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคของโรงพยาบาลในการประชุมต่างๆ ที่มีผู้บริหารเข้าร่วมประชุมด้วย จะเป็นกลไกสำคัญเพื่อให้ระดมข้อคิดเห็น กำกับความก้าวหน้า วิเคราะห์ปัญหา ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
วัตถุประสงค์	เพื่อผลักดันให้เกิดความร่วมมือ พัฒนา และแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานวัณโรคภายในโรงพยาบาล
วิธีคิดคะแนน	มีรายงานการประชุม หรือการจดบันทึกการประชุม “5 คะแนน” คือ อย่างน้อย 5 ครั้งภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา “4 คะแนน” คือ อย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา “3 คะแนน” คือ อย่างน้อย 3 ครั้งภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา “2 คะแนน” คือ อย่างน้อย 2 ครั้งภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา “1 คะแนน” คือ อย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา “0 คะแนน” คือ ไม่มี
แนวทางการประเมิน	ตรวจสอบเอกสารที่เป็นรายงานการประชุม หรือการจดบันทึก (เช่น สมุดจดบันทึกส่วนตัว) การประชุม ของคณะกรรมการคณะใดๆ ในระดับต่างๆ ระดับใดระดับหนึ่ง ที่รวมเนื้อหาวัณโรคในการประชุม ดังนี้ ก. ระดับหน่วยงาน เช่น คณะกรรมการ Patient Care Team (PCT) ที่ประชุมทุกเดือน ซึ่งมีผู้เข้าประชุมจากแผนกต่างๆ ในหน่วยงาน ข. ระดับอำเภอ เช่น คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ) ค. ระดับจังหวัด เช่น คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ซึ่งประชุมทุกเดือน หากในรายงานการประชุมระบุ “รพ. ก” ได้แจ้งในที่ประชุมเรื่อง ผู้ป่วยขาดยามาก จึงขอความร่วมมือให้หน่วยงานภายในจังหวัดประสานงานติดตามผู้ป่วย ดังนั้น “รพ. ก.” สามารถนับรายงานการประชุมนี้ได้ หมายเหตุ การประชุมที่ไม่ได้ระบุหัวข้อวัณโรคในวาระการประชุม แต่มีรายงานการประชุมหรือ การจดบันทึกการประชุมที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคให้ับการประชุม นั้นได้

มาตรฐานที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรก (Early TB case detection)

ตัวชี้วัด	2.1 จัดทำทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรค อย่างครบถ้วน
คำอธิบาย	สมุดทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรค (TB 04) หมายถึง สมุดที่มีการบันทึก การตรวจเสมหะผู้ป่วย หรืออาจใช้ Program คอมพิวเตอร์ (ถ้ามี) ในการบันทึก ข้อมูลที่มีตัวแปรเช่นเดียวกับ TB 04
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Primary data) เกี่ยวกับผลตรวจเสมหะของ ผู้ป่วยวัณโรคและผู้สงสัยป่วยเป็นวัณโรค 2. เพื่อใช้ตรวจทานความถูกต้องของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจ มีชื่อ นามสกุลเหมือนกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบ อายุ เพศ สามารถระบุ ผู้ป่วยได้ถูกต้อง 3. เพื่อประเมิน positivity rate รวมทั้งประเมินสัดส่วนของเพศในการ เข้าถึงการตรวจวินิจฉัย 4. เพื่อใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกับทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) 5. เพื่อใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการประกันคุณภาพการตรวจชั้นสูตรเสมหะ ด้วยกล้องจุลทรรศน์
วิธีคิดคะแนน	<p>ทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรคจำนวน 1 เดือนล่าสุดที่สามารถประเมินได้ มีข้อมูล ครบถ้วน “ครบถ้วน” หมายถึง มีการบันทึก 8 ตัวแปรพื้นฐานได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วัน เดือน ปี ที่ตรวจ 2. Lab serial number 3. H.N. 4. ชื่อ และนามสกุล 5. เพศ 6. อายุ 7. เหตุผลในการส่งตรวจ (วินิจฉัย/ติดตามผล) 8. ผลตรวจเสมหะ <p>ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยในทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรคเดือนล่าสุด มีข้อมูล ครบถ้วน 8 ตัวแปร</p> <p>ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยในทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรคเดือนล่าสุด</p>

วิธีคิดคะแนน	<p>“5 คะแนน” คือ ครบถ้วนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป</p> <p>“4 คะแนน” คือ ครบถ้วนร้อยละ 75-79</p> <p>“3 คะแนน” คือ ครบถ้วนร้อยละ 70-74</p> <p>“2 คะแนน” คือ ครบถ้วนร้อยละ 65-69</p> <p>“1 คะแนน” คือ ครบถ้วนร้อยละ 60-64</p> <p>“0 คะแนน” คือ ครบถ้วนต่ำกว่าร้อยละ 60</p>
แนวทางการประเมิน	<p>ตรวจสอบทะเบียนชั้นสูตรเสมหะวัณโรค (TB 04) ที่ห้องปฏิบัติการ (บันทึกในสมุด หรือคอมพิวเตอร์ได้ แต่ต้องสามารถตรวจสอบได้) โดยใช้ 1 เดือนล่าสุดที่สามารถประเมินได้และตรวจสอบทุกรายในเดือนที่ตรวจ</p> <p>กรณีที่ทะเบียน TB 04 แยกกันระหว่าง OPD และ IPD ให้ตรวจดูทั้งสองแห่ง</p>

ตัวชี้วัด	2.2 การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ทุกราย ตรวจสอบหะ 3 ตัวอย่างโดย 1 ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพ (EQA) ให้ตรวจสอบหะ 2 ตัวอย่าง
คำอธิบาย	<p>(1) ตรวจสอบหะ 3 ตัวอย่างโดย 1 ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการ ที่ผ่านการประเมินคุณภาพจากภายนอก (External Quality Assessment : EQA) ให้ตรวจสอบหะ 2 ครั้ง โดย 1 ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ทั้งนี้การผ่านการประเมินคุณภาพจากภายนอก (External Quality Assessment : EQA) ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีระบบการเก็บสไลด์ 2) ไม่มี HFP/HFN ในการประเมินครั้งล่าสุด 3) อาจมี LFP/LFN ในการประเมินครั้งล่าสุด <p>(2) เหตุผลสำคัญ 3 ข้อที่ต้องตรวจสอบหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> ก. เป็นวิธีที่ง่าย รวดเร็ว ประหยัดในการวินิจฉัยวัณโรค ข. ช่วยระบุความรุนแรงของวัณโรค ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยได้ ค. ช่วยระบุผู้ป่วยที่สามารถแพร่เชื้อวัณโรคได้
วัตถุประสงค์	เพื่อให้การวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบโดยอาศัยการตรวจสอบหะเป็นหลัก ซึ่งเป็นกลวิธีในการป้องกันการวินิจฉัยผิดพลาด
วิธีคิดคะแนน	<p>ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ ที่ขึ้นทะเบียนในช่วงที่ประเมิน ตรวจสอบหะ 3 ครั้ง โดย 1 ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพ (EQA) ให้ตรวจสอบหะ 2 ครั้ง</p> <p>ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ที่ขึ้นทะเบียนในช่วงที่ประเมิน</p> <p>“5 คะแนน” คือ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป</p> <p>“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 75-79</p> <p>“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 70-74</p> <p>“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 65-69</p> <p>“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 60-64</p> <p>“0 คะแนน” คือ ต่ำกว่าร้อยละ 60</p>

<p>แนวทางการ ประเมิน</p>	<p>ก. รพช. ประเมินผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ที่ขึ้นทะเบียน 1 ไตรมาสล่าสุดที่สามารถประเมินได้</p> <p>ข. รพช./รพท. ประเมินผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ที่ขึ้นทะเบียน 1 เดือนล่าสุดที่สามารถประเมินได้ โดยใช้ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) ตรวจสอบกับทะเบียนชั้นสูตร (TB 04) และบัตรบันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วย (TB 01)</p>
------------------------------	--

มาตรฐานที่ 3 การวินิจฉัยวัณโรค (TB diagnosis)

ตัวชี้วัด	3.1 การตรวจชั้นสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพตามวิธีการและเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค (EQA/LQAS)
คำอธิบาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินคุณภาพการตรวจเสมหะตามวิธีการและเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค (EQA/LQAS) หมายถึง มีระบบการเก็บสไลด์ AFB เพื่อการสุ่มตรวจ ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 1.1 มีการเก็บสไลด์ทุกแผ่นที่ตรวจเสมหะหาเชื้อ AFB ไว้ในกล่องเก็บสไลด์อย่างเป็นระบบเพื่อการทำ EQA/LQAS 1.2 มีใบรายงานการสุ่มสไลด์ (QA1) และ/หรือมีใบ ตอบผลการประเมินการตรวจสอบสไลด์ AFB (QA3) ในปีที่ผ่านมา หรือ Cohort ที่ผ่านมา 2. EQA/LQAS (External Quality Assessment by Lot Quality Assurance Sampling) คือ ระบบการประกันคุณภาพภายนอกด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มโดยการคำนวณทางสถิติเพื่อให้ได้ตัวแทนของสไลด์ AFB ที่ผ่านการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์แล้วในระยะเวลา 1 ปี มาตรวจสอบซ้ำ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 สุ่มสไลด์จากสมุดทะเบียนการบันทึกผลการชั้นสูตรเสมหะ (TB 04) หรือจากข้อมูลที่ถูกจัดเก็บไว้ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ให้ได้ตัวแทนสไลด์ที่ตรวจผลแล้วจำนวน 60 แผ่นต่อปี 2.2 แบ่งการสุ่มและตรวจสอบซ้ำเป็น 3 ครั้งๆ ละ 20 แผ่นต่อ 1 ไตรมาส (มีการเปลี่ยนจากเดิม 26 แผ่นในปี 2556 เปลี่ยนใหม่เป็น 20 แผ่น ในปี 2557เนื่องจากค่า sensitivity & specificity ของการควบคุมคุณภาพของประเทศไทยมีการทบทวนใหม่) 3. การสุ่มสไลด์ให้ดำเนินการโดยผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับจังหวัด หรือผู้ได้รับมอบหมายที่ได้ผ่านการอบรมแล้ว และต้องไม่ใช่เจ้าหน้าที่ชั้นสูตรผู้ปฏิบัติการตรวจสอบสไลด์ AFB ของห้องปฏิบัติการนั้นๆ

วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีระบบของการคงคุณภาพของการตรวจย้อมเชื้อในระดับที่ยอมรับได้
เกณฑ์และวิธีคิดคะแนน	<p>“5 คะแนน” คือ มีระบบการเก็บสไลด์ และไม่มี HFP /HFN ไม่มี QE</p> <p>“4 คะแนน” คือ มีระบบการเก็บสไลด์ และไม่มี HFP/HFN ไม่มี LFP/LFN แต่มี QE</p> <p>“3 คะแนน” คือ มีระบบการเก็บสไลด์ และไม่มี HFP/HFN แต่มี LFP/LFN</p> <p>“2 คะแนน” คือ มีระบบการเก็บสไลด์ แต่ไม่มี feedback ของผลการอ่านล่าช้า</p> <p>“1 คะแนน” คือ มี HFP /HFN</p> <p>“0 คะแนน” คือ ไม่มีระบบการเก็บสไลด์เพื่อการสุ่มตรวจ</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>ก. High False Positive (HFP) หมายถึง ข้อเท็จจริงเป็น Negative แต่ห้องปฏิบัติการรายงาน 1+, 2+, 3+</p> <p>ข. High False Negative (HFN) หมายถึง ข้อเท็จจริงเป็น 1+, 2+, 3+ แต่ห้องปฏิบัติการรายงาน Negative</p> <p>ค. Low False Positive (LFP) หมายถึง ข้อเท็จจริงเป็น Negative แต่ห้องปฏิบัติการรายงานจำนวนเชื้อที่พบ (1-9 AFB)</p> <p>ง. Low False Negative (LFN) หมายถึง ข้อเท็จจริงเป็น Positive ชนิดจำนวนเชื้อที่พบน้อย (1-9 AFB) แต่ห้องปฏิบัติการรายงาน Negative</p> <p>จ. Quantification Error (QE) หมายถึง มีผลตรวจระหว่างข้อเท็จจริงและห้องปฏิบัติการแตกต่างกัน 2 ระดับ</p>
แนวทางการประเมิน	<p>ก. สังเกตและสอบถามการเก็บสไลด์เพื่อการสุ่มตรวจ</p> <p>ข. ตรวจสอบใบรายงานการสุ่มสไลด์ (QA1) และ ใบตอบผลการประเมินการตรวจสอบสไลด์ AFB (QA3)</p>

ตัวชี้วัด	3.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ (Incident TB cases) ที่เป็นผู้ใหญ่ ต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Incident TB cases) ทั้งหมด
คำอธิบาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. คุณภาพการวินิจฉัยวัณโรคเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพื่อมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม 2. ผู้ใหญ่ หมายถึง อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อประเมินความเหมาะสม (Adequacy) ของการวินิจฉัยวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ 2. เพื่อประเมินคุณภาพการค้นหาวัณโรคในผู้มีอาการสงสัยวัณโรค 3. เพื่อประเมินการให้น้ำหนัก (Weight) การวินิจฉัยวัณโรคปอดที่เสมหะไม่พบเชื้อหรือที่ไม่มีผลตรวจเสมหะของหน่วยบริการ
วิธีคิดคะแนน	<p>ผู้ป่วยวัณโรคซึ่งได้รับการวินิจฉัยในหนึ่งไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้</p> <p>ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อครั้งใหม่ (Incident TB cases) ได้แก่ New M+ และ Relapse+ ที่เป็นผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยในไตรมาสที่ประเมิน ซึ่งให้นับรวมผู้ป่วยที่ส่งต่อ (Refer out) และไม่นับรวมผู้ป่วยที่รับมา (Refer in)</p> <p>ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดครั้งใหม่ ได้แก่ New M+, New M-, New smear not done, Relapse+, Relapse- ที่เป็นผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยในไตรมาสที่ประเมิน ซึ่งให้นับรวมผู้ป่วยที่ส่งต่อ (Refer out) และไม่นับรวมผู้ป่วยที่รับมา (Refer in)</p> <p>เหตุการณ์จำลองที่ 1</p> <p>โรงพยาบาล A ได้วินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคในไตรมาสที่ 2/59 (มกราคม-มีนาคม 2559) โดยตรวจสอบจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03) และ ทะเบียนชั้นสูตร (TB04) หรือข้อมูลห้องปฏิบัติการในระบบคอมพิวเตอร์พบข้อมูล ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ก. ผู้ป่วยวัณโรคปอดครั้งใหม่ (New M+, New M-, New smear not done, Relapse+, Relapse-) จำนวน 78 ราย โดยผู้ป่วยทุกรายมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ข. ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อครั้งใหม่ (New M+, Relapse+) จำนวน 45 ราย ดังนั้นผลการประเมินรพ. แห่งนี้ พบว่าได้ 5 คะแนน เนื่องจาก $45/78 = 58\%$

<p>วิธีคิดคะแนน</p>	<p>เหตุการณ์จำลองที่ 2</p> <p>โรงพยาบาล B ได้วินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคในไตรมาสที่ 2/59 (มกราคม-มีนาคม 2559) โดยตรวจสอบจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03) และทะเบียนชั้นสูตร (TB04) หรือข้อมูลห้องปฏิบัติการในระบบคอมพิวเตอร์พบข้อมูล ดังนี้</p> <p>ก. ผู้ป่วยวัณโรคปอดครั้งใหม่ (New M+, New M-, New smear not done, Relapse+, Relapse-) จำนวน 80 ราย โดยผู้ป่วยทุกราย มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป</p> <p>ข. ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อครั้งใหม่ (New M+, Relapse+) จำนวน 55 ราย ดังนั้นผลการประเมินรพ.แห่งนี้ พบว่าได้ 4 คะแนน เนื่องจาก $55/80 = 69\%$</p> <p>หมายเหตุ : ผู้ป่วยเสมหะบวกที่ได้รับการวินิจฉัยแต่ รพ. A ส่งต่อ (Refer out) หรือ ผู้ป่วยเสมหะลบที่ได้รับการวินิจฉัยแต่รพ. A ส่งต่อ (Refer out) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนที่รพ. A นอกจากนั้นผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคจาก รพ. อื่น และรพ. A รับมา (Refer in) รักษาในรพ. และได้รับการขึ้นทะเบียน อาจทำให้ผลการประเมินตัวชี้วัดนี้คลาดเคลื่อน ดังนั้นจึงให้การประเมินตัวชี้วัดนี้ นับเฉพาะผู้ป่วยที่รพ. แต่ละแห่งวินิจฉัยถึงแม้ผู้ป่วยบางส่วนถูกส่งต่อ (Refer out) หรือ รับมา (Refer in)</p> <p>“5 คะแนน” คือ ร้อยละ 55-65</p> <p>“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 50-54 หรือ 66-70</p> <p>“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 45-49 หรือ 71-75</p> <p>“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 40-44 หรือ 76-80</p> <p>“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 35-39หรือ 81-85</p> <p>“0 คะแนน” คือ น้อยกว่าร้อยละ 35 หรือ มากกว่าร้อยละ 85</p> <p>หมายเหตุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) องค์การอนามัยโลก แนะนำ ร้อยละ 65 แต่ประเทศไทยซึ่งมีระบบสุขภาพที่ดี เช่น โรงพยาบาลทุกแห่งมีเครื่องเอกซเรย์ปอด หรือ ประชาชนส่วนใหญ่มีการประกันสุขภาพ จึงมีศักยภาพในการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบได้มากขึ้น มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น ดังนั้นเกณฑ์การให้คะแนนจึงกำหนดให้ร้อยละ 55-65 ซึ่งเป็นระดับที่ได้คะแนนสูงสุด ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยของประเทศปี2554 คือ ร้อยละ 63 2) สาเหตุการเกิดสัดส่วน M+ : M- ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคได้รับการเอกซเรย์ปอดแต่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ แพทย์ให้การรักษาตามอาการ
---------------------	--

	เช่น ไข้ ไอ อ่อนเพลีย และนัดมาตรวจซ้ำอีก 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยยังมีอาการเหมือนเดิมและแพทย์ให้ตรวจเสมหะซ้ำแต่ผลตรวจ ไม่พบเชื้อวัณโรคแพทย์ยังรักษาตามอาการแต่ไม่ได้สั่งตรวจอื่นๆ เพิ่ม เช่น การตรวจเพาะเชื้อ (Culture) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสมหะลบไม่ได้รับการวินิจฉัยและส่งผลให้โรงพยาบาลมีผู้ป่วยเสมหะลบกว่าผู้ป่วยเสมหะลบ
แนวทางการประเมิน	ตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) และ TB07

World Health Organization (2004). Compendium of indicators for monitoring and evaluation national TB programs. WHO/HTM/TB 2004.344.

มาตรฐานที่ 4 การรักษาวัณโรค (TB treatment)

ตัวชี้วัด	4.1 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกรายได้รับการรักษาด้วยระบบยา 2HRZE/4HR
คำอธิบาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วย (ก) New M+ (ข) New M- หรือ (ค) New Smear not done หรือ (ง) EP ซึ่งไม่เคยรักษามาก่อน หรือเคยรักษาไม่เกิน 1 เดือน 2. 2HRZE/4HR หมายถึงการใช้ยา 4 ชนิดใน 2 เดือนแรก ซึ่งได้แก่ Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide, Ethambutol และ 2 ชนิดใน 4 เดือนหลัง ซึ่งได้แก่ Isoniazid, Rifampicin
วัตถุประสงค์	เพื่อประสิทธิภาพการรักษาสูงสุด
เกณฑ์และวิธีคิดคะแนน	<p>รพช. ประเมินผู้ป่วยใหม่ทุกราย ที่ขึ้นทะเบียน 1 ไตรมาสล่าสุดที่สามารถประเมินได้</p> <p>รพศ./รพท. ประเมินผู้ป่วยใหม่ทุกราย ที่ขึ้นทะเบียน 1 เดือนล่าสุดที่สามารถประเมินได้</p> <p>ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกราย ซึ่งขึ้นทะเบียนในช่วงที่ประเมินได้รับการรักษาด้วย ชนิดยา ขนาด และระยะเวลาถูกต้อง ตามแนวทางแผนงานวัณโรคแห่งชาติ</p> <p>ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกราย ซึ่งขึ้นทะเบียนในช่วงที่ประเมิน</p> <p>“5 คะแนน” คือ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป</p> <p>“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 75-79</p> <p>“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 70-74</p> <p>“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 65-69</p> <p>“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 60-64</p> <p>“0 คะแนน” คือ ต่ำกว่าร้อยละ 60</p>
แนวทางการประเมิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยจาก TB 01/OPD Card หรือ TB03 โดยตรวจสอบสูตรยา (ชนิด) ขนาด (เทียบกับน้ำหนัก) ระยะเวลา โดยประเมินข้อมูลจากเดือนที่ 0 ของการรักษาเพราะผู้ป่วยบางรายอาจมีการปรับเปลี่ยนสูตรยาภายหลัง เนื่องจากเกิดการแพ้ยา หรือ มีผลทดสอบความไวต่อยาที่พบว่าดื้อยาวัณโรคบางขนาน 2. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม โดยเฉพาะโรคตับ โรคไต ไม่นำมาประเมิน แต่ให้ใช้สูตรยาและขนาดตามแนวทางแผนงานวัณโรคแห่งชาติ 3. หากข้อมูลใน TB03 และในแผนประวัติการรักษาอื่นๆ ไม่ตรงกัน ให้ใช้ลายมือแพทย์เป็นเอกสารอ้างอิง เพราะอาจเกิดกรณีการคัดลอกผิดพลาดได้

ตัวชี้วัด	4.2 ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายได้รับการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centred approach)
คำอธิบาย	<p>1. การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centred approach) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาและการให้การสนับสนุนผู้ป่วย (Patient support mechanism) เช่น</p> <p>1.1 การให้ความรู้โรคแก่ผู้ป่วย</p> <p>1.2 การให้ รพ.สต. มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ โดยให้รพ.สต. เก็บยาผู้ป่วยไว้และหากผู้ป่วยกินยาเองบางมื้อให้จ่ายยาให้ผู้ป่วยครั้งละหนึ่งสัปดาห์ โดยจัดยาเป็นซองละมื้อแทนการให้ผู้ป่วยเก็บยาทั้งหมดไว้เองซึ่งผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ ได้แก่</p> <p>ก. มีความเสี่ยงต่อการไม่รักษาสม่ำเสมอ เช่น ผู้ป่วยที่ดื่มสุราหรือผู้ป่วยที่มีประวัติไม่มาตรวจตามนัด หรือผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำหลังขาดการรักษามาก่อน</p> <p>ข. มีโอกาสเสียชีวิต เช่น ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี</p> <p>1.3 การให้ความช่วยเหลือให้คนในครอบครัว (Household contact) ผู้ป่วยที่เสมหะ พบเชื้อ (Smear positive) ได้รับการตรวจวัณโรค</p> <p>1.4 การสนับสนุนด้านจิตใจผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษาวัณโรค เช่น ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยกับอดีตผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาหายแล้ว</p> <p>1.5 การประสานความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาไม่ได้ ไม่ต้องเสียค่ายารักษา วัณโรค</p> <p>1.6 การประสานความช่วยเหลือด้านการเงินจากสังคมสงเคราะห์ หรือจากองค์กรปกครองท้องถิ่น</p> <p>1.7 การจัดบริการนอกเวลาปกติของคลินิกวัณโรค หากผู้ป่วยมาในเวลาทำการของคลินิก วัณโรคไม่ได้</p> <p>1.8 การจัดส่งยาไปให้ที่ รพ.สต.ใกล้บ้านผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สะดวกมาโรงพยาบาล</p> <p>1.9 การให้ อสม. ช่วยเก็บเสมหะผู้ป่วยที่บ้านเพื่อส่งให้ รพ.สต. แทนผู้ป่วย</p> <p>1.10 การประสานให้ผู้ป่วยมีโรคอื่นด้วย เช่น เบาหวาน หรือ HIV ได้รับการรักษาวันเดียวกันกับการมาตรวจวัณโรค เป็นต้น</p>

	<p>2. การรักษาโดยการใช้ผู้ดูแลการกินยาต่อหน้า หมายถึง การมีพี่เลี้ยงนำไปให้ผู้ป่วย ดูผู้ป่วย กลืนยา และส่งเสริมกำลังใจผู้ป่วยทุกวัน (Directly Observed Treatment : DOT) ตลอดระยะเวลาการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับยา Rifampicin</p> <p>2.1 ผู้ป่วยวัณโรคที่มีพี่เลี้ยงซึ่งไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข (ต้องไม่ใช่ “บุคคลในบ้านเดียวกัน”) ให้ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขตามเกณฑ์ที่กำหนด (การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งในระยยะเข้มข้น และเดือนละครั้งในระยยะต่อเนื่อง) โดยวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพแวดล้อม ให้คำแนะนำประเมินผู้สัมผัสโรค ซึ่งไม่เท่ากับการโทรศัพท์ หรือนัดให้ผู้ป่วยมาพบที่โรงพยาบาล</p> <p>2.2 พี่เลี้ยง หมายถึง ผู้ป้อนยาให้กับผู้ป่วยต้องเป็นบุคลากรสาธารณสุข หรือ ผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข (ต้องไม่ใช่ “บุคคลในบ้านเดียวกัน”) และเป็นที่ยอมรับจากผู้ป่วยและระบบสาธารณสุขให้ดูแลผู้ป่วยกินยาทุกวัน โดยพี่เลี้ยง เก็บยาไว้ ผู้ป่วยไม่มียาเก็บไว้</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและบรรเทาความเดือดร้อนจากการเจ็บป่วยซึ่งส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษา และความยอมรับการรักษาส่งผลให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด และป้องกันการดื้อยา</p>
<p>วิธีคิดคะแนน</p>	<p>ผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียน 1 ไตรมาสล่าสุดที่สามารถประเมินได้ ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ที่ขึ้นทะเบียน 1 ไตรมาสล่าสุด ที่สามารถประเมินได้ ซึ่งได้รับการดูแลอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้</p> <p>ก. ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ โดยมีข้อ 1.1-1.4 และอย่างน้อย 1 ข้อ ในข้อ 1.5-1.10 รวมเป็น 5 ข้อ</p> <p>ข. มีพี่เลี้ยงดูแลการกินยา (DOT) และมี รพ.สต.รับผิดชอบมีบุคลากรสาธารณสุขเป็น พี่เลี้ยงดูแลการกินยา (DOT) หรือมีพี่เลี้ยงที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข (ต้องไม่ใช่ "บุคคลในบ้านเดียวกัน") แต่มีบุคลากรสาธารณสุขเยี่ยมบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งในการรักษา ระยยะเข้มข้น และเดือนละครั้งในระยยะต่อเนื่อง</p> <p>ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่สามารถประเมินได้</p>

<p>วิธีคิดคะแนน</p>	<p>ก) การดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centred approach) “5 คะแนน” คือ ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป และผู้ป่วยที่สุ่มสอบถามสามารถอธิบายความรู้โรคได้ ในหัวข้อระยะเวลาการรักษาและผลของการกินยาไม่สม่ำเสมอได้ถูกต้อง และรพ.สต.ที่สุ่มสอบถามอธิบายการจ่ายยาครั้งละ 1 สัปดาห์ให้ผู้ป่วยได้ “4 คะแนน” คือ ร้อยละ 40-49 “3 คะแนน” คือ ร้อยละ 30-39 “2 คะแนน” คือ ร้อยละ 20-29 “1 คะแนน” คือ ร้อยละ 10-19 “0 คะแนน” คือ ต่ำกว่าร้อยละ 10</p> <p>ข) การมีผู้ดูแลการกินยา (DOT) “5 คะแนน” คือ ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป “4 คะแนน” คือ ร้อยละ 40-49 “3 คะแนน” คือ ร้อยละ 30-39 “2 คะแนน” คือ ร้อยละ 20-29 “1 คะแนน” คือ ร้อยละ 10-19 “0 คะแนน” คือ ต่ำกว่าร้อยละ 10</p>
<p>แนวทางการประเมิน</p>	<p>1. การสนับสนุนผู้ป่วยด้านต่างๆ ประเมินจาก</p> <p>1.1 การบันทึกในทะเบียนวัณโรค (TB03) หรือบันทึกต่างๆ ของโรงพยาบาล</p> <p>1.2 สุ่มโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วย 1% (เศษทศนิยมปัดขึ้น) ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใน ไตรมาสที่ประเมิน</p> <p>ตัวอย่างคำถาม</p> <p>ก. ขอให้เล่าให้ฟังว่าป่วยเป็นโรคอะไร</p> <p>ข. โรคนี้ต้องกินยานานเท่าไร</p> <p>ค. หากคนไข้กินยาไม่สม่ำเสมอ หรือขาดยา จะทำให้เกิดอะไรขึ้น</p> <p>ง. เคยได้ยินเรื่องวัณโรคดื้อยาไหม ขอให้เล่าว่าได้ยินอะไรมาบ้าง</p> <p>จ. ขอให้เล่าให้ฟังว่าได้รับความช่วยเหลืออะไรบ้างในช่วงที่กำลังรักษา</p> <p>ฉ. ผู้ป่วยมียาเก็บไว้ที่บ้านครั้งละนานเท่าไร และถ้ายาหมดทำอย่างไร</p> <p>1.3 สุ่มโทรศัพท์ถาม รพ.สต. ที่ดูแลผู้ป่วยในข้อ 1.2</p>

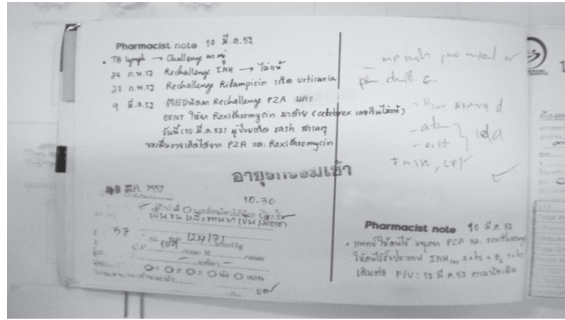
<p>แนวทางการ ประเมิน</p>	<p>ตัวอย่างคำถาม</p> <p>ก. ขอให้เล่าให้ฟังว่าทำไม โรงพยาบาล ให้ รพ.สต. ช่วยดูแลผู้ป่วยรายนี้</p> <p>ข. ขอให้เล่าให้ฟังว่าให้ยาผู้ป่วยไปเก็บไว้ที่บ้านครั้งละนานเท่าไร</p> <p>ค. ขอให้เล่าให้ฟังว่าให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอะไรบ้างในช่วงที่กำลังรักษา</p> <p>2. DOT ประเมินโดย</p> <p>2.1 สอบถามเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบ TB01/สมุด DOT/DOT Card เพื่อ ยืนยันว่ามีการ กินยาต่อหน้าพี่เลี้ยง</p> <p>2.2 สุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สอบถาม และตรวจสอบยาอย่างน้อย 1 ราย สำหรับผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่มีพี่เลี้ยงซึ่งไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข</p> <p>2.3 ตรวจสอบที่กการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่มีพี่เลี้ยงซึ่งไม่ใช่ บุคลากรสาธารณสุข</p>
------------------------------	---

มาตรฐานที่ 5 การบริหารจัดการยาวัณโรค (Anti-TB drug management)

ตัวชี้วัด	5.1 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง (First-line Drugs) มีเพียงพอและมีการบริหารทางเภสัชกรรม (ส่งเสริมให้การใช้ยาเป็นไปอย่างปลอดภัย และเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษา)
คำอธิบาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง หมายถึง ยาที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อ ได้แก่ Isoniazid : H, Rifampicin : R, Pyrazinamide : Z, Ethambutol : E และ Streptomycin : S (กรณี รพช. ไม่มี Streptomycin เพราะไม่มีผู้ป่วยที่ใช้ยานี้ให้นุโลมว่าไม่ขาดรายการนี้) 2. ยาเพียงพอ หมายถึง ยาวัณโรคไม่ขาดแคลน ไม่ขาดช่วงของการรักษาวัณโรค (No drug interruption) และยอดยาคงคลังในจุด minimum stock พอในการรักษาผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เดือน 3. ผู้ปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรมเป็นเภสัชกรเท่านั้น 4. กิจกรรมของการส่งเสริมให้การใช้ยาเป็นไปอย่างปลอดภัยและเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษา เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับยาวัณโรค ความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง การค้นหา/ให้การปรึกษา เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นต้น
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาสม่ำเสมอ ขนาดถูกต้อง ตลอดระยะเวลาการรักษาและป้องกันการเกิดวัณโรคค้ำยา
วิธีคิดคะแนน	<p>“5 คะแนน” คือ มียารักษาวัณโรคพื้นฐานครบทุกรายการเพียงพอและมีการบริหารทางเภสัชกรรม อย่างน้อย 1 ครั้งตลอดการรักษา โดยมีเอกสารหรือมีการบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม</p> <p>“4 คะแนน” คือ มียารักษาวัณโรคพื้นฐานครบทุกรายการเพียงพอและมีการบริหารทางเภสัชกรรม อย่างน้อย 1 ครั้งตลอดการรักษา แต่ไม่มีเอกสารหรือไม่มีการบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม</p> <p>“3 คะแนน” คือ มียารักษาวัณโรคพื้นฐานครบทุกรายการเพียงพอ แต่ไม่มีการบริหารทางเภสัชกรรม</p> <p>“2 คะแนน” คือ มียารักษาวัณโรคพื้นฐานขาด 1 รายการ</p> <p>“1 คะแนน” คือ มียารักษาวัณโรคพื้นฐานขาด 2 รายการ</p> <p>“0 คะแนน” คือ มียารักษาวัณโรคพื้นฐานขาดมากกว่า 2 รายการ</p>

แนวทางการ
ประเมิน

1. ตรวจสอบยาในคลังยา โดยนับผู้ป่วยใน TB03 ใน 1 ไตรมาส และเปรียบเทียบกับยาที่มีในคลังยา
2. ตรวจสอบเอกสารหรือการบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม เช่น Pharmacist's note หรือ OPD card



ตัวชี้วัด	5.2 ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง (First-line Drug) มีคุณภาพและมีการจัดเก็บตามมาตรฐาน
คำอธิบาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ยารักษาวัณโรคมีคุณภาพ หมายถึง ยารักษาวัณโรคที่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการรักษาโรคได้ และมีลักษณะกายภาพภายนอกของยาที่ไม่ม่มีลักษณะแตกหัก ร้าว เยิ้ม เปลี่ยนสีตกตะกอน เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนว่ามีการจัดเก็บตามมาตรฐาน 2. การจัดเก็บตามมาตรฐาน ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 เก็บพ้นแสง 2.2 อุณหภูมิ 30 องศาเซลเซียส (± 2 องศาเซลเซียส) 2.3 ห้องมีความชื้นสัมพัทธ์ (Relative Humidity:RH) ต่ำกว่าร้อยละ 60 2.4 มีระบบ FEFO (First expired First out) 3. สถานที่ซึ่งมีการเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือนให้ประเมินโดยใช้หลักเกณฑ์เดียวกับคลังยา
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคุณภาพดีที่สุด
วิธีคิดคะแนน	<p>“5 คะแนน” คือ คลังยาและสถานที่ใดๆ ที่มีการเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือน มียาที่มีลักษณะ ทางกายภาพภายนอกปกติ มีการจัดเก็บตามมาตรฐานและมีการจดบันทึกระดับอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ อย่างน้อยร้อยละ 80 ใน 1 เดือน (24-25 วัน)</p> <p>“4 คะแนน” คือ คลังยาและสถานที่ใดๆ ที่มีการเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือน มียาที่มีลักษณะ ทางกายภาพภายนอกปกติ มีการจัดเก็บตามมาตรฐานและมีการจดบันทึกระดับอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ อย่างน้อยร้อยละ 50 ใน 1 เดือน (14-16 วัน)</p> <p>“3 คะแนน” คือ คลังยา และสถานที่ใดๆ ที่มีการเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือน มียาที่มีลักษณะ ทางกายภาพภายนอกปกติ แต่ไม่จัดเก็บตามมาตรฐานบางข้อ ในคำอธิบายข้อ 2.1-2.4</p> <p>“2 คะแนน” คือ คลังยา และสถานที่ใดๆ ที่มีการเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือน มียาที่มีลักษณะ ทางกายภาพภายนอกปกติ แต่ไม่จัดเก็บตามมาตรฐานทุกข้อ ในคำอธิบายข้อ 2.1-2.4</p> <p>“1 คะแนน” คือ คลังยา และสถานที่ใดๆ ที่มีการเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือน มียา 1 รายการ ที่มีลักษณะทางกายภาพภายนอกผิดปกติ</p> <p>“0 คะแนน” คือ คลังยา และสถานที่ใดๆ ที่มีการเก็บยาไว้นานเกิน 1 เดือน มียามากกว่า 1 รายการ ที่มีลักษณะทางกายภาพภายนอกผิดปกติ</p>

**แนวทางการ
ประเมิน**

- ก. สุ่มยารั้วโรครั่วแนวที่หนึ่งทุกชนิด จากยาที่เก็บในคลังยา รวมทั้งสถานที่ใดๆ ที่มีการเก็บยาไว้เกิน 1 เดือน โดยสุ่มชนิดละ 10 แผง/กล่อง
- ข. ตรวจสอบลักษณะกายภาพของเม็ดยา และยาฉีด ที่มีใช้ในคลินิกั้วโรครั่ว โดยยาที่อยู่ในแผงพลาสติกใสหรือสีชาให้สังเกตลักษณะแตกหัก รั่ว เยิ้ม เปลี่ยนสี ส่วนยาที่เก็บในแผงกระดาษ ฟรอยด์ ให้สังเกตการบวม (เนื่องจากมีอากาศเข้าแผงยา) การฉีกขาดของแผงยา หรือให้บับแผงยา
- ค. ตรวจสอบวันผลิต วันหมดอายุ และมีการจัดเรียงยาแบบยาที่จะหมดอายุก่อน จะถูกนำมาใช้ก่อน (First expired First out: FEFO)
- ง. ตรวจสอบการจดบันทึกระดับอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ทุกวันในเดือนล่าสุดที่ประเมินได้ โดยตรวจที่คลังยา รวมทั้งสถานที่ใดๆ ที่มีการเก็บยาเกิน 1 เดือน



ตัวอย่าง เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์
รวมทั้งแบบฟอร์มการบันทึกการวัดอุณหภูมิ (23.1 องศาเซลเซียส)
และความชื้นสัมพัทธ์ (ร้อยละ 53)

มาตรฐานที่ 6 ทะเบียนและรายงานวัณโรค (TB records and reports)

ตัวชี้วัด	6.1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ทุกราย และกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน
คำอธิบาย	<p>1 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ครบทุกราย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ตรวจโดยห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล และบันทึกผลการตรวจ ในทะเบียนห้องปฏิบัติการชั้นสูตร (TB04) หรือระบบคอมพิวเตอร์ของห้องปฏิบัติการ เท่ากับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ในทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03) ทั้งนี้ จำนวนผู้ป่วยดังกล่าวใน TB03 ไม่เท่ากับ TB04 หรือ ระบบคอมพิวเตอร์ของ ห้องปฏิบัติการ เนื่องจากสาเหตุการส่งต่อ (Refer out) ไปโรงพยาบาลอื่นหรือรับมา (Refer in) จากโรงพยาบาลอื่น ให้อนุโลมไม่นับผู้ป่วยที่ Refer out และ Refer in ได้</p> <p>เหตุการณ์จำลองที่ 6.1 โรงพยาบาล A ได้วินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคในไตรมาสที่ 2/59 (มกราคม-มีนาคม 2559) โดยตรวจสอบข้อมูลดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ก. ใน TB03 มีผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ (New M+) ทุกราย จำนวน 20 ราย ข. ในทะเบียนชั้นสูตร (TB04) หรือ ข้อมูลห้องปฏิบัติการในระบบคอมพิวเตอร์ มีผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ (New M+) จำนวน 18 ราย ค. เมื่อตรวจทานข้อมูลใน TB03 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ (New M+) ทั้ง 18 ราย ใน TB04 ได้รับการขึ้นทะเบียนครบถ้วน ส่วน New M+ อีก 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่รับมา (Refer in) จากโรงพยาบาลอื่น โดยทั้ง 20 ราย กรอกข้อมูลทั้ง 7 ตัวแปรพื้นฐานครบถ้วน ดังนั้น ผลการประเมินรพ.แห่งนี้ได้ 5 คะแนน <p>2. กรอกข้อมูล“ครบถ้วน” หมายถึง มีการบันทึก 7 ตัวแปรพื้นฐานในทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03) ครบถ้วน ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 อายุ 2.2 เพศ 2.3 กลุ่มผู้ป่วย (ไทย ไม่ใช่ไทย เรือนจำ) 2.4 วัน เดือน ปี ที่ขึ้นทะเบียน 2.5 ผลเสมหะ (AFB) ก่อนเริ่มรักษา (เดือนที่ 0) 2.6 อวัยวะที่เป็นวัณโรค (ปอดและ/หรือนอกปอด) 2.7 ยาที่ใช้รักษา

<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการประเมินผลการค้นหารายป่วยผลการรักษา ระยะเข้มข้นและผลสำเร็จของการรักษาตลอดจนการดูแลเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ รวมทั้งการบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา (Programmatic management of drug-resistant TB: PMDT)</p>
<p>วิธีคิดคะแนน</p>	<p>มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อทุกราย และกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน ใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้</p> <p>ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ มีการบันทึก 7 ตัวแปรครบถ้วน</p> <p>ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้</p> <p>“5 คะแนน” คือ ขึ้นทะเบียนครบทุกราย และกรอกข้อมูลครบถ้วนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป</p> <p>“4 คะแนน” คือ ขึ้นทะเบียนครบทุกราย และกรอกข้อมูลครบถ้วนร้อยละ 75-79</p> <p>“3 คะแนน” คือ ขึ้นทะเบียนครบทุกราย และกรอกข้อมูลครบถ้วนร้อยละ 70-74</p> <p>“2 คะแนน” คือ ขึ้นทะเบียนครบทุกราย และกรอกข้อมูลครบถ้วนร้อยละ 65-69</p> <p>“1 คะแนน” คือ ขึ้นทะเบียนครบทุกราย และกรอกข้อมูลครบถ้วนร้อยละ 60-64</p> <p>“0 คะแนน” คือ ขึ้นทะเบียนไม่ครบทุกราย หรือกรอกข้อมูลครบถ้วนต่ำกว่าร้อยละ 60</p>
<p>แนวทางการประเมิน</p>	<p>ก. ตรวจสอบผู้ป่วยในทะเบียนชั้นสูตร (TB04 หรือระบบคอมพิวเตอร์) กับทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03 หรือระบบคอมพิวเตอร์)</p> <p>ข. ตรวจสอบ จากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03 หรือระบบคอมพิวเตอร์)</p> <p>ค. ตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึก 7 ตัวแปรใน TB03</p>

ตัวชี้วัด	6.2 โรงพยาบาลจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนอย่างครบถ้วน และส่งรายงานจากโรงพยาบาล ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน 14 วันหลังสิ้นไตรมาส
คำอธิบาย	<p>รายงานรอบ 3 เดือน ครบถ้วน หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TB07 ของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งขึ้นทะเบียนตามรอบรายงานล่าสุดที่ประเมินได้ 2. TB07/1 ของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งขึ้นทะเบียนตามรอบรายงานล่าสุดที่ประเมินได้ 3. TB08 ของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งขึ้นทะเบียนตามรอบรายงานล่าสุดที่ประเมินได้ 4. TB/HIV 01 ของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งขึ้นทะเบียนตามรอบรายงานล่าสุดที่ประเมินได้ 5. PMDT07 ของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งขึ้นทะเบียนตามรอบรายงานล่าสุดที่ประเมินได้
วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ผลการวินิจฉัย รักษา และดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาและนำผลการวิเคราะห์ที่ใช้เป็นแนวทางการกำหนดปัญหาและดำเนินการแก้ไขให้เหมาะสม
วิธีคิดคะแนน	<p>“5 คะแนน” คือ มีการจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนครบทั้ง 5 รายงาน และส่งรายงานให้ สสจ.ทันเวลาภายใน 14 วัน หลังสิ้นสุดไตรมาส</p> <p>“4 คะแนน” คือ มีการจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนครบทั้ง 5 รายงานแต่ส่งรายงานให้ สสจ. ไม่ทันเวลาภายใน 14 วัน หลังสิ้นสุดไตรมาส</p> <p>“3 คะแนน” คือ มีการจัดทำรายงานรอบ 3 เดือน ครบอย่างน้อย 4 รายงาน และส่งรายงานให้ สสจ. ทันเวลาภายใน 14 วัน หลังสิ้นสุด ไตรมาส</p> <p>“2 คะแนน” คือ มีการจัดทำรายงานรอบ 3 เดือน ครบอย่างน้อย 4 รายงาน และส่งรายงานให้ สสจ. ไม่ทันเวลาภายใน 14 วันหลังสิ้นสุดไตรมาส</p> <p>“1 คะแนน” คือ มีการจัดทำรายงานรอบ 3 เดือน ครบอย่างน้อย 3 รายงาน และส่งรายงานให้ สสจ. ทันภายใน 14 วัน หลังสิ้นสุดไตรมาส</p> <p>“0 คะแนน” คือ มีการจัดทำรายงานรอบ 3 เดือนครบน้อยกว่า 3 รายงาน</p>

<p>แนวทางการ ประเมิน</p>	<p>ก. ตรวจสอบสำเนารายงานรอบ 3 เดือน</p> <p>ข. ตรวจสอบสำเนาหนังสือนำส่งรายงานจากโรงพยาบาล ถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยประเมินวันที่ซึ่ง สสจ.ลงเลขรับ หรือ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ที่ลงวันที่ รพ. ส่งถึง ผู้รับผิดชอบงานของ สสจ.</p>
-------------------------------------	--

มาตรฐานที่ 7 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล
(TB infection control)

ตัวชี้วัด	7.1 บริการช่องทางด่วน/พิเศษ สำหรับตรวจผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคเมื่อมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเอกซเรย์ แผนกชันสูตร และแผนกเภสัชกรรม)
คำอธิบาย	<p>มีบริการช่องทางด่วน/พิเศษ สำหรับการตรวจวินิจฉัย ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรค ที่แผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการแจ้งเวียนรายละเอียดช่องทางด่วน/พิเศษให้ทุกแผนกที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลทราบ เริ่มตั้งแต่วินิจฉัยจนถึงสิ้นสุดการรักษา 2. มีกระบวนการคัดกรองผู้มีอาการสงสัย และผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ มีแบบฟอร์มคัดกรองวัณโรค และมีการบันทึกผลการวินิจฉัยของผู้มีอาการสงสัยวัณโรคอย่างน้อยร้อยละ 50 ของแบบฟอร์ม คัดกรองในเดือนล่าสุด 3. ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกมาพบเจ้าหน้าที่จุดคัดกรองก่อนทุกครั้ง/ทุกราย 4. มีป้ายประชาสัมพันธ์แนะนำให้ผู้ที่มีอาการไอ สวมหน้ากากอนามัยเพื่อปิดปากและจมูก (Surgical mask) 5. การทำสัญลักษณ์ที่บัตรผู้ป่วยเพื่อการบริการที่รวดเร็วสำหรับช่องทางด่วน/พิเศษ 6. บุคลากรของจุดตรวจต่างๆ ได้แก่ แผนกเอกซเรย์ แผนกเภสัชกรรม แผนกชันสูตร และแผนกผู้ป่วยนอก อธิบายความหมายของสัญลักษณ์ผู้ป่วยที่ใช้ช่องทางด่วน/พิเศษได้ถูกต้อง
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล
วิธีคิดคะแนน	<p>“5 คะแนน” คือ มี 5 ข้อตามคำอธิบายช่องทางด่วน/พิเศษ</p> <p>“4 คะแนน” คือ มี 4 ข้อตามคำอธิบายช่องทางด่วน/พิเศษ</p> <p>“3 คะแนน” คือ มี 3 ข้อตามคำอธิบายช่องทางด่วน/พิเศษ</p> <p>“2 คะแนน” คือ มี 2 ข้อตามคำอธิบายช่องทางด่วน/พิเศษ</p> <p>“1 คะแนน” คือ มี 1 ข้อตามคำอธิบายช่องทางด่วน/พิเศษ</p> <p>“0 คะแนน” คือ ไม่มีเลยตามคำอธิบายช่องทางด่วน/พิเศษ</p>

<p>แนวทางการประเมิน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบเอกสารการแจ้งเวียน (เช่น SOP หรือ รายงานการประชุม) ที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเอกซเรย์ แผนกชันสูตร และแผนกเภสัชกรรม ในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา 2. ตรวจสอบแบบฟอร์มการคัดกรองวัณโรคที่ใช้ในกระบวนการคัดกรอง 3. ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกมาพบเจ้าหน้าที่จุดคัดกรองก่อนทุกครั้ง/ ทุกราย) ได้แก่ สังเกตผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก 5 รายว่ามาพบเจ้าหน้าที่จุดคัดกรองก่อนทุกรายหรือไม่ 4. สังเกตป้ายประชาสัมพันธ์แนะนำให้ผู้ที่มีอาการไอสวมหน้ากากอนามัยเพื่อปิดปากและจมูก ที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเอกซเรย์ แผนกชันสูตร และแผนกเภสัชกรรม 5. ตรวจสอบสัญลักษณ์ที่บัตรผู้ป่วยเพื่อการบริการที่รวดเร็วสำหรับช่องทางด่วน/พิเศษ 6. สอบถามบุคลากรของจุดตรวจต่างๆ ได้แก่ แผนกเอกซเรย์ แผนกเภสัชกรรม แผนกชันสูตร และแผนกผู้ป่วยนอก อธิบายความหมายของสัญลักษณ์ผู้ป่วยที่ใช้ช่องทางด่วน/พิเศษได้ถูกต้อง
--------------------------------	--

ตัวชี้วัด	7.2 การจัดสถานที่ของคลินิกวัคซีนแยกห่างจากคลินิกผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัคซีน
คำอธิบาย	<p>1. คลินิกผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัคซีน หมายถึง คลินิกที่รักษาผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น คลินิกเด็ก คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกโรคไต คลินิกผู้ป่วยเอดส์ คลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น</p> <p>2. การจัดสถานที่อย่างเหมาะสม หมายถึง</p> <p>2.1 คลินิกทั้งสองประเภทไม่อยู่ติดกัน</p> <p>2.2 คลินิกทั้งสองประเภทอยู่ติดกันแต่ให้บริการผู้ป่วยคนละวัน</p> <p>2.3 คลินิกวัคซีนไม่ใช่เครื่องปรับอากาศ</p> <p>2.4 คลินิกวัคซีนใช้เครื่องปรับอากาศ และมีการติดตั้งหลอด UVGI โดยมีเอกสารผลการประเมิน UVGI ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ที่แสดงว่ารังสีมีอนุภาคที่พอเหมาะที่จะฆ่าเชื้อวัคซีนได้ (เอกสารอ้างอิง : คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัคซีนในโรงพยาบาล. ปี 2557 หน้า 55-59) โดยผลการประเมินมีรายละเอียดดังนี้</p> <p>ก. อัตราความเร็วลม 2 Air Change Per Hour (ACH)</p> <p>ข. ความชื้นสัมพัทธ์ในห้องไม่เกินร้อยละ 70</p> <p>ค. ตำแหน่งของการติดตั้ง UVGI ต้องมีความสัมพันธ์กับระดับความเข้มข้นของรังสี เช่น หลอด UVGI สูงจากพื้นห้อง 2.5 เมตร</p> <p>ง. มีความยาวคลื่นอย่างน้อย 254 นาโนเมตร</p> <p>จ. ใช้ไฟที่มีกำลังวัตต์ 0.2 ไมโครวัตต์/แอสควร์เซนติเมตร</p> <p>ฉ. หลอดไฟมีอายุใช้งานเท่ากับ 2,000 ชั่วโมง</p> <p>2.5 คลินิกวัคซีนมีการระบายอากาศสู่ภายนอกได้ มีการเปิดหน้าต่าง</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อวัคซีนในโรงพยาบาลโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่าย
วิธีคิดคะแนน	<p>“5 คะแนน” คือ มีข้อ 2.1 ข้อ 2.3 และข้อ 2.5</p> <p>“5 คะแนน” คือ มีข้อ 2.1 และข้อ 2.4 (สำหรับคลินิกวัคซีนที่ใช้เครื่องปรับอากาศ)</p> <p>“5 คะแนน” คือ มีข้อ 2.2 และ ข้อ 2.4 (สำหรับคลินิกวัคซีนที่ใช้เครื่องปรับอากาศ)</p>

<p>วิธีคิดคะแนน</p>	<p>“4 คะแนน” คือ มีข้อ 2.1 หรือ ข้อ 2.2 ข้อใดข้อหนึ่ง</p> <p>“3 คะแนน” คือ มีข้อ 2.2 โดยคลินิกวัณโรคอยู่ติดกับคลินิกที่มีผู้ที่ภูมิต้านทานต่ำ (เด็ก เบาหวาน โรคไต โรคเอดส์) และให้บริการผู้ป่วยภายในวันเดียวกัน ซึ่งคลินิกวัณโรคเปิดให้บริการในช่วงบ่าย และมีข้อ 2.3 และข้อ 2.5</p> <p>“3 คะแนน” คือ มีข้อ 2.2 โดยคลินิกวัณโรคอยู่ติดกับคลินิกที่มีผู้ที่ภูมิต้านทานต่ำ (เด็ก เบาหวาน โรคไต โรคเอดส์) และให้บริการผู้ป่วยภายในวันเดียวกัน ซึ่งคลินิกวัณโรคเปิดให้บริการในช่วงบ่าย และมีข้อ 2.4 (สำหรับคลินิกวัณโรคที่ใช้เครื่องปรับอากาศ)</p> <p>“2 คะแนน” คือ มีข้อ 2.2 โดยคลินิกวัณโรคอยู่ติดกับคลินิกที่มีผู้ที่ภูมิต้านทานต่ำ (เด็ก เบาหวาน โรคไต โรคเอดส์) และให้บริการผู้ป่วยภายในวันเดียวกัน ซึ่งคลินิกวัณโรคเปิดให้บริการในช่วงเช้า และมีข้อ 2.3 และข้อ 2.5</p> <p>“2 คะแนน” คือ มีข้อ 2.2 โดยคลินิกวัณโรคอยู่ติดกับคลินิกที่มีผู้ที่ภูมิต้านทานต่ำ (เด็ก เบาหวาน โรคไต โรคเอดส์) และให้บริการผู้ป่วยภายในวันเดียวกัน ซึ่งคลินิกวัณโรคเปิดให้บริการในช่วงเช้า และมีข้อ 2.4 (สำหรับคลินิกวัณโรคที่ใช้เครื่องปรับอากาศ)</p> <p>“1 คะแนน” คือ มีข้อ 2.2 โดยคลินิกวัณโรคอยู่ติดกับคลินิกที่มีผู้ที่ภูมิต้านทานต่ำ (เด็ก เบาหวาน โรคไต โรคเอดส์) และให้บริการผู้ป่วยภายในวันเดียวกัน ช่วงเวลาเดียวกัน และมีข้อ 2.3 และ ข้อ 2.5</p> <p>“1 คะแนน” คือ มีข้อ 2.2 โดยคลินิกวัณโรคอยู่ติดกับคลินิกที่มีผู้ที่ภูมิต้านทานต่ำ (เด็ก เบาหวาน โรคไต โรคเอดส์) และให้บริการผู้ป่วยภายในวันเดียวกัน ช่วงเวลาเดียวกัน และมีข้อ 2.4 (สำหรับคลินิกวัณโรคที่ใช้เครื่องปรับอากาศ)</p> <p>“0 คะแนน” คือ ไม่มีการจัดสถานที่ตามคะแนน 1-5</p>
<p>แนวทางการประเมิน</p>	<p>สังเกต สอบถามการให้บริการตรวจรักษาวัณโรคที่ตีผู้ป่วยนอก และตรวจเอกสารที่เกี่ยวข้อง</p>

มาตรฐานที่ 8 การดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์ (TB/HIV)

ตัวชี้วัด	8.1 ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจ HIV
คำอธิบาย	ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจ HIV หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อตรวจเอช ไอ วี โดยเจ้าหน้าที่ และมีผลตรวจ HIV
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษาได้ทราบผลการติดเชื้อเอช ไอ วี และได้รับการดูแลรักษาทันทีหากพบว่าติดเชื้อเอช ไอ วี ร่วมด้วย
วิธีคิดคะแนน	<p>ผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้</p> <p>ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ มีผลตรวจ HIV</p> <p>ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งขึ้นทะเบียนในไตรมาสเดียวกัน</p> <p>วิธีคิดคะแนน</p> <p>“5 คะแนน” คือ มากกว่า ร้อยละ 90</p> <p>“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 86-90</p> <p>“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 81-85</p> <p>“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 76-80</p> <p>“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 71-75</p> <p>“0 คะแนน” คือ ต่ำกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70</p>
แนวทางการประเมิน	ตรวจสอบข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03) และรายงาน TB/HIV01

ตัวชี้วัด	8.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างรักษาวัณโรค
คำอธิบาย	ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ต้องได้รับยาต้านไวรัสทุกรายระหว่างรักษาวัณโรค
วัตถุประสงค์	เพื่อป้องกันการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอช ไอ วี
เกณฑ์และวิธีคิดคะแนน	<p>ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ โดยมีการติดเชื้อเอช ไอ วีร่วมด้วย และได้รับยาต้านไวรัสระหว่างรักษาวัณโรค</p> <p>ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งขึ้นทะเบียน ใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ โดยมีการติดเชื้อเอช ไอ วีร่วมด้วย</p> <p>วิธีคิดคะแนน</p> <p>“5 คะแนน” คือ ตั้งแต่ ร้อยละ 70 ขึ้นไป</p> <p>“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 65-69</p> <p>“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 60-64</p> <p>“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 55-59</p> <p>“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 50-54</p> <p>“0 คะแนน” คือ ต่ำกว่าร้อยละ 50</p> <p>หมายเหตุ กรณีไม่มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ประเมิน ทำให้ไม่สามารถประเมินได้ ให้ย้อนไปจนถึงรอบรายงานที่มีผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี หากย้อนไป 1 ปีแต่ยังไม่มีผู้ป่วย วัณโรคที่ติดเชื้อเอช ไอ วี อนุโลมให้คะแนนเต็มในข้อนี้</p>
แนวทางการประเมิน	ตรวจสอบข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค(TB03) และรายงาน TB/HIV01

มาตรฐานที่ 9 การบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา

(Programmatic Management of Drug-resistant TB: PMDT)

ตัวชี้วัด	9.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (History of previous treatment) มีผลตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรคอย่างน้อย Isoniazid และ Rifampicin
คำอธิบาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษามาก่อน หมายถึง ผู้ป่วยชนิดกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ผู้ป่วยรักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (TAF) และ ผู้ป่วยรักษาซ้ำภายหลังขาดยามากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน (TAD) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 2. การทดสอบความไวต่อยาวัณโรคแนวที่หนึ่งให้อย่างน้อย Isoniazid และ Rifampicin
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้เข้าถึงกระบวนการทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (The access of TB patients to DST) 2. เพื่อกำกับกระบวนการดำเนินงาน เช่น <ol style="list-style-type: none"> ก) ระยะเวลาการส่งตรวจและได้รับการแจ้งผล ข) ผลการตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (The yield of MDR-TB cases) ค) การเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานจำแนกตามประเภทผู้ป่วย ง) ความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคดื้อยาหลายขนาน ซึ่งหมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงจนถึงวันที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน เป็นต้น
วิธีคิดคะแนน	<p>ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน ซึ่งขึ้นทะเบียน ใน 1 ไตรมาสล่าสุด ที่ประเมินได้ มีผลตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค อย่างน้อย Isoniazid และ Rifampicin</p> <p>ตัวตั้ง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษามาก่อน ในช่วงเวลาที่ประเมิน มีผลการทดสอบความไวต่อยาวัณโรคอย่างน้อย Isoniazid และ Rifampicin</p> <p>ตัวหาร หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษา มา ในช่วงเวลาที่ประเมิน</p>

วิธีคิดคะแนน	<p>“5 คะแนน” คือ เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 90 (เนื่องจาก contamination rate, solid method < 5%, liquid method <10%)</p> <p>“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 85-89</p> <p>“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 80-84</p> <p>“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 75-79</p> <p>“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 70-74</p> <p>“0 คะแนน” คือ ต่ำกว่าร้อยละ 70</p> <p>หมายเหตุ กรณีไม่มีผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อนขึ้นทะเบียนในไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ ทำให้ไม่สามารถคิดคะแนนได้ จึงอนุโลมให้คะแนนเต็มในข้อนี้</p>
แนวทางการประเมิน	<p>ตรวจสอบข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) และ รายงาน PMDT 07 สำหรับผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ประเมิน</p>

ตัวชี้วัด	9.2 ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (Confirmed RR-TB/MDR-TB) ได้รับการขึ้นทะเบียนทุกรายและรักษาถูกต้องทุกราย
คำอธิบาย	<p>ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (Confirmed RR-TB/MDR-TB) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลทดสอบความไวต่อยา พบว่า</p> <p>ก. MDR-TB คือ ดื้อยาไอโซไนอาซิดและไรแฟมพิซิน</p> <p>ข. RR-TB คือ ดื้อยาไรแฟมพิซินซึ่งยืนยันผลโดย Xpert</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเข้าถึงระบบการรักษาและการดูแล และเข้าสู่ระบบการรายงานวัณโรค ซึ่งเป็นมาตรฐานของประเทศ
วิธีคิดคะแนน	<p>การขึ้นทะเบียนครบถ้วนทุกรายและได้รับการรักษาถูกต้องทุกรายมีรายละเอียดดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ขึ้นทะเบียนครบถ้วนทุกราย 2. ได้รับการรักษาทุกราย 3. หากผู้ป่วยกินยาเองบางมื้อ ให้ รพสต. เก็บยาผู้ป่วยทั้งหมดไว้ และจ่ายยาให้ผู้ป่วยครั้งละหนึ่งสัปดาห์ โดยจัดยาให้ผู้ป่วยของละหนึ่งมื้อ 4. สูตรยาเมื่อเริ่มรักษาถูกต้องทุกราย (ยาแนวที่ 2 อย่างน้อย 4 ชนิดรวมยาฉีด โดยเป็นยาที่มีผลทดสอบความไวต่อยาพบว่าไม่ดื้อยา) ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีโรคไตร่วมด้วย ให้อนุโลมนับผู้ป่วยรายดังกล่าวได้รับสูตรยาเมื่อเริ่มรักษาถูกต้อง 5. มีหลักฐานการส่งเพาะเชื้ออย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงที่ฉีดยา (กรณีผู้ป่วยเพิ่งเริ่มกินยายังไม่ครบกำหนดการตรวจเพาะเชื้อ อนุโลมให้ได้คะแนนข้อนี้) <p>“5 คะแนน” คือ มีครบ 5 ข้อ</p> <p>“4 คะแนน” คือ มีข้อ 1-4</p> <p>“3 คะแนน” คือ มีข้อ 1-3</p> <p>“2 คะแนน” คือ มีข้อ 1-2</p> <p>“1 คะแนน” คือ มีข้อ 1</p> <p>“0 คะแนน” คือ ไม่มีทุกข้อ</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>กรณีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใน TB 03 ใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ ที่ผลทดสอบความไวต่อยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง ไม่พบว่าเป็น RR-TB/MDR-TB ทำให้ไม่สามารถประเมินได้ จึงอนุโลม ให้คะแนนเต็ม</p>

<p>แนวทางการ ประเมิน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใน TB 03 ใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อ (RR-TB/MDR-TB) เมื่อส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรคแนวที่ 1 (DST) ผลตรวจพบว่าเป็น Confirmed RR-TB/MDR-TB 2. ตรวจสอบข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) และรายงาน PMDT07 รวมทั้งทะเบียน PMDT03 สำหรับผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ประเมิน 3. ตรวจสอบข้อมูลจากการบันทึกการรับ-ส่งเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยาของห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล
-------------------------------------	--

มาตรฐานที่ 10 การประเมินผลการรักษาวัณโรค (Treatment outcome)

ตัวชี้วัด	10.1 อัตราความสำเร็จของการรักษาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำอธิบาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 2. รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา 3. รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ
วัตถุประสงค์	เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อวัณโรคและป้องกันการเกิดวัณโรคซ้ำ
วิธีคิดคะแนน	<p>ผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ซึ่งเป็นวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้</p> <p>หมายเหตุ หากใน 1 รอบรายงานมีผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำต่ำกว่า 10 รายให้ประเมิน 2 รอบรายงานรวมกัน</p> <p>ตัวตั้ง หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ โดยมีผลการรักษาหาย หรือ รักษาครบ</p> <p>ตัวหาร หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้</p> <p>วิธีคิดคะแนน</p> <p>“5 คะแนน” คือ เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 85</p> <p>“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 80-84</p> <p>“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 75-79</p> <p>“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 70-74</p> <p>“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 65-69</p> <p>“0 คะแนน” คือ ต่ำกว่าร้อยละ 65</p> <p>(อัตราความสำเร็จในการรักษาปี 2557 แยกรายจังหวัดพบว่า ค่าสูงสุด คือ ร้อยละ 91 และค่าต่ำสุดคือ ร้อยละ 64)</p>
แนวทางการประเมิน	ประเมินจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) และตรวจสอบจากรายงาน TB 08

ตัวชี้วัด	10.2 อัตราการขาดยา มากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ
คำอธิบาย	การขาดยามากกว่า 2 เดือนติดต่อกัน (Lost to follow-up) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขาดการรักษาติดต่อกันนานเกิน 2 เดือน
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้กินยาครบถ้วนจนหาย
เกณฑ์และวิธีคิดคะแนน	<p>ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ซึ่งขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้</p> <p>หมายเหตุ หากใน 1 รอบรายงานมีผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำต่ำกว่า 10 รายให้ประเมิน 2 รอบรายงานรวมกัน</p> <p>ตัวตั้ง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่เป็นคนไทยซึ่งขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้ ที่ขาดการรักษาติดต่อกันนานเกิน 2 เดือน</p> <p>ตัวหาร หมายถึง จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่เป็นคนไทยซึ่งขึ้นทะเบียนใน 1 ไตรมาสล่าสุดที่ประเมินได้</p> <p>วิธีคิดคะแนน</p> <p>“5 คะแนน” คือ เท่ากับหรือน้อยกว่า ร้อยละ 1</p> <p>“4 คะแนน” คือ ร้อยละ 2</p> <p>“3 คะแนน” คือ ร้อยละ 3</p> <p>“2 คะแนน” คือ ร้อยละ 4</p> <p>“1 คะแนน” คือ ร้อยละ 5</p> <p>“0 คะแนน” คือ มากกว่าร้อยละ 5</p>
แนวทางการประเมิน	ประเมินจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) และตรวจสอบจากรายงาน TB 08

เอกสารอ้างอิง

- สำนักวัณโรค (2556). แนวทางการจัดทำทะเบียนและรายงานการบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา (A guide on recording and reporting of programmatic management of drug-resistant TB: PMDT). เอกสารอัดสำเนา (34 หน้า).
- สำนักวัณโรค (2553). การประกันคุณภาพการตรวจเสมหะหาเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์. เอกสารอัดสำเนา (52 หน้า).
- สำนักวัณโรค (2551). แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ศิริรญา จิตติมณี (2554). การแนะนำการตรวจและให้การปรึกษาการติดเชื้อเอช ไอ วี ในผู้ป่วยวัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- World Health Organization (2010). The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis. ISBN 978 92 4 150034 0.
- World Health Organization (2004). Compendium of indicators for monitoring and evaluation national TB programs. WHO/HTM/TB 2004.344. Geneva, WHO.
- World Health Organization (2003). WHO expert committee on specifications for pharmaceutical preparations (Annex 9 Guide to good storage practices for Pharmaceuticals). WHO Technical Report Series, No. 908, 2003. Access on 7 November 2013 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18675en/s18675en.pdf>
- TB CARE I. International Standards for Tuberculosis Care, Edition 3. TB CARE I, The Hague, 2014.
- Tuberculosis Coalition for Technical Assistance and International Committee of the Red Cross. Guidelines for control of tuberculosis in prisons. USA, 2009.
- World Health Organization. WHO expert committee on specifications for pharmaceutical preparations (Annex 9 Guide to good storage practices for Pharmaceuticals). WHO Technical Report Series, No. 908, 2003. Access on 7 November 2013 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18675en/s18675en.pdf>

חכמת

ภาคผนวกที่ 2

ผลการประเมินมาตรฐาน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค QTB” ปี 2559

สคร. (A)	อำเภอเป้าหมาย		รวม D=(B+C)	ผลการประเมิน				โรงพยาบาลที่ "ผ่านมาตรฐาน QTB" (I)
	เสี่ยงสูง (B)	ปกติ (C)		ผ่าน (E)	(%) F=(E/D)	ไม่ผ่าน (G)	(%) H=(G/D)	
1	24	6	30	30	100	0	0.00	<p>เชียงใหม่ = รพ.นครพิงค์, รพ.ฝาง, รพ.แม่สาย, รพ.จอมทอง, รพ.ดอยสะเก็ด</p> <p>เชียงราย = รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์, รพ.แม่สาย, รพ.แม่จัน, รพ.แม่ฟ้าหลวง</p> <p>ลำปาง = รพ.ลำปาง, รพ.เกาะคา, รพ.ห้างฉัตร, รพ.เถิน</p> <p>ลำพูน = รพ.ลำพูน, รพ.ป่าซาง, รพ.ลี้</p> <p>พะเยา = รพ.พะเยา, รพ.เชียงคำ, รพ.ดอกคำใต้</p> <p>น่าน = รพ.น่าน, รพ.ท่าวังผา, รพ.เวียงสา, รพ.บ้านหลวง</p> <p>แพร่ = รพ.แพร่, รพ.สอง, รพ.ร้องกวาง, รพ.สมเด็จพระยุพราชเด่นชัย</p> <p>แม่ฮ่องสอน = รพ.ศรีสังวาลย์, รพ.ปางมะผ้า, รพ.แม่สะเรียง</p>
2	15	5	20	16	80	4	20	<p>พิษณุโลก = รพ.บางระกำ, รพ.วัดโบสถ์</p> <p>อุตรดิตถ์ = รพ.อุตรดิตถ์, รพ.พิชัย, รพ.ลับแล</p> <p>เพชรบูรณ์ = รพ.เพชรบูรณ์, รพ.หล่มสัก, รพ.วิเชียรบุรี, รพ.ศรีเทพ</p> <p>สุโขทัย = รพ.สุโขทัย, รพ.ศรีสังวร, รพ.ศรีสัชชนาลัย, รพ.ทุ่งเสลี่ยม</p> <p>ตาก = รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช, รพ.อุ้มผาง, รพ.พบพระ</p>

สคร. (A)	อำเภอเป้าหมาย		รวม D=(B+C)	ผลการประเมิน				โรงพยาบาลที่ "ผ่านมาตรฐาน QTB" (I)
	เสี่ยงสูง (B)	ปกติ (C)		ผ่าน (E)	(%) F=(E/D)	ไม่ผ่าน (G)	(%) H=(G/D)	
3	15	4	19	18	94.74	1	5.26	อุทัยธานี = รพ.บ้านไร่, รพ.ลานสัก, รพ.ทัพทัน, รพ.ห้วยคต กำแพงเพชร = รพ.ชาณุวรลักษบุรี, รพ. กำแพงเพชร, รพ. คลองขลุง, รพ.คลองลาน พิจิตร = รพ.พิจิตร, รพ.ตะพานหิน, รพ.บางมูลนาก ชัยนาท = รพ.ชัยนาทนเรนทร, รพ.หันคา, รพ.สรรคบุรี นครสวรรค์ = รพ. สวรรค์ประชารักษ์, รพ.ตากถ้ำ, รพ.ลาดยาว, รพ.เก้าเลี้ยว
4	24	3	27	20	74.07	7	25.93	สระบุรี = รพ.หนองแค, รพ.เสาไห้เฉลิมพระเกียรติฯ ลพบุรี = รพ.บ้านหมี่, รพ.ท่าช้าง สิงห์บุรี = รพ. สิงห์บุรี, รพ.บางระจัน, รพ.อินทร์บุรี อ่างทอง = รพ.อ่างทอง, รพ.ป่าโมก นครนายก = รพ. นครนายก, รพ.บ้านนา, รพ.องครักษ์ นนทบุรี = รพ.พระนั่งเกล้า, รพ.ปากเกร็ด พระนครศรีอยุธยา = รพ.บางปะอิน, รพ.ท่าเรือ, รพ.เสนา ปทุมธานี = รพ.ปทุมธานี, รพ.คลองหลวง, รพ.ลาดหลุมแก้ว

สคร. (A)	อำเภอเป้าหมาย		รวม D=(B+C)	ผลการประเมิน				โรงพยาบาลที่ "ผ่านมาตรฐาน QTB" (I)
	เสี่ยงสูง (B)	ปกติ (C)		ผ่าน (E)	(%) F=(E/D)	ไม่ผ่าน (G)	(%) H=(G/D)	
5	24	6	30	19	63.33	11	36.67	เพชรบุรี = รพ. พระจอมเกล้า, รพ.บ้านแหลม ประจวบคีรีขันธ์ = รพ.ประจวบคีรีขันธ์, สมุทรสงคราม = รพ.นากลาง, รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า สุพรรณบุรี = รพ.เจ้าพระยามรราช, รพ.บางปลาม้า, รพ.อู่ทอง กาญจนบุรี = รพ.พหลพลพยุหเสนา, รพ.มะการักษ์, รพ.ทองผาภูมิ, รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ราชบุรี = รพ.ราชบุรี, รพ.โพธาราม, รพ.บ้านแพ้ว สมุทรสาคร = รพ.สมุทรสาคร, รพ.บางเลน, รพ.สามพราน, รพ.กำแพงแสน
6	24	4	28	13	46.43	15	53.57	สมุทรปราการ = รพ.บางบ่อ ชลบุรี = รพ.เกาะสีชัง ระยอง = รพ.ระยอง, รพ.มาบตาพุด จันทบุรี = รพ.ขลุง, รพ.โป่งน้ำร้อน ตราด = รพ.ตราด, รพ.คลองใหญ่ ฉะเชิงเทรา = รพ.สนามชัยเขต ปราจีนบุรี = รพ.กบินทร์บุรี, รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร, รพ.นาดี สระแก้ว = รพ.สมเด็จพระยุพราช สระแก้ว

ภาคผนวก

สคร. (A)	อำเภอเป้าหมาย		รวม D=(B+C)	ผลการประเมิน				โรงพยาบาลที่ "ผ่านมาตรฐาน QTB" (I)
	เสี่ยงสูง (B)	ปกติ (C)		ผ่าน (E)	(%) F=(E/D)	ไม่ผ่าน (G)	(%) H=(G/D)	
7	12	5	17	15	88.23	2	11.77	<p>ขอนแก่น = รพ. ขอนแก่น, รพ.บ้านไผ่, รพ.ชุมแพ, รพ.เปือยน้อย, รพ.น้ำพอง</p> <p>กาฬสินธุ์ = รพ.กาฬสินธุ์, รพ.ยางตลาด, รพ.ภูผินารายณ์</p> <p>มหาสารคาม = รพ.โกสุมพิสัย, รพ.บรบือ</p> <p>รพ.กันทรวิชัย</p> <p>ร้อยเอ็ด = รพ.ร้อยเอ็ด, รพ.โพนทอง/ โพธิ์ชัย, รพ.เสลภูมิ, รพ.ศรีสมเด็จ</p>
8	21	6	27	21	77.77	6	22.23	<p>อุดรธานี = รพ.อุดรธานี, รพ.หนองวัวซอ รพ.หนองหาน, รพ.เพ็ญ</p> <p>บึงกาฬ = รพ.บึงกาฬ, รพ.เซกา</p> <p>หนองบัวลำภู = รพ.หนองบัวลำภู, รพ.โนนสัง, รพ.ศรีบุญเรือง</p> <p>เลย = รพ.เลย, รพ.วังสะพุง, รพ.เซียงคาน,รพ.ผาขาว</p> <p>หนองคาย = รพ.โพนพิสัย, รพ.ท่าบ่อ,</p> <p>นครพนม = รพ.ศรีสงคราม, รพ.บ้านแพง, รพ.สมเด็จพระยุพราชธาตุพนม</p> <p>สกลนคร = รพ.สกลนคร, รพ.พังโคน, รพ.บ้านม่วง</p>
9	12	7	19	15	78.95	4	21.05	<p>นครราชสีมา = รพ.ชุมชนปากช่องนานา, รพ.ชุมชนสีคิ้ว, รพ.คง</p> <p>ชัยภูมิ = รพ.ทั่วไปชัยภูมิ, รพ.ชุมชน หนองบัวแดง, รพ.ชุมชนภูเขียว, รพ.บำเหน็จณรงค์</p> <p>บุรีรัมย์ = รพ.ชุมชนสตึก, รพ.ชุมชน ประโคนชัย, รพ.กระสัง, รพ.ละหานทราย</p> <p>สุรินทร์ = รพ.ศูนย์สุรินทร์, รพ.ชุมชน ปราสาท, รพ.ชุมชนศีขรภูมิ, รพ.บัวเชด</p>

สคร. (A)	อำเภอเป้าหมาย		รวม D=(B+C)	ผลการประเมิน				โรงพยาบาลที่ "ผ่านมาตรฐาน QTB" (I)
	เสี่ยงสูง (B)	ปกติ (C)		ผ่าน (E)	(%) F=(E/D)	ไม่ผ่าน (G)	(%) H=(G/D)	
10	15	5	20	14	70	6	30	อุบลราชธานี = รพ.วารินชำราบ ศรีสะเกษ = รพ.ศีสะเกษ, รพ.กันทรลักษณ์, รพ.ขุนันธ์, รพ.ภูสิงห์, รพ.วังหิน ยโสธร = รพ.ยโสธร, รพ.คำเขื่อนแก้ว, รพ.สมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา, รพ.ป่าดัว อำนาจเจริญ = รพ.หัวตะพาน, รพ.ปทุมราชวงศา มุกดาหาร = รพ.มุกดาหาร, รพ.คำชะอี
11	21	7	28	16	57.14	12	42.86	กระบี่ = รพ.คลองท่อม, รพ.อ่าวลึก, รพ.เกาะลันตา พังงา = รพ.ท้ายเหมือง, รพ.คุระบุรีชัยพัฒน์ สุราษฎร์ธานี = รพ.เกาะสมุย, รพ.พุนพิน, รพ.กาญจนดิษฐ์ ระนอง = รพ.กระบี่, รพ.กะเปอร์ ชุมพร = รพ.ชุมพรเขตอุดมศักดิ์, รพ.ท่าแซะ, รพ.สวี, รพ.หลังสวน นครศรีธรรมราช = รพ.ทุ่งสง, รพ.ท่าศาลา

สคร. (A)	อำเภอเป้าหมาย		รวม D=(B+C)	ผลการประเมิน				โรงพยาบาลที่ "ผ่านมาตรฐาน QTB" (I)
	เสี่ยงสูง (B)	ปกติ (C)		ผ่าน (E)	(%) F=(E/D)	ไม่ผ่าน (G)	(%) H=(G/D)	
12	21	5	26	24	92.30	2	7.70	สงขลา = รพ.ศูนย์หาดใหญ่, รพ.สมเด็จพระบรมราชินีนาถนาทวี, รพ.สะเดา สตูล = รพ.สตูล, รพ.ควนกาหลง ตรัง = รพ.ตรัง, รพ.ย่านตาขาว, รพ.สิเกา, รพ.วังวิเศษ พัทลุง = รพ.พัทลุง, รพ.ควนขนุน, รพ.เขาชัยสน, รพ.ศรีบรรพต, ปัตตานี = รพ.ปัตตานี, รพ.ยะหริ่ง, รพ.ยะรัง, รพ.สายบุรี ยะลา = รพ.ศูนย์ยะลา, รพ.ยะหา, รพ.บันนังสตา นราธิวาส = รพ.นราธิวาส, รพ.ระแงะ, รพ.สุโหงโกลก, รพ.ยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
รวม	228	63	291	221	75.9	70	24.1	221

หมายเหตุ ข้อมูล www.tbthailand.org/QTB ณ 31 สิงหาคม 2559

คู่มือประเมินมาตรฐาน
โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค QTB

ISBN : 978-616-11-2500-4

พิมพ์ที่ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์

พิมพ์ครั้งที่ 2 : พ.ศ. 2560 จำนวน 1,500 เล่ม