



# ROWAY

## A Q E S

กรอบการประเมิน  
ยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ  
เขตบริการสุขภาพที่ 8  
ประจำปีงบประมาณ 2557

สำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 8

## คำนำ

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบการประเมินยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 8 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ประกอบด้วย 15 ประเด็นยุทธศาสตร์เน้นหนัก ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การพัฒนาระบบบริการโรคหัวใจและหลอดเลือด การพัฒนาระบบบริการ ER & EMS คุณภาพ การพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก การพัฒนาระบบบริการรักษาโรคตา การพัฒนาระบบการส่งต่อ การพัฒนาระบบบริการโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี การพัฒนาระบบบริการทันตกรรม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาว Long term care การพัฒนาระบบการเงินการคลัง การพัฒนาระบบการจัดซื้อร่วม (strategic sourcing) การพัฒนาระบบประเมินผล รพ.สต./คปสอ. ตีตกดาว การพัฒนาระบบคุณภาพบริการของโรงพยาบาลด้วย Hospital accreditation และการพัฒนาระบบสารสนเทศทางด้านสุขภาพ

คณะผู้จัดทำ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า กรอบการประเมินยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์แก่งานที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจได้พอสมควร หากมีข้อผิดพลาดประการใด คณะผู้จัดทำขอน้อมรับไว้เพื่อปรับปรุงแก้ไขในโอกาสต่อไป

สำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 8  
มกราคม 2557

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	1
ตัวชี้วัด น้ำหนัก เป้าหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนตามแผนการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557	3-8
ตัวชี้วัด น้ำหนัก เป้าหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 8 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557	9-13
รายละเอียดตัวชี้วัดตามกรอบประเมินยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ	
การพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	14-33
การพัฒนาระบบบริการโรคหัวใจ และหลอดเลือด	34-37
การพัฒนาระบบบริการ ER & EMS คุณภาพ	38-50
การพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก	51-61
การพัฒนาระบบบริการโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี	62-69
การพัฒนาระบบการส่งต่อ	70-73
การพัฒนาระบบบริการรักษาโรคตา	74-78
การพัฒนาระบบบริการทันตกรรม	79-82
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต	83-87
การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาว Long term care	88-94
การพัฒนาระบบการเงินการคลัง	95-97
การพัฒนาระบบการจัดซื้อร่วม (strategic sourcing)	98-100
การพัฒนาระบบประเมินผล รพ.สต./คปสอ. ติดตาม	101-109
การพัฒนาระบบคุณภาพบริการของโรงพยาบาลด้วย Hospital accreditation	110-112
การพัฒนาระบบสารสนเทศทางด้านสุขภาพ	113-117

ตัวชี้วัด น้ำหนัก เป้าหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ระดับเป้าหมาย (ปีงบประมาณ 2557)	เกณฑ์การให้คะแนน				
				1	2	3	4	5
(107) อัตราส่วนมารดาตาย	อัตรา	4	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	25	20	15	10	5
(108) ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย ***	ร้อยละ		ไม่น้อยกว่า 85					
(109) ร้อยละของเด็กนักเรียนมีภาวะอ้วน	ร้อยละ	3	ไม่เกิน 15	25	20	15	10	5
(110) เด็กไทยมีความฉลาดทางสติปัญญาเฉลี่ย	ร้อยละ	2	ไม่น้อยกว่า 100	80	85	90	95	100
(111) อัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี	อัตรา	3	ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน	60	55	50	45	40
(112) ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี	ร้อยละ	2	ไม่เกิน ร้อยละ 13	17	15	13	11	9
(113) อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน	อัตรา	2	ไม่เกิน 20 ต่อ ประชากรแสนคน	30	25	20	15	10
(114) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	อัตรา	3	ไม่เกิน 23 ต่อประชากรแสนคน	27	25	23	21	19
(115) อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุ (ภายใน 5 ปี)	อัตรา	2	ไม่เกิน 170 ต่อประชากรแสนคน	180	175	170	165	160
(116) ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับการครบถ้วน (ภายใน 3 ปี)	ร้อยละ	3	100	60	70	80	90	100
(201) ร้อยละผู้ป่วยโรคหัวใจกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ ***	ร้อยละ		70					
(203) ร้อยละของ EMS, ER คุณภาพ ***								

ตัวชี้วัด น้ำหนัก เป้าหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ระดับเป้าหมาย (ปีงบประมาณ 2557)	เกณฑ์การให้คะแนน				
				1	2	3	4	5
(203.1) ร้อยละของผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติ(สีเหลืองและสีแดง)ที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาทีที่ได้รับแจ้งเหตุ(EMS) ***	ร้อยละ		ไม่น้อยกว่า 70					
(203.2) ร้อยละของ ER คุณภาพ ***	ร้อยละ		ไม่น้อยกว่า 70					
(204) ลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของ ทารกแรกเกิด น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ภายใน 28 วัน ***	ร้อยละ		ลดลงร้อยละ 5 ของอัตราตายปีที่ผ่านมา					
(205) ร้อยละของบริการ ANC คุณภาพ ***	ร้อยละ		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70					
(206) ร้อยละของห้องคลอดคุณภาพ ***	ร้อยละ		ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70					
(207) ร้อยละของศูนย์ให้คำปรึกษาคุณภาพ (Psychosocial Clinic)และเชื่อมโยงกับระบบช่วยเหลือ	ร้อยละ	3	70	60	65	70	75	80
(208) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ***	ร้อยละ		มากกว่าร้อยละ 31					
(209) ส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการ ***	ร้อยละ		ลดลงร้อยละ 50					
(210) ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	3	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	30	40	50	60	70
(211) ร้อยละของรพ.สต./ศสม.ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ***	ร้อยละ		45					
(212) ร้อยละ CKD Clinic ตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไป ***	ร้อยละ		100					

ตัวชี้วัด น้ำหนัก เป้าหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ระดับเป้าหมาย (ปีงบประมาณ 2557)	เกณฑ์การให้คะแนน				
				1	2	3	4	5
(213) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน เข้าจอประสาทตา ***	ร้อยละ		60					
(214) ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ ***	ร้อยละ		ไม่น้อยกว่า 70					
(215) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	3	ไม่น้อยกว่า 40	20	30	40	50	60
(216) ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดัน โลหิตได้ดี	ร้อยละ	3	ไม่น้อยกว่า 50	30	40	50	60	70
(217) จำนวนของผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับยาละลายลิ่ม เลือดเพิ่มขึ้น **ระดับเขต	จำนวน		ระดับ A S M1 เพิ่มขึ้น 1 แห่ง					
(217.1) การพัฒนาบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือด SFT(Stroke Fast Track) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบหรืออุดตัน ** ระดับเขต								
(217.2) การจัดตั้ง SU (Stroke Unit) ดูแลในหออภิบาล โรคหลอดเลือดสมองเพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	มี/ไม่มี	3		ไม่มี				มี
(217.3) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอย่างน้อย 1 วิธี	ร้อยละ	3	ไม่น้อยกว่า 80	60	70	80	90	100
(222) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ	3	มากกว่าหรือเท่ากับ 16	12	14	16	18	20

ตัวชี้วัด น้ำหนัก เป้าหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ระดับเป้าหมาย (ปีงบประมาณ 2557)	เกณฑ์การให้คะแนน				
				1	2	3	4	5
(223) ลดความแออัด : ผู้ป่วยส่งต่อจาก รพ. ระดับ M1 M2 ที่มีค่า adj RW $\leq$ 1.0 ลดลง	ร้อยละ	4	30	20	25	30	35	40
ลดเวลารอคอย : ร้อยละของเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก รพศ. /รพท./ รพช. ลดลง	ร้อยละ	3	25	15	20	25	30	35
(224) ร้อยละของ WCC คุณภาพ ***	ร้อยละ		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70					
(225) ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ	ร้อยละ	3	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	50	60	70	80	90
(226) ร้อยละของอำเภอที่มีทีม miniMERT คุณภาพ	ร้อยละ	3	80	60	70	80	90	100
(227) ร้อยละของอำเภอที่มีทีม MCATT คุณภาพ	ร้อยละ	3	80	60	70	80	90	100
(228) ร้อยละของอำเภอที่มีทีม SRRT คุณภาพ	ร้อยละ	3	80	60	70	80	90	100
(229) ร้อยละของห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีคุณภาพ และมาตรฐานการบริการ	ร้อยละ	3	100	60	70	80	90	100
(230) ดัชนีผู้ป่วยใน(CMI)ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service Plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ของหน่วย บริการ	3	100	60	70	80	90	100
(231) อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บต่อสมองลดลง	อัตรา	3	ลดลงจากปี 2556	ไม่ลด				ลด
(232) ร้อยละของผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดที่ได้รับการติดตามไม่กลับไปเสพยาซ้ำ	ร้อยละ	2	80	70	75	80	85	90
(233) ร้อยละของข้อร้องเรียนของผู้บริโภค ได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	3	98	96	97	98	99	100

ตัวชี้วัด น้ำหนัก เป้าหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ระดับเป้าหมาย (ปีงบประมาณ 2557)	เกณฑ์การให้คะแนน				
				1	2	3	4	5
(301) มีระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการในทุกระดับ ***	มี/ไม่มี		มี					
(302) มีแผนกำลังคนและดำเนินการตามแผน -มีการบริหารจัดการ การกระจายบุคลากรในเขต/จังหวัด -มีการใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน -มีการใช้ FTE -มีการบริหารจัดการ Labor costที่เหมาะสมในเขต / จังหวัด	มี/ไม่มี	3	มี	ไม่มี				มี
(303) ร้อยละของรายการจัดซื้อ จัดจ้าง งบลงทุนสามารถลงนามในสัญญาได้ ไตรมาสที่1	ร้อยละ	3	100	60	70	80	90	100
(304) ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณในภาพรวมในปีงบประมาณ 2557	ร้อยละ	3	ไม่น้อยกว่า95	93	94	95	96	≥97
(305) มีแผนการเงินการคลังและดำเนินการตามแผน (การบริหารงบประมาณรวม/การลงทุนรวม /การบริหารเวชภัณฑ์รวม) ***	มี/ไม่มี		มี					
(306) ประสิทธิภาพการบริหารการเงินสามารถควบคุมให้หน่วยบริการในพื้นที่ มีปัญหาการเงินระดับ 7 ***	ร้อยละ		ไม่เกินร้อยละ10					
(307) หน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน ***	ร้อยละ		20					
(308) ลดต้นทุนของยา เวชภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ***								



ตัวชี้วัด น้ำหนัก เป้าหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ระดับเป้าหมาย (ปีงบประมาณ 2557)	เกณฑ์การให้คะแนน				
				1	2	3	4	5
(308.1) ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯ ของหน่วยงาน ***	ร้อยละ		10					
(308.2) มูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยงาน ***	ร้อยละ		≥20					
(401) ระดับความสำเร็จของการจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ระดับ	3	5	17	27	37	47	57
(402) ร้อยละของตลาดประเภทที่ 2 ที่ได้รับการติดตามประเมินคุณภาพตลาดตามกฎหมายว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ. 2551	ร้อยละ	3	80	60	70	80	90	100
(403) ร้อยละของจำนวนข้อร้องเรียนเรื่องเหตุรำคาญตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ได้รับการจัดการ	ร้อยละ	3	80	60	70	80	90	100
(404) ร้อยละความสำเร็จของข้อร้องเรียนของผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพได้รับการแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	2	98	58	68	78	88	98
(405) ร้อยละของข้อร้องเรียนของผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพที่ได้รับการแก้ไขจนได้ข้อยุติ	ร้อยละ	2	57	17	27	37	47	57
รวมน้ำหนักคะแนน		100						

\*\*\* ซ้ำกับตัวชี้วัดเขต 8

ตัวชี้วัด น้ำหนัก เป้าหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพเขตบริการสุขภาพที่ 8 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ระดับเป้าหมาย (ปีงบประมาณ) 2557	เกณฑ์การให้คะแนน				
				1	2	3	4	5
<b>1. การพัฒนาระบบบริการโรคเรื้อรัง</b>								
1.1 ร้อยละ คลินิก NCD คุณภาพระดับดี-ดีมาก	ร้อยละ	8	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	60	65	70	75	80
1.2 ร้อยละ CKD clinic คุณภาพ								
-ระดับจังหวัด : รพศ./รพท.	ร้อยละ	2	ร้อยละ 100	60	70	80	90	100
: รพช.ระดับ M, M2			ร้อยละ 50	10	20	30	40	50
1.3 ร้อยละ CKD Clinic ตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไป	ร้อยละ	2	ร้อยละ 100	60	70	80	90	100
<b>2. การพัฒนาระบบบริการโรคหัวใจและหลอดเลือด</b>								
2.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน เฉียบพลัน ได้รับยาฉีดละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ	ร้อยละ	4	มากกว่าร้อยละ 3	1	3	5	7	9
2.2 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ***	ร้อยละ	4	ร้อยละ 70	50	60	70	80	90
<b>3. การพัฒนาระบบบริการ ER และ EMS คุณภาพ</b>								
3.1 ร้อยละของ ER คุณภาพ ***	ร้อยละ	4	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	30	40	50	60	≥70
3.2 ร้อยละของ EMS คุณภาพ ***	ร้อยละ	4	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	50	60	70	80	90
<b>4. การพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก</b>								
4.1 ร้อยละโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้บริการ ANC มีคุณภาพ ***	ร้อยละ	2	ร้อยละ 70	≤39	40-49	50-59	60-69	≥70
4.2 ร้อยละโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้บริการ WCC มีคุณภาพ ***	ร้อยละ	2	ร้อยละ 70	≤39	40-49	50-59	60-69	≥70

ตัวชี้วัด น้ำหนัก เป้าหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพเขตบริการสุขภาพที่ 8 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ระดับเป้าหมาย (ปีงบประมาณ) 2557	เกณฑ์การให้คะแนน				
				1	2	3	4	5
4.3 ร้อยละห้องคลอดให้บริการคลอดมีคุณภาพ ***	ร้อยละ	2	ร้อยละ 100	≤85	85-89	90-94	95-99	100
4.4 ลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดที่อายุน้อยหรือเท่ากับ 28 วัน ***	อัตรา	2	ต่ำกว่า 8:1000 การเกิดมีชีพ หรือมีแนวโน้มลดลง	> 22	18-22	13-17	8-12	<8
<b>5. การพัฒนาระบบบริการโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี</b>								
5.1 ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ระดับ	6	3	1	2	3	4	5
<b>6. การพัฒนาระบบส่งต่อ</b>								
6.1 ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดการส่งต่อนอกเขต ***	ระดับ	5	ระดับ 3	1	2	3	4	5
<b>7. การพัฒนาระบบบริการสาขาทา</b>								
7.1 ร้อยละของประชาชนอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่ผ่าตัดต่อกระดูกเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	3	ร้อยละ 12	4	6	8	10	12
7.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา ***	ร้อยละ	3	ร้อยละ 60	40	45	50	55	60
<b>8. การพัฒนาระบบบริการทันตกรรม</b>								
8.1 ร้อยละของเด็กประถม 1 ได้รับการตรวจช่องปากและเคลือบหลุมร่องฟัน								
8.1.1 ร้อยละของเด็ก ป.1 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ	1	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	75	80	85	90	95

ตัวชี้วัด น้ำหนัก เป้าหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพเขตบริการสุขภาพที่ 8 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ระดับเป้าหมาย (ปีงบประมาณ) 2557	เกณฑ์การให้คะแนน				
				1	2	3	4	5
8.1.2 ร้อยละของเด็ก ป.1 ได้รับการเคลื่อนหลุมร่องฟันใน ฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่ง	ร้อยละ	1	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	20	25	30	35	40
8.2 ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มี คุณภาพ ***	ร้อยละ	3	ร้อยละ 45	25	30	35	40	45
<b>9. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต</b>								
9.1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ***	ร้อยละ	3	มากกว่าร้อยละ 31	19	22	25	28	31
9.2 ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย ได้รับการกระตุ้น พัฒนาการ	ร้อยละ	2	ร้อยละ 90	50	60	70	80	90
<b>10. การพัฒนาระบบบริการ Long Term Care</b>								
10.1 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแลระยะยาว	ระดับ	5	3 ขึ้นไป	1	2	3	4	5
<b>11. การพัฒนาระบบการเงินการคลัง</b>								
11.1 ประสิทธิภาพการบริหารการเงิน สามารถควบคุมให้หน่วย บริการในพื้นที่มีปัญหาการเงินระดับ 7 ***	ร้อยละ	4	ไม่เกินร้อยละ 10	12	11	10	9	8
11.2 รพ. ที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินค่าเฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ ***	ร้อยละ	3	ไม่เกินร้อยละ 20	30	25	20	15	10
<b>12. การพัฒนาระบบการจัดซื้อ (Strategic Sourcing)</b>								
12.1 ลดต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ของหน่วยงาน ***	ร้อยละ	4.5	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10	5	7.5	10	12.5	15
12.2 มูลค่าการจัดซื้อรวมยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยงาน ***	ร้อยละ	4.5	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	10	15	20	25	30

ตัวชี้วัด น้ำหนัก เป้าหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพเขตบริการสุขภาพที่ 8 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ระดับเป้าหมาย (ปีงบประมาณ) 2557	เกณฑ์การให้คะแนน				
				1	2	3	4	5
<b>13. การพัฒนาระบบประเมิน รพ.สต./คปสอ.ติดตาม</b>								
13.1 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน คปสอ.ติดตาม								
-ระดับ 5 ดาว (อิงกลุ่ม)		1.5	≥ร้อยละ 15	5	10	15	20	25
-ระดับ 4 ดาว (อิงเกณฑ์)		1	≥ร้อยละ 45	35	40	45	50	55
-ระดับ 3 ดาว (อิงเกณฑ์)		0.5	≥ร้อยละ 40	30	35	40	45	50
13.2 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม								
ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนา คุณภาพ		3						
ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม								
-รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว (อิงกลุ่ม)			≥ร้อยละ 15	5	10	15	20	25
-รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 ดาว (อิงเกณฑ์)			≥ร้อยละ 35	25	30	35	40	45
-รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ดาว (อิงเกณฑ์)			≥ร้อยละ 50	40	45	50	55	60
<b>14. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA</b>								
14.1 ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA								

ตัวชี้วัด น้ำหนัก เป้าหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพเขตบริการสุขภาพที่ 8 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	ระดับเป้าหมาย (ปีงบประมาณ) 2557	เกณฑ์การให้คะแนน				
				1	2	3	4	5
- โรงพยาบาล (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ทั้งหมด ใน จังหวัด ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลตาม มาตรฐาน HA	ร้อยละ	4	ร้อยละ 70	30	40	50	60	70
14.2 โรงพยาบาล (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ผ่านการ ประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA สามารถธำรงรักษา/ผ่านการประเมินซ้ำ	ร้อยละ	1	ร้อยละ 100	60	70	80	90	100
<b>15. การพัฒนาระบบสารสนเทศทางด้านสุขภาพ</b>								
15.1 หน่วยบริการมีระบบข้อมูลที่มีคุณภาพที่เชื่อถือได้สำหรับ การบริหารจัดการระดับดีขึ้น	ร้อยละ	5	≥80	70	75	80	85	90
รวมน้ำหนักคะแนน		100						

\*\*\* ชำกับตัวชี้วัดกระทรวงฯ

ประเด็นยุทธศาสตร์  
การพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. การพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 1.1	ร้อยละ คลินิก NCD คุณภาพระดับดี-ดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	ร้อยละ 8
คำอธิบาย	<p><b>คลินิก NCD คุณภาพ</b> หมายถึง คลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มป่วยเพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จำเป็นในระหว่างทีมใน/ระหว่าง ทีมและเครือข่ายการบริการ</p> <p><b>คลินิก NCD คุณภาพ ประกอบด้วย</b></p> <p><b>1. กระบวนการพัฒนา NCD คุณภาพ (ร้อยละ 40) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ ได้แก่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) มีทิศทางและนโยบาย (มีเกณฑ์ย่อย 4 ข้อ ๆ ละ 5 ประเด็น ได้แก่ ก, ข, ค, ง, จ)</li> <li>2) มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ (มีเกณฑ์ย่อย 3 ข้อๆ ละ 5 ประเด็น ได้แก่ ก, ข, ค, ง, จ)</li> <li>3) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (มีเกณฑ์ย่อย 6 ข้อๆ ละ 5 ประเด็น ได้แก่ ก, ข, ค, ง, จ)</li> <li>4) มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (มีเกณฑ์ย่อย 3 ข้อ ๆ ละ 5 ประเด็น ได้แก่ ก, ข, ค, ง, จ)</li> <li>5) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (มีเกณฑ์ย่อย 3 ข้อๆ ละ 5 ประเด็น ได้แก่ ก, ข, ค, ง, จ)</li> <li>6) มีระบบสารสนเทศ (มีเกณฑ์ย่อย 5 ข้อ ๆ ละ 5 ประเด็น ได้แก่ ก, ข, ค, ง, จ)</li> </ol> <p><b>2. ผลลัพธ์การพัฒนา NCD คุณภาพ (ร้อยละ 60) ประกอบด้วย 9 KPI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95</li> <li>2. ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40</li> <li>3. ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60</li> <li>4. ผู้ป่วย DM/HT ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ</li> <li>5. ผู้ป่วย DM/HT ที่สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</li> <li>6. ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65</li> <li>6.2 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65</li> <li>6.3 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเท้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65</li> <li>6.4 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60</li> </ol> </li> <li>6.5 ผู้ป่วย HT ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65</li> <li>7. ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่น้อยกว่าร้อยละ 60</li> </ol>



	<p>8. ผู้ป่วย DM/HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ เท่ากับร้อยละ 100</p> <p>9. ผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาหรือส่งต่อเพื่อได้รับยาละลายลิ่มเลือด / PC ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</p> <p><b>การประเมิน คลินิก NCD คุณภาพ</b></p> <p>1. หน่วยบริการทุกแห่ง (รพศ., รพท. รพช.) ประเมินตนเอง 2 รอบ โดย</p> <p>1.1 รอบที่ 1 (ตุลาคม 2556 – มีนาคม 2557) ประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินตามเกณฑ์การประเมิน คลินิก NCD คุณภาพ เพื่อหาส่วนขาดและโอกาสในการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ รวมทั้ง จัดทำแผนการดำเนินงาน คลินิก NCD คุณภาพ ตลอดจนแนวทางแก้ไขในหน่วยบริการตนเอง</p> <p>1.2 รอบที่ 2 (เมษายน 2557 – กันยายน 2557) ประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินตามเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ</p> <p>2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ประกอบด้วย</p> <p>2.1 โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2 ทุกแห่งในเขตบริการสาธารณสุข</p> <p>2.2 โรงพยาบาลชุมชน (F1-F3) ในเขต ที่ได้รับการสุ่มประเมินร้อยละ 30 (ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2558 และ 2559 สุ่มประเมินเพื่อรับรอง ร้อยละ 40 และ ร้อยละ 30 ตามลำดับ)</p>
<b>การตัดสินผ่านเกณฑ์ คลินิก NCD คุณภาพ</b>	<p>เกณฑ์น้ำหนักร้อยละ 100 (วัดกระบวนการ ร้อยละ 40 และ วัดผลลัพธ์ ร้อยละ 60) โรงพยาบาลระดับ A, S, M1-M2, F1-F2 จะต้องมีผลประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 (ระดับดีขึ้นไป) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ดีมาก</li> <li>- ระหว่าง ร้อยละ 80 – 89 ดี</li> <li>- ระหว่าง ร้อยละ 70 – 79 ปานกลาง</li> <li>- ระหว่าง ร้อยละ 60 – 69 พอใช้</li> </ul>
<b>รอบที่ 1</b>	(ตุลาคม 2556 – มีนาคม 2557)
<b>รอบที่ 2</b>	(เมษายน 2557 – กันยายน 2557)
<b>หน่วยบริการ เป้าหมาย</b>	โรงพยาบาล ระดับ A, S, M1, M2, F1-F3 ทุกแห่ง ในเขตเครือข่ายบริการที่ 8 จำนวน 80 แห่ง
<b>เป้าหมาย</b>	หน่วยบริการผ่านการประเมิน NCD คุณภาพ ระดับดี-ดีมาก ร้อยละ 80
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A : จำนวนหน่วยบริการผ่านการประเมิน NCD คุณภาพ ระดับดี-ดีมาก
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B : จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด
<b>สูตรคำนวณ</b>	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน			
	1	หน่วยบริการผ่านการประเมิน NCD คุณภาพ ระดับดี-ดีมาก ร้อยละ 60			
	2	หน่วยบริการผ่านการประเมิน NCD คุณภาพ ระดับดี-ดีมาก ร้อยละ 65			
	3	หน่วยบริการผ่านการประเมิน NCD คุณภาพ ระดับดี-ดีมาก ร้อยละ 70			
	4	หน่วยบริการผ่านการประเมิน NCD คุณภาพ ระดับดี-ดีมาก ร้อยละ 75			
	5	หน่วยบริการผ่านการประเมิน NCD คุณภาพ ระดับดี-ดีมาก ร้อยละ 80			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			ปีงบประมาณ		
			2554	2555	2556
	ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ จ.สกลนคร	ร้อยละ	-	-	88.88
	ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ จ.นครพนม	ร้อยละ	-	-	63.64
	ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ จ.บึงกาฬ	ร้อยละ	-	-	62.50
	ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ จ.หนองคาย	ร้อยละ	-	-	100
	ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ จ.หนองบัวลำภู	ร้อยละ	-	-	50.00
	ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ จ.เลย	ร้อยละ	-	-	84.62
	ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ จ.อุดรธานี	ร้อยละ	-	-	66.66
ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ เครือข่ายบริการที่ 8	ร้อยละ	-	-	75.00	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ มือถือ 08 34013937 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4241 2456-65 โทรสาร 0 4242 1465 E-mail : sutarut2010@hotmail.com				
	2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com				
ผู้รายงานผลการดำเนิน	1. นายแพทย์วิวรรธน์ ก่อวิริยกุล มือถือ 08 9710 3186 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : vivat99@hotmail.com				
	2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com				

แบบประเมินมาตรฐาน NCD คุณภาพ

ที่	รายการ	น้ำหนัก	คะแนนที่ได้
1	ด้านกระบวนการพัฒนา NCD คุณภาพ	40	
1.1	มีทิศทางและนโยบาย	7	
1.2	มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ	8	
1.3	จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	6	
1.4	มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	7	
1.5	มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	6	
1.6	มีระบบสารสนเทศ	6	
2	ผลลัพธ์การพัฒนา NCD คุณภาพ	60	
2.1	ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	8	
2.2	ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	8	
2.3	ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	8	
2.4	ผู้ป่วย DM/HT ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	7	
2.5	ผู้ป่วย DM/HT ที่สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่ได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	5	
2.6	ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน 1 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 2 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 3 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเท้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 4 ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 5 ผู้ป่วย HT ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65	1.5 1.5 1.5 1.5 1	
2.7	ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60	5	
2.8	ผู้ป่วย DM/HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ เท่ากับร้อยละ 100	5	
2.9	ผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาหรือส่งต่อเพื่อได้รับยาละลายลิ่มเลือด / PC ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50	7	
	รวมคะแนน	100	

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
น้ำหนัก	ร้อยละ 8
คำนิยาม	<p><b>ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน</b> หมายถึง การเฝ้าระวัง และคัดกรองโรคเบาหวานโดยอาสาสมัครสาธารณสุขสำรวจ ค้นหา และจัดทำทะเบียน ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในละแวกคุ้มครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ พร้อมทั้งจัดทำทะเบียนและจดบันทึกไว้ในสมุดปฏิบัติงานเพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวัง พฤติกรรมสุขภาพ และโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชน รายละเอียดดังนี้</p> <p><b>1. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน</b>          จัดกิจกรรมประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้น โดยใช้แบบสอบถามด้วยวาจาเพื่อ คัดกรอง และสอบถามเบื้องต้นใน 7 ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด</li> <li>1.2 การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง</li> <li>1.3 การออกกำลังกาย</li> <li>1.4 ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร</li> <li>1.5 การใช้ยาชุด</li> <li>1.6 สุขภาพจิต</li> <li>1.7 การรับประทานอาหาร (สุก ๆ ดิบ ๆ รสเค็ม รสหวาน)</li> </ol> <p><b>2. การเฝ้าระวังโรคเบาหวาน ในชุมชนร่วมกับสถานบริการ</b>  <b>การคัดกรองโรคเบาหวาน</b> ชักถามโอกาสเสี่ยงด้วยแบบคัดกรองเบาหวาน เบื้องต้น</p> <p><b>กลุ่มประชาชนอายุ 15 – 34 ปี</b> มีข้อคำถามปัจจัยเสี่ยง 5 ข้อ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) <math>\geq 27</math> กิโลกรัม/ตารางเมตร และ/หรือรอบเอว <math>\geq 90</math> ซม. ในผู้ชาย หรือ <math>\geq 80</math> ซม. ในผู้หญิง              การปฏิบัติ : ชั่งน้ำหนัก (หน่วยเป็นกิโลกรัม) วัดส่วนสูง (หน่วยเป็นเมตร) วัด รอบเอว (หน่วยเป็นเซนติเมตร) คำนวณดัชนีมวลกายโดยใช้ข้อมูลเรื่อง น้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วย ความสูง (เมตร) 2 ครั้ง</li> <li>2) มีประวัติญาติสายตรง พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคเบาหวาน</li> <li>3) มีรอยพับรอบคอหรือใต้รักแร้ดำ</li> <li>4) มีระดับความดันโลหิตสูง <math>\geq 140/90</math> mmHg</li> <li>5) กรณีมีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัว แรกคลอด <math>&gt; 4</math> กิโลกรัม</li> </ol> <p>เมื่อพบปัจจัยเสี่ยง 3 ข้อขึ้นไป หรือเพียงข้อ 5 ข้อเดียว ให้แจ้งกลุ่มเป้าหมาย ทราบ และส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจน้ำตาลในเลือดทุกราย</p>

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 (ต่อ)	ร้อยละประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน (ต่อ)		
	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป (ไม่รวมหญิงตั้งครรภ์) 1. ดำเนินการวัดรอบพุงหรือรอบเอวทุกราย 2. ส่งเจาะเลือดที่ปลายนิ้วมือ (Fasting capillary blood glucose) เพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดทุกราย		
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบ (ที่อยู่จริงใน Type Area 1 และ 3)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แฟ้มรายนาม 21 แฟ้ม และ 43 แฟ้ม		
แหล่งข้อมูล	รพศ., รพท., รพช., รพ.สต., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด (ที่อยู่จริงใน Type Area 1 และ 3)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A / B) x 100		
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 91	
	2	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 92	
	3	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 93	
	4	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 94	
	5	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 95	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ มือถือ 08 34013937 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4241 2456-65 โทรสาร 0 4242 1465 E-mail : sutarut2010@hotmail.com 2. นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์วิวรรณ ก่อวิริยกุล มือถือ 08 9710 3186 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4241 2456-65 โทรสาร 0 4242 1465 E-mail : vivat99@hotmail.com 2. นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com		

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2	ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	
น้ำหนัก	ร้อยละ 8	
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสุ่มตรวจหาค่าระดับน้ำตาลที่จับกับ Hemoglobin ในกระแสเลือด (HbA1c) มีค่าน้อยกว่า 7%</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาล (HbA1c) ในเลือด หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสุ่มตรวจอย่างเป็นระบบร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (วิธีการสุ่มตรวจฯ ตามเกณฑ์แนวทางของเครือข่ายบริการที่ 8) รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย</p>	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาล (HbA1c) ในเลือด ในปี 2557	
เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แฟ้มรายงาน 21 แฟ้ม และ 43 แฟ้ม	
แหล่งข้อมูล	รพศ., รพท., รพช., รพ.สต., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ (HbA1c มีค่าน้อยกว่า 7%)	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สุ่มได้ (ร้อยละ 30) บวกกับจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่ (FBS) มากกว่า 200 mg%	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 20
	2	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 25
	3	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 30
	4	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 35
	5	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 40
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ มือถือ 08 34013937 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4241 2456-65 โทรสาร 0 4242 1465 E-mail : sutarut2010@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com</p>	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายแพทย์วิวรรณ์ ก่อวิริยกุล มือถือ 08 9710 3186 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : vivat99@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com</p>	

ตัวชี้วัดย่อยที่ 3	ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	
น้ำหนัก	ร้อยละ 8	
คำนิยาม	<b>ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย หมายถึง</b> 1. ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไป ที่ไม่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน <140/90 มม.ปรอท. 2. ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน <140/80 มม.ปรอท <b>หมายเหตุ :</b> ปี 2557 ค่าระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ในผู้ป่วยเบาหวาน ปรับจาก <130/80 มม.ปรอท เป็น <140/80 มม.ปรอท	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามในคลินิกความดันโลหิต/คลินิกเบาหวาน/คลินิกโรคเรื้อรัง/คลินิกอายุรกรรม ในปี 2557	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แฟ้มรายงาน 21 แฟ้ม และ 43 แฟ้ม	
แหล่งข้อมูล	รพศ., รพท., รพช., รพ.สต., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ มารับการตรวจติดตามในคลินิกบริการทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 40
	2	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 45
	3	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 50
	4	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 55
	5	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 60
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ มือถือ 08 34013937 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4241 2456-65 โทรสาร 0 4242 1465 E-mail : sutarut2010@hotmail.com 2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์วิวรรณ์ ก่อวิริยกุล มือถือ 08 9710 3186 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : vivat99@hotmail.com 2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com	

ตัวชี้วัดย่อยที่ 4	ผู้ป่วย DM/HT ปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 100												
น้ำหนัก	ร้อยละ 7												
คำนิยาม	ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานและหรือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการคำแนะนำการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ที่เหมาะสม ร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้น แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทันทีที่ได้รับการวินิจฉัย เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และความโลหิตได้ ซึ่งคำแนะนำและแนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยตาม CPG เครือข่ายบริการที่ 8 (หน้า 49-65)												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมด												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานเฉพาะกิจหน่วยบริการ												
แหล่งข้อมูล	รพศ., รพท., รพช., รพ.สต., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ												
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยDM/HT ที่ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมด												
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$												
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 80</td></tr> <tr> <td>2</td><td>ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 85</td></tr> <tr> <td>3</td><td>ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 90</td></tr> <tr> <td>4</td><td>ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 95</td></tr> <tr> <td>5</td><td>ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 100</td></tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 80	2	ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 85	3	ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 90	4	ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 95	5	ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 100
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน												
1	ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 80												
2	ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 85												
3	ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 90												
4	ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 95												
5	ผู้ป่วยDM/HT ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 100												



ตัวชี้วัดย่อยที่ 4	ผู้ป่วย DM/HT ปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 100
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ มือถือ 08 34013937 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4241 2456-65 โทรสาร 0 4242 1465 E-mail : sutarut2010@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com</p>
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. นายแพทย์วิวรรณ ก่อวิริยกุล มือถือ 08 9710 3186 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : vivat99@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com</p>

ตัวชี้วัดย่อยที่ 5	ผู้ป่วย DM/HT ที่สูบบุหรี่ เลิกบุหรี่ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50		
น้ำหนัก	ร้อยละ 5		
คำนิยาม	ผู้ป่วย DM/HT ที่สูบบุหรี่ เลิกบุหรี่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานและหรือ/ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในคลินิก COPD หรือคลินิกให้คำปรึกษาอื่นๆ ในโรงพยาบาลได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษา และการรักษาให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ และผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในคลินิก COPD หรือ คลินิกให้คำปรึกษาอื่นๆ ในโรงพยาบาล		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานเฉพาะกิจของหน่วยบริการ		
แหล่งข้อมูล	รพศ., รพท., รพช., รพ.สต., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในคลินิก COPD หรือ คลินิกให้คำปรึกษาอื่นๆ ในโรงพยาบาล และเลิกสูบบุหรี่ได้		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่และได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในคลินิก COPD หรือคลินิกให้คำปรึกษาอื่นๆ ในโรงพยาบาลทั้งหมด		
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100		
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	ผู้ป่วย DM/HT ที่สูบบุหรี่ เลิกบุหรี่ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	
	2	ผู้ป่วย DM/HT ที่สูบบุหรี่ เลิกบุหรี่ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35	
	3	ผู้ป่วย DM/HT ที่สูบบุหรี่ เลิกบุหรี่ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	
	4	ผู้ป่วย DM/HT ที่สูบบุหรี่ เลิกบุหรี่ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45	
	5	ผู้ป่วย DM/HT ที่สูบบุหรี่ เลิกบุหรี่ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ มือถือ 08 34013937 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4241 2456-65 โทรสาร 0 4242 1465 E-mail : sutarut2010@hotmail.com 2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์วิวรรณ ก่อวิริยกุล มือถือ 08 9710 3186 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : vivat99@hotmail.com 2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com		

ตัวชี้วัดย่อยที่ 6	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามเกณฑ์อย่างน้อยปีละครั้ง 6.1 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 และช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	
น้ำหนัก	ร้อยละ 5.5 (ตา ร้อยละ 1.5/ ไต ร้อยละ 1.5/ เท้า ร้อยละ 1.5/ ช่องปาก ร้อยละ 1)	
คำนิยาม	<p>เบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา (ตรวจจอประสาทตา) โดยจักษุแพทย์ หรือโดยวิธีใช้กล้องถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera) โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้กล้องถ่ายภาพจอประสาทตาแล้ว ซึ่งมีคำแนะนำในการตรวจคัดกรองและติดตาม คือ ในรายที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา นัดตรวจตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในรายที่พบผิดปกติระยะเล็กน้อย นัดพบจักษุแพทย์เพื่อตรวจติดตามทุก 6 เดือน ผิดปกติระยะปานกลาง นัดพบจักษุแพทย์เพื่อตรวจติดตามทุก 3 เดือน และระยะรุนแรงให้การรักษาทันที</li> <li>2. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ทำโดยการตรวจโปรตีนในปัสสาวะร่วมกับการตรวจเลือดวัดค่าซีรีรัมครีเอตินิน และคำนวณค่าการทำงานของไต (GFR) เพื่อทราบระยะของโรคที่ถูกต้อง</li> <li>3. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เท้า (ตรวจระบบประสาทรับความรู้สึก) อย่างน้อยปีละครั้ง</li> </ol>	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด	
เป้าหมาย	<p>ตา ร้อยละ <math>\geq 65</math>  ไต ร้อยละ <math>\geq 65</math>  เท้า ร้อยละ <math>\geq 65</math>  ช่องปาก ร้อยละ <math>\geq 60</math></p>	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แฟ้มรายงาน 21 แฟ้ม และ 43 แฟ้ม	
แหล่งข้อมูล	รพศ., รพท., รพช., รพ.สต., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา/ ไต/ เท้า ร้อยละ 45
	2	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา/ ไต/ เท้า ร้อยละ 50
	3	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา/ ไต/ เท้า ร้อยละ 55
	4	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา/ ไต/ เท้า ร้อยละ 60
	5	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา/ ไต/ เท้า ร้อยละ 65

รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนช่องปาก	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนน ระดับจังหวัด	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนช่องปาก ร้อยละ 40
	2	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนช่องปาก ร้อยละ 45
	3	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนช่องปาก ร้อยละ 50
	4	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนช่องปาก ร้อยละ 55
	5	ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนช่องปาก ร้อยละ 60
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ มือถือ 08 34013937 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4241 2456-65 โทรสาร 0 4242 1465 E-mail : sutarut2010@hotmail.com	
	2. นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์วิวรรธน์ ก่อวิริยกุล มือถือ 08 9710 3186 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : vivat99@hotmail.com	
	2. นางสาวยลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com	

ตัวชี้วัดย่อยที่ 6(ต่อ)	6.2 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไตไม่น้อยกว่าร้อยละ 65	
น้ำหนัก	ร้อยละ 1.5	
คำนิยาม	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต ทำโดยการตรวจโปรตีนในปัสสาวะ ร่วมกับการตรวจเลือดวัดค่าซีรีรัมครีเอตินิน และคำนวณค่าการทำงานของไต (GFR) เพื่อทราบระยะของโรคที่ถูกต้อง	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด	
เป้าหมาย	ร้อยละ 65	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แฟ้มรายงาน 21 แฟ้ม และ 43 แฟ้ม	
แหล่งข้อมูล	รพศ., รพท., รพช., รพ.สต., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$	
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	1	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไตไม่น้อยกว่าร้อยละ 45
	2	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไตไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
	3	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไตไม่น้อยกว่าร้อยละ 55
	4	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไตไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
	5	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไตไม่น้อยกว่าร้อยละ 65
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ มือถือ 08 3401 3937 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4241 2456-65 โทรสาร 0 4242 1465 E-mail : sutarut2010@hotmail.com 2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์วิวรรณ์ ก่อวิริยกุล มือถือ 08 9710 3186 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : vivat99@hotmail.com 2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com	

ตัวชี้วัดย่อยที่ 7	ร้อยละผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด		
น้ำหนัก	ร้อยละ 5		
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ โดยใช้แบบประเมิน RAMA EGAT Heart Score และได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ประเมินโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์อัมพาต)		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมด		
เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แฟ้มรายงาน 21 แฟ้ม และ 43 แฟ้ม		
แหล่งข้อมูล	รพศ., รพท., รพช., รพ.สต., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมด		
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100		
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	
	2	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่น้อยกว่าร้อยละ 45	
	3	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	
	4	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	
	5	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ มือถือ 08 3401 3937 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4241 2456-65 โทรสาร 0 4242 1465 E-mail : sutarut2010@hotmail.com 2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์วิวรรณ ก่อวิริยกุล มือถือ 08 9710 3186 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : vivat99@hotmail.com 2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com		

ตัวชี้วัดย่อยที่ 8	ร้อยละผู้ป่วย DM/HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อ		
น้ำหนัก	ร้อยละ 5		
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อหมายถึง 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตรวจพบมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลักเป็นเบาหวาน 2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบมีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อโรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้นหรือหน่วยบริการเครือข่าย		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมด		
เป้าหมาย	ร้อยละ 100		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานเฉพาะกิจหน่วยบริการ		
แหล่งข้อมูล	รพศ., รพท., รพช., รพ.สต., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อ		
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจและพบภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด		
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100		
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	
	2	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	
	3	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	
	4	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	
	5	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อไม่น้อยกว่าร้อยละ 100	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ มือถือ 08 3401 3937 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4241 2456-65 โทรสาร 0 4242 1465 E-mail : sutarut2010@hotmail.com 2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์วิวรรธน์ ก่อวิริยกุล มือถือ 08 9710 3186 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : vivat99@hotmail.com 2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com		

ตัวชี้วัดย่อยที่ 9	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาหรือส่งต่อเพื่อได้รับยาละลายลิ่มเลือด/PCI		
น้ำหนัก	ร้อยละ 7		
คำนิยาม	ผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาหรือส่งต่อเพื่อได้รับยาละลายลิ่มเลือด/PCI หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI (กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติแบบเอสทียก (ST segment elevation) ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง) ฉะนั้นการให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันทั่วทั้งที่ จะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วย โดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention)		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI		
เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แฟ้มรายงาน 21 แฟ้ม และ 43 แฟ้ม		
แหล่งข้อมูล	รพศ., รพท., รพช., รพ.สต., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		
รายการข้อมูล 1	A : ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน รหัส ICD 10-WHO :- I21.0-I21.3 และรหัส ICD 9-CM ดังนี้ 99.10 (Thrombolytic agent) หรือ/และ 37.68 (PPCI)		
รายการข้อมูล 2	B : ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน รหัส ICD 10-WHO ดังนี้ I21.0- I21.3 ทั้งหมด		
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100		
เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
	1	ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดฯ ร้อยละ 30	
	2	ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดฯ ร้อยละ 35	
	3	ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดฯ ร้อยละ 40	
	4	ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดฯ ร้อยละ 45	
	5	ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดฯ ร้อยละ 50	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์พิสิฐ อินทรวงษ์โชติ มือถือ 08 3401 3937 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4241 2456-65 โทรสาร 0 4242 1465 E-mail : sutarut2010@hotmail.com 2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นายแพทย์วิวรรธน์ ก่อวิริยกุล มือถือ 08 9710 3186 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : vivat99@hotmail.com 2. นางสาวลจิต บุตรเวทย์ มือถือ 08 9710 2475 โทรศัพท์สำนักงาน 0 4246 5067 โทรสาร 0 4241 2650 E-mail : yoljit@hotmail.com		



ตัวชี้วัดที่ 1.2	ร้อยละ CKD clinic คุณภาพ					
คำนิยาม	CKD clinic คุณภาพ หมายถึง หน่วยบริการในสถานบริการสุขภาพ ในเขตบริการที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข จัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามองค์ประกอบดังนี้ 1. บุคลากร ประกอบด้วย 1.1 แพทย์ 1.2 พยาบาล 1.3 นักกำหนดอาหาร หรือนักโภชนาการ 1.4 เภสัชกร 1.5 นักกายภาพบำบัด ทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพของโรงพยาบาล 2. Education program ประกอบด้วย 2.1 การใช้ยา 2.2 การปฏิบัติตัว 2.3 การรับประทานอาหาร 2.4 ในระดับ รพศ./รพท. มีการให้คำแนะนำและเตรียมความพร้อมผู้ป่วย CKD 3. มีการจัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 4. มีแนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วย CKD 5. มีการจัดบริการรักษาและให้ความรู้ผู้ป่วย CKD ใน DM/HT clinic โดยจัดทำเป็น CKD corner (ใน รพศ./รพท.) 6. จัดทำเป็น CKD clinic/ corner (ใน รพช.)					
เกณฑ์เป้าหมาย	1. รพศ./รพท. จำนวน 7 แห่ง = 100% 2. ระดับ M1/M2 จำนวน 18 แห่ง = 50 %					
เกณฑ์การให้คะแนน	ร้อยละ CKD Clinic คุณภาพ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
	รพศ. / รพท.	60	70	80	90	100
	รพช. ระดับ M1, M2	10	20	30	40	50
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช. ในเขตบริการที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สรุปรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกแห่งในเขตบริการที่ 8					
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกแห่งในเขตบริการที่ 8					
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางมณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์ โทร. 088-5733022 น.ส.ปรานศศิ อินทรวีเชียร โทร. 085-4651515					

ตัวชี้วัดที่ 1.3	ร้อยละ CKD Clinic ตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไป												
คำนิยาม	<p>CKD Clinic หมายถึง หน่วยบริการในสถานบริการสุขภาพ ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ที่มีการจัดระบบ บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ครบทุกระยะและเป็นการส่งเสริมป้องกันการชะลอความ เสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องมีองค์ประกอบ 3 ข้อ ดังต่อไปนี้</p> <p>1. บุคลากร ประกอบด้วย</p> <p>1.1 แพทย์</p> <p>1.2 พยาบาล</p> <p>1.3 นักกำหนดอาหาร หรือ นักโภชนาการ</p> <p>1.4 เภสัชกร ระบุคนที่แน่นอน</p> <p>1.5 นักกายภาพบำบัด ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับศักยภาพของโรงพยาบาล</p> <p>2. EDUCATION PROGRAM ประกอบด้วย</p> <p>2.1 การไ้ยา</p> <p>2.2 การรับประทานอาหาร</p> <p>2.3 การปฏิบัติตัว</p> <p>2.4 ในระดับ รพศ./รพท. มีการให้คำแนะนำและเตรียมพร้อมผู้ป่วย CKD</p> <p>3. มีการจัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>1. กำหนดให้รพ.ระดับ รพศ.(A) / รพท.(S) / รพท.ขนาดเล็ก (M1) ที่จัดตั้ง CKD Clinic ต้องมี องค์ประกอบครบทั้ง 3 ข้อ ถ้าไม่มีต้องพัฒนาต่อไป</p> <p>2. ระดับ รพช. (M2, F1) จัดให้มีบริการรักษาและให้ความรู้ผู้ป่วย CKD ตามองค์ประกอบและมี บุคลากรตามกรอบอัตรากำลังและมีแนวทาง (CPG) การส่งต่อผู้ป่วย CKD ไปรพ. A, S, M1 ตามความ รุนแรงของโรค</p>												
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>1. รพ.ระดับ A, S, M1 = 100%</p> <p>2. รพ.ระดับ M2, F1 = 100 %</p>												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช. ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สรุปรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด												
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตบริการสุขภาพที่ 8												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A / B) x 100												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>คะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td><td>100</td></tr></table>	คะแนน	1	2	3	4	5	ร้อยละ	60	70	80	90	100
คะแนน	1	2	3	4	5								
ร้อยละ	60	70	80	90	100								
ระยะเวลาประเมิน	ทุก 3 เดือน โดย NCD Board ระดับอำเภอ จังหวัด และเครือข่ายบริการ												
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางมณีวรรณ ตั้งจรศักดิ์ โทร. 08 8573 3022 น.ส.ปรานศศิ อินทวิเชียร โทร. 08 5465 1515												

## ประเด็นยุทธศาสตร์

การพัฒนาระบบบริการโรคหัวใจ และหลอดเลือด

## 2. การพัฒนาระบบบริการโรคหัวใจ และหลอดเลือด

ตัวชี้วัดระดับเขต : ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการประเด็นยุทธศาสตร์ พัฒนาระบบบริการโรคหัวใจ

### และหลอดเลือด

ตัวชี้วัด : 2.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ได้รับยาฉีดละลายลิ่มเลือดทาง

### หลอดเลือดดำ

ความหมาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการสมองขาดเลือดไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง และได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA: Recombinant tissue type Plasminogen Activator)

หน่วยวัด : ร้อยละ

### คำอธิบาย

1. จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน 4.5 ชั่วโมง
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หมายถึง จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่รับไว้รักษา ตามการให้รหัส ICD-10 ของการวินิจฉัยโรคหลัก (Principal Diagnosis) ว่าเป็น Cerebral Infarction (I63.0-I63.9) ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

### สูตรการคำนวณ

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ × 100

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่รับไว้ในโรงพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกัน

เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 3

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ได้รับยาฉีดละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ	ร้อยละ	1	3	5	7	9

**ตัวชี้วัด 2.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)**

คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติแบบเอสทียก (ST segment elevation) ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันทั่วถึง จะช่วยลดอัตราการการตายของผู้ป่วย โดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด</p> <p>(Thrombolytic Agent) และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)</p> <p>กลวิธีการดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● เพิ่มหน่วยบริการที่สามารถให้บริการ โดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือด</li><li>● ปรับระบบการส่งต่อ และแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่เหมาะสม (Golden Time) ทั้ง( Thrombolytic Agent ) และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)</li></ul>																			
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI ได้รับการการรักษา โดยได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ ( PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ร้อยละ 70 (ปี 2557)</li><li>- ร้อยละ 75 (ปี 2558)</li><li>- ร้อยละ 80 (ปี 2559)</li></ul>																			
	<p>เป้าหมาย ร้อยละ 70</p> <table><tr><th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI</td><td>ร้อยละ</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน					1	2	3	4	5	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI	ร้อยละ	50	60	70	80	90
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด			เกณฑ์การให้คะแนน																
		1	2	3	4	5														
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI	ร้อยละ	50	60	70	80	90														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI																			

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์ข้อมูล โดย สำนักนโยบายและแผน โดยใช้ข้อมูล 43 แพ้ม <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน รหัส ICD 10-WHO - I21.0- I21.3 และรหัส ICD 9-CM ดังนี้ 99.10 หรือ/และ 37.68 (A)</li> <li>ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน รหัส ICD 10-WHO ดังนี้ I21.0- I21.3 ทั้งหมด (B)</li> <li>ระวังข้อมูลซ้ำซ้อน จาก ผู้ป่วยนอกที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วส่งต่อ</li> </ul>
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล 43 แพ้ม ทั้งผู้ป่วยนอกและในแยกตามรายเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน รหัส ICD 10-WHO - I21.0- I21.3 และรหัส ICD 9-CM ดังนี้ 99.10 (Thrombolytic agent)หรือ/และ 37.68 (PPCI)
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน รหัส ICD 10-WHO ดังนี้ I21.0- I21.3 ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด นส.นารี แซ่อึ้ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โรงพยาบาลอุดรธานี โทร 086-6467642

## ประเด็นยุทธศาสตร์

### การพัฒนาระบบบริการ ER & EMS คุณภาพ

### 3. การพัฒนาระบบบริการ ER และ EMS คุณภาพ

หัวข้อ KPI Template	คำอธิบาย														
ตัวชี้วัด 3.1	ร้อยละของ ER คุณภาพ														
น้ำหนักตัวชี้วัด															
คำนิยาม	ER หรือ ห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ มีขีดความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่เหมือนกัน คู่มือแนวทางสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ตามที่กรรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทยได้พัฒนาคู่มือในการประเมินตนเอง มาตั้งแต่ พ.ศ. 2551 และได้นำไปทดสอบ และ ทดลองใช้ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในปี พ.ศ. 2552 -2554 และ ประเมินผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2555 เป็นคู่มือที่โรงพยาบาลในแต่ละระดับสามารถประเมินตนเอง เพื่อทราบถึงจุดเด่นและจุดที่ต้องปรับปรุงตนเอง ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลใดๆ ทั้งหมด 4 ด้าน(12 ประเด็น) เช่น ด้านบุคลากร ด้านการจัดอาคารสถานที่ ด้านการจัดระบบดูแลรักษาพยาบาล รวมถึงระบบ Fast Track และด้านสนับสนุนอื่นๆ เป็นต้น														
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาล มีการประเมินตนเอง ตามคู่มือฯ														
เป้าหมายดำเนินงานปี 57	ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รายงานข้อมูลผ่าน สสจ. ปีละ 1 ครั้ง (มีนาคม ) 2. สุ่มสำรวจประเมินเชิงคุณภาพ จากจังหวัด หรือ เขต ปีละ 1 ครั้ง(เครือข่ายบริการ) สุ่มไตรมาสที่ 3 ของแต่ละปี														
แหล่งข้อมูล	1. ผลการประเมินตนเองของห้องฉุกเฉิน ทุกระดับสถานพยาบาล ตามคู่มือฯ 2. ผลการประเมินจากทีมนิเทศเฉพาะด้าน ของแต่ละจังหวัด														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน ตามคู่มือแนวทางสู่มาตรฐานฯ														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัด														
สูตรคำนวณ	(A/B ) X 100														
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>5</td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>≥ 70</td></tr></table>	ระดับคะแนน						5	ร้อยละ						≥ 70
ระดับคะแนน						5									
ร้อยละ						≥ 70									
ข้อมูลผลงานย้อนหลัง 3 ปี	-														
แนวทางการประเมิน	ประเมินจากผลการวิเคราะห์ตามสูตรการคำนวณ ณ ช่วงเวลาที่กำหนด														
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ประสานงานการพัฒนาคุณภาพ ER ทุกจังหวัด														



หัวข้อ KPI Template	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	3.1.1 ร้อยละของการการคัดแยก Triage คุณภาพ
น้ำหนักตัวชี้วัด	
คำนิยาม	<p>การคัดแยกผู้ป่วยที่ ER ตามเกณฑ์ความเร่งด่วน (Triage ) หมายถึง การตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ของผู้มา รับบริการที่ห้องฉุกเฉินระดับต่าง ๆ ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากหากไม่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างเฉียบพลัน ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต</li> <li>2. ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ ใช้สัญลักษณ์ “สีชมพู” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน</li> <li>3. ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการทางการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการ สาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้ว จะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง</li> <li>4. ผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับหรือเลือกสรรการบริการสาธารณสุขตามเวลาทำการตามปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตามมา ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว” สำหรับผู้ป่วยทั่วไป</li> <li>5. ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น ได้แก่ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการเพื่อผู้อื่นโดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร ใช้สัญลักษณ์ “สีขาวย” สำหรับผู้มารับบริการสาธารณสุขอื่น</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พยาบาล ER ในเขต 8 ผ่านการอบรมเรื่อง Triage 100%</li> <li>2. การคัดกรองผู้ป่วยวิกฤตสีแดงถูกต้อง 100%</li> <li>3. การคัดกรองผู้ป่วย สีชมพู เหลือง เขียวและขาวถูกต้องไม่น้อยกว่า 70%</li> </ol>
เป้าหมาย	พยาบาล ER ของ รพช./รพท
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากแบบฟอร์มรายงานที่สร้างขึ้น ส่งเขตทุกวันที่ 20 ของเดือน ผ่านทาง E-mail
แหล่งข้อมูล	จาก ER รพช./รพท.

รายการข้อมูล	<p>ตัวชี้วัดที่1.</p> <p>A =จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกเป็นสีแดงได้อย่างถูกต้อง</p> <p>B =จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกเป็นสีแดงทั้งหมด</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 2.</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยก สีชมพู เหลือง เขียวและขาวได้อย่างถูกต้อง</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยก สีชมพู เหลือง เขียวและขาวทั้งหมด</p>
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>เกณฑ์การวัดคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <p><u>ตัวชี้วัดที่1</u></p> <p>ระดับ 1 น้อยกว่าร้อยละ 60</p> <p>ระดับ 2 มากกว่าร้อยละ 60 – 70</p> <p>ระดับ 3 มากกว่าร้อยละ 70 – 80</p> <p>ระดับ 4 มากกว่าร้อยละ 80 – 90</p> <p>ระดับ 5 มากกว่าร้อยละ 90 – 100</p> <p><u>ตัวชี้วัดที่2</u></p> <p>ระดับ 1 น้อยกว่าร้อยละ 40</p> <p>ระดับ 2 มากกว่าร้อยละ 40 - 50</p> <p>ระดับ 3 มากกว่าร้อยละ 50 - 60</p> <p>ระดับ 4 มากกว่าร้อยละ 60 - 70</p> <p>ระดับ 5 มากกว่าร้อยละ 70</p>
ระยะเวลาประเมินผล	เก็บข้อมูลทุกเดือน
ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1 .นายแพทย์วีรศักดิ์ พงษ์พุทธา แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน รพ.เลย</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-2781433</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 042-862123 ต่อ211 โทรสาร : 042-862145</p> <p>Email : <a href="mailto:Vsak.EMP@gmail.com">Vsak.EMP@gmail.com</a></p> <p>2. นางบรรทิตา บัวทอง โทรศัพท์มือถือ : 093-3212205</p> <p>โทรศัพท์สำนักงาน : 042-862123 ต่อ 730 ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ จ.เลย</p> <p>Email : <a href="mailto:banty111@hotmail.com">banty111@hotmail.com</a></p>
ผู้ประสานงาน ของ สสจ.เลย	<p>นางทิพวรรณ อุ่นคำ โทรศัพท์ 0-4281-2745, 0-4281-2754 มือถือ 081-0470072</p> <p>email : <a href="mailto:thippawan_u@hotmail.com">thippawan_u@hotmail.com</a></p>

หัวข้อ KPI Template	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	3.1.2 ร้อยละของผู้ป่วยแต่ละ Fast Track ได้รับการดูแลถูกต้องตามเกณฑ์ของแต่ละรพ.
น้ำหนักตัวชี้วัด	
คำนิยาม	<p>การดูแลผู้ป่วยเร่งด่วนเฉพาะโรค (Fast Track ) 6 ช่องทางโรค ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ( ST Elevation Myocardial Infarction:STEMI ) คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของหัวใจและอาจทำให้เกิดอาการตายของกล้ามเนื้อหัวใจร่วมด้วย</li> <li>2. ภาวะสมองขาดเลือดจากเส้นเลือดในสมองตีบตัน(Stroke ) คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เช่นหลอดเลือดสมองตีบ ตันหรือหลอดเลือดในสมองแตก ทำให้สมองบางส่วนสูญเสียหน้าที่ และระยะเวลาที่ดำเนินของโรคไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ผู้ป่วยมักแสดงอาการ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรงร่วมด้วย</li> <li>3. ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง(Sepsis ) คือ ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างรุนแรง ตามเกณฑ์ของรพ. มีผลต่อการทำงานระบบต่าง ๆ ของร่างกาย</li> <li>4. ภาวะบาดเจ็บทางสมองจากการได้รับอุบัติเหตุ(Head Injury ) คือ การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่กระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดบาดเจ็บต่อ หนึ่ง ศีรษะ กะโหลกศีรษะ สมอง และเส้นประสาทสมอง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลง</li> <li>5. ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Hypertention in Pregnancy )คือ ภาวะที่ขณะตั้งครรภ์ มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีอาการข้างเคียงจากการที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย เช่น มีอาการบวมเกินกำหนด มีภาวะชักเป็นต้น ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นส่งผลอันตรายต่อมารดาขณะตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้</li> <li>6. ภาวะความเสี่ยงสูงในทารกแรกคลอด (High risk in Newborn) คือ ภาวะที่หลังคลอดทารกมีความผิดปกติอันส่งผลต่อการรอดชีวิตของทารกตามเกณฑ์ของแต่ละ รพ.เช่น ภาวะขาดออกซิเจน ขณะหรือหลังคลอด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกตัวตาลีอ่อง อุณหภูมิต่ำ หรือภาวะอื่น ๆที่สามารถเฝ้าระวังป้องกันหลังคลอดได้</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยแต่ละ Fast Track ได้รับการดูแลถูกต้องเหมาะสมตามตัวชี้วัดไม่น้อยกว่า 70 %
กลุ่มเป้าหมาย	ER รพช./รพท. ทุก รพ.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากแบบฟอร์มรายงานที่สร้างขึ้น ส่งเขตทุกวันที่ 20 ของเดือน ผ่านทาง E- mail
แหล่งข้อมูล	ER รพช./รพท. ทุก รพ.
รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนผู้ป่วยแต่ละ Fast Track ที่ได้รับการดูแลรักษาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของแต่ละ รพ.</p> <p>B =จำนวนผู้ป่วยแต่ละ Fast Track ที่ได้รับการดูแลรักษาทั้งหมด</p>
สูตรคำนวณ	$A/B \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การวัดคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ แต่ละ Fast Track ดังนี้ ระดับ 1 น้อยกว่าร้อยละ 55 ระดับ 2 มากกว่าร้อยละ 55 – 60 ระดับ 3 มากกว่าร้อยละ 60 – 65 ระดับ 4 มากกว่าร้อยละ 65 – 70 ระดับ 5 มากกว่าร้อยละ 70
ระยะเวลาประเมินผล	เก็บข้อมูลทุกเดือนจากทุก ER
ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1 .นายแพทย์วีรศักดิ์ พงษ์พุธา พุทธา แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน รพ.เลย โทรศัพท์มือถือ : 089-2781433 โทรศัพท์สำนักงาน : 042-862123 ต่อ211 โทรสาร : 042-862145 Email : Vsak.EMP@gmail.com 2. นางบรรทิตา บัวทอง โทรศัพท์มือถือ : 093-3212205 โทรศัพท์สำนักงาน : 042-862123 ต่อ 730 ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ จ.เลย Email : <a href="mailto:banty111-@hotmail.com">banty111-@hotmail.com</a>
ผู้ประสานงานของ สสจ.เลย	นางทิพวรรณ อุ่นคำ โทรศัพท์ 0-4281-2745, 0-4281-2754 มือถือ 081-0470072 email : <a href="mailto:thippawan_u@hotmail.com">thippawan_u@hotmail.com</a>

หัวข้อ KPI Template	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	3.1.3 ร้อยละคุณภาพของการ Resuscitation
น้ำหนักตัวชี้วัด	
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ( Advance Cardiac Life Support : ACLS)คือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นและจำเป็นต้องได้รับความช่วยฟื้นคืนชีพ</li> <li>2. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงขั้นสูง (Advance Trauma Life Support : ATLS ) คือการดูแลช่วยเหลือที่ได้รับอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุ การรักษาพยาบาลที่ได้รับอุบัติเหตุและมีภาวะวิกฤต ความต่อชีวิตของผู้ป่วย</li> <li>3. ค่าโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บ(Probability of Survival : Ps ) คือ ค่าโอกาสรอดชีวิตเมื่อแรกรับของผู้บาดเจ็บกลุ่ม Mechanical trauma เพื่อใช้สำหรับการติดตาม ประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลของผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาล</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ACLS ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละรพ. ไม่น้อยกว่า 50%</li> <li>2. ATLS ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละรพ. ไม่น้อยกว่า 70 %</li> <li>3. ค่าโอกาสรอดชีวิต ( Ps)เฉลี่ยของผู้บาดเจ็บรุนแรงที่เสียชีวิต ไม่เกิน 1% ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า Ps 0.75 – 0.95</li> </ol>
กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ACLS พยาบาล EMT-I จากทุกER.ใน รพ.</li> <li>2. ATLS พยาบาล EMT-I จากทุกER.ใน รพ.</li> </ol>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากแบบฟอร์มรายงานที่สร้างขึ้น ส่งเขตทุกวันที 20 ของเดือนผ่านทาง E- mail
แหล่งข้อมูล	ER รพช./รพท./รพศ . ทุก รพ.
รายการข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ACLS A = จำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการ CPR ตามเกณฑ์ของแต่ละ รพ. B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ CPR ทั้งหมด</li> <li>2. ATLS A = จำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการ บาดเจ็บรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของแต่ละ รพ. B = จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่ต้องได้รับการผ่าตัดทั้งหมด</li> <li>3. ATLS A = ค่า Ps ของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่เสียชีวิตในรพ. ทุกคน B = จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่เสียชีวิตใน รพ. ทุกคน</li> </ol>

สูตรคำนวณ	(A/B)X100
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>เกณฑ์การวัดคะแนนค่าโอกาสรอดชีวิต ( Ps)เฉลี่ยของผู้บาดเจ็บรุนแรงที่เสียชีวิต ไม่เกิน 1% ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า Ps 0.75 – 0.95 แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ 1 ร้อยละ 5</p> <p>ระดับ 2 ร้อยละ 4</p> <p>ระดับ 3 ร้อยละ 3</p> <p>ระดับ 4 ร้อยละ 2</p> <p>ระดับ 5 ร้อยละ 1</p>
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1 .นายแพทย์วีรศักดิ์ พงษ์พุทธาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน รพ.เลย โทรศัพท์มือถือ : 089-2781433 โทรศัพท์สำนักงาน : 042-862123 ต่อ211 โทรสาร : 042-862145 Email : <a href="mailto:Vsak.EMP@gmail.com">Vsak.EMP@gmail.com</a></p> <p>2. นางบรรพิตา บัวทอง โทรศัพท์มือถือ : 093-3212205 โทรศัพท์สำนักงาน : 042-862123 ต่อ 730 ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ จ.เลย</p> <p>Email : <a href="mailto:banty111@hotmail.com">banty111@hotmail.com</a></p>
ผู้ประสานงานของ สสจ.เลย	<p>นางทิพวรรณ อุ่นคำ โทรศัพท์ 0-4281-2745, 0-4281-2754 มือถือ 081-0470072</p> <p>email : <a href="mailto:thippawan_u@hotmail.com">thippawan_u@hotmail.com</a></p>

หัวข้อ KPI Template	คำอธิบาย
ชื่อตัวชี้วัด	3.1.4 ร้อยละคุณภาพการเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ใน ER (Monitor )
น้ำหนักตัวชี้วัด	
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิต หรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยนั้น</p> <p>อุบัติการณ์และความเสี่ยงในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือ อุบัติการณ์ ความเสี่ยงระดับสูง (6-9) ที่ต้องได้รับการทบทวน หรือ ความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยหรือเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>-ร้อยละความครบถ้วนของข้อมูลที่ลงในเวชระเบียนการเฝ้าระวังผู้ป่วย (Monitor ) ไม่น้อยกว่า 70 %</p> <p>- อุบัติการณ์และความเสี่ยงในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรืออุบัติการณ์ ความเสี่ยงระดับสูง (6-9) ที่ต้องได้รับการทบทวนเท่ากับ 0</p>
กลุ่มเป้าหมาย	ER รพช./รพท. ทุก รพ.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากแบบฟอร์มรายงานที่สร้างขึ้น ส่งเขตทุกวันที่ 20 ของเดือน ผ่านทาง E- mail
แหล่งข้อมูล	ER รพช./รพท. ทุก รพ.
รายการข้อมูล/สูตรคำนวณ	<p>1 . A = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการ Monitor ถูกต้องตามเกณฑ์เวชระเบียนของแต่ละรพ.</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ต้องได้รับการ Monitor ทั้งหมด</p> <p><u>สูตรคำนวณ</u> <math>A/B \times 100</math></p> <p>2.ไม่มีอุบัติการณ์และความเสี่ยงในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรืออุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับสูง (6-9) ที่ต้องได้รับการทบทวน</p>
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>เกณฑ์การวัดคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้</p> <p><u>ตัวชี้วัดที่1</u></p> <p>ระดับ 1 น้อยกว่าร้อยละ40</p> <p>ระดับ 2 มากกว่าร้อยละ 40 – 50</p> <p>ระดับ 3 มากกว่าร้อยละ 50 – 60</p> <p>ระดับ 4 มากกว่าร้อยละ 60 – 70</p> <p>ระดับ 5 มากกว่าร้อยละ 70</p>





หัวข้อ KPI Template	คำอธิบาย
ตัวชี้วัด 3.2	ร้อยละของ EMS คุณภาพ
น้ำหนักตัวชี้วัด	
คำนิยาม	<p>ร้อยละของผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต(สีเหลืองและสีแดง)ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาที ที่ได้รับแจ้งเหตุ</p> <p>ผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต(สีเหลืองและสีแดง)ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาที หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต(สีเหลืองและสีแดง)ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินนับตั้งแต่มีการรับแจ้งเหตุที่ศูนย์รับแจ้งเหตุจนถึงชุดปฏิบัติการไปถึงและเริ่มให้การดูแล ซึ่งประเมิน ณ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสิ่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต(สีแดง) คือ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาทันที มิฉะนั้นจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วหากไม่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ทันที หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นอย่างฉับไว</p> <p>ผู้ป่วยเร่งด่วน(สีเหลือง) คือ ต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว มิฉะนั้นจะเสียชีวิตในเวลาต่อมา หรือ อาจสูญเสียอวัยวะที่สำคัญ เช่น ระบบประสาท ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต เป็นต้น</p>
เกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
เป้าหมาย ดำเนินงาน ปี 57	ผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต(สีเหลืองและสีแดง)ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จากเอกสารรายงานของหน่วยกู้ชีพทุกระดับ</li> <li>2. รายงานจากระบบ ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.)</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เอกสารรายงานของหน่วยกู้ชีพทุกระดับ</li> <li>2. รายงานจากระบบ ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.)</li> </ol>
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต(สีเหลืองและสีแดง)ที่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายใน 10 นาที ที่ได้รับแจ้งเหตุ
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต(สีเหลืองและสีแดง)ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS)ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน						
	ระดับคะแนน					5
	ร้อยละ					75
ข้อมูลผลงานย้อนหลัง 3 ปี						
แนวทางการประเมิน	ประเมินผลจากผลการดำเนินงานในช่วงเวลาที่กำหนด					
ความถี่ในการจัดเก็บ	ทุก 6 เดือน					
ผู้รับผิดชอบ	ทุกจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8					

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	โรงพยาบาลระดับ S, A มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ(Staff)ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง และมีการตรวจสอบคุณภาพการรักษา
<p>คำนิยาม</p> <p>การตรวจสอบคุณภาพการรักษา (Audit)</p> <p>แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Staff )</p> <p>แพทย์ใช้ทุน</p> <p>พยาบาลประจำการ</p> <p>OPD นอกเวลา</p> <p>ทีมควบคุมคุณภาพ ER EMS ( ER EMS สัจจร)</p>	<p>การตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียน ภายหลังจากแพทย์ฝึกหัดหรือพยาบาลประจำการ ER ได้ทำการรักษาผู้ป่วยไปแล้ว เพื่อดูความถูกต้องเหมาะสมของการรักษา</p> <p>แพทย์ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตรวจและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับอุบัติเหตุ หรืออนุมัติบัตรในสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินหรือสาขาอื่น ๆ</p> <p>แพทย์ผู้ปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มพูนทักษะด้านการรักษา โดยอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>หน่วยงานผู้ป่วยนอกที่เปิดให้บริการผู้ป่วยนอกเวลาราชการที่ทำการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไป ยกเว้นผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>กลุ่มบุคคลที่แต่ละจังหวัดในเขต 8 จัดตั้งขึ้น เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบประเมินคุณภาพงาน ER EMS ของจังหวัด</p>

## ประเด็นยุทธศาสตร์

### การพัฒนาระบบบริการแม่และเด็ก

#### 4. การพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก

1. ตัวชี้วัดที่ 4.1 ร้อยละโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการ ANC มีคุณภาพ
2. หน่วยวัด : ร้อยละ
3. เป้าหมายความสำเร็จ ร้อยละ 70
4. น้าหนัก : 2
<p>5. คำอธิบาย :</p> <p>5.1 โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเครือข่ายบริการที่ 8 ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู สกลนคร และนครพนม</p> <p>5.2. การให้บริการ ANC คุณภาพ เป็นการจ้ดระบบบริการในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่พิสูจน์แล้วว่า เป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ตามแบบประเมินโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ในเรื่องกระบวนการฝากครรภ์ ประกอบด้วย</p> <p>5.2.1 หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์</p> <p>5.2.2 ช้กประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน โรคทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ สารเสพติด</p> <p>สุรา การ</p> <p>สูบบุหรี่ ความพร้อมการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร</p> <p>5.2.3 คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ เพื่อแยกหญิงตั้งครรภ์ปกติหรือมีภาวะเสี่ยง ถ้ามีความเสี่ยงให้ส่งต่อเพื่อดูแลเฉพาะ</p> <p>5.2.4 ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันเมื่อมีข้อบ่งชี้ โรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย</p> <p>ดาวน์ซินโดรม ภาวะพร่องธัยรอยด์แต่กำเนิด</p> <p>5.2.5 ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ตรวจหาซิฟิลิส (ให้การรักษหากเป็นผลบวก) การติดเชื้อเอดส์ ตรวจหมู่เลือด (ABO and Rh) ความเข้มข้นของเลือด (Hct/Hb) ตรวจอนามัยในช่องปาก ตรวจปัสสาวะด้วย Urine dipstick ตรวจภายในเพื่อตรวจความผิดปกติและการติดเชื้อในช่องคลอด (โดยใช้ speculum หากหญิงตั้งครรภ์สมัครใจและไม่มีข้อห้าม) และฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก</p> <p>5.2.6 จ่ายยาเสริมธาตุเหล็กที่มี elemental iron 60 มิลลิกรัม และโฟเลต 250 ไมโครกรัมวันละครั้ง และไอโอดีน วันละ200-250 ไมโครกรัมต่อวันตลอดการตั้งครรภ์ (ภิเศก ลุมพิกานนท์และคณะ,2555)</p> <p>5.2.7 การให้ความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่รายกลุ่ม พร้อมข้อเสนอแนะที่หญิงตั้งครรภ์จะนำไปเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้ด้วยตนเอง</p> <p>5.2.8 จัดให้มีช่องทางติดต่อระหว่างผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ ได้ 24 ชั่วโมง เพื่อให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที</p> <p>5.3 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง ให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตามกระบวนการ ANC คุณภาพและได้รับบริการตามเกณฑ์พร้อมมาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่ระบุ หากไม่มาฝากครรภ์ตามระยะเวลาที่กำหนด 5 ครั้งไม่ถือว่าฝากครรภ์ 5 ครั้ง คุณภาพ ตามเกณฑ์ คือ</p> <p>ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์</p> <p>ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ บวก/ลบ 2 สัปดาห์</p> <p>ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ บวก/ลบ 2 สัปดาห์</p> <p>ครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ บวก/ลบ 2 สัปดาห์</p>

ครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ บวก/ลบ 2 สัปดาห์

5.4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในสถานบริการสาธารณสุขทุกคน

5.5 วิธีการจัดเก็บข้อมูล บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5.6 แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูล 21/43 แพ้ม

## 6.การดำเนินงาน

1. ในระดับจังหวัด มีการออกสู่มประเมินโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างน้อย ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด ตามแบบประเมินโรงพยาบาลสายรักแห่งครอบครัว ด้านการให้บริการ ANC และมีผลสรุปผลงานหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์และผลสรุปผลงาน หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ จากฐานข้อมูล 21/43 แพ้ม ระดับจังหวัด (ทุกสถานบริการ) เป็นรายเดือน

2. ในระดับ รพศ./รพท./รพช.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับอำเภอ และออกประเมินตามห้วงเวลาที่กำหนดทุกสถานบริการ

3. ในระดับอำเภอมีสรุปผลการประเมินโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายรักแห่งครอบครัวทุกสถานบริการ ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และมีการตรวจสอบความครอบคลุมครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลจากฐานข้อมูล 21/43 แพ้ม และส่งออกไปจังหวัดทุกเดือน

4.ในระดับรพ.สต.ประเมินตนเองตามแบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายรักแห่งครอบครัว และพัฒนาคุณภาพบริการ ANC ตามเกณฑ์ และรับการประเมินจากคณะกรรมการ ฯ ระดับอำเภอ/จังหวัด และมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

-ให้บริการฝากครรภ์และมอบสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้หญิงตั้งครรภ์ในสถานบริการ และบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ทุกครั้งที่มาใช้บริการในโปรแกรม 21/43 แพ้มให้เป็นปัจจุบัน

-มีสรุปผลงานหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ และสรุปผลงานหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์จากฐานข้อมูล 21/43แพ้มเป็นรายเดือน

-ให้บริการฝากครรภ์และนัดหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ พร้อมติดตามหญิงตั้งครรภ์มารับบริการภายในวันนัด

-ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อทุกด้าน เช่น หอกระจายข่าว เสียงตามสาย ป้ายประชาสัมพันธ์ อสม.

ผู้นำชุมชน

ถึงประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง

-ให้ อสม.ติดตามเยี่ยมและให้คำแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามวันนัด และทำทะเบียนมอบหมายภารกิจให้ อสม.ดูแลหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคลจนถึงคลอด และดูแลทารกอย่างต่อเนื่อง

-ให้ อสม.ทำทะเบียนคู่สมรสใหม่/หญิงคู่ที่ไม่ได้วางแผนครอบครัวและพร้อมที่จะมีบุตร เพื่อให้คำแนะนำในการไปฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าจะตั้งครรภ์และไม่เกิน 12 สัปดาห์

-จัดทีมให้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่บ้าน เพื่อตรวจการตั้งครรภ์/ให้คำแนะนำเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพ และมอบสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้ที่บ้าน

**7. สูตรการคำนวณ :**

1. จำนวนโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้บริการ ANC มีคุณภาพ X 100  
จำนวนโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดในจังหวัด
2. จำนวนหญิงคลอดที่มีประวัติได้รับการดูแลก่อนคลอดครบทั้ง 5 ครั้งตามเกณฑ์ X 100  
จำนวนหญิงคลอดในรอบ 6 หรือ 12 เดือน ในปีงบประมาณ
3. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการสาธารณสุขอายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ x 100  
จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมดในห้วงเวลาเดียวกัน

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
1.โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการ ANC มีคุณภาพ ( 1 คะแนน)	ร้อยละ	≤39	40-49	50-59	60-69	≥70
2.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (0.5 คะแนน)	ร้อยละ	≤39	40-49	50-59	60-69	≥70
3.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ( 1 คะแนน)	ร้อยละ	≤39	40-49	50-59	60-69	≥70

1. ตัวชี้วัดที่ 4.2 ร้อยละโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการ WCC มีคุณภาพ
2. หน่วยวัด : ร้อยละ
3. เป้าหมายความสำเร็จ ร้อยละ 70
4. น้ำหนัก : 2 (ตัวชี้วัดละ 1 คะแนน)
<p>5. คำอธิบาย :</p> <p>5.1 โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเครือข่ายบริการที่ 8 ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู สกลนคร และนครพนม</p> <p>5.2. การให้บริการ WCC คุณภาพ เป็นบริการที่จัดให้แก่เด็ก 0-5 ปี ตามข้อกำหนดของกรมอนามัย จัดทำขึ้นโดยข้อเสนอแนะของคณะทำงานวิชาการสายใยรักแห่งครอบครัว ใน 10 กิจกรรมหลักที่จะส่งเสริมพัฒนาให้เด็กมีการเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย คือ</p> <p>5.2.1 มีการชักประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด</p> <p>5.2.2 มีการประเมินการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ</p> <p>5.2.3 ประเมินความเสี่ยงของมารดาในโรคพันธุกรรม TSH,Thal,ดาวน์ซินโดรม โรคหัวใจ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม</p> <p>5.2.4 ประเมินความพร้อมของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p> <p>5.2.5 การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยอนามัย 55</p> <p>5.2.6 เด็กที่พัฒนาการล่าช้าให้ประเมินโดยเครื่องมือ TDSI พร้อมสอนผู้เลี้ยงดูให้กระตุ้นพัฒนาการและนัดประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน หากภายใน 3 เดือนเด็กยังมีพัฒนาการล่าช้า ให้ส่งต่อ เพื่อการวินิจฉัยและรักษาโดยจิตแพทย์</p> <p>5.2.7 มีการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการตามช่วงอายุ</p> <p>5.2.8 มีการตรวจพิเศษตามช่วงอายุ เช่น การวัดความดันโลหิต ภาวะซีด</p> <p>5.2.9 ให้วัคซีนตามช่วงอายุและสังเกตอาการผิดปกติหลังการให้ 30 นาที</p> <p>5.2.10 ให้ความรู้ตามแนวทางโรงเรียนพ่อแม่และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพในการดูแลตนเองและบุตร</p> <p>5.3 เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด – 5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์กรมอนามัยและผ่านทุกข้อ</p> <p>5.4 แบบประเมินอนามัย 55 หมายถึง แบบคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ใช้เพื่อเฝ้าระวังติดตามพัฒนาการเด็กและ ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย</p> <p>5.3 เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>1.โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการ WCC มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</p> <p>2.เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85</p> <p>5.4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย เด็กแรกเกิด-5 ปี (5 ปี 11 เดือน 29 วัน) ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดี</p> <p>5.5 วิธีการจัดเก็บข้อมูล บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>5.6 แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม</p>



## 6.การดำเนินงาน

### 6.1 โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการ WCC มีคุณภาพ

1. ในระดับจังหวัด มีการออกสุ่มประเมินโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างน้อย ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด ตามแบบประเมินโรงพยาบาลสายรักแห่งครอบครัว ด้านการให้บริการ WCC
2. ในระดับ รพศ./รพท./รพช.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ อำเภอ และออกประเมินตามห้วงเวลาที่กำหนดทุกสถานบริการ
3. ในระดับอำเภอมีสรุปผลการการประเมินโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายรักแห่งครอบครัวทุกสถานบริการ ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- 4.ในระดับรพ.สต.ประเมินตนเองตามแบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายใยรักแห่งครอบครัว และพัฒนาคุณภาพบริการ WCC ตามเกณฑ์ และรับการประเมินจากคณะกรรมการ ฯ ระดับอำเภอ/จังหวัด

### 6.2 เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย

- 1.ระดับจังหวัด มีผลสรุปผลงานเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยจากฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม ระดับจังหวัด (ทุกสถานบริการ) เป็นรายเดือน
- 2.ระดับอำเภอ มีการตรวจสอบความครอบคลุมครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลจากฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม และส่งออกไปจังหวัดทุกเดือน
- 3.ระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
  - บันทึกข้อมูลการตรวจพัฒนาการเด็กตามวัยในโปรแกรม 21/43 แฟ้มให้เป็นปัจจุบัน
  - มีสรุปผลงานเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเป็นรายเดือน
  - ให้บริการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ แบบประเมินอนามัย 55
  - เด็กที่พัฒนาการล่าช้าให้ประเมินโดยเครื่องมือ TDSI พร้อมสอนผู้เลี้ยงดูให้กระตุ้นพัฒนาการและนัดประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน หากภายใน 3 เดือนเด็กยังมีพัฒนาการล่าช้า ให้ส่งต่อ เพื่อการวินิจฉัยและรักษา
  - ให้ผู้ปกครองใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
  - ให้ อสม.สอนผู้เลี้ยงดูในการเล่นนิทาน กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า เพื่อส่งเสริมพัฒนาการให้สมวัย

## 7. สูตรการคำนวณ :

$$1. \text{จำนวนโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้บริการ WCC มีคุณภาพ} \times 100$$

$$\text{จำนวนโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดในจังหวัด}$$

$$2. \text{จำนวนเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และมีพัฒนาการปกติในช่วงเวลาที่กำหนด} \times 100$$

$$\text{จำนวนเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน}$$

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
1.โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการ WCC มีคุณภาพ	ร้อยละ	≤39	40-49	50-59	60-69	≥70
2.เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	<70	70-74	75-79	80-84	≥85

1. ตัวชี้วัดที่ 4.3 ร้อยละห้องคลอดให้บริการคลอดมีคุณภาพ
2. หน่วยวัด : ร้อยละ
3. เป้าหมายความสำเร็จ ร้อยละ 100
4. น้ำหนัก : 2
<p>5. คำอธิบาย :</p> <p>5.1 ห้องคลอด หมายถึง ห้องคลอดสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดอื่นที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการสายใยรักแห่งครอบครัวในเครือข่ายบริการที่ 8 ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู สกลนคร และนครพนม</p> <p>5.2. การให้บริการห้องคลอดคุณภาพ เป็นห้องคลอดที่มีความพร้อมทั้งในเรื่องสถานที่ บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์เวชภัณฑ์ สารน้ำต่าง ๆ ให้บริการเพื่อการส่งเสริม ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของมารดาและบุตร ดังนี้</p> <p>5.2.1 มีบริการคลอดตามมาตรฐานโดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-มีการใช้กราฟดูแลการคลอด</li> <li>-มีการประเมินภาวะเสี่ยงในห้องคลอด</li> <li>-มีชุดเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพมารดาและทารกได้</li> <li>-สามารถผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือทำการส่งต่อได้ทันที</li> <li>-มีคลังเลือดที่มีประสิทธิภาพ หรือมีระบบเครือข่ายในการหาเลือด</li> <li>-มีอัตราส่วนแพทย์และพยาบาลต่อผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1:3</li> <li>-มีการนำลูกมาให้แม่โอบกอดเนื้อแนบเนื้อและช่วยเหลือให้ลูกดูดนมแม่</li> <li>-มีการดูแลและส่งต่อมารดาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างปลอดภัย</li> <li>-มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์</li> <li>-มีการวางแผนแก้ไข ปัญหา อุปสรรค</li> </ul> <p>5.2.2 มีบริการทารกแรกเกิดในห้องคลอดอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-การดูแลอุณหภูมิกาย</li> <li>-การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและออกซิเจนในเลือดพอเหมาะ</li> <li>-การป้องกันการติดเชื้อ</li> <li>-การดูแลเรื่องวัคซีน</li> <li>-การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</li> </ul>
<p>6.การดำเนินงาน</p> <p>1. ในระดับจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีคณะกรรมการระดับจังหวัดออกประเมินรับรองเข้าโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินแล้วอย่างน้อยร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลที่ผ่านทั้งหมด และพัฒนาโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการประเมิน ฯ ให้ผ่านการประเมินรับรองระดับทองจากคณะกรรมการระดับเขตทุกแห่ง</li> <li>-สร้างและพัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ul> <p>2. ในระดับ รพศ./รพท./รพช.มีการประเมินตนเองและพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการสาธารณสุขให้มีความพร้อมและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพพร้อมจัดระบบการส่งต่อแม่ในภาวะฉุกเฉินได้ทันทั่วทั้งที่ (ตามแบบประเมินโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวด้านห้องคลอดคุณภาพ)</p>

7. สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนโรงพยาบาลที่ให้บริการห้องคลอดมีคุณภาพ} \times 100}{\text{จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวทั้งหมดในจังหวัด}}$$

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ห้องคลอดให้บริการคลอดมีคุณภาพ	ร้อยละ	<85	>85-90	>90-95	>95-99	100

<p>1. ตัวชี้วัดที่ 4.4 ลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน</p> <p>ต่ำกว่า 8 :1,000 การเกิดมีชีพ หรือมีแนวโน้มลดลง</p>
<p>2. หน่วยวัด : อัตรา และร้อยละ</p>
<p>3. เป้าหมายความสำเร็จ</p> <p>1.ลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (ในรพ.) ต่ำกว่า 8 :1,000 การเกิดมีชีพ หรือมีแนวโน้มลดลง</p> <p>2.ลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน แยกตาม น้ำหนักทารก</p> <p>2.1 น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม น้อยกว่า ร้อยละ 50</p> <p>2.2 น้ำหนัก 1,000 – 1,499 กรัม น้อยกว่า ร้อยละ 10</p> <p>2.3 น้ำหนัก 1,500- 2,499 กรัม น้อยกว่าร้อยละ 2</p>
<p>4. น้ำหนัก : 2 (ตัวชี้วัดละ 0.5)</p>
<p>5. คำอธิบาย :</p> <p>5.1 การเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (ในรพ.) หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน /มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล และมีการเสียชีวิต</p> <p>5.2 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชากรทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลทั้งหมด</p> <p>5.3 วิธีการจัดเก็บข้อมูล ใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรเชื่อมโยงฐานข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุขและกรมการแพทย์ เพื่อประมวลผลข้อมูลการตายของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม</p>
<p>6.การดำเนินงาน</p> <p>1.ระดับจังหวัด มีผลสรุปผลงานการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (ภายใน 28 วัน) ทุกสถานบริการเป็นรายเดือน</p> <p>2.ระดับโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลทารกแรกเกิดที่ป่วย พัฒนาระบบดูแลทารกแรกเกิดตามมาตรฐานและพัฒนาระบบรับ/ส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างสถานบริการอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>3.พัฒนาศักยภาพบุคลากร และเพิ่มจำนวนเตียง NICU และ SNB ให้เพียงพอ</p> <p>4.จัดระบบ Fast Track ในโรงพยาบาลที่มี NICU ให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>5.จัดทีมนิเทศ/พี่เลี้ยง/ติดตามงานใน Node รพ.ที่มีกุมารแพทย์</p>
<p>7. สูตรการคำนวณ : ตัวชี้วัดที่ 1 (A/B) X1000</p> <p>A=จำนวนเด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน เสียชีวิต</p> <p>B=จำนวนเด็กแรกเกิดมีชีพทั้งหมดที่เกิดในช่วงเวลาเดียวกัน</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 2 (A/B) X100</p> <p>A=จำนวนเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม (แยกตามกลุ่มน้ำหนัก) อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน เสียชีวิต</p> <p>B=จำนวนเด็กแรกเกิดมีชีพน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมทั้งหมดที่เกิดในช่วงเวลาเดียวกัน</p>

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เป้าหมาย (เปอร์เซ็นต์)				
		1	2	3	4	5
1.ลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	น้อยกว่า 8:1,000 การเกิดมีชีพหรือ แนวโน้มลดลง	>22	18-22	13-17	8-12	<8
2.ลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน แยกตามน้ำหนัก						
-น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม	น้อยกว่า ร้อยละ 50	66	61-65	56-60	51-55	<50
-น้ำหนัก 1,000 – 1,499 กรัม	น้อยกว่า ร้อยละ 10	41	31-40	21-30	10-20	<10
-น้ำหนัก 1,500- 2,499 กรัม	น้อยกว่าร้อยละ 2	16	11-15	6-10	2-5	<2

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด : นางปราณี หมอกมีชัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร  
โทรศัพท์ 08 1974 1200

การคิดคะแนนผลการดำเนินงานงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด							
ตัวชี้วัด	น้ำหนักคะแนน	ค่าคะแนน					คะแนนรวม (น้ำหนักคะแนน×ค่าคะแนน)
		1	2	3	4	5	
1.รพ.และรพ.สต.ให้บริการ ANC มีคุณภาพ	5						
2.รพ.และรพ.สต.ให้บริการ WCC มีคุณภาพ	5						
3.ห้องคลอดให้บริการคลอดมีคุณภาพ	5						
4.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	5						
5.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	5						
6.เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	5						
7.ลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (ในรพ.)	2						
7.1 ลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน แยกตามน้ำหนักทารก							
7.1.1 น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม	1						
7.2.2 น้ำหนัก 1,000 – 1,499 กรัม	1						
7.2.3 น้ำหนัก 1,500- 2,499 กรัม	1						
รวมคะแนน	35						

สรุปผลการดำเนินงานงานอนามัยแม่และเด็กเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8								
ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้						
		อุดรธานี	หนองคาย	บึงกาฬ	เลย	หนองบัวลำภู	นครพนม	สกลนคร
1.รพ.และรพ.สต.ให้บริการ ANC มีคุณภาพ	25							
2.รพ.และรพ.สต.ให้บริการ WCC มีคุณภาพ	25							
3.ห้องคลอดให้บริการคลอดมีคุณภาพ	25							
4.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	25							
5.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	25							
6.เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	25							
7.ลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (ในรพ.)	25							
รวมคะแนน	350							

## ประเด็นยุทธศาสตร์

การพัฒนาระบบบริการโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี

## 5. การพัฒนาระบบบริการโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี

1. ตัวชี้วัดที่ 5.1 : ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2. หน่วยวัด: ขึ้นตอน

3. น้ำหนัก :

4. คำอธิบาย :

4.1 จังหวัด หมายถึง จังหวัดในเครือข่ายบริการที่ 8 ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู สกลนคร และนครพนม

4.2. การดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง จังหวัดเป้าหมายมีการดำเนินงานตามกระบวนการเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้

4.2.1 มอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ (รูปของคณะกรรมการหรือตัวบุคคล) ในการประสานและดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

4.2.2 สื่อสาร ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้กับหน่วยงานภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(อย่างน้อยระดับ รพท. รพช. สสอ. รพสต.)

4.2.3 สรุปรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะ

4.3 การสนับสนุน หมายถึง เครือข่ายบริการที่ 8 มีกิจกรรมที่สนับสนุนให้จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่

4.3.1 การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน

4.3.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากร

4.3.3 ควบคุมมาตรฐานการดำเนินงานห้องปฏิบัติการ(Quality Control)

4.3.4 นิเทศติดตาม

4.3.5 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4.4 ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินงานตามกระบวนการดังนี้

4.4.1 การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี (คะแนนเต็ม 5)

โดย 1) ความสำเร็จของการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมาย วัดจากร้อยละของการคัดกรองประชาชนที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้แบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) ซึ่งจะต้องมีปัจจัยเสี่ยงดังนี้

1. เป็นคนอีสานโดยกำเนิด หรืออยู่ในอีสาน  $\geq 40$  ปี

2. อายุ  $\geq 40$  ปี



3. เป็นหรือเคยมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

4. มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี หรือตับ

โดยมีเงื่อนไขว่า พบว่ามีปัจจัยเสี่ยง

ข้อ 1+2+3 ต้องคัดกรองด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasound)

หรือ ข้อ 1+2+4 ต้องคัดกรองด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasound)

2) พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ที่จังหวัด หรือ อำเภอ กำหนดเพื่อดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยพิจารณาจากคุณลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- พื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งตับหรือท่อน้ำดีสูงเมื่อเปรียบเทียบกับอำเภออื่น
- มีการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่มากกว่าร้อยละ 20
- ใกล้แหล่งน้ำ

3) สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง}}{\text{จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมายทั้งหมด}} \times 100$$

หมายเหตุ : 1. จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เป้าหมายได้แก่ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่เขตบริการสุขภาพ 8

2. การประเมินความสำเร็จจะทำได้ในช่วงปีงบประมาณ 2557

4) เป้าหมายความสำเร็จ : ร้อยละ 60

5) น้ำหนัก : 1

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมาย	ร้อยละ	≤50	55	60	65	≥70

4.4.2 มีฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (คะแนนเต็ม 5)

จำนวนฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับจังหวัด

น้ำหนัก: 1

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด
1. ในระดับจังหวัด มีฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	1 คะแนน
2. รพ.ศ./รพท.มีฐานข้อมูลผู้ป่วย /ผู้เสียชีวิตด้วย CCA (Cancer registry)	2 คะแนน
3. มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลข้อ 1 และข้อ 2 เข้าด้วยกัน	1 คะแนน
4. มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในข้อ 1 และ 2 ร่วมกัน	1 คะแนน

#### 4.4.3 การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับตำบล (คะแนนเต็ม 5) วัดจาก

- ร้อยละของตำบลพื้นที่เป้าหมายที่มีการนำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่
- เป้าหมายความสำเร็จ : ร้อยละ 10
- น้ำหนัก : 1

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของตำบลพื้นที่เป้าหมายที่มีการนำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่	ขั้นตอน	6	8	10	12	14

โดยที่ กระบวนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง หน่วยงานในระดับพื้นที่ที่ดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- ขั้นตอนที่ 2 การคืนข้อมูลให้กับชุมชนอย่างต่อเนื่อง(ก่อน-ระหว่างและหลังการดำเนินงาน)
- ขั้นตอนที่ 3 การจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกับชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่
- ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยยึดหลักการมีส่วนร่วม
- ขั้นตอนที่ 5 มีตำบลต้นแบบการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน

#### 4.4.4 การนำหลักสูตรเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมาใช้ในการเรียน การสอนในโรงเรียน (คะแนนเต็ม 5) : วัดจาก

- ร้อยละของโรงเรียนที่มีการบรรจุเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในการเรียนการสอน
- เป้าหมายความสำเร็จ : ร้อยละ 21
- น้ำหนัก : 1

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของโรงเรียนที่มีการนำหลักสูตรเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมาใช้ในการเรียนการสอนในโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย	ร้อยละ	17	19	21	23	25

#### 4.4.5 กระบวนการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยultrasound (คะแนนเต็ม 5)

- สัดส่วนของการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยultrasoundในพื้นที่เป้าหมาย
- เป้าหมายความสำเร็จ : สัดส่วน
- น้ำหนัก

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เป้าหมาย (คน /จังหวัด)				
		1	2	3	4	5
สัดส่วนของการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยultrasound ในพื้นที่ (2000 คน /ประชากร 1,000,000 คน) ในพื้นที่เป้าหมาย	สัดส่วน	<1500	1500-1999	2000-2499	2500-2999	>3000

โดยที่ กระบวนการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยultrasound หมายถึง หน่วยงานในระดับพื้นที่ที่มีกระบวนการคัดกรอง โดยใช้คลื่นความถี่สูง (Ultrasound) ในพื้นที่เป้าหมาย ซึ่งจะต้องมีปัจจัยเสี่ยงดังนี้

1. เป็นคนอีสานโดยกำเนิด หรืออยู่ในอีสาน  $\geq 40$  ปี
2. อายุ  $\geq 40$  ปี
3. เป็นหรือเคยมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
4. มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

โดยที่

ข้อ 1+2+3 ต้องคัดกรองด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasound)

หรือ ข้อ 1+2+4 ต้องคัดกรองด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasound)

#### 4.4.6 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี (คะแนนเต็ม 5) วัดจาก

- ระดับความสำเร็จของเขตที่มีการพัฒนาnode ในด้านการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
- เป้าหมายความสำเร็จ : ขั้นตอน 5
- น้ำหนัก : 1

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีคุณภาพ	ขั้นตอน	1	1+2	1+2+3	1+2+3+4	1+2+3+4+5

โดยที่การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดี หมายถึง หน่วยงานในระดับพื้นที่มีการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดี ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาระบบส่งต่อเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ขั้นตอนที่ 2 การจัดตั้ง node ในด้านการรักษาพยาบาล
- ขั้นตอนที่ 3 พัฒนา node ในการรักษาพยาบาล
- ขั้นตอนที่ 4 Node สามารถให้การรักษามะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีได้ (ตามเกณฑ์มาตรฐาน CPG สปสช.)
- ขั้นตอนที่ 5 มีการประเมินผลรักษา Survival outcome

#### 4.4.7 การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดี (คะแนนเต็ม 5) วัดจาก

- ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

- เป้าหมายความสำเร็จ : ระดับ 3
- น้ำหนัก : 1

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จในขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วย CHCA แบบประคับประคอง	ขั้นตอน	1	2	3	4	5

- ระดับความสำเร็จในขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วย CHCA แบบประคับประคอง
  1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
  2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน
  3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานต่อเนื่องทุก 3 เดือน
  4. มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คืนโรงพยาบาลต้นสังกัด
  5. มีการนำผลการประเมิน เข้าที่ประชุมเขตเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลการพัฒนางานระดับเขตต่อไป

**หมายเหตุ :** ทั้งนี้จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึงจังหวัดต้องดำเนินการทั้ง 8 กระบวนการและต้องได้คะแนนรวม ไม่ต่ำกว่า 30 คะแนน (ใช้ผลการประเมินจากการนิเทศติดตามของ คณะทำงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ 8 เป็นผู้ประเมิน)จึงถือว่าเป็นจังหวัดที่มีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

5. สูตรการคำนวณ : -

6. เป้าหมายความสำเร็จ : คะแนนเต็ม 35 คะแนน  
ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 21 คะแนน ถือว่าผ่าน

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2554	2555	2556
ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	จังหวัด	เป็นตัวชี้วัดใหม่ปีงบประมาณ 2557		

8. แหล่งข้อมูล : - เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8

- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในพื้นที่รับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพ 8

9. วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

9.1 จากแบบรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในระบบ Estimates

9.2 รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์ม SAR รอบ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน

10. ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : รอบ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน

11. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8

12. ผู้จัดเก็บข้อมูล : คณะทำงานของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 ด้านโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

13. ผู้ประสานตัวชี้วัด : ดร.เกษร แฉวโนนจิว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
สำนักงานควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น โทร 089 9446498

13 ผลการประเมินจังหวัดที่มีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

กระ บวน การ	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน เต็ม	อุดรธานี	หนองคาย	บึงกาฬ	เลย	หนอง บัวลำภู	นครพนม	สกลนคร
	การดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	5							
1	การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี	5							
2	มีฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี	5							
3	การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในชุมชนและสถานศึกษาในระดับตำบล	5							
4	การนำหลักสูตรเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมาใช้ในการเรียนการสอนในโรงเรียน:	5							
5	การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย Ultrasound	5							
6	การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี	5							
7	การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน	5							
	รวมคะแนนทั้งสิ้น	35							

หมายเหตุ : ทั้งนี้จังหวัดต้องได้คะแนนรวม ไม่ต่ำกว่า 21 คะแนน (ใช้ผลการประเมินจาก คณะทำงานของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 ด้านโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นผู้ประเมิน) จึงถือว่าเป็นจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ประเด็นยุทธศาสตร์  
การพัฒนาระบบการส่งต่อ

## 6. การพัฒนาระบบส่งต่อ

### 1. ตัวชี้วัดที่ 6.1 : ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดการส่งต่อนอกเขต ร้อยละ 50 (ระดับ 3)

2. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

3. น้ำหนัก :

4. คำอธิบาย :

4.1 จังหวัด หมายถึง จังหวัดในเครือข่ายบริการที่ 8 ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู สกลนคร และนครพนม

4.2. การดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขต เครือข่ายบริการที่ 8 หมายถึง จังหวัดเป้าหมายมีการดำเนินงานตามกระบวนการเพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขต เครือข่ายบริการที่ 8 ดังนี้

4.2.1 มอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ (รูปของคณะกรรมการหรือตัวบุคคล) ในการประสานและดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขต โดยเจ้าภาพหลัก คือ โรงพยาบาลอุดรธานี และให้ศูนย์รับส่งต่อจังหวัด รวบรวมข้อมูลการส่งต่อในจังหวัด และรายงานข้อมูลการส่งต่อนอกเขตให้ศูนย์รับส่งต่อเขต (รพ.อุดรธานี) ทุกเดือนเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และ CQI แนวทางการส่งต่อทุก 2 เดือน

4.2.2 สื่อสาร ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้โรงพยาบาลทุกระดับ เครือข่ายบริการที่ 8 รับทราบแนวทางการส่งต่อนอกเขต เพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขต ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (อย่างน้อยระดับ รพท. รพช. )

4.2.3 สรุปรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะ

4.3 การสนับสนุน หมายถึง เครือข่ายบริการที่ 8 มีระบบการเชื่อมโยงโปรแกรมข้อมูลการส่งต่อ Refer link ที่สนับสนุนให้จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบมีการดำเนินงานเพื่อรายงานข้อมูลการส่งต่อและใช้ในการพัฒนาคุณภาพการส่งต่อ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับโรงพยาบาลจังหวัด ได้แก่

4.3.1 การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน

4.3.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมและผู้ดูแลระบบ

4.3.3 ติดตามความก้าวหน้าในการใช้โปรแกรม Refer link

4.3.4 นิเทศติดตาม

4.3.5 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4.4 ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขต หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินงานตามกระบวนการดังนี้

4.4.1 มีแนวทางการส่งต่อ โรคทุกสาขาโรคหรือหัตถการ/การผ่าตัด ที่เกินขีดความสามารถ โรงพยาบาลอุดรธานีที่ต้องส่งต่อนอกเขตชัดเจน คะแนนเต็ม 5

โดย 1.) ความสำเร็จของการมีแนวทางการส่งต่อ โรคทุกสาขาโรคหรือหัตถการ/การผ่าตัด ที่เกินขีดความสามารถโรงพยาบาลอุดรธานีที่ต้องส่งต่อนอกเขตชัดเจน วัดจากร้อยละของการส่งต่อนอกเขตของแต่ละจังหวัดลดลง ประเมินผลทุก 2 เดือน



2.) การพัฒนาศักยภาพศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหัวใจ โรงพยาบาลอุดรธานี รายละเอียดดังนี้

- จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้รับการฉีดสลิโกลอดเลือดหัวใจ เพิ่มขึ้น เป้าหมาย ปี

2557 1,800 ราย

- การผ่าตัดหัวใจ CABG , ลิ้น/ผนังกันหัวใจ , การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยทีมแพทย์ผ่าตัด รพ.อุดรธานี ร่วมกับทีมแพทย์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สัปดาห์ละ 1 วัน และ จัดหาทีมแพทย์ผ่าตัดศูนย์หัวใจ สิริกิตต์ ในการรับผู้ป่วยผ่าตัดเพิ่มสัปดาห์ละ 2 วันโดยการทำข้อตกลงร่วมเพื่อลดการส่งต่อนอกเขต

3.) การพัฒนาจำนวนการฉายแสงที่ โรงพยาบาลมะเร็ง รายละเอียด ดังนี้

3.1 ไม่มีการปฏิเสธรับผู้ป่วย

3.2 เปิดบริการฉายแสง ถึงเวลา 20.00 น.

- ผู้ป่วยฉายแสงภาวะฉุกเฉินทำได้ทันทีและภายใน 1 วัน
- มีระบบการนัดคิวฉายแสงในระยะที่ให้อาเคมีบำบัด
- มีระบบรับการปรึกษาการฉายแสง

4.) เป้าหมายความสำเร็จ : ร้อยละ 50

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของการส่งต่อนอกเขตลดลง	ร้อยละ	10	20	30	40	50

4.4.2 มีฐานข้อมูลการส่งต่อ Refer link คะแนนเต็ม 5

วัดจาก

1. ในระดับจังหวัด มีฐานข้อมูลใบส่งต่อตาม standard data set 1 ฐาน (1 คะแนน) ระดับเขต 1 ฐาน (1 คะแนน)
2. มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง (1 คะแนน) และ เชื่อมโยงข้อมูลกับ รพท. เข้าด้วยกัน ( 1 คะแนน)  
หมายเหตุ ถ้าดำเนินการไม่ครบทุก รพช. คะแนนข้อนี้ = 0 คะแนน
3. มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกัน ( 1 คะแนน)

วัดจาก 3 ข้อ ถ้าไม่มี ไม่ได้คะแนน

4.4.3 การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการส่งต่อ Referral audit คะแนนเต็ม 5 วัด จาก

1. มีการประชุมภายในจังหวัด 2 ครั้ง (1 คะแนน) 3-4 ครั้ง ( 1 คะแนน)
2. มีการประชุมระหว่างจังหวัด เครือข่ายที่ 8 2 ครั้ง (1 คะแนน) 3-4 ครั้ง ( 1 คะแนน)
3. มีการใช้ประโยชน์ร่วมกันในการพัฒนาแนวทางและคุณภาพการส่งต่อ ( 1 คะแนน)

วัดจาก 3 ข้อ ถ้าไม่มี ไม่ได้คะแนน

**หมายเหตุ :** ทั้งนี้จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขต หมายถึงจังหวัดต้อง ดำเนินการทั้ง 8 กระบวนการและต้องได้คะแนนรวม ไม่ต่ำกว่า 9 คะแนน (ใช้ผลการประเมินจากการนิเทศ ติดตามของ คณะทำงานการส่งต่อนอกเขต เครือข่ายบริการที่ 8 เป็นผู้ประเมิน)จึงถือว่าเป็นจังหวัดที่มีการ ดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขต

5. สูตรการคำนวณ : -

6. เป้าหมายความสำเร็จ : ระดับ 3 คะแนนเต็ม 15 คะแนน

ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 9 คะแนน ถือว่าผ่าน

ระดับความสำเร็จ	1	2	3	4	5
คะแนน	3	6	9	12	15

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2554	2555	2556
ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการส่งต่อนอกเขต	จังหวัด	เป็นตัวชี้วัดใหม่ปีงบประมาณ 2557		

8. แหล่งข้อมูล : - เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8

- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพ 8

9. วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

9.1 จากแบบรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในระบบ Estimates

9.2 รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์ม SAR รอบ 6 เดือน 9 เดือนและ 12 เดือน

10. ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : รอบ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน

11. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8

12. ผู้จัดเก็บข้อมูล : คณะทำงานของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 ด้านการส่งต่อนอกเขต

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด นส. ดาวเรือง ช่มเมืองปักษ์ รพ. อุตรธานี e-mail tum1999@hotmail.com

## ประเด็นยุทธศาสตร์

### การพัฒนาระบบบริการรักษาโรคตา

## 7. การพัฒนาระบบบริการบริการสาขาตา

ตัวชี้วัด 7.1	ร้อยละของประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มขึ้น					
คำนิยาม	จำนวนผู้ป่วยตาต้อกระจกอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการรักษาผ่าตัดต้อกระจกที่เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้า ต่อ 100 ราย					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 12					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยโรคตาต้อกระจก ตามรหัส ICD-10 (H25) 2. เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพ (UC)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD-12 แฟ้ม/ 43 แฟ้ม) จากหน่วยบริการแต่ละแห่ง รวบรวมโดยคณะทำงานแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาจักษุ เขตบริการสุขภาพที่ 8 วิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพ					
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูล 12 แฟ้ม รพศ./รพท./รพช. เขตสุขภาพที่ 8 2. ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยตาต้อกระจกอายุ 60 ปีขึ้นไปสิทธิหลักประกันสุขภาพที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการรักษาผ่าตัดต้อกระจกในปี 2556 (ราย)					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยตาต้อกระจกอายุ 60 ปีขึ้นไปสิทธิหลักประกันสุขภาพที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการรักษาผ่าตัดต้อกระจกในปี 2557 (ราย)					
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	((B-A)*100)/A					
ระยะเวลาการประเมินผล	3 ครั้ง/ปี (มีค., มิย., กย.)					
เกณฑ์การให้คะแนน						
	คะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ	4	6	8	10	12

ข้อมูลย้อนหลัง	ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงาน พ.ศ.		
			2555	2556	ร้อยละ ที่เพิ่มขึ้น
	จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลที่ได้รับการรักษาผ่าตัดต้อ กระจก	ราย	8,629	9,644	11.76
	จ.อุดรธานี	ราย	2,597	2,661	2.46
	จ.สกลนคร	ราย	1,258	1,102	-12.40
	จ.นครพนม	ราย	1,683	1,231	-26.86
	จ.หนองคาย	ราย	522	641	22.80
	จ.เลย	ราย	837	2,306	175.51
	จ.หนองบัวลำภู	ราย	1,273	1,185	-6.91
	จ.บึงกาฬ	ราย	459	518	12.85
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นางอภิญญา กันยาแสงศรี พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา โทรศัพท์สำนักงาน : 0 4231 1999 ต่อ 1330, มือถือ : 08 3141 6009 โทรสาร : 0 4231 1992, E-Mail : <a href="mailto:ooypinya@gmail.com">ooypinya@gmail.com</a> กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลหนองบัวลำภู 2. นางณัฐกฤตา ชาวดอน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์สำนักงาน : 0 4231 1999 ต่อ 1330, มือถือ : 08 6853 9640 โทรสาร : 0 4231 1992, E-Mail : <a href="mailto:nbhplan@gmail.com">nbhplan@gmail.com</a> ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายแพทย์ธรรมบุญ วิสิฐนวรรธ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู โทรศัพท์สำนักงาน : 042 – 311999 ต่อ 1330, มือถือ : 081-8718648 โทรสาร : 042 – 311992, E-Mail : <a href="mailto:twisittanawat@gmail.com">twisittanawat@gmail.com</a>				

ตัวชี้วัด 7.2	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา				
คำนิยาม	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจจอประสาทตาโดยละเอียด โดยจักษุแพทย์ หรือคัดกรองด้วย Fundus Camera อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน ตามรหัส ICD-10 (E113) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากฐานข้อมูล NCD เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2556 <ul style="list-style-type: none"><li>- เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 220,244 คน เป้าหมาย 132,146 ราย</li><li>- จ.อุดรธานี (ปก. 45,618 คน) เป้าหมาย 27,370 ราย</li><li>- จ.สกลนคร (ปก. 67,573 คน) เป้าหมาย 40,544 ราย</li><li>- จ.นครพนม (ปก. 28,597 คน) เป้าหมาย 17,158 ราย</li><li>- จ.หนองคาย (ปก. 18,835 คน) เป้าหมาย 11,301 ราย</li><li>- จ.เลย (ปก. 26,484 คน) เป้าหมาย 15,890 ราย</li><li>- จ.หนองบัวลำภู (ปก. 17,977 คน) เป้าหมาย 10,786 ราย</li><li>- จ.บึงกาฬ (ปก. 15,160 คน) เป้าหมาย 9,096 ราย</li></ul>				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม จาก Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมโดยคณะทำงานแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุ เขตบริการสุขภาพที่ 8 วิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพ				
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2. ข้อมูลรพศ./รพท./รพช. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ 8				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (คน)				
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100				
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุก 3 เดือน (ธค., มีค., มิย., กย.)				
เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์ +/- 5 ต่อ 1 คะแนน				
	1	2	3	4	5
	40	45	50	55	60

ข้อมูลย้อนหลัง		ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	ผลการดำเนินงาน พ.ศ. 2556		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับ	ราย				51.60
	จ.อุดรธานี	ราย				
	จ.สกลนคร	ราย				
	จ.นครพนม	ราย				
	จ.หนองคาย	ราย				
	จ.เลย	ราย				
	จ.หนองบัวลำภู	ราย				
	จ.บึงกาฬ	ราย				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางอภิญญา กันยาแสงศรี พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา โทรศัพท์สำนักงาน : 0 4231 1999 ต่อ 1330, มือถือ : 08 3141 6009 โทรสาร : 0 4231 1992, E-Mail : <a href="mailto:ooyapinya@gmail.com">ooyapinya@gmail.com</a> กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลหนองบัวลำภู 2. นางณัฐกฤตา ชาวดอน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์สำนักงาน : 0 4231 1999 ต่อ 1330, มือถือ : 08 6853 9640 โทรสาร : 0 4231 1992, E-Mail : <a href="mailto:nbhplan@gmail.com">nbhplan@gmail.com</a> ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู					
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายแพทย์ธรรมบุญ วิสิฐนวรรธ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู โทรศัพท์สำนักงาน : 042 – 311999 ต่อ 1330, มือถือ : 081-8718648 โทรสาร : 042 – 311992, E-Mail : <a href="mailto:twisittanawat@gmail.com">twisittanawat@gmail.com</a>					

## ประเด็นยุทธศาสตร์

### การพัฒนาระบบบริการทันตกรรม



## 8. การพัฒนาระบบบริการทันตกรรม

ตัวชี้วัด 8.1	เด็กประถม 1 ได้รับการตรวจช่องปากและเคลือบหลุมร่องฟัน 1) ร้อยละของเด็กป.1 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 2) ร้อยละของเด็กป.1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่ง																					
คำนิยาม	เด็กประถม1 หมายถึง เด็กอายุ 6 ปีเต็มถึง 7 ปี 11 เดือน 29 วัน ซึ่งเป็นเด็กที่มีชื่อและตัวตนอยู่ปรากฏ รวมทั้งเด็กที่ไม่มีชื่อแต่มีตัวตนอยู่ ทั้งนี้รวมทุกสัญชาติ การตรวจสอบสุขภาพช่องปาก หมายถึง การตรวจสุขภาพช่องปากอย่างละเอียดและวางแผนการรักษาอย่างสมบูรณ์ การเคลือบหลุมร่องฟัน หมายถึง การใช้วัสดุเคลือบหลุมร่องฟันด้านบนหลุมร่องฟันที่ลึกของฟันกรามแท้																					
เกณฑ์เป้าหมาย	1) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 2) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 รวมทุกสัญชาติ																					
วิธีเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลโปรแกรมสถานบริการหรือส่งข้อมูลผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																					
แหล่งข้อมูล	ระบบการรายงานข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตบริการสุขภาพที่ 8 รายงานจากกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																					
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กป.1 ที่ได้รับการตรวจช่องปาก A2 = จำนวนเด็กป.1 ที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน																					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กป.1 ทั้งหมด																					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด1) = (A1/B) × 100 ตัวชี้วัด2) = (A2/B) × 100																					
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>คะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>ที่ 1</td><td>ร้อยละ</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td></tr><tr><td>ที่ 2</td><td></td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td></tr></table>	ตัวชี้วัด	คะแนน	1	2	3	4	5	ที่ 1	ร้อยละ	75	80	85	90	95	ที่ 2		20	25	30	35	40
ตัวชี้วัด	คะแนน	1	2	3	4	5																
ที่ 1	ร้อยละ	75	80	85	90	95																
ที่ 2		20	25	30	35	40																
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง โดยทีมนิเทศจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่ละจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8																					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานจัดทำรายงาน	ทพ.สันติ ศรีนิล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ทพญ.เพ็ญทอง พจนดิลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ																					
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต./สสอ. และโรงพยาบาล																					
วิธีการรายงาน/ความถี่ในการรายงาน	ประเมินโดยกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8																					
หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 8																					
หน่วยงานนำเข้าข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 8																					
นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน																					

ตัวชี้วัด 8.2	ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>- รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง รพ.สต. และ ศสม. ที่มีทันตภิบาลให้บริการประจำ หรือ มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากหมุนเวียนให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ วัน</p> <p>- บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ หมายถึง การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และ นอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์</p> <p>- กิจกรรมบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ตามเกณฑ์ คือ</p> <p>๑) <u>คลินิกฝากครรภ์ (ANC)</u> คือ การตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อย 1 ครั้ง บริการชุดหินน้ำลาย ทำความสะอาดฟัน และ บริการทันตกรรมหรือส่งต่อในรายที่จำเป็น</p> <p>๒) <u>คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC)</u> มีการให้แปรงฟันและยาสีฟันให้กับเด็กทุกคนที่มาใช้บริการ มีการตรวจช่องปาก ความสะอาด และประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุของเด็ก การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ จัดระบบเฝ้าระวัง ติดตามดูแลต่อเนื่องในเด็กกลุ่มเสี่ยง (เด็กกลุ่มเสี่ยง คือ เด็กที่ฟันไม่สะอาด/ฟันมีรอยขาวขุ่น/มีฟันผุ) ให้บริการเด็กที่มีภาวะเสี่ยงด้วยการทาฟลูออไรด์วาร์นิชทุก 6 เดือน</p> <p>๓) <u>ศูนย์พัฒนาเด็ก</u> คือ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์เด็กเล็กทุกคนปีละ 1 ครั้ง และ แจ้งผลการตรวจให้กับพ่อแม่หรือผู้ปกครองพร้อมทั้งให้คำแนะนำ เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิช ภาคเรียนละ 1 ครั้ง โดยทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม สนับสนุนให้ศูนย์เด็กจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และ ครูผู้ดูแลเด็กตรวจความสะอาดในการแปรงฟันของเด็ก สนับสนุนการให้ศูนย์เด็กเล็กจัดกิจกรรมด้านอาหารและอาหารว่างให้อื้อต่อสุขภาพช่องปากที่ดี</p> <p>๔) <u>โรงเรียนประถมศึกษา</u> คือ การตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษาทุกคนปีละ 1 ครั้ง ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ ๑ แก่เด็กนักเรียนประถมศึกษา การให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียนประถมศึกษาตามความจำเป็น สนับสนุนให้โรงเรียนจัดกิจกรรมให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างถูกต้องทุกวันทั้งโรงเรียน สนับสนุนให้โรงเรียนจัดกิจกรรมด้านอาหารและอาหารว่างให้อื้อต่อสุขภาพช่องปากที่ดี และ</p> <p>๕) <u>กลุ่มผู้สูงอายุ</u> คือ การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ</p>

ตัวชี้วัด 8.2 (ต่อ)	ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ																	
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 45																	
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากการนิเทศ และประเมินผลการดำเนินงานโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																	
แหล่งข้อมูล	- ผลงานบริการทันตกรรมจากระบบรายงานข้อมูลแต่ละจังหวัด รายรพ.สต.และรายเครือข่ายบริการ - รายงานผลการดำเนินการจัดบริการและการสนับสนุนในรพ.สต.ระดับจังหวัดของกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากได้คุณภาพตามเกณฑ์																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน รพ.สต./ศสม. ทั้งหมด																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>คะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td></tr></table>						คะแนน	1	2	3	4	5	ร้อยละ	25	30	35	40	45
	คะแนน	1	2	3	4	5												
ร้อยละ	25	30	35	40	45													
ระยะเวลาการประเมินผล	การนิเทศ และประเมินผลการดำเนินงานโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปีละ 2 ครั้ง																	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ทพ.สันติ ศรีนิล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โทร. 08 1873 9771 2. ทพญ.เพียงทอง พจนดิลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โทร 08 4174 9098																	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8																	

## ประเด็นยุทธศาสตร์

### การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต

## 9. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต

### 1. ตัวชี้วัด 9.1 : ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการ

#### 2. หน่วยวัด : ร้อยละ

#### 3. น้ำหนัก :

#### 4. คำอธิบาย :

**4.1 จังหวัด** หมายถึง จังหวัดในเครือข่ายบริการที่ 8 ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี, หนองคาย, บึงกาฬ, เลย, หนองบัวลำภู, สกลนครและนครพนม

**4.2. การเข้าถึงบริการ** หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่า ได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย

**4.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33 F34.1, F38 และ F39หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders IV) ที่มารับบริการสะสมจนถึงปีงบประมาณ 2557ทั้งรายเก่าและรายใหม่

#### สูตร/วิธีการคำนวณ:

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมจนถึงปีงบประมาณ 2557} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการ}}$$

#### คำอธิบายสูตร:

**ตัวตั้ง** คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32, F33, F34.1, F38 และ F39) ที่สะสมจนถึงปีงบประมาณ 2557 ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการ รพศ./รพท./รพช./ รพสต. และสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต

**ตัวหาร** คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ โดยในแต่ละจังหวัดสามารถคาดการณ์การโดยนำความชุกของภาคมาคำนวณ และฐานประชากรกลางปี 2556 ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

#### วิธีการคำนวณการคาดประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

$$\frac{\text{อัตราความชุก}}{\text{จำนวนประชากรกลางปี}} \times 100$$

#### ตารางความชุกของโรคซึมเศร้าประเทศ/ภาค/พื้นที่การสำรวจระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าปี 2551

รวมทั้งประเทศ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	เหนือ	กทม.
2.7	2.6	2.7	2.3	2.3	5.1

## เกณฑ์เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 31

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		1	2	3	4	5
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการมากกว่า ร้อยละ	ร้อยละ	19	22	25	28	31

### 5. แนวทางการดำเนินงาน :

5.1. บุคลากรสาธารณสุข การคัดกรอง/ประเมิน โรคซึมเศร้า การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีอาการซึมเศร้าชัดเจน ผ่านการสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน หรือมีปัญหาสุรา ยาเสพติด มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยประเมิน 2Q ถ้าพบว่าผิดปกติ ประเมินระดับความรุนแรงโดยใช้แบบประเมิน 9Q/8Q หรือ DS8 หรืออื่นๆตามพื้นที่ ในรายที่มีผลบวกและได้รับการประเมินที่รพ.สต.ที่ไม่มีแพทย์ประจำต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจประเมินเพิ่มเติมและวินิจฉัยจากแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป ติดตามประเมินของอาการด้วยแบบประเมิน 9Q/8Q หรือ DS8 หรืออื่นๆตามพื้นที่ เป็นระยะ พร้อมทั้งหาทางให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่ถูกต้อง

5.2. กรมสุขภาพจิตสำรวจแพทย์/พยาบาล/นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขผู้รับผิดชอบการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหน่วยบริการ/สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดที่รับผิดชอบ ว่าผ่านหรือยังไม่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือไม่ ถ้าไม่ผ่านดำเนินการจัดอบรม(การอบรมแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับ ปฐมภูมิและทุติยภูมิ(CPG-MDD-GP) ของกรมสุขภาพจิตทั้งรายเก่าและอบรมเพิ่มเติมใหม่ในงบประมาณ 2557 จำแนกตามรายหน่วยบริการ/สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด เน้นจัดอบรมเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการยังไม่มีแพทย์ผ่านการอบรม)

5.3. ส่งรายงาน การรายงานทางเอกสาร ด้วยแบบฟอร์ม SMDD 4 มายังสถาบัน/รพ.จิตเวชเลยราชนครินทร์(จังหวัดเลย, หนองบัวลำภู, อุดรธานี, หนองคาย)/รพ.จิตเวชนครพนมราชนครินทร์(จังหวัดนครพนม, สกลนครและบึงกาฬ) ทุกวันที่ 14 ของเดือน เพื่อรวบรวม ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของรายงานเพื่อส่ง PM โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ต่อไป

5.4. โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป มียาจิตเวชที่จำเป็น 35 รายการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

5.5. เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช พัฒนาโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ โดยปี 2557 มีเตียงผู้ป่วยใน 1 แห่งคือ รพ.หนองบัวลำภู, รพท./รพศ. ที่เหลือมี Emergency Psychiatry corner

โดย ใช้สูตรคำนวณ ดังนี้ :

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมจนถึงปีงบประมาณ 2557} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ}}$$

ผู้ประสานตัวชี้วัด นางเพ็ญสุตา ไชยเมือง รพ. จิตเวชเลยราชนครินทร์ โทร 08 6450 2387

1. ตัวชี้วัด 9.2 : ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ

2. หน่วยวัด : ร้อยละ 90

3. น้ำหนัก : 5

4. คำอธิบาย :

4.1 จังหวัด หมายถึง จังหวัดในเครือข่ายบริการที่ 8 ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู สกลนคร และนครพนม

4.2 เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย หมายถึง เด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือน ที่ได้รับการทดสอบด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการอนามัย 55 แล้วไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งในช่วงอายุของตนเอง

4.3 การกระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง การที่บุคลากรสาธารณสุขในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ประเมินและกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือ TDSI 70 ข้อ/ DSI 300 ข้อ/Denver II แก่เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย

4.4 แบบคัดกรองพัฒนาการอนามัย 55 หมายถึง แบบเฝ้าระวังพัฒนาการเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่จะใช้ติดตามพัฒนาการเด็ก และให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเพื่อ ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย

4.5 คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (TDSI 70 ข้อ) หมายถึง คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการของกรมสุขภาพจิต สำหรับ บุคลากรสาธารณสุข ที่จะใช้คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

4.6 คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด- 5 ปี (DSI 300 ข้อ) หมายถึง คู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการของกรมสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

4.7 แบบคัดกรองพัฒนาการเด็ก Denver II หมายถึง แบบทดสอบพัฒนาการ Denver II ฉบับภาษาไทย โดยทำการวัดพัฒนาการใน 4 ด้าน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 100

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ	ร้อยละ	50	60	70	80	90

5. แนวทางการดำเนินงาน :

5.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน

- คลินิกให้วัคซีน ผ่านการอบรมการใช้แบบคัดกรองอนามัย 55
- คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ผ่านการอบรมการใช้แบบคัดกรองอนามัย 55 , TDSI 70 ข้อ และDSI 300 ข้อ

5.2 การเปิดบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย โดยมีการกำหนด วัน เวลาการให้บริการที่ชัดเจน มีการจัดบริการกระตุ้นพัฒนาการ โดย มีการประเมินพัฒนาการ เด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือน และวางแผนให้การช่วยเหลือ โดยใช้เครื่องมือ TDSI 70 ข้อและ/หรือ DSI 300 ข้อและ/หรือ Denver II

5.3 มีการกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามแผนการช่วยเหลือ และให้คำแนะนำการกระตุ้นพัฒนาการแก่ผู้ปกครองมีการบันทึกพัฒนาการเด็กเป็นรายบุคคล  
ตัวชี้วัด :

ร้อยละ 90 ของเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ

สูตรในการคำนวณ

$$\text{เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ} = \frac{\text{จำนวนเด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ} \times 100}{\text{จำนวนเด็กที่ได้รับการประเมินว่ามีพัฒนาการไม่สมวัย}}$$

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด นายสิริพงษ์ วัฒนศรีทานัง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญพิเศษ สสจ.เลย  
โทร 08 1872 0108



## ประเด็นยุทธศาสตร์

### การพัฒนาระบบบริการ Long term care

## 10. การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาว (Long Term Care)

ตัวชี้วัด 10.1	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแลระยะยาว(Long Term Care)									
คำนิยาม	<p><b>การดำเนินงานการดูแลระยะยาว (Long Term Care)</b> หมายถึง การวางระบบและการให้บริการสำหรับบุคคลทุกกลุ่มอายุที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในระยะยาว ภาวะที่ต้องพึ่งพาส่งผลให้มีความลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งผลต่อความสามารถของบุคคล ที่จะคงไว้ซึ่งวิถีชีวิตที่มีสุขภาวะ รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและส่งเสริมการปรับตัวด้านสังคมและ บริการด้านการแพทย์โดยมีการจัดระบบสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานการดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายในกลุ่มเป้าหมาย 11 กลุ่มโรค ได้แก่ NB/STROKE/STEMI/HEAD INJURY /SPINALCORD INJURY DM/HT ESRD ON CAPD / PALLIATIVE CARE/Old Age /ผู้พิการ/จิตเวช</p> <p><b>ระดับความสำเร็จการดำเนินงานดูแลระยะยาว (Long Term Care)</b> เป็นผลการดำเนินงานโดยวัดจากผลการดำเนินงาน 3 องค์ประกอบ คือ การจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ</p> <p>การจัดทำฐานข้อมูล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p>									
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 3									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. โรงพยาบาลทุกระดับในเครือข่ายบริการที่ 8</p> <p>2. หน่วยบริการระดับ รพสต/ศสม ทุกหน่วยในเครือข่ายบริการที่ 8</p> <p>3. ผู้ป่วยที่ต้องการการการดูแลระยะยาว เพียงประเภทที่ 3 11 กลุ่มโรค ได้แก่ NB/STROKE/STEMI/HEAD INJURY /SPINALCORD INJURY DM/HT ESRD ON CAPD / PALLIATIVE CARE/Old Age /ผู้พิการ/จิตเวช</p>									
วิธีเก็บข้อมูล	<p>1. รายงานผลการดำเนินงาน</p> <p>2. การนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน</p>									
แหล่งข้อมูล	<p>1. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องในแต่ละสถานบริการ</p> <p>2. Data Center Long Term Care</p>									
รายการข้อมูล	<p>1. สถานบริการมีศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ</p> <p>2. หน่วยบริการมีฐานข้อมูลการดูแลระยะยาว (Long Term Care)</p> <p>3. ผู้ป่วยเพียงประเภทที่ 3 ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ</p>									
เกณฑ์การให้คะแนน	ลำดับตัวชี้วัด	น้ำหนักร้อยละ (A)	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้ (B)	คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก
			1	2	3	4	5			
	1.สถานบริการ ๑ มีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง	40	60	70	80	90	100			(A)x(B)=1

	คุณภาพ M๒ -F๓		50	55	60	65	70			
	๒.หน่วยบริการมี ฐานข้อมูลการดูแล ระยะยาว (Long Term Care)	30	60	65	70	75	80			(A)x(B)=2
	๓.ผู้ป่วยเตียงประเภท ที่ ๓ ได้รับการดูแล ต่อเนื่องอย่างมี คุณภาพ	30	50	55	60	65	70			(A)x(B)=3
	รวม	100								1+2+3
	<div>คะแนนที่ได้ = <math>\frac{1+2+3}{5}</math> = .....คะแนน</div>									
	ระดับ	1	2	3	4	5				
	คะแนน	70	75	80	85	90				
	น									

ตัวชี้วัด 10.1(ต่อ)	(ย่อยที่1) สถานบริการที่มีศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ (Continuity of care)
หน่วยวัด	ร้อยละ
น้ำหนัก	50
คำนิยาม	<p>1. สถานบริการ หมายถึงโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ A –F๓) ในเครือข่ายบริการที่ 8 (จำนวน 89 โรงพยาบาล)</p> <p>2. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ หมายถึงสถานบริการแม่ข่ายที่มีการจัดระบบสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวโดยมีการเชื่อมโยงข้อมูล และส่งเสริมสนับสนุนในการดูแลในชุมชนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือตามสถานการณ์เจ็บป่วย โดยมีการดำเนินการดังนี้</p> <p>2.1. มีโครงสร้างและกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.2 มีศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์</p> <p>2.2.1 มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ตามรายการที่กำหนด</p> <p>2.2.2 มีการจัดทำทะเบียนอุปกรณ์เครื่องมือ</p> <p>2.2.3 มีการวางระบบในการยืมอุปกรณ์</p> <p>2.2.4 มีทะเบียนผู้รับบริการ</p> <p>2.3 มีศูนย์การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว</p> <p>2.3.1 มีคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวครอบคลุม 11 กลุ่มโรค</p> <p>2.3.2 มีทะเบียนผู้มารับบริการศูนย์การเรียนรู้</p> <p>2.3.3 มีสื่อการเรียนรู้ เช่น VCD, ภาพพลิก , อุปกรณ์ต่าง ๆ</p> <p>2.4 มีระบบการให้คำปรึกษา</p> <p>2.4.1 มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาในแต่ละระดับโดยมีคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษร</p> <p>2.4.2 มีแนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษา</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>โรงพยาบาลระดับ A – M1 ผ่านเกณฑ์ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพระดับ 3 ร้อยละ 80</p> <p>โรงพยาบาลระดับ M2 – F3 ผ่านเกณฑ์ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพระดับ 3 ร้อยละ 60</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับในเครือข่ายบริการที่ 8 ตั้งแต่ระดับ A- F3
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์มการรายงานที่กำหนดขึ้น</p> <p>2. มีการสำรวจนิเทศติดตามตามเกณฑ์มาตรฐาน</p>
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ดูแลต่อเนื่องในแต่ละสถานบริการ
รายการข้อมูล	<p>A1 = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A-M1 ที่ผ่านเกณฑ์ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ</p> <p>A2 = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M2-F3 ที่ผ่านเกณฑ์ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ</p> <p>ผลรวมของคะแนนการดำเนินงานศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพตามรายการที่ 1-4 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)</p>

	รายการ	ค่าคะแนน						
	1.มีโครงสร้างและกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง	= 1 คะแนน						
	2.มีศูนย์สำรองอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์	มีอุปกรณ์ครบบางส่วน = 1 มีอุปกรณ์ครบถ้วน= 2						
	3.มีศูนย์การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว	= 1คะแนน						
	4.มีระบบการให้คำปรึกษา	= 1คะแนน						
หมายเหตุ โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการดำเนินการตามแนวทางในรายการที่ 1-4 และมีผลรวมของคะแนนผ่านเกณฑ์ ระดับ 3 ระดับ 1 =1 คะแนน ระดับ 2 = 2 คะแนน ระดับ 3 = 3 คะแนน ระดับ 4 = 4 คะแนน ระดับ 5 = 5 คะแนน								
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A-M1 B2 = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M2-F3							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ 1) (A1/B1) × 100 ตัวชี้วัดที่ 2) (A2/B2) × 100							
เกณฑ์การให้คะแนน	รายการ	ตัวชี้วัด	คะแนน	1	2	3	4	5
	A1	โรงพยาบาลระดับ A-M๑ผ่านเกณฑ์ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ	ร้อยละ	60	70	80	90	100
	A2	โรงพยาบาลระดับ M๒-F๓ ผ่านเกณฑ์ศูนย์ดูแลต่อเนื่องคุณภาพ	ร้อยละ	50	55	60	65	70
ความถี่ในการรายงาน	1. การรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน ปีละ 2 ครั้ง (เม.ย., ก.ย. 2557) 2. การนิเทศติดตามการดำเนินงาน 1 ครั้ง/ปี (พร้อมทีมตรวจราชการเขต)							
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์สมคิด สุริยเลิศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เบอร์ ติดต่อ 0 4251 1424							
ผู้จัดเก็บข้อมูล	นพ.สมชาย เชื้อนันทน์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รพ.นครพนม เบอร์ติดต่อ 042511424 นางนวลตา โพธิ์สว่าง รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เบอร์ติดต่อ 08 1965 6366 นางบุญร่วม ปรีบุญณะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 08 9621 3517 นางบัวสาย สมเสาร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 0 4251 1410 นางจันทร์สว่าง มาเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 0 4222 1695 ระดับสถานบริการผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว(Long Term Care) ในระดับ รพศ./รพท./รพช.							

ตัวชี้วัด 10.1 (ต่อ)	(ย่อที่ 2) หน่วยบริการที่มีฐานข้อมูลการดูแลระยะยาว					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	30					
คำนิยาม	<p>1. หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับในเครือข่ายบริการที่ 8 ได้แก่ รพศ./รพท./รพช./ศสม./รพ.สต. รวมจำนวน 1,043 แห่ง</p> <p>2. การดูแลระยะยาว หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายที่ต้องพึ่งพาคนอื่นในระยะยาวโดยประกอบด้วยผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 11 กลุ่มโรค ได้แก่ NB/STROKE/STEMI/HEAD INJURY /SPINALCORD INJURY DM/HT ESRD ON CAPD / PALLIATIVE CARE/Old Age /ผู้พิการ/จิตเวช</p> <p>3. ฐานข้อมูล หมายถึง ชุดข้อมูลที่กำหนดขึ้นเพื่อการบริหารจัดการดูแลระยะยาว ภายในเครือข่ายบริการที่ 8 ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย 11 กลุ่มโรค ได้แก่ NB/STROKE/STEMI/HEAD INJURY /SPINALCORD INJURY DM/HT ESRD ON CAPD / PALLIATIVE CARE/Old Age /ผู้พิการ/จิตเวชโดยมีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>3.1. มีการสำรวจข้อมูลและจัดทำทะเบียนผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายโดยมีการแบ่งระดับสถานะการพึ่งพิง (ประเภทเตียง)</p> <p>3.2. มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลจาก 43 แห่งเข้าสู่ฐานข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูล Long Term Care</p>					
เป้าหมายความสำเร็จ	ร้อยละ					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับในเครือข่ายบริการที่ 8 จำนวน 1,043 แห่ง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากการรายงานข้อมูลใน Data Center					
แหล่งข้อมูล	Data Center ระดับ CUP จังหวัดและเขต					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่มีฐานข้อมูลดูแลระยะยาว					
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนหน่วยบริการทุกระดับในเครือข่ายบริการที่ 8 จำนวน 1,043 แห่ง					
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ	60	65	70	75	80
ความถี่ในการรายงาน	ปีละ 2 ครั้ง (เม.ย., ก.ย.)					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์สมคิด สุริยเลิศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม					
ผู้จัดเก็บข้อมูล	<p>นพ.สมชาย เชื้อนันทน์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รพ.นครพนม เบอร์ติดต่อ 042511424</p> <p>นางนวลตา โพธิ์สว่าง รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เบอร์ติดต่อ 08 1965 6366</p> <p>นางบุญร่วม ปริบูรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 08 9621 3517</p> <p>นางบัวสาย สมเสาร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 0 4251 1410</p> <p>นางจันทร์สว่าง มาเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 0 4222 1695</p> <p>ระดับสถานบริการผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) ในระดับ รพศ./รพท./รพช.</p>					

ตัวชี้วัด 10.1 (ต่อ)	(ย่อยที่ 3) ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเตียงประเภทที่ 3 ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ					
หน่วยวัด	ร้อยละ					
น้ำหนัก	20					
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเตียงประเภทที่ 3 ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง ผู้ป่วย 11 กลุ่มโรค ได้แก่ NB / STROKE/ STEMI/ HEAD INJURY /SPINALCORD INJURY DM/HT ESRD ON CAPD / PALLIATIVE CARE/Old Age/ผู้พิการ/จิตเวชที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อนมีความยุ่งยากในการดูแล ต้องการการดูแลและการปฏิบัติกิจวัตรจากผู้อื่นทั้งหมดโดยมีการดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งส่งออกจากโรงพยาบาลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>2. มีการติดตามเยี่ยมภายใน 2 สัปดาห์ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมการดูแลกับพยาบาลประจำรพสต. / ศสม.</li> <li>3. มีการตอบกลับผลการเยี่ยมภายใน 1 เดือน ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</li> </ol>					
เป้าหมายความสำเร็จ	ร้อยละ 70					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ใน 11 กลุ่มโรค ได้แก่ NB / STROKE/ STEMI/ HEAD INJURY /SPINALCORD INJURY DM/HT ESRD ON CAPD / PALLIATIVE CARE/Old Age /ผู้พิการ/จิตเวช ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Long Term Care ทุกเดือน					
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ดูแลต่อเนื่องระดับแม่ข่าย					
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ใน 11 กลุ่มโรคที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้รับการติดตามเยี่ยมภายใน 2 สป.และตอบกลับผลการเยี่ยมภายใน 1 เดือน					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ใน 11 กลุ่มโรคที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้งหมด					
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	1	2	3	4	5
	ร้อยละ	50	55	60	65	70
ความถี่ในการรายงาน	รายงานทุกเดือน โดยผู้รับผิดชอบงาน Long Term Care					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์สมคิด สุริยเลิศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม					
ผู้จัดเก็บข้อมูล	<p>นพ.สมชาย เชื้อนันทน์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รพ.นครพนม เบอร์ติดต่อ 042511424</p> <p>นางนวลตา โพธิ์สว่าง รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เบอร์ติดต่อ 08 1965 6366</p> <p>นางบุญร่วม ปริบูรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ 08 9621 3517</p> <p>นางบัวสาย สมเสาร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 0 4251 1410</p> <p>นางจันทร์สว่าง มาเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ 0 4222 1695</p> <p>ระดับสถานบริการผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว(Long Term Care) ในระดับ รพศ./รพท./รพช.</p>					

## ประเด็นยุทธศาสตร์

### การพัฒนาระบบการเงินการคลัง



## 11. การพัฒนาระบบการเงินการคลัง

แนวทางในการดำเนินงานและจัดเก็บข้อมูล ตามตัวชี้วัด/เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2557

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	11.1 ประสิทธิภาพการบริหารการเงินสามารถควบคุมให้หน่วยบริการในพื้นที่มีปัญหาการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 10																	
คำนิยาม	1. ประสิทธิภาพการบริหารการเงินหมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของจังหวัดเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ประกอบด้วย 1) ความสามารถกระจายการจัดสรรงบค่าใช้จ่ายทุกหมวดที่ได้รับมอบอำนาจ ให้สอดคล้องกับสถานะการเงินของหน่วยบริการในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอสามารถจัดบริการประชาชนให้เข้าถึงบริการได้ครอบคลุมทั่วถึงเท่าเทียมและเป็นธรรม 2) ความสามารถพัฒนาและควบคุมกำกับให้หน่วยบริการมีสมรรถนะ และประสิทธิภาพในการบริการการเงินการคลัง จนไม่ประสบปัญหาทางการเงิน 2. ปัญหาการเงินระดับ 7 หมายถึง ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินในระดับสูงสุด 7 คะแนน ประกอบด้วย 1) Current Ratio < 1.5 = 1 คะแนน 2) Quick Ratio < 1.0= 1 คะแนน 3) Cash Ratio < 0.8 = 1 คะแนน 4) ทุนสำรองสุทธิติดลบ =1 คะแนน 5) ผลประกอบการขาดทุน= 1 คะแนน 6)ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอใช้จ่าย< 3 เดือน = 2 คะแนน 3.หน่วยบริการในพื้นที่หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน																	
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 10																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัด																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บจากรายงานสถานะทางการเงิน 2. จัดเก็บจากข้อมูลเผยแพร่ทางเว็บไซต์ (http://hfo.cfo.in.th)																	
หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																	
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล ในจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่ประสบภาวะวิกฤติ ทางการเงินระดับ 7																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาล ในจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน																	
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100																	
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุก 3 เดือน																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>คะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td>12</td><td>11</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td></tr></table>						คะแนน	1	2	3	4	5	ร้อยละ	12	11	10	9	8
คะแนน	1	2	3	4	5													
ร้อยละ	12	11	10	9	8													

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	11.2. จำนวน รพ.ที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินค่าเฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ ไม่เกินร้อยละ 20*												
คำนิยาม	<p>1. ต้นทุนต่อหน่วย หมายถึง ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ (total cost) ต่อหน่วยน้ำหนัก โดยผู้ป่วยนอก ใช้จำนวนครั้ง ผู้ป่วยในใช้ Adjust RW ที่คำนวณจากข้อมูลในบัญชีเกณฑ์คงค้าง ในลักษณะ Cost to charge โดยราคาcharge ใช้ราคาลูกหนี้ OPD และ ลูกหนี้ IPD ที่กลุ่มประกันสุขภาพได้แจ้งให้ทุกหน่วยศึกษาแล้ว</p> <p>2. เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ หมายถึง ค่าเฉลี่ยเลขคณิตรวมค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean +1SD )โดยกำหนดต้นทุนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน หากค่าใดค่าหนึ่งเกินเกณฑ์จะถือว่ามีปัญหาประสิทธิภาพ</p> <p>3. กลุ่มระดับบริการ หมายถึง กลุ่มของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์การจำแนกกลุ่มระดับบริการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดและเผยแพร่ในเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ <a href="http://www.higthai.org">www.higthai.org</a>และ <a href="http://hfo.cfo.in.th">http://hfo.cfo.in.th</a></p> <p>4. ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ หมายถึง ประสิทธิภาพการควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ 2 องค์ประกอบ</p> <p>1) การจัดการระบบบริการเพื่อให้มีต้นทุนบริการลดลง การใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อลดการลงทุน และการบริหารระบบคลังและการจัดซื้อร่วมเพื่อลดต้นทุน</p> <p>2) การควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามปัญหาของแต่ละหน่วยซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในหมวดต่างๆ กัน โดยต้นทุนรวมทั้ง ต้นทุนค่าแรง (Labor cost: LC) ต้นทุนวัสดุ (Material cost:MC) ต้นทุนลงทุน (Capital cost) ต้นทุนดำเนินการ ( Operating cost : OC ) ลดลงอย่างเหมาะสม ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการ โดย ต้นทุนต่อหน่วยของรพ. ไม่เกินค่าเฉลี่ยรวมค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ไม่เกิน mean +SD )ของกลุ่มระดับบริการ</p> <p>5. โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในจังหวัด</p>												
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนโรงพยาบาลในจังหวัด												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัด												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากรายงานผลการวิเคราะห์ต้นทุนบริการตามโปรแกรมมาตรฐานการจัดทำต้นทุนบริการ												
หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 8												
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดที่มีต้นทุนเกิน mean +SD ของกลุ่มระดับบริการ												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาล ในจังหวัด ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง												
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table><tr><td>คะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td>30</td><td>25</td><td>20</td><td>15</td><td>10</td></tr></table>	คะแนน	1	2	3	4	5	ร้อยละ	30	25	20	15	10
คะแนน	1	2	3	4	5								
ร้อยละ	30	25	20	15	10								
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	: นายอิสรา จูญธรรม ตำแหน่ง เกษตรกรเชี่ยวชาญ รพ.สกลนคร นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. อุตรธานี โทร 08 1872 4272												

## ประเด็นยุทธศาสตร์

การพัฒนาระบบการจัดซื้อร่วม (strategic sourcing)

<p><b>12. การพัฒนาระบบการจัดซื้อ (strategic sourcing)</b></p>
<p>1. ตัวชี้วัด 12 พัฒนาระบบการจัดซื้อ (strategic sourcing)</p> <p>12.1 ลดต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ของหน่วยงาน.</p> <p>12.2 มูลค่าการจัดซื้อรวมยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยงาน</p>
<p>2. หน่วยวัด : มูลค่าการจัดซื้อ/จ่าย (บาท)</p> <p>: ร้อยละ</p>
<p>3. น้ำหนัก : 12.1 = 4.5</p> <p>12.2 = 4.5</p>
<p>4. คำอธิบาย : การจัดซื้อรวมยา และเวชภัณฑ์ หมายถึง การจัดซื้อรวมระดับจังหวัด/กรมและระดับเขตของยา และเวชภัณฑ์ ตามมาตรฐานการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ นโยบาย Good Health at Low Cost และตามมาตรฐานการพัฒนาประสิทธิภาพการจัดซื้อยาของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p> <p>12.1 ลดต้นทุนค่ายาของหน่วยงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10</p> <p>12.2 มูลค่าการจัดซื้อรวมยาของหน่วยงาน เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ของมูลค่าการจัดซื้อยาทั้งหมด</p> <p><b>พื้นที่เป้าหมาย</b> หมายถึงโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาล/สถาบันในสังกัดกรมต่างๆในเขตบริการที่ 8</p>
<p>5. สูตรการคำนวณ :</p> <p>สูตรการคำนวณ : 12.1 (B1-A1)/A1 X 100</p> <p>12.2 (A2/B2) X 100</p> <p>รายการข้อมูล 1 12.1 A1 = ต้นทุนค่ายาภาพรวมจังหวัด ปีงบประมาณ 2556</p> <p>12.2 A2 = มูลค่าการจัดซื้อรวมของยา ปีงบประมาณ 2557</p> <p>รายการข้อมูล 2 12.1 B1= ต้นทุนค่ายาภาพรวมจังหวัด ปีงบประมาณ 2557</p> <p>12.2 B2 = มูลค่าการจัดซื้อยาทั้งหมด ปีงบประมาณ 2557</p> <p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล ข้อมูลผลการจัดซื้อยาของหน่วยงานแยกประเภทจัดซื้อเองและจัดซื้อรวม</p> <p>ระยะเวลาการประเมินผล ทุกไตรมาส</p>
<p>6. เป้าหมายความสำเร็จ :</p> <p>6.1 ร้อยละของจำนวนหน่วยบริการที่มีมูลค่าการจัดซื้อยาลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 มีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 เมื่อเทียบกับจำนวนหน่วยบริการทั้งหมด</p> <p>6.2 มูลค่าการจัดซื้อรวมยาเท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 20 ของมูลค่าการจัดซื้อยาทั้งหมด</p>

7.เกณฑ์การให้คะแนน						
ตัวชี้วัด	คะแนน	1	2	3	4	5
ที่ 12.1	ร้อยละ	5	7.5	10	12.5	15
ที่ 12.2	ร้อยละ	10	15	20	25	30
8. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :						
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ				
		2554	2555	2556		
12.1 ลดต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ ของหน่วยงานมากกว่าร้อยละ 10	ร้อยละ	-	-	7.53		
12.2 มูลค่าการจัดซื้อพร้อมยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	ร้อยละ	-	-	9.0		
หมายเหตุ : การจัดซื้อยาร่วมระดับเขตของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 เริ่มดำเนินการปีงบประมาณ 2556						
8. แหล่งข้อมูล : หน่วยบริการในเครือข่ายบริการที่ 8						
9. วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากการรายงานผ่าน Website การจัดซื้อยาร่วม เครือข่ายบริการที่ 8						
10. ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุกไตรมาส						
11. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 8						
12. ผู้จัดเก็บข้อมูล : คณะกรรมการจัดซื้อพร้อมยา และเวชภัณฑ์ เขตบริการสุขภาพที่ 8						

## ประเด็นยุทธศาสตร์

การพัฒนาระบบประเมินผล รพ.สต./คปสอ. ติดตาม

13. การพัฒนาระบบประเมิน รพ.สต./คปสอ. ตติดาว

ประเด็น	พัฒนาคุณภาพระบบบริการและสถานบริการให้ได้มาตรฐาน -พัฒนาคุณภาพ คปสอ.
ตัวชี้วัด	13.1 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์ คปสอ. ตติดาว
คำนิยาม	คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็น คณะกรรมการคณะหนึ่งที่ได้รับแต่งตั้งให้ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย คณะกรรมการจากหน่วยงานโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในอำเภอนั้น ๆ กล่าวโดยสรุป คปสอ. มีหน้าที่ในการบริหารจัดการสุขภาพในระดับอำเภอ ประกอบด้วย การวางแผน ควบคุมกำกับ นิเทศติดตาม สนับสนุน และประเมินผลสำเร็จในการดำเนินงานสาธารณสุขในอำเภอนั้น ๆ โครงการ คปสอ.ตติดาว มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะส่งเสริมบทบาทของ คปสอ. ในการจัดการระบบสุขภาพในภาพรวมทั้งอำเภอ และ เป็นยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนเพื่อบรรลุผลการพัฒนาระบบสุขภาพตามนโยบาย แผนสุขภาพ 15 ร่องหลัก เขตบริการสุขภาพที่ 8 ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) หมายถึง ระบบใด ๆ ก็ตามที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนในระดับอำเภอ ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพ และการให้บริการสุขภาพ ซึ่งต้องใช้ศักยภาพของ คปสอ.ในการขับเคลื่อนตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย	คปสอ.ระดับ 5 ดาว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 (อิงกลุ่ม) คปสอ.ระดับ 4 ดาว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 (อิงเกณฑ์) คปสอ.ระดับ 3 ดาว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 (อิงเกณฑ์)
การรายงาน/ ความถี่ในการ จัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการประเมิน 1 ครั้ง/ปี (รอบ 9 เดือน)
แหล่งข้อมูลและ การประมวลผล ตัวชี้วัด	คะแนนจากการประเมิน และรายงานในระบบ Data Center จากจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8
เกณฑ์การให้ คะแนน	เกณฑ์และน้ำหนักการให้คะแนน ตัวชี้วัดที่ 1 คปสอ.มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ชั้นของเนื้อหา หรืออย่างน้อยระดับ 3 ในแต่ละประเด็นขึ้นไป เมื่อสิ้นปีงบประมาณ (ทุกประเด็นผ่านชั้นที่ 1-3) (น้ำหนัก ร้อยละ 20) การวัดผล วัดจากความก้าวหน้า โดยเมื่อสิ้นปีงบประมาณมีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ชั้นของเนื้อหา หรืออย่างน้อยระดับ 3 ในแต่ละหัวข้อขึ้นไป
เกณฑ์การให้ คะแนน (ต่อ)	เกณฑ์การให้คะแนน ผลการดำเนินงาน ได้จากการประเมินโดยทีมประเมินระดับจังหวัด โดยกำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นการดำเนินงานตามเกณฑ์แต่ละประเด็น (คะแนนเต็ม 35 คะแนน)

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) (5 คะแนน) <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 มีคำสั่งคณะกรรมการ DHS ประกอบ ด้วยภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน และภาคประชาชน</li> <li>1.2 มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ <ul style="list-style-type: none"> <li>-มีการประชุมอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี</li> <li>-มีบันทึกสรุปรายงานการประชุม</li> </ul> </li> <li>1.3 มีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ</li> <li>1.4 มีโครงการแก้ปัญหาสุขภาพในภาพรวมของอำเภอ (ODOP)</li> <li>1.5 มีการร่วมกันประเมินผลโครงการเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</li> </ol> </li> <li>2.การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation) <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 การทำงานของทีมผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่) (5 คะแนน) <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1.1 มีเจ้าหน้าที่หรือทีมงานทำตามที่ได้รับมอบหมาย</li> <li>2.1.2 มีการนำข้อมูลที่เป็นปัญหามาวิเคราะห์แก้ไขปัญหในพื้นที่</li> <li>2.1.3 เจ้าหน้าที่หรือทีมงานพึงพอใจในงานและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น</li> <li>2.1.4 ผู้รับบริการเห็นคุณค่าและชื่นชมเจ้าหน้าที่หรือทีมงาน</li> <li>2.1.5 เจ้าหน้าที่หรือทีมงาน รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ</li> </ol> </li> <li>2.2 การสนับสนุน หรือจัดให้มีแพทย์ให้คำปรึกษา ตามเกณฑ์ (5 คะแนน) <ol style="list-style-type: none"> <li>2.2.1 มีคำส่งแพทย์เป็นที่ปรึกษาเครือข่าย/หน่วยปฐมภูมิ</li> <li>2.2.2 มีการให้คำปรึกษาผ่านระบบต่างๆ</li> <li>2.2.3 มีการร่วมประชุม</li> <li>2.2.4 มีการร่วมกันวางแผนปฏิบัติงาน</li> <li>2.2.5 แพทย์ออกร่วมบริการเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละครั้ง</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>3. การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 การพัฒนาบุคลากร (5 คะแนน) <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1.1 มีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงาน ส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง</li> <li>3.1.2 มีการพัฒนาบุคลากรที่เน้นพัฒนาองค์ความรู้ (Knowledge, CBL, FM) และทักษะ (Skill)</li> <li>3.1.3 มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ</li> <li>3.1.4 มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรค์นวัตกรรม</li> <li>3.1.5 มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การพัฒนาในการเชื่อมโยงการดูแลมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณเข้ากับการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้</li> </ol> </li> <li>3.2 การบริหารจัดการและสนับสนุนงบประมาณ (5 คะแนน) <ol style="list-style-type: none"> <li>3.2.1 มีสนับสนุนงบประมาณตามเกณฑ์ปกติ (ตามแผน CUP)</li> <li>3.2.2 มีการสนับสนุนจาก CUPและจังหวัด</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>
--	---



	<p>3.2.3 มีการสนับสนุนจาก CUP , จังหวัดและท้องถิ่น</p> <p>3.2.4 มีการสนับสนุนจาก CUP, จังหวัด,ท้องถิ่นและเอกชน</p> <p>3.2.5 มีการนำเสนอรายรับ-รายจ่ายที่ประชุมเพื่อให้เกิดความโปร่งใส</p> <p>4. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) (5 คะแนน)</p> <p>4.1 มีข้อมูลกลุ่ม WECANDO หรือตาม 5 กลุ่มวัย เป็นปัจจุบัน และแยกกลุ่มเป้าหมายกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในภาพรวมของ คปสอ.</p> <p>4.2 มีการวิเคราะห์ข้อมูลลำดับความสำคัญปัญหาของพื้นที่</p> <p>4.3 มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาที่สำคัญไม่น้อยกว่า 1 โครงการในภาพของอำเภอ (ODOP)</p> <p>4.4 มีทีมในเขตที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายอื่น ติดตามและประเมินผลในภาพ คปสอ.</p> <p>4.5 มีการขยายผลประเด็นสุขภาพจนเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชนและพื้นที่อื่น</p> <p>5. การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (Community participation) (5 คะแนน)</p> <p>5.1 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพ เช่น ร่วมประชุม ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล</p> <p>5.2 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพและท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ (Resource sharing)</p> <p>5.3 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม</p> <p>5.4 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น</p> <p>5.5 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพมีการกำหนดนโยบายสาธารณะและความเข้มแข็งพึ่งตนเองได้ในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ มีการปรับปรุงการทำงานอย่างเป็นระบบ</p> <p>เกณฑ์การคิดคะแนน</p> <table><tr><td>คะแนนการประเมิน</td><td>1-14</td><td>15-19</td><td>20-24</td><td>25-29</td><td>30-35</td></tr><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> <p>สูตรการคิดคะแนน = (คะแนนการประเมิน*100)/35 = ร้อยละ .....(A)</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 2 คปสอ.มีโครงการที่เป็นประเด็นแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบท อย่างน้อย 1 เรื่อง (One District One Project : ODOP) (น้ำหนัก ร้อยละ 10)</p> <p>การวัดผล</p> <p>โครงการได้ผลลัพธ์ของตามที่ตั้งเป้าไว้ โดยการประเมินควรชี้ให้เห็นพัฒนาการและความเชื่อมโยงของปัจจัยสำคัญทั้ง 5 ด้าน คือ (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)</p> <p>1.การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) (5 คะแนน)</p> <p>2.การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation) (5 คะแนน)</p> <p>3.การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) (5 คะแนน)</p> <p>4.การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) (5 คะแนน)</p>	คะแนนการประเมิน	1-14	15-19	20-24	25-29	30-35	ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
คะแนนการประเมิน	1-14	15-19	20-24	25-29	30-35								
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5								



	<p>2) อัตราการเสียชีวิตใน รพ.ของทารกแรกเกิด นน.&lt;2,500 กรัม (ภายใน 28 วัน) ต้องไม่เกินร้อยละ 2</p> <p>3) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (<math>\geq</math>ร้อยละ 50)</p> <p>4) ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ร้อยละ 70)</p> <p>5) ร้อยละของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 90)</p> <p>6) ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีกิจกรรมคัดกรองโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงในชุมชนร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ (ร้อยละ 100)</p> <p>7) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ (ร้อยละ 100)</p> <p>8) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F1 ขึ้นไป มี CKD Clinic ร้อยละ 100</p> <p>9) อัตราการรับเข้า รพ. จากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของ DM ลดลงร้อยละ 3 เมื่อเทียบกับข้อมูลปี 2556</p> <p>10) อัตราการรับเข้ารพ.จากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของ HT ลดลงร้อยละ 3 เมื่อเทียบกับข้อมูลปี2556</p> <p>11) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา (ร้อยละ 60)</p> <p>12) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ (ร้อยละ 100)</p> <p>13) ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (ร้อยละ 31)</p> <p>14 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ WCC คุณภาพ (ร้อยละ 70)</p> <p>15) จำนวนรพ.สต.ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น (<math>\geq</math>ร้อยละ 45)</p> <p>16) ร้อยละของโรงพยาบาลมีศูนย์ดูแลต่อเนื่องผ่านเกณฑ์คุณภาพ (ร้อยละ 100)</p> <p>17) ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเตียงประเภทที่ 3 ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ 100)</p> <p>18) ร้อยละของโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ประเมินห้องคลอดคุณภาพ (ร้อยละ 100)</p> <p>สูตรการคำนวณ : <u>ผลรวมคะแนนที่ได้รายตัวชี้วัดของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด *100</u>  <u>คะแนนรวมทั้งหมด (180 คะแนน)</u>          คะแนนที่ได้ ร้อยละ.....(D)</p> <p>ตัวชี้วัดที่ 5 คปสอ.มีผลงาน (วิชาการ) นวัตกรรม, งานวิจัย หรือ R2R ที่นำสู่การพัฒนาบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ (น้ำหนัก ร้อยละ 5)</p> <p>วิธีประเมินและให้คะแนน : คปสอ.ดำเนินการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่สังกัด โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-มีกระบวนการ CQI ให้ 1 คะแนน</li> <li>-มีการวิจัย R2R ให้ 2 คะแนน</li> <li>-มีการนำเสนอผลงานวิจัย, R2R,นวัตกรรม ทางวิชาการ และนำเสนอระดับอำเภอ ให้ 3 คะแนน</li> </ul>
--	--

	<p>-และนำเสนอระดับจังหวัด ให้ 4 คะแนน</p> <p>-และนำเสนอระดับเขต/ภาค/ประเทศ/ต่างประเทศ ให้ 5 คะแนน</p> <p>สูตรการคำนวณ</p> <p><u>คะแนนรวมแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีนวัตกรรม/ผลงานวิจัย หรือ R2Rx100</u></p> <p>คะแนนเต็ม(5)*จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด</p> <p>คะแนนที่ได้ ร้อยละ.....(E)</p> <p>วิธีคิดคะแนน (การให้ดาว) = <math display="block">\frac{(\text{ผลรวมคะแนนตัวชี้วัดที่ 1-5*น้ำหนัก})*100}{\text{คะแนนทั้งหมด}}</math></p> $= \frac{\{(A*20)+(B*10)+(C*15)+(D*50)+(E*5)\}*100}{(100*20)+(100*10)+(100*15)+(100*50)+(100*5)}$ $= \frac{\{(A*20)+(B*10)+(C*15)+(D*50)+(E*5)\}*100}{10,000}$ <p>คะแนนที่ได้ ร้อยละ.....</p> <p>เกณฑ์ระดับดาว คปสอ.</p> <table><tr><td>ระดับ</td><td>3 ดาว</td><td>4 ดาว</td><td>5 ดาว</td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td>70-79</td><td>80 - 89</td><td>≥ 90</td></tr></table> <p>เงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ คปสอ.ระดับ 5 ดาว (ต้องผ่านทุกข้อ)</p> <p><u>ตัวชี้วัดที่ 1</u> คปสอ.มีความก้าวหน้าในการดำเนินงาน DHS ต้องได้คะแนน ≥ร้อยละ 85</p> <p><u>ตัวชี้วัดที่ 2</u> คปสอ.มี ODOP ต้องได้คะแนน ≥ร้อยละ 85</p> <p><u>ตัวชี้วัดที่ 3</u> รพ.สต./ศสม./ศสข.ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว ≥ร้อยละ 15</p> <p><u>ตัวชี้วัดที่ 4</u> คปสอ.มีผลงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวง ฯ และเขตบริการสุขภาพที่ 8 (15 ร่องหลัก) ตัวชี้วัดทุกตัวต้องผ่านเกณฑ์ และต้องได้คะแนนภาพรวม ≥ร้อยละ 80</p> <p><u>ตัวชี้วัดที่ 5</u> คปสอ.มีผลงาน (วิชาการ) นวัตกรรม, งานวิจัย หรือ R2R ที่นำสู่การพัฒนาบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งต้องมีผลงานหรือนวัตกรรมหรืองานวิจัย/R2R อย่างน้อย 1 เรื่อง และมีการนำเสนออย่างน้อยระดับอำเภอ</p>	ระดับ	3 ดาว	4 ดาว	5 ดาว	ร้อยละ	70-79	80 - 89	≥ 90
ระดับ	3 ดาว	4 ดาว	5 ดาว						
ร้อยละ	70-79	80 - 89	≥ 90						
ผู้รับผิดชอบ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู โทร 0-4231-2049 ต่อ 127 นางสาวปรีดา โนวฤทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สสจ.หนองบัวลำภู โทร.08-9617-1919								
ผู้จัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ประเด็น คปสอ./รพ.สต.ติดตาม								
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 8								

ประเด็น	พัฒนาคุณภาพระบบบริการและสถานบริการให้ได้มาตรฐาน -พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ให้ได้มาตรฐาน			
ตัวชี้วัด	13.2 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว			
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขในระดับหมู่บ้าน ตำบล ที่มีพัฒนาและยกระดับคุณภาพบริการจากสถานอนามัยในระบบหลักประกันสุขภาพทำหน้าที่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ระดับตำบล โดยมีบุคลากรปฏิบัติงานประจำ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข, นักการแพทย์แผนไทย และสายสนับสนุนอื่น ๆ ภายใต้การสนับสนุนของ คปสอ. ใน อำเภอนั้น ๆ</p> <p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) หมายถึง รพ.สต.ที่มีผลการประเมินใน โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ของเขตบริการสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข และมี ผลการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาคุณภาพ ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว 1.รพ.สต.ระดับ 5 ดาว ≥ ร้อยละ 15 (อิงกลุ่ม) 2.รพ.สต.ระดับ 4 ดาว ≥ ร้อยละ 35 (อิงเกณฑ์) 3.รพ.สต.ระดับ 3 ดาว ≥ ร้อยละ 50 (อิงเกณฑ์)			
การรายงาน/ ความถี่ในการ จัดเก็บข้อมูล	รายงานผลจากการประเมิน 1 ครั้ง/ปี (รอบ 9 เดือน)			
แหล่งข้อมูลและ การประมวลผล ตัวชี้วัด	คะแนนจากการประเมิน และจากรายงานในระบบ Data Center จากจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8			
เกณฑ์การให้ คะแนน	เกณฑ์ระดับการให้ดาวของ รพ.สต.			
	ระดับ	3 ดาว	4 ดาว	5 ดาว
	ร้อยละของผลรวม คะแนนทุกเกณฑ์	70-79	80 - 89	≥ ร้อยละ 90
	<p>เกณฑ์การให้คะแนน</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 1 เกณฑ์ประเมิน รพ.สต. 3 ดี เกณฑ์ประเมิน Healthy work place ,5 ส. คะแนนเต็ม 100 (น้ำหนัก ร้อยละ 5).....(A)</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 2 เกณฑ์ประเมิน PCA หมวดสำคัญ (หมวด 3,6) และประเมินความพึงพอใจ ผู้รับบริการ คะแนนเต็ม 100 (น้ำหนัก ร้อยละ 15) .....(B)</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 3 เกณฑ์การประเมินงานป้องกันควบคุมการติดเชื้อ ใน รพ.สต. คะแนนเต็ม 100 (น้ำหนัก ร้อยละ 10) .....(C)</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 4 เกณฑ์ประเมินงานเภสัชกรรม ใน รพ.สต. คะแนนเต็ม 100 (น้ำหนัก ร้อยละ 10) .....(D)</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 5 เกณฑ์ประเมินงานชันสูตร ใน รพ.สต. คะแนนเต็ม 100(น้ำหนัก ร้อยละ 5) .....(E)</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 6 เกณฑ์ประเมินระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ คะแนนเต็ม 100(น้ำหนัก ร้อยละ 5) .....(F)</p> <p>เกณฑ์ชี้วัดที่ 7 เกณฑ์ผลปฏิบัติงานตาม KPI ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขและเขตบริการ สุขภาพที่ 8 (15 ร่องหลัก) ปี 2557 คะแนนเต็ม 100 (น้ำหนัก ร้อยละ 50) .....(G)</p> <p>คำอธิบาย : ตัวชี้วัดตามเป้าหมายตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และเขตบริการ</p>			

	<p>สุขภาพที่ 8(15 ร่องหลัก) ปี 2557 จำนวน 8 ตัวชี้วัด ดังนี้ (ข้อละ 10 คะแนน)</p> <p>1) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (ร้อยละ 60)</p> <p>2) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 60)</p> <p>3) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (≥ร้อยละ 50)</p> <p>4) ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ร้อยละ 70)</p> <p>5) ร้อยละของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (≥ร้อยละ 90)</p> <p>6) ร้อยละของเด็กนักเรียนชั้นประถม 1 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)</p> <p>7) ร้อยละของเด็กนักเรียนชั้นประถม 1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (ร้อยละ 30)</p> <p>8) ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเตียงประเภทที่ 3 ได้รับการเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 100)</p> <p><b>สูตรการคำนวณ : ผลรวมคะแนนที่ได้รายตัวชี้วัดของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด *100</b> <b>คะแนนรวมทั้งหมด (80 คะแนน)</b> <b>คะแนนที่ได้ ร้อยละ.....</b></p> <div><p><b>วิธีคิดคะแนน (การให้ดาว) =</b> <math display="block">\frac{\text{ผลรวมร้อยละคะแนนตัวชี้วัดที่ 1-7*น้ำหนัก}*100}{\text{คะแนนทั้งหมด (10,000)}}</math></p><p>= <math display="block">\frac{(A*5)+(B*15)+(C*10)+(D*10)+(E*5)+(F*5)+(G*50)*100}{(100*5)+(100*15)+(100*10)+(100*10)+(100*5)+(100*5)+(100*50)}</math></p><p>= <math display="block">\frac{(A*5)+(B*15)+(C*10)+(D*10)+(E*5)+(F*5)+(G*50)*100}{10,000}</math></p><p><b>ร้อยละ.....</b></p></div>								
	<p><b>เกณฑ์ระดับดาว รพ.สต.</b></p> <table><tr><td>ระดับ</td><td>3 ดาว</td><td>4 ดาว</td><td>5 ดาว</td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td>70-79</td><td>80 - 89</td><td>≥ 90</td></tr></table>	ระดับ	3 ดาว	4 ดาว	5 ดาว	ร้อยละ	70-79	80 - 89	≥ 90
ระดับ	3 ดาว	4 ดาว	5 ดาว						
ร้อยละ	70-79	80 - 89	≥ 90						
ผู้รับผิดชอบ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู โทร 0-4231-2049 ต่อ 127 นางสาวปรีดา โนวฤทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สสจ.หนองบัวลำภู โทร.08-9617-1919								
ผู้จัดเก็บข้อมูล	คณะทำงานของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ประเด็น คปสอ./รพ.สต.ติดตาม								
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 8								

## ประเด็นยุทธศาสตร์

การพัฒนาระบบคุณภาพบริการของโรงพยาบาลด้วย Hospital accreditation

14. การพัฒนาระบบคุณภาพบริการของโรงพยาบาลด้วย Hospital accreditation

ตัวชี้วัดการพัฒนาคูณภาพ โรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA	1. ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA 2. ร้อยละของโรงพยาบาล (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ผ่านการประเมินการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA สามารถธำรงรักษา/ผ่านการประเมินซ้ำ
คำนิยาม	โรงพยาบาลผ่านการประเมินการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลตาม มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี โดยพิจารณาจากผลการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) (สรพ.) ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2557
เกณฑ์เป้าหมาย	1. ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาล (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ทั้งหมดในจังหวัด ผ่านการประเมินการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA 2. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาล (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ผ่านการประเมินการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA สามารถธำรงรักษา/ผ่านการประเมินซ้ำ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ทั้งหมดในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 จำนวน 84 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เมื่อมีการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) (สรพ.)
แหล่งข้อมูล	1. สถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) (สรพ.) 2. สปสช. 8 อุดรธานี
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ผ่าน การประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) (สรพ.)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาล (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่เปิดให้บริการทั้งหมดในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$



เกณฑ์การให้คะแนน							
	ตัวชี้วัด	คะแนน	1	2	3	4	5
	1	ร้อยละ	30	40	50	60	70
	2	ร้อยละ	60	70	80	90	100
ระยะเวลาการประเมิน	1. ปีละ 1 ครั้ง (ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2557) 2. ติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 2 เดือนในที่ประชุม คปสข.						
ผู้ให้ข้อมูล/ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัดระดับเขต/ผู้รายงานผล การดำเนินการ	นพ.สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา ผชช.ว. อุดรธานี มือถือ: 093-3237755 สำนักงาน: 042-222356 ต่อ 123 โทรสาร: 042- 247897 นพ.ทวีรัชต์ ศรีกุลวงศ์ ผอ.รพ.หนองวัวซอ มือถือ: 081-7390761 รพ.หนองวัวซอ: 042-285896 โทรสาร: 042-285896 ต่อ 10 ดร.สุทธินันท์ สระทองหน สสจ.อุดรธานี มือถือ: 081-5926485 สำนักงาน: 042-222356 ต่อ 322 โทรสาร: 042- 247897						

**หมายเหตุ:** เฉพาะจังหวัดอุดรธานี ประเมินเพียงข้อ 2 ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาล(สังกัดกระทรวงสาธารณสุข)ที่ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA สามารถดำรงรักษา/ผ่านการประเมินซ้ำ โดยคือน้ำหนักคะแนนในข้อนี้ = 5

## ประเด็นยุทธศาสตร์

### การพัฒนาระบบสารสนเทศทางด้านสุขภาพ

### 15. การพัฒนาระบบสารสนเทศทางด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดระบบข้อมูล	15.1 หน่วยบริการ มีระบบข้อมูลที่มีคุณภาพที่เชื่อถือได้สำหรับการบริหารจัดการระดับดีขึ้น
คำนิยาม	<p>ระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการ เพื่อตอบสนองให้การ พัฒนาระบบสุขภาพ มีศักยภาพในการบริหารจัดการสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีข้อมูลที่มีคุณภาพ ถูกต้องเชื่อถือได้ ครบถ้วน ทันเวลา สามารถเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อดูภาระงานของผู้ให้บริการ (Provider) กับการให้บริการประชาชน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ เป็น National Health Information ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ศึกษาวิเคราะห์ระบบข้อมูลของหน่วยงานระดับ กรม/กอง ทั้งหมด เพื่อวิเคราะห์ความซ้ำซ้อน การใช้ประโยชน์ของข้อมูล จำนวนบุคลากรด้านการบริหารจัดการข้อมูล</li> <li>2. บูรณาการแผนงาน โครงการของทุกหน่วยงานเป็นภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข/เขต/จังหวัด</li> <li>3. เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน โดยใช้เครื่องมือเทคโนโลยี (Strategic Health Operating Center Room : SHOC room ) เชื่อมข้อมูลทั้งหมดเพื่อรวมศูนย์ข้อมูลเป็นหนึ่งเดียว ( Single data base) ในจังหวัดเพื่อส่งรวมเป็น National Health Information</li> <li>4. เชื่อมโยงข้อมูลการใช้ยาและเวชภัณฑ์ของผู้มารับบริการ</li> </ol> <p>โดยบริหารจัดการให้หน่วยงานแต่ละระดับ ได้แก่ เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ สถานบริการ สามารถนำเสนอข้อมูลดังกล่าวได้ในทุกระดับ</p> <p>มีกระบวนการติดตาม การตรวจสอบความถูกต้อง ความเชื่อถือได้ สอดคล้องกับหลักวิชาการ ความครบถ้วนการบันทึกข้อมูล คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการจัดเก็บและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อมูลเข้า ข้อมูลออก ระบบการกำกับติดตามเครื่องมือ หมายถึง โปรแกรมที่จังหวัดใช้บริหารจัดการข้อมูลการแพทย์และสุขภาพระดับจังหวัด ที่มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน และรายงานผลได้อย่างรวดเร็ว อำนวยความสะดวกให้แก่ สสจ. ในการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามผลงานของหน่วยบริการ</li> <li>- ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและช่วยเหลือหน่วยบริการ</li> <li>- วิเคราะห์ข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพภายในจังหวัด</li> </ul>

คำนิยาม	<p>- คุณภาพของเครื่องมือ สามารถวัดความถูกต้องเชื่อถือได้ของเครื่องมือ ประเด็นตัวชี้วัดน่าจะมุ่งเน้นไปที่</p> <p>- ข้อมูลที่บันทึก จัดเก็บและส่งออกได้ครบถ้วนหรือไม่ - การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการสุ่มข้อมูล เพื่อดูความถูกต้อง ความเชื่อถือได้ ความสอดคล้องของข้อมูลหรือความสัมพันธ์กันภายในและภายนอกของข้อมูล</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p><b>ระดับจังหวัด/อำเภอ :</b></p> <p>มีระบบติดตามความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา(Monitoring data) และหน่วยบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น <math>\geq</math> ร้อยละ 80</p> <p><b>ระดับหน่วยบริการ :</b> ผ่านเกณฑ์การจัดการสารสนเทศสุขภาพระดับดีขึ้น</p> <p><b>เกณฑ์การจัดระดับหน่วยบริการ</b></p> <p>ดีมาก หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 90.01 - 100</p> <p>ดี หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 80.01 – 90.00</p> <p>ปานกลาง หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 70.01 – 80.00</p> <p>พอใช้ หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้ร้อยละ 60.01 – 70.00</p> <p>ปรับปรุง หมายถึง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ได้น้อยกว่าร้อยละ 60.01</p> <p><b>เกณฑ์การให้คะแนนหน่วยบริการ</b></p> <p><u>ส่วนที่ 1 ข้อมูลโครงสร้างมาตรฐาน 80 คะแนน</u></p> <p>1.1 ทันเวลา 10 คะแนน หน่วยบริการ</p> <p>- ส่งข้อมูล 21 แฟ้ม รายวันทุกวันทำการ และส่งรายเดือน</p> <p>- ส่งข้อมูล 43 แฟ้ม ทุกสัปดาห์ และส่งรายเดือน</p> <p>คะแนนส่งชุดข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด = <math>\frac{\text{จำนวนวันที่ส่ง}}{\text{จำนวนวันที่กำหนดต้องส่ง}} \times 10</math></p> <p>(ส่งรายวัน วันที่ระบบ Server รับข้อมูลมีปัญหาโดยมีหน่วยบริการส่งข้อมูลได้น้อยกว่าร้อยละ 40 ของหน่วยบริการทั้งหมด ไม่นับเป็นวันที่ต้องส่งข้อมูล)</p> <p>1.2 คุณภาพ 55 คะแนน</p> <p>1.2.1 ความถูกต้อง 20 คะแนน</p> <p>- ใช้คุณภาพข้อมูล OP/PP ที่ตรวจโดย สปสช. ประกอบด้วย ข้อมูลหรือแฟ้ม OP , EPI , FP , ANC , MCH , PP , CHRONIC , CHRONICFU , DEATH , LABFU , NCDSCREEN , PERSON , SURVEIL , NUTRI</p> <p>- ช่วงข้อมูลที่นำมาประเมินยึดวันที่ส่งข้อมูลไป สปสช.</p> <p>คะแนน = <math>\frac{\text{จำนวนรายการข้อมูลที่มีความถูกต้อง}}{\text{จำนวนรายการข้อมูลที่ส่ง}} \times 20</math></p>

<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>1.2.2 ครอบคลุมครบถ้วน 35 คะแนน ประเมินความครอบคลุม ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 10 คะแนน(0-5 ปี ทุกรายการวัคซีนที่ประเมิน)  <math display="block">\text{คะแนน} = \frac{\text{เฉลี่ยร้อยละความครอบคลุมวัคซีนที่ประเมิน} \times 10}{100}</math> </li> <li>- ลดความซ้ำซ้อนข้อมูลแฟ้ม Person 10 คะแนน  <math display="block">\text{คะแนน} = 10 - \text{ร้อยละความซ้ำซ้อนแฟ้ม Person}</math> <p>(ซ้ำซ้อนมากกว่าร้อยละ 10 ได้ 0 คะแนน)</p> </li> <li>- ความครอบคลุมข้อมูลดูแลแม่ (MCH) เทียบกับข้อมูลการคลอด 10 คะแนน  <math display="block">\text{คะแนน} = \frac{\text{ข้อมูลดูแลแม่(MCH)} \times 10}{\text{จำนวนคลอดใน รพ.}}</math> <p>(คลอดใน รพ. ตรวจสอบ CID กับแฟ้ม Person ระบุ Type 1,3 ที่หน่วยบริการไหน ประเมินที่หน่วยบริการนั้น)</p> </li> <li>- งานโภชนาการเด็ก 0-71 เดือน 5 คะแนน  <math display="block">\text{คะแนน} = \frac{\text{ร้อยละความครอบคลุมโภชนาการ} \times 5}{100}</math> </li> </ul> <p>1.3 ความปลอดภัย 5 คะแนน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยบริการสำรองข้อมูลโปรแกรมบันทึกข้อมูลบริการ เช่น JHCIS, HosXP, HosXP PCU, Home C หรือโปรแกรมอื่นที่หน่วยบริการใช้อยู่ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเก็บไว้นอกเครื่องหลัก</li> <li>- สสอ. เรียกเก็บสำรองข้อมูลให้ รพ.สต. เดือนละ 1 ครั้ง</li> <li>- สสจ. เรียกเก็บสำรองข้อมูลให้หน่วยบริการ 6 เดือนครั้ง</li> </ul> $\text{คะแนน} = \frac{\text{จำนวนชุดสำรองข้อมูล}}{\text{เป้าหมายการสำรองข้อมูล}} \times 5$ <p>(การประเมินให้ระดับอำเภอประเมินให้คะแนนหน่วยบริการ)</p> <p>1.4 ใช้ประโยชน์ 10 คะแนน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ข้อมูล กำหนดโดยทีมประเมินระดับจังหวัด</li> </ul> <p>ส่วนที่ 2 ข้อมูลสำรวจและรายงาน 20 คะแนน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการส่งข้อมูลรายงาน E-Report หรือ สำรอง ตามกำหนดเวลา</li> <li>- มีความถูกต้องของข้อมูล E-Report หรือ สำรอง โดยการประเมินของหน่วยที่ควบคุมกำกับ</li> </ul>
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมือง</p>

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ประมวลผลข้อมูลจาก Provis Data Center ,Health Data Center ข้อมูลรายงาน E-Report และข้อมูลสำรวจ ที่ใช้ในการประเมินผลต้องส่งผ่านเว็บไซต์ของ สสจ. 2. การตรวจประเมินระดับจังหวัด/ระดับ คปสอ. โดยทีมตรวจประเมินระดับเขต/จังหวัด	
รายการข้อมูล 1	A1 : หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดีขึ้น	
รายการข้อมูล 2	B1 : หน่วยบริการทั้งหมด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน รอบที่ 1 ประเมินผลงานช่วง เดือน ธันวาคม 2556 – กุมภาพันธ์ 2557 รอบที่ 2 ประเมินผลงานช่วง เดือน มีนาคม – กรกฎาคม 2557	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ประสานงานตัวชี้วัด	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม โทร 042-511410	
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายไกรวุฒิ แก้วชาลุน	โทร 042-511-410 (ต่อ 123) มือถือ 081-260-2111 Email: kriwoot@gmail.com