



KPI TEMPLATE 2025



2568

รายละเอียดตัวชี้วัด

เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

☎ 05 623 2001

✉ saraban-nsn@nsw.go.th

📍 782 หมู่ 10 ถนนพหลโยธิน ตำบลนครสวรรค์
อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ 60000

สรุปตัวชี้วัดหลัก (KPIs) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP)

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

จำนวน ๒๒ ตัวชี้วัดหลัก

ตัวชี้วัดหลัก (KPIs)	กลุ่มงาน
๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	ส่งเสริมสุขภาพ
๒. ร้อยละเด็ก ๐ - ๕ ปี คัดกรองพบพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น TEDA๔I	ส่งเสริมสุขภาพ
๓. ผู้ป่วยเบาหวานหยุดยาได้	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๔. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๕. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลมีขั้นตอนการดำเนินงานลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก	อนามัยสิ่งแวดล้อมฯ
๖. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพรบ.๖	ปฐมภูมิและเครือข่าย
๗. ผู้ป่วยเข้า Stroke Fast Track ๗.๑ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยการละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) ๗.๒ Door to refer time (๓๐ นาที) ๗.๓ อัตราผู้ป่วยตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE : I๖๐-I๖๙)	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๘. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และวัณโรคกลับเป็นซ้ำ	ควบคุมโรคติดต่อ
๙. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค (Common Diseases and Symptoms) มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร	แพทย์แผนไทยฯ
๑๐. ร้อยละผู้ป่วย SMIV ได้รับยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (อาการสงบ)	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๑๑. ร้อยละการเข้าถึงการรักษาผู้ป่วย STEMI ๑๑.๑ ร้อยละการเข้าถึงการรักษาผู้ป่วย STEMI ๑๑.๒ ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI/ยาละลายลิ่มเลือดตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ๑๑.๓ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ตัวชี้วัดหลัก (KPIs)	กลุ่มงาน
<p>๑๒. มะเร็งครบวงจร</p> <p>๑๒.๑ ประชากรอายุ ๕๐ - ๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง</p> <p>๑๒.๒ ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>๑๒.๓ ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม</p>	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๑๓. ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๑๔. ร้อยละผู้รับบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	สุขภาพดิจิทัล
๑๕. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)	กฎหมาย
๑๖. การส่งข้อมูลเคลมเข้าระบบ (Financial Data Hub : FDH) ได้รับการอนุมัติ	ประกันสุขภาพ
๑๗. ระดับผลสำเร็จตามเกณฑ์ประเมินอำเภอไร้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU District)	คุ้มครองผู้บริโภคฯ
๑๘. ร้อยละความสำเร็จของการตอบโต้ข่าวสารและข้อมูลด้านสุขภาพได้ถูกต้อง รวดเร็ว ประชาชนเกิดความพึงพอใจ	สื่อสารองค์กร
๑๙. ร้อยละเด็กอายุ ๐ - ๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ทันตสาธารณสุข
๒๐. ร้อยละประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป (กลุ่มก่อนวัยสูงอายุและวัยสูงอายุ) ได้รับการคัดกรอง PMDS	ทันตสาธารณสุข
๒๑. ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชน ควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออก ได้ไม่เกิน ๒๘ วัน (๒ ND Generation)	ควบคุมโรคติดต่อ
<p>๒๒. ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี</p> <p>๒๒.๑ การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. ๒๕๓๕</p> <p>๒๒.๒ การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี ในประชาชนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. ๒๕๓๕ และกลุ่มเสี่ยง ๕ กลุ่มเสี่ยง</p> <p>๒๒.๓ การตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. ๒๕๓๕</p> <p>๒๒.๔ การตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ซี ในประชาชนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. ๒๕๓๕ และกลุ่มเสี่ยง ๕ กลุ่มเสี่ยง</p> <p>๒๒.๕ การรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ซี ในประชาชนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. ๒๕๓๕ และกลุ่มเสี่ยง ๕ กลุ่มเสี่ยง</p>	ควบคุมโรคติดต่อ

คำนำ

รายละเอียดคำอธิบายตัวชี้วัดหลัก (KPIs Template) ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อกำหนดการประเมินผลตัวชี้วัดหลัก (Key Performance Indicator : KPI) ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ จำนวน ๒๒ ตัวชี้วัดหลัก คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน ซึ่งผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ พร้อมการลงนามข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง นายแพทย์จักรกรูจตุทาสงษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์กับประธานและรองประธานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) โดยมีรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ทุกท่านในฐานะผู้บริหารที่กำกับดูแลกลุ่มงานเป็นผู้ลงนามในฐานะส่งชีพยาน

KPIs Template เป็นเครื่องมือสำคัญที่ประกอบหลักฐานการรับรองผลการปฏิบัติราชการประจำปี ที่เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) ใช้เป็นสิ่งยืนยันในการกำหนดข้อเสนอเพื่อการส่งมอบผลความสำเร็จในการปฏิบัติหน้าที่ราชการให้เป็นไปตามทิศทาง เป้าหมายและยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาตามกรอบภารกิจขององค์กรที่กำหนดไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม การจัดทำ KPIs Template สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ครั้งนี้ จึงนับว่าเป็นสิ่งสำคัญและยกระดับคุณค่าของการทำงานตามนโยบายการสร้างคุณค่าบนฐานการดูแลสุขภาพ (Value Based Health Care) ที่องค์กรด้านสุขภาพสามารถสร้างขึ้นและนำไปสู่การปฏิบัติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ทุกท่าน ประธานและรองประธานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) และบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนรับผิดชอบและเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ร่วมกันจัดทำและพิจารณา KPIs Template ฉบับนี้จนสำเร็จเป็นที่เรียบร้อย นำไปสู่การปฏิบัติ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อตกลงความร่วมมือฯ จะสร้างคุณค่าในการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ให้เกิดผลสัมฤทธิ์เป็นไปตาม KPIs ที่กำหนดไว้ทุกประการ

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

สารบัญ

ลำดับ	หน้า
๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	๗
๒. ร้อยละเด็ก ๐ - ๕ ปี คัดกรองพบพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น TEDA๔	๙
๓. ผู้ป่วยเบาหวานหยุดยาได้	๑๓
๔. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี	๑๕
๕. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลมีขั้นตอนการดำเนินงานลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก	๑๘
๖. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พรบ.๓	๒๔
๗. ผู้ป่วยเข้า Stroke Fast Track	
๗.๑ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยการละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (Door to needle time)	๒๗
๗.๒ Door to refer time (๓๐ นาที)	๒๙
๗.๓ อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE : I๖๐-I๖๙)	๓๑
๘. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และวัณโรคกลับเป็นซ้ำ	๓๓
๙. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค (Common Diseases and Symptoms) มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร	๓๖
๑๐. ร้อยละผู้ป่วย SMIV ได้รับยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (อาการสงบ)	๓๙
๑๑. ร้อยละการเข้าถึงการรักษาผู้ป่วย STEMI	
๑๑.๑ การเข้าถึงการรักษาผู้ป่วย STEMI	๔๒
๑๑.๒ ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI/ยาละลายลิ่มเลือดตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๔๔
๑๑.๓ อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	๔๖
๑๒. มะเร็งครบวงจร	
๑๒.๑ การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	๔๘
๑๒.๒ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๕๐
๑๒.๓ การคัดกรองมะเร็งเต้านม	๕๒
๑๓. ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate)	๕๕
๑๔. ร้อยละผู้รับบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	๕๗
๑๕. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)	๖๑
๑๖. ร้อยละข้อมูลที่ส่งเข้าระบบ FDH ได้รับการอนุมัติ	๖๔
๑๗. ระดับผลสำเร็จตามเกณฑ์ประเมินอำเภอขยายอย่างสมเหตุผล (RDU District)	๖๖
๑๘. ร้อยละความสำเร็จของการตอบโต้ข่าวสารและข้อมูลด้านสุขภาพได้ถูกต้อง รวดเร็ว	๗๐

สารบัญ

ลำดับ		หน้า
๑๙.	ร้อยละเด็กอายุ ๐ – ๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๗๒
๒๐.	ร้อยละประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป (กลุ่มก่อนวัยสูงอายุและวัยสูงอายุ) ได้รับการคัดกรอง PMDS	๗๔
๒๑.	ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชน ควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออก ได้ไม่เกิน ๒๘ วัน (๒ ND Generation)	๗๗
๒๒.	ไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	
๒๒.๑	ร้อยละการคัดกรองและดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี	๗๙
๒๒.๒	ร้อยละการคัดกรองและดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี	๘๓
๒๒.๓	การตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบ บี	๘๗
๒๒.๔	การตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบ ซี	๙๐
๒๒.๕	การรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี	๙๓

รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘
สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (CUP) จังหวัดนครสวรรค์

ตัวชี้วัดที่ ๑ : ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ

หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐

น้ำหนักคะแนน : ๓

คำอธิบาย

หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ

การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์และคู่ที่ได้รับการฝากครรภ์ตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งที่มาใช้บริการฝากครรภ์อย่างครบถ้วน เน้นการมาฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ และได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๕ โดยกำหนดกิจกรรมคุณภาพดังนี้

๑. การบริการฝากครรภ์คุณภาพมาตรฐานตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ โดยเน้น ส่งเสริม สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ และฝากครรภ์ต่อเนื่อง ตามเกณฑ์ฝากครรภ์ ๘ ครั้ง
๒. หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการฝากครรภ์ตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงอายุครรภ์ อย่างครบถ้วนรายละเอียดตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๕
๓. จัดเครือข่ายบริการฝากครรภ์ และมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในภาวะดังกล่าว

รายละเอียดตัวชี้วัด :

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หญิงคลอดทุกรายในเขตรับผิดชอบ (Type ๑ และ ๓)

A = จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์และหรือได้รับกิจกรรมบริการครบตามสิทธิประโยชน์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงในฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

B = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ (Type ๑ และ ๓) สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดทั้งหมด LABOR (BTYPE ไม่เท่ากับ ๖ คือ แท้ง) (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละ ๕๐ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :

ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ = (A/B)×๑๐๐

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
< ๒๐	๒๐-๒๙	๓๐-๓๙	๔๐-๔๙	≥ ๕๐

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๐	๐.๑	๐.๒	๐.๓	๐.๔	๐.๕	๐.๖	๐.๗	๐.๘	๐.๙
ร้อยละ	๐	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	๑๔	๑๕	๑๖	๑๗	๑๘	๑๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
ร้อยละ	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
ร้อยละ	๓๐	๓๑	๓๒	๓๓	๓๔	๓๕	๓๖	๓๗	๓๘	๓๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
ร้อยละ	๔๐	๔๑	๔๒	๔๓	๔๔	๔๕	๔๖	๔๗	๔๘	๔๙
คะแนน	๕									
ร้อยละ	≥๕๐									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ไปที่ กลุ่มรายงานมาตรฐาน: กลุ่มรายงานมาตรฐาน >>ส่งเสริมป้องกัน>>อนามัยแม่และเด็ก>> ข้อ ๑.๘ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ประเมินผลทุกเดือน ผ่านระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด (KPI)	ปีงบประมาณ พ.ศ.			
	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	N/A	N/A	๒.๖๗	๑๑.๐๕

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

๑. จัดบริการคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลทุกแห่งตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๕

๒. จัดบริการงานอนามัยแม่และเด็ก ตาม Level of Care : Maternal and Child Health (MCH) Nakhonsawan

ผู้รับผิดชอบจัดเก็บผลงานตัวชี้วัด : นางธัญธรณ์ รุจิรัตน์ธิกุล เบอร์โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๔๕๕๑ ๙๒๖๖

หัวหน้ากลุ่มงาน : นางสาวณัฐธยาน์ ปฐวีนนทวงศ์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๐๖๘๒ ๔๙๖๘

ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย Teda๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น

หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

น้ำหนักคะแนน : ๒ คะแนน

คำอธิบาย :

๑. ส่งสัยล่าช้าส่งต่อทันที ๑B๒๖๒ หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ ๑ แล้วได้รับรหัส SPECIALPP ๑B๒๖๒

๒. ไม่สมวัยหลังกระตุ้น ๑B๒x๒ หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ ๒ ได้รับรหัส SPECIALPP ๑B๒x๒ (๑B๒๑๒ ๑B๒๒๒ ๑B๒๓๒ ๑B๒๔๒ ๑B๒๕๒) ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย DSPM แล้วพบว่ายังมีพัฒนาการล่าช้า (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม เลขบัตรประชาชน CID)

๓. เด็กป่วย หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ป่วยด้านพัฒนาการ มีรหัส ICD-๑๐-TM ตามที่สถาบันราชานุกูลกำหนด (รหัสวินิจฉัย ICD-๑๐-TM F๘๔, G๘๐, Q๙๐)

๔. สมวัยก่อนเข้า Teda๔ หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ได้รับรหัส SPECIALPP ๑B๒x๒ (๑B๒๑๒ ๑B๒๒๒ ๑B๒๓๒ ๑B๒๔๒ ๑B๒๕๒) แล้วพบรหัส ๑B๒๖๐ แต่ยังไม่ได้รับ รหัส SPECIALPP ๑B๒๗๐ ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕

๕. พบ Teda๔ ก่อน DSPM หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย Teda๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น อยู่สม่ำเสมอ มีรหัส SPECIALPP ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ ภายใน ๙๐ วันก่อนวันคัดกรอง DSPM (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม เลขบัตรประชาชน CID)

๖. รวมเป้าหมาย หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับรหัส SPECIALPP ๑B๒๖๒, ๑B๒x๒ (๑B๒๑๒ ๑B๒๒๒ ๑B๒๓๒ ๑B๒๔๒ ๑B๒๕๒) ในข้อที่ (๑) และ (๒) ไม่รวมเด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ในข้อที่ (๔) และ (๕) (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม เลขบัตรประชาชน CID)

๗. รวมกระตุ้น หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับรหัส ๑B๒๖๒, ๑B๒x๒ (๑B๒๑๒ ๑B๒๒๒ ๑B๒๓๒ ๑B๒๔๒ ๑B๒๕๒) ในข้อที่ (๖) มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการด้วย Teda๔ หรือเครื่องมือ มาตรฐานอื่น แล้วได้รับรหัส SPECIALPP ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม เลขบัตรประชาชน CID)

๘. กระตุ้นครบเกณฑ์ หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ในข้อที่ (๗) แล้วพบรหัส SPECIALPP ๑B๒๗๐ หลังกระตุ้นครั้งแรก ๑๔ วันขึ้นไป หรือ พบรหัส SPECIALPP ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ ครั้งสุดท้าย ภายใน ๖๐-๙๐ วันนับตั้งแต่วันที่ได้รับ SPECIALPP ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ ครั้งแรก (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม เลขบัตรประชาชน CID)

๙. ปกติ ๑B๒๗๐ หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย Teda๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น แล้วพบรหัส SPECIALPP ๑B๒๗๐ หลังกระตุ้นครั้งแรก ๑๔ วันขึ้นไป นับตั้งแต่วันที่ได้รับ SPECIALPP ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ ครั้งแรก (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม เลขบัตรประชาชน CID)

๑๐. รวม หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย Teda๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น แล้วพบรหัส SPECIALPP ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ ภายใน ๖๐-๙๐ วันนับตั้งแต่วันที่ได้รับ SPECIALPP ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ ครั้งแรก (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม เลขบัตรประชาชน CID)

๑๑. อยู่ระหว่างการกระตุ้น หมายถึง เด็กปฐมวัย อายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่เขารับการ กระตุ้น พัฒนาการด้วย Teda๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ได้รับรหัส SPECIALPP ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ ในวันแรก และภายใน ๙๐ วัน ไม่พบรหัส SPECIALPP ดังต่อไปนี้ ๑B๒๗๐ ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ อีก (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม เลขบัตรประชาชน CID)

๑๒. กระตุ้นไม่ครบเกณฑ์ หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ในข้อที่(๗) ที่ไม่พบรหัส SPECIALPP ๑B๒๗๐ ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ ระหว่างวันที่ ๖๐ - ๙๐ นับตั้งแต่ได้ รหัส SPECIALPP ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ ครั้งแรก (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม เลขบัตรประชาชน CID)

๑๓. อยู่ระหว่างการติดตาม หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับรหัส ๑B๒๖๒, ๑B๒๖๒ ในข้อที่ (๖) ไม่มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการด้วย Teda๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ไม่พบรหัส SPECIALPP ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ ภายใน ๖๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับรหัส ๑B๒๖๒, ๑B๒๖๒

(ไม่นับซ้ำ ตัดตาม เลขบัตรประชาชน CID)

๑๔. ติดตามไม่ได้ หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับรหัส ๑B๒๖๒, ๑B๒๖๒ ในข้อที่ (๖) ไม่มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการด้วย Teda๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ไม่พบรหัส SPECIALPP ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ มากกว่า ๖๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ ได้รับรหัส ๑B๒๖๒, ๑B๒๖๒ (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม เลขบัตรประชาชน CID)

รายละเอียดตัวชี้วัด :

A = เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า (-ข้อ ๖.รวมเป้าหมาย หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับรหัส SPECIALPP ๑B๒๖๒, ๑B๒๖๒ (๑B๒๑๒ ๑B๒๒๒ ๑B๒๓๒ ๑B๒๔๒ ๑B๒๕๒) ในข้อที่ (๑) และ (๒) ไม่รวมเด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ในข้อที่ (๔) และ (๕) (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม CID)

B = จำนวนเด็กที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย Teda๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น. (ข้อ๗รวมกระตุ้น หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับรหัส ๑B๒๖๒, ๑B๒๖๒ (๑B๒๑๒ ๑B๒๒๒ ๑B๒๓๒ ๑B๒๔๒ ๑B๒๕๒) ในข้อที่ (๖) มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการด้วย Teda๔ หรือเครื่องมือ มาตรฐานอื่น แล้วได้รับรหัส SPECIALPP ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม CID)

เกณฑ์การประเมิน : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :

ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย Teda๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น มากกว่าร้อยละ ๘๐

$$= \frac{B}{A} \times 100$$

A = เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า (-ข้อ ๖.รวมเป้าหมาย หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับรหัส SPECIALPP ๑B๒๖๒, ๑B๒๖๒ (๑B๒๑๒ ๑B๒๒๒ ๑B๒๓๒ ๑B๒๔๒ ๑B๒๕๒) ในข้อที่ (๑) และ (๒) ไม่รวมเด็กปฐมวัยอายุ ๐ - ๕ ปี ในข้อที่ (๔) และ (๕) (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม CID)

B = จำนวนเด็กที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย Teda๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น. (ข้อรวมกระตุ้น หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๐ – ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับรหัส ๑B๒๖๒, ๑B๒x๒ (๑B๒๑๒ ๑B๒๒๒ ๑B๒๓๒ ๑B๒๔๒ ๑B๒๕๒) ในข้อที่ (๖) มารับบริการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย Teda๔ หรือเครื่องมือ มาตรฐานอื่น แล้วได้รับรหัส SPECIALPP ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ (ไม่นับซ้ำ ตัดตามเลขบัตรประชาชน CID)

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ร้อยละ <๖๕%	ร้อยละ ≥๖๕%	ร้อยละ ≥๗๐%	ร้อยละ ≥๗๕%	≥ ๘๐%

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ	๐.๐๑- ๐๐.๔	๖๐.๕- ๖๐.๙	๖๑.๐- ๖๑.๔	๖๑.๕- ๖๑.๙	๖๒.๐- ๖๒.๔	๖๒.๕- ๖๒.๙	๖๓.๐- ๖๓.๔	๖๓.๕- ๖๓.๙	๖๔.๐- ๖๔.๔	๖๔.๕- ๖๔.๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
ร้อยละ	๖๕.๐- ๖๕.๔	๖๕.๕- ๖๕.๙	๖๖.๐- ๖๖.๔	๖๖.๕- ๖๖.๙	๖๗.๐- ๖๗.๔	๖๗.๕- ๖๗.๙	๖๘.๐- ๖๘.๔	๖๘.๕- ๖๘.๙	๖๙.๐- ๖๙.๔	๖๙.๕- ๖๙.๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
ร้อยละ	๗๐.๐- ๗๐.๔	๗๐.๕- ๗๐.๙	๗๑.๐- ๗๑.๔	๗๑.๕- ๗๑.๙	๗๒.๐- ๗๒.๔	๗๒.๕- ๗๒.๙	๗๓.๐- ๗๓.๔	๗๓.๕- ๗๓.๙	๗๔.๐- ๗๔.๔	๗๔.๕- ๗๔.๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
ร้อยละ	๗๕.๐- ๗๕.๔	๗๕.๕- ๗๕.๙	๗๖.๐- ๗๖.๔	๗๖.๕- ๗๖.๙	๗๗.๐- ๗๗.๔	๗๗.๕- ๗๗.๙	๗๘.๐- ๗๘.๔	๗๘.๕- ๗๘.๙	๗๙.๐- ๗๙.๔	๗๙.๕- ๗๙.๙
คะแนน	๕									
ร้อยละ	≥๘๐									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC)

กลุ่มรายงานมาตรฐาน: กลุ่มรายงานมาตรฐาน >>ส่งเสริมป้องกัน>>อนามัยแม่และเด็ก>> ข้อที่ ๖.๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย Teda๔ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ประเมินผลทุกเดือน ผ่านระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลผลการดำเนินงาน :

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย Teda๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น	ร้อยละ	๗๖.๓๘	๖๘.๐๙	๗๐.๓๓	๖๓.๓๗

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

ผลการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นฯ ด้วย TEDA๔1 ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗ ผลงานร้อยละ ๗๐.๓๓ และ ร้อยละ ๖๓.๓๗ ที่ยังติดตามไม่ได้ และไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการซึ่ง นอกจากจะพบว่ามักพบในกลุ่มที่ขาดโอกาสทางสังคม เช่น กลุ่มเด็กยากจน มีความยากลำบากในการเดินทางเพื่อเข้าถึง การบริการแล้ว ยังคงพบปัญหา เด็กที่ย้ายออกนอกพื้นที่ และเด็กที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลนอกเครือข่าย ยังไม่สามารถติดตามการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC ได้ ทำให้ข้อมูล เด็กเป็นข้อมูลขาดการติดตาม

มาตรการการดำเนินงาน

- ๑.อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Teda ๔1 ในระดับรพ.สต เพื่อลดรอยต่อ ลดการรอคอย
- ๒.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา
๓. มีระบบรายงานคืนข้อมูลและติดตามรายเดือน รายไตรมาส และคืนข้อมูลผ่าน MCH Dashboard

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวณัฐธยาน์ ปฐวินนทวงศ์ เบอร์ติดต่อ : ๐๙ ๐๖๘๒ ๔๙๖๘
 ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวจรรุวรรณ พูลเอี่ยม เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๖๒๐๕ ๓๐๓๐

ตัวชี้วัดที่ ๓ : ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานหยุดยาได้

หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๐๐

น้ำหนักคะแนน : ๒ คะแนน

คำอธิบาย :

- ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

- โรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานและคงอยู่อย่างน้อย ๓ เดือน โดยไม่ต้องใช้ยา เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด(ที่มา. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ๒๕๖๕. หน้า ๗)

รายละเอียดตัวชี้วัด :

เงื่อนไขด้านเวลาของวิธีการรักษาที่นำเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ดังนี้

๑. กรณีการรักษาด้วยยาให้ใช้ผลการตรวจ HbA๑c < ๖.๕% อย่างน้อย ๓ เดือน หลังหยุดยา
๒. กรณีรักษาด้วยการผ่าตัด ให้ใช้ผลการตรวจ HbA๑c < ๖.๕% อย่างน้อย ๓ เดือน หลังการผ่าตัด (หากมีการใช้ยาหลังผ่าตัดด้วย ให้ใช้ผลการตรวจ HbA๑c < ๖.๕% อย่างน้อย ๓ เดือน หลังหยุดยา)
๓. การรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ใช้ผลการตรวจ HbA๑c < ๖.๕% อย่างน้อย ๖ เดือน หลังเริ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (หากมีการใช้ยาร่วมด้วย ให้ใช้ผลการตรวจ HbA๑c อย่างน้อย ๓ เดือน หลังหยุดยา)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $(A \times B) / 100$

A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่หยุดยาได้

B : เป้าหมายผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่หยุดยาได้ ๒๕ ต่อ ๑,๐๐๐ คน

เป้าหมายหลัก : ผู้ป่วยเบาหวานหยุดยาได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เพื่อลดความรุนแรง ความเสี่ยงของโรค รวมถึงลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ร้อยละ ๒๐.๐-๓๙.๙	ร้อยละ ๔๐.๐-๕๙.๙	ร้อยละ ๖๐.๐-๗๙.๙	ร้อยละ ๘๐.๐-๙๙.๙	ร้อยละ ๑๐๐ ขึ้นไป

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
	๒๐.๐- ๒๑.๙	๒๒.๐- ๒๓.๙	๒๔.๐- ๒๕.๙	๒๖.๐- ๒๗.๙	๒๘.๐- ๒๙.๙	๓๐.๐- ๓๑.๙	๓๒.๐- ๓๓.๙	๓๔.๐- ๓๕.๙	๓๖.๐- ๓๗.๙	๓๘.๐- ๓๙.๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
	๔๐.๐- ๔๑.๙	๔๒.๐- ๔๓.๙	๔๔.๐- ๔๕.๙	๔๖.๐- ๔๗.๙	๔๘.๐- ๔๙.๙	๕๐.๐- ๕๑.๙	๕๒.๐- ๕๓.๙	๕๔.๐- ๕๕.๙	๕๖.๐- ๕๗.๙	๕๘.๐- ๕๙.๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
	๖๐.๐- ๖๑.๙	๖๒.๐- ๖๓.๙	๖๔.๐- ๖๕.๙	๖๖.๐- ๖๗.๙	๖๘.๐- ๖๙.๙	๗๐.๐- ๗๑.๙	๗๒.๐- ๗๓.๙	๗๔.๐- ๗๕.๙	๗๖.๐- ๗๗.๙	๗๘.๐- ๗๙.๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
	๘๐.๐- ๘๑.๙	๘๒.๐- ๘๓.๙	๘๔.๐- ๘๕.๙	๘๖.๐- ๘๗.๙	๘๘.๐- ๘๙.๙	๙๐.๐- ๙๑.๙	๙๒.๐- ๙๓.๙	๙๔.๐- ๙๕.๙	๙๖.๐- ๙๗.๙	๙๘.๐- ๙๙.๙
คะแนน	๕									
	≥ ๑๐๐									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : สถาบันบริการสาธารณสุขทุกแห่ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รายงานการติดตามผู้ป่วยเบาหวานหยุดยาประจำเดือน

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุก ๓ เดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานหยุดยาได้	ร้อยละ	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ผู้ป่วยเบาหวานหยุดยาได้ ได้มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๔๐	ผู้ป่วยเบาหวานหยุดยาได้ ได้มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐	ผู้ป่วยเบาหวานหยุดยาได้ ได้มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐	ผู้ป่วยเบาหวานหยุดยาได้ ได้มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปรียาภัสสร เหล็กเพชร เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๙๖๖๘ ๙๐๐๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวปัทมา วิสภักดิ์ เบอร์ติดต่อ : ๐๖ ๕๕๕๑ ๖๑๙๑

ตัวชี้วัดที่ ๔ : ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี

หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

น้ำหนักคะแนน : ๒ คะแนน

คำอธิบาย :

- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส= 1๑๐-1๑๕
 - ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีหมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < ๑๔๐ และ < ๙๐ mmHg จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

รายละเอียดตัวชี้วัด :

รายการข้อมูล ๑

A๑ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี

B๑ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ

C๑ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ๒ ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ

D๑ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ

รายการข้อมูล ๒

A๒ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการมีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี

B๒ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ

C๒ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการควบคุม ระดับความดันโลหิตได้ดี ๒ ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ

D๒ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการและไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี = $(A๑/B๑) \times ๑๐๐$

เป้าหมายหลัก : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะหัวใจล้มเหลว

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ร้อยละ ๔๐.๐-๔๙.๙	ร้อยละ ๕๐.๐-๕๙.๙	ร้อยละ ๖๐.๐-๖๙.๙	ร้อยละ ๗๐.๐-๗๙.๙	ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
	๔๐.๐- ๔๐.๙	๔๑.๐- ๔๑.๙	๔๒.๐- ๔๒.๙	๔๓.๐- ๔๓.๙	๔๔.๐- ๔๔.๙	๔๕.๐- ๔๕.๙	๔๖.๐- ๔๖.๙	๔๗.๐- ๔๗.๙	๔๘.๐- ๔๘.๙	๔๙.๐- ๔๙.๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
	๕๐.๐- ๕๐.๙	๕๑.๐- ๕๑.๙	๕๒.๐- ๕๒.๙	๕๓.๐- ๕๓.๙	๕๔.๐- ๕๔.๙	๕๕.๐- ๕๕.๙	๕๖.๐- ๕๖.๙	๕๗.๐- ๕๗.๙	๕๘.๐- ๕๘.๙	๕๙.๐- ๕๙.๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
	๖๐.๐- ๖๐.๙	๖๑.๐- ๖๑.๙	๖๒.๐- ๖๒.๙	๖๓.๐- ๖๓.๙	๖๔.๐- ๖๔.๙	๖๕.๐- ๖๕.๙	๖๖.๐- ๖๖.๙	๖๗.๐- ๖๗.๙	๖๘.๐- ๖๘.๙	๖๙.๐- ๖๙.๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
	๗๐.๐- ๗๐.๙	๗๑.๐- ๗๑.๙	๗๒.๐- ๗๒.๙	๗๓.๐- ๗๓.๙	๗๔.๐- ๗๔.๙	๗๕.๐- ๗๕.๙	๗๖.๐- ๗๖.๙	๗๗.๐- ๗๗.๙	๗๘.๐- ๗๘.๙	๗๙.๐- ๗๙.๙
คะแนน	๕									
	≥ ๘๐									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุก ๓ เดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	๖๑.๕๗	๖๐.๑๔	๖๑.๒๓	๖๒.๒๕

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๘๐	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๘๐	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๘๐	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๘๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปรียาภัสสร เหล็กเพชร เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๙๒๖๘ ๙๐๐๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวปัทมา วิสภักดิ์ เบอร์ติดต่อ : ๐๖ ๕๕๕๑ ๖๑๙๑

ตัวชี้วัดที่ ๕ : ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลมีขั้นตอนการดำเนินงานลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยนำแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลผ่านระบบการประเมินค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์มุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ

หน่วยวัด/เกณฑ์ : ผ่านระดับ ๓ ขึ้นไป

น้ำหนักคะแนน : ๒ คะแนน

คำอธิบาย :

ภาวะโลกร้อน (Global warming) หมายถึง ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการที่โลกได้รับรังสีจากดวงอาทิตย์ แต่ไม่สามารถระบายความร้อนออกไปได้อย่างปกติ จึงทำให้อุณหภูมิในโลกสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของก๊าซเรือนกระจก (Greenhouse Gas) ส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์เรือนกระจก (Greenhouse Effects) โดยก๊าซเรือนกระจกนั้นเกิดมาจากทั้งธรรมชาติและจากกิจกรรมของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากกิจกรรมของมนุษย์นั้นส่งผลให้ก๊าซเรือนกระจกในบรรยากาศโลกเพิ่มสูงขึ้น

การปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Greenhouse Gas Emission) หมายถึง จากกิจกรรมขององค์กรหรือโรงพยาบาล ต้องปฏิบัติตามแนวทางการคำนวณ Carbon Footprint ที่ระบุไว้ใน Greenhouse Gases Protocol (GHG Protocol) แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มดังนี้

๑. Direct Emission (Scope ๑) เป็นการปล่อยก๊าซเรือนกระจกโดยตรงจากการดำเนินกิจกรรมที่องค์กรเป็นเจ้าของหรือควบคุมอยู่ เช่น การเผาไหม้เชื้อเพลิงในเตาเผา หม้อไอน้ำ เครื่องจักรขององค์กร การเดินทางที่เกี่ยวข้องกับการทำงานขององค์กร โดยใช้พาหนะขององค์กร

๒. Indirect Emission (Scope ๒) เป็นการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากแหล่งที่อื่น องค์กรไม่ได้เป็นเจ้าของหรือควบคุม ได้แก่ การใช้กระแสไฟฟ้าซึ่งองค์กรต้องซื้อจากผู้ผลิตกระแสไฟฟ้า

๓. Indirect Emission (Scope ๓) เป็นการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เกิดเนื่องมาจากกิจกรรมขององค์กรแต่ องค์กรไม่ได้เป็นเจ้าของหรือควบคุม เป็นส่วนนอกเหนือจาก Scope ๑ และ Scope ๒ เช่น จากการซื้อสินค้าและบริการจากผู้อื่น การใช้พาหนะเดินทางหรือขนส่งของหน่วยงานอื่น การจ้างหน่วยงานอื่นให้ นำขยะและของเสียไปกำจัด การจ้างเหมาบริการต่างๆ

คาร์บอนฟุตพริ้นท์ (Carbon Footprint) หมายถึง ปริมาณการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์รวมทั้ง ก๊าซเรือนกระจกอื่นๆ เช่น ก๊าซมีเทน ก๊าซไนตรัสออกไซด์ เป็นต้น ที่ปล่อยออกมาตลอดวัฏจักรชีวิตผลิตภัณฑ์ บริการ และองค์กร ซึ่งเป็นการวัดผลกระทบเชิงปริมาณจากกิจกรรมของมนุษย์ที่มีต่อสิ่งแวดล้อม โดยมีตัวชี้วัดคือ ศักยภาพในการเกิดภาวะโลกร้อน (Global Warming Potential; GWP) และแสดงผลในเชิงปริมาณ คือ กิโลกรัม (kg CO₂ equivalent) หรือ ตัน (ton Co₂ equivalent)

โรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ (Low Carbon Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการออกแบบระบบ บริการสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การก่อสร้างและออกแบบโครงสร้างอาคาร การดำเนินงาน พลังงานทดแทนและใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ การลดปริมาณของเสียและการจัดการของเสียอย่างยั่งยืน การลงทุนในระบบสุขภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก มีนโยบายการขนส่งและการจัดซื้อจัดจ้าง เวชภัณฑ์ เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ อาหาร ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณการปลดปล่อย คาร์บอนและทำให้สิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพมีความยืดหยุ่นต่อเหตุการณ์ของสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง

รายละเอียดตัวชี้วัด :

โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน สังกัด สป.สธ.ในเขตจังหวัดนครสวรรค์
ระบบประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ (Carbon Footprint) หมายถึง การประเมินปริมาณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการให้บริการทางการแพทย์ และกิจกรรมสนับสนุนต่างๆภายในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งกรอบแนวทางการประเมินออกเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ กิจกรรมภายในสถานพยาบาล

ส่วนที่ ๒ กิจกรรมการขนส่งของเสียไปยังสถานที่บำบัดและกำจัด

ส่วนที่ ๓ กิจกรรมการบำบัดและกำจัดของเสียประเภทต่างๆ

ระบบการประเมินโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ หมายถึง การประเมินโรงพยาบาลที่มีการออกแบบระบบบริการสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การก่อสร้างและออกแบบโครงสร้างอาคาร การดำเนินงานพลังงานทดแทนและใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ การลดปริมาณของเสียและการจัดการของเสียอย่างยั่งยืน การลงทุนในระบบสุขภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก มีนโยบายการขนส่งและการจัดซื้อจัดจ้าง เวชภัณฑ์ เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ อาหาร ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณการปลดปล่อยคาร์บอนและทำให้สิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพมีความยืดหยุ่นต่อเหตุการณ์ของสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง โดยมีขั้นตอนกระบวนการ ๕ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การกำหนดนโยบายและแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน/ ผู้รับผิดชอบงานดำเนินการ

ขั้นตอนที่ ๒ การวางแผนดำเนินการ การสื่อสารและการเสริมสร้างศักยภาพ

ขั้นตอนที่ ๓ การดำเนินกิจกรรมพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผลและทบทวนการพัฒนากระบวนการที่มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ ๕ มีผลงาน/กิจกรรมที่เป็นรูปธรรมชัดเจนโดยสามารถนำเสนอเวทีต่างๆ ในระดับจังหวัดได้

เกณฑ์การประเมิน :

การดำเนินงานลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกโดยนำแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลผ่านระบบการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์มุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ

การเตรียมการ

๑. มีการกำหนดนโยบายและแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน/ ผู้รับผิดชอบงานดำเนินการ

๑.๑ มีการกำหนดนโยบายและสื่อสารนโยบายโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

๑.๒ มีคณะกรรมการ / คณะทำงาน / ผู้รับผิดชอบงานขับเคลื่อนดำเนินการและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่มารับผิดชอบชัดเจน

๒. มีการวางแผนดำเนินการ การสื่อสารและการเสริมสร้างศักยภาพ

๒.๑ มีการกำหนดแผนการดำเนินงานโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลง

๒.๒ มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร

๒.๓ มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

การดำเนินการ

๓. กิจกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

กิจกรรมที่ ๓.๑ การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ (Low Carbon Healthcare)

๓.๑.๑ มีการรวบรวมข้อมูลกิจกรรม (Activity Data) ของโรงพยาบาลที่ก่อให้เกิดการปลดปล่อย
ก๊าซเรือนกระจก

๓.๑.๒ มีการคำนวณการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกสำหรับโรงพยาบาล

๓.๑.๓ มีการกำหนดเป้าหมายการลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกในโรงพยาบาล

๓.๑.๔ วิเคราะห์และประเมินความสามารถในการดำเนิน กำหนดกิจกรรมและแผนการดำเนินงานการ
ลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก

๓.๑.๕ มีการดำเนินกิจกรรมการลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกอย่างมีส่วนร่วมของบุคลากร
เพื่อมุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ

๓.๑.๖ มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกรายปี และการเปรียบเทียบ
ค่าเป้าหมายเป้าหมายการลดการปลดปล่อยที่กำหนด

กิจกรรมที่ ๓.๒ การจัดทำแผน/แนวทางเตรียมการรองรับภัยจากการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ

(เช่น น้ำท่วม / ภัยแล้ง / พายุ ฯลฯ)

๓.๒.๑ โรงพยาบาลมีการประเมินความเสี่ยง ความเปราะบางและผลกระทบที่เกิดจากภัย จากการ
เปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

๓.๒.๒ กำหนดทีมจัดทำแผน และมีการสื่อสารความเสี่ยงจากการวิเคราะห์ประเมินความเปราะบางของ
โรงพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบ และมีส่วนร่วมต่อการเตรียมความพร้อม

๓.๒.๓ จัดทำแผนปฏิบัติการรองรับภัยที่สอดคล้องกับความเสี่ยงภัยจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

๓.๒.๔ มีการซ้อมแผนรองรับภัยของหน่วยงานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๓.๒.๕ มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการประเมินความเปราะบางจากภัยจากการเปลี่ยนแปลงสภาพ
ภูมิอากาศ (ก่อน-หลังดำเนินการ) โดยผลความเปราะบางต้องลดลงหรือไม่พบความเปราะบาง

การประเมินผล

๔.การติดตามทบทวนประเมินผลการพัฒนากระบวนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

๔.๑.๑ มีการติดตาม ทบทวน ประเมินผลการดำเนินงานการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

๔.๑.๒ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทบทวนกระบวนการและแผนปฏิบัติการรองรับภัยจากการ
เปลี่ยนสภาพภูมิอากาศ

๔.๑.๓ มีการทบทวนและจัดทำข้อเสนอหรือมีการกำหนดแผนงานโครงการต่อการพัฒนาปรับปรุง
กระบวนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและเกิดความต่อเนื่อง

การขยายผล

๕. มีผลงาน/กิจกรรมที่เป็นรูปธรรมโดยสามารถนำเสนอเวทีต่างๆ ในระดับจังหวัดได้

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :

$$\frac{A}{B} \times 100$$

B

A = จำนวนโรงพยาบาล (รพศ./รพช.) ที่มีขั้นตอนการดำเนินงานลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกตามแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลผ่านระบบโปรแกรมการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ (Carbon Footprint)มุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ ระดับ ๓ ขึ้นไป

B = จำนวนโรงพยาบาล (รพศ./รพช.) ทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน :

คะแนน	ผลการดำเนินงานลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก
๑	ผ่านขั้นตอนที่ ๑ การกำหนดนโยบายและแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน/ ผู้รับผิดชอบงานดำเนินการ
๒	ผ่านขั้นตอนที่ ๑ และผ่านขั้นตอนที่ ๒ การวางแผนดำเนินการ การสื่อสารและการเสริมสร้างศักยภาพ
๓	ผ่านขั้นตอนที่ ๑ , ผ่านขั้นตอนที่ ๒ และผ่านขั้นตอนที่ ๓ การดำเนินกิจกรรมพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ และเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
๔	ผ่านขั้นตอนที่ ๑ , ผ่านขั้นตอนที่ ๒ , ผ่านขั้นตอนที่ ๓ และผ่านขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผลและทบทวน การพัฒนากระบวนการที่มีประสิทธิภาพ
๕	ผ่านขั้นตอนที่ ๑ , ผ่านขั้นตอนที่ ๒ , ผ่านขั้นตอนที่ ๓ , ผ่านขั้นตอนที่ ๔ และผ่านขั้นตอนที่ ๕ มีผลงาน/ กิจกรรมที่เป็นรูปธรรมชัดเจนโดยสามารถนำเสนอเวทีต่างๆ ในระดับจังหวัดได้

หน่วยวัด/ระดับคะแนน	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาล มีขั้นตอนการดำเนินงานลดการ ปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยนำแนวทางการพัฒนา โรงพยาบาลผ่านระบบการประเมิน คาร์บอนฟุตพริ้นท์มุ่งสู่การเป็น โรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ	ผ่านขั้นตอนที่ ๑	ผ่านขั้นตอนที่ ๑ และ ๒	ผ่านขั้นตอนที่ ๑ , ๒ และ ๓	ผ่านขั้นตอน ที่ ๑ , ๒ , ๓ และ ๔	ผ่านขั้นตอน ที่ ๑ , ๒ , ๓ , ๔ และ ๕

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล :

โรงพยาบาลทุกระดับ (รพศ. , รพช.) สังกัด สป.สธ. ในเขตจังหวัดนครสวรรค์

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑.โรงพยาบาล (รพศ., รพช.) ประเมินตนเองตามแบบตรวจประเมินการพัฒนาโรงพยาบาล คาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบประเมินคาร์บอน ฟุตพริ้นท์ในโรงพยาบาล สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัยผ่านระบบออนไลน์ และยืนยันข้อมูลภายในวันที่ ๒๐ ของทุกเดือน

๒. กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ตรวจสอบผลการประเมินตนเองตามแบบตรวจประเมินการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการ เปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (Key in) ในระบบรายงานข้อมูลตัวชี้วัด จังหวัดนครสวรรค์ ผ่านระบบออนไลน์ ทุกวันที่ ๒๒ ของทุกเดือน

๓. โรงพยาบาล (รพศ,รพช.) วางแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาโรงพยาบาลการดำเนินงานลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกมุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ

๔. กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ วิเคราะห์และวางแผนนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ลงพื้นที่ตรวจประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลโดยคณะกรรมการ ระดับจังหวัดนครสวรรค์ มีขั้นตอนการดำเนินงานลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยนำแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลผ่านโปรแกรมระบบการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์มุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล :

รายงานผลการดำเนินงาน เดือนละ ๑ ครั้ง (ภายในวันที่ ๒๐ ของเดือน)

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
โรงพยาบาลมีขั้นตอนการดำเนินงานลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกโดยนำแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลผ่านระบบการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์มุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	N/A

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. วิเคราะห์ ทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ (Low Carbon Hospital) ๒. ชี้แจงและถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ (Low Carbon Hospital)	๑. โรงพยาบาล (รพศ.,รพช.) มีการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ (Low Carbon Hospital) ๒. ติดตามให้คำแนะนำการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ	๑. โรงพยาบาล (รพศ.,รพช.) ประเมินตนเองตามแบบการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในโรงพยาบาล ผ่านระบบออนไลน์ ๒. ติดตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ ๓. โรงพยาบาล (รพศ.,รพช.) ได้รับการประเมินและผ่านการรับรองการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำจากคณะกรรมการระดับจังหวัด อย่างน้อยร้อยละ ๖๐	๑. โรงพยาบาล(รพศ.,รพช.) ประเมินตนเองตามแบบตรวจการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในโรงพยาบาล ผ่านระบบออนไลน์ ๒. ติดตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ ๓. โรงพยาบาล(รพศ.,รพช.) ได้รับการประเมินและผ่านการรับรองการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำจากคณะกรรมการระดับจังหวัด อย่างน้อยร้อยละ ๗๐ ๔. รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน สรุป วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนโอกาสพัฒนา

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายณัฐธินเรศ เรืองแจ่ม เบอร์ติดต่อ : ๐๕๖-๒๓๒๐๐๑ ต่อ ๑๒๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอารีวัลย์ อินทรอาษา เบอร์ติดต่อ : ๐๕๖-๒๓๒๐๐๑ ต่อ ๑๒๑



QR Code เกณฑ์ทางการพัฒนาโรงพยาบาลผ่านระบบการประเมินค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์
มุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ

ตัวชี้วัดที่ ๖ : จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

หน่วยวัด/เกณฑ์ : ๙๕ แห่ง/ร้อยละ ๘๐

น้ำหนักคะแนน : ๒ คะแนน

คำอธิบาย :

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ **แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว** หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว

บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้

(๑) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่

(๒) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน

(๓) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

(๔) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

(๕) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

(๖) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

(๗) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงาน ประกอบด้วย

๑. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ ตาม คู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๘-๒๕๗๐ ใน ๘ ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ด้านระบบบริหารจัดการ

ส่วนที่ ๒ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

ส่วนที่ ๓ ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ ๔ ด้านระบบสารสนเทศ

ส่วนที่ ๕ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ ๖ ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ส่วนที่ ๗ ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

ส่วนที่ ๘ ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อผ่านการประเมินของคณะกรรมการตรวจ

ประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (คปคม.)

๒. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย ๑ ประเด็น เพื่อให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม

๓. มีการเชื่อมโยงข้อมูล แพทย์คู่ประชาชน

๔. มีการบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลต่อไป

รายละเอียดตัวชี้วัด : การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
(ปี พ.ศ. ๒๕๖๘ ๘๐%)

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๔๖	๕๖ หน่วย	๖๖ หน่วย	๗๖ หน่วย

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : A – B

A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข้อมูลจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สะสม)

B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานจากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCUstandard.moph.go.th)

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๒๐	๔๐	๖๐	๘๐	๑๐๐

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ	๒๐	๒๒	๒๔	๒๖	๒๘	๓๐	๓๒	๓๔	๓๖	๓๘
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
ร้อยละ	๔๐	๔๒	๔๔	๔๖	๔๘	๕๐	๕๒	๕๔	๕๖	๕๘
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
ร้อยละ	๖๐	๖๒	๖๔	๖๖	๖๘	๗๐	๗๒	๗๔	๗๖	๗๘
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
ร้อยละ	๘๐	๘๒	๘๔	๘๖	๘๘	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘
คะแนน	๕									
ร้อยละ	๑๐๐									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล :

- ระบบลงทะเบียน
- ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล:

- จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบลงทะเบียน
- การจัดเก็บการประเมินคุณภาพมาตรฐาน จากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุก ๓ เดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	หน่วย	๔๖	๕๗	๖๒	๔๓

หมายเหตุ : ผลการประเมินปี ๒๕๖๗ ลดลงเนื่องจากนำเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิมาใช้ควบคู่กับการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

เร่งรัดพัฒนาศักยภาพแพทย์ ให้มีคุณสมบัติฯ ในการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวปาริฉัตร พงษ์ประดิษฐ์

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวรจนา ศรีเล็ก

เบอร์ติดต่อ : ๐๘๖-๙๓๔๑-๔๙๘

เบอร์ติดต่อ : ๐๖๕-๒๖๓๕-๒๓๖

ตัวชี้วัดที่ ๗ : ผู้ป่วยเข้า Stroke Fast track

ตัวชี้วัดที่ ๗.๑ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๒๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)

หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

น้ำหนักคะแนน : ๑ คะแนน

คำอธิบาย : ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๒๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๒๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)

A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๒๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)

B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๒๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในระยะเวลาเดียวกัน

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐.๐ - ๕๙.๙	ร้อยละ ๖๐.๐ - ๖๙.๙	ร้อยละ ๗๐.๐-๗๙.๙	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
	๐.๐๑- ๔๐.๙	๔๑.๐- ๔๑.๙	๔๒.๐- ๔๒.๙	๔๓.๐- ๔๓.๙	๔๔.๐- ๔๔.๙	๔๕.๐- ๔๕.๙	๔๖.๐- ๔๖.๙	๔๗.๐- ๔๗.๙	๔๘.๐- ๔๘.๙	๔๙.๐- ๔๙.๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
	๕๐.๐- ๕๐.๙	๕๑.๐- ๕๑.๙	๕๒.๐- ๕๒.๙	๕๓.๐- ๕๓.๙	๕๔.๐- ๕๔.๙	๕๕.๐- ๕๕.๙	๕๖.๐- ๕๖.๙	๕๗.๐- ๕๗.๙	๕๘.๐- ๕๘.๙	๕๙.๐- ๕๙.๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
	๖๐.๐- ๖๐.๙	๖๑.๐- ๖๑.๙	๖๒.๐- ๖๒.๙	๖๓.๐- ๖๓.๙	๖๔.๐- ๖๔.๙	๖๕.๐- ๖๕.๙	๖๖.๐- ๖๖.๙	๖๗.๐- ๖๗.๙	๖๘.๐- ๖๘.๙	๖๙.๐- ๖๙.๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
	๗๐.๐- ๗๐.๙	๗๑.๐- ๗๑.๙	๗๒.๐- ๗๒.๙	๗๓.๐- ๗๓.๙	๗๔.๐- ๗๔.๙	๗๕.๐- ๗๕.๙	๗๖.๐- ๗๖.๙	๗๗.๐- ๗๗.๙	๗๘.๐- ๗๘.๙	๗๙.๐- ๗๙.๙
คะแนน	๕									
	ตั้งแต่ ๘๐.๐ ขึ้นไป	*หมายเหตุ ในกรณีทศนิยม ๒ ตำแหน่ง ตั้งแต่ ๐.๐๕ ให้ปัดขึ้น								

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม/ ข้อมูลรายงานของโรงพยาบาลในสังกัด

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุกเดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๒๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)	ร้อยละ	๙๓.๑๐%	๙๓.๖%	๙๓%	๙๖.๗๘%

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปรียามัสสรุ์ เหล็กเพชร เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๙๒๖๘ ๙๐๐๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอริษา โตจีน เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๓๙๕๔ ๖๒๖๕

ตัวชี้วัดที่ ๗.๒ : Door to refer time (๓๐ นาที)

หน่วยวัด/เกณฑ์ : ร้อยละ ๑๐๐

น้ำหนักคะแนน : ๑ คะแนน

คำอธิบาย : ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาถึงโรงพยาบาลได้รับการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น จนได้รับการส่งต่อและออกเดินทางมาด้วยรถ refer ของโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : Door to refer time

A = ระยะเวลารวม (นาที) ที่ผู้ป่วย Stroke มาถึงโรงพยาบาลจนถึงได้รับการส่งต่อ

B = จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการส่งต่อ

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐ - ๗๙.๙	ร้อยละ ๘๐.๐ - ๘๙.๙	ร้อยละ ๙๐.๐ - ๙๙.๙	ร้อยละ ๑๐๐

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
	๐.๐๑- ๐๐.๙	๐๑.๐- ๐๑.๙	๐๒.๐- ๐๒.๙	๐๓.๐- ๐๓.๙	๐๔.๐- ๐๔.๙	๐๕.๐- ๐๕.๙	๐๖.๐- ๐๖.๙	๐๗.๐- ๐๗.๙	๐๘.๐- ๐๘.๙	๐๙.๐- ๐๙.๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
	๑๐.๐- ๑๐.๙	๑๑.๐- ๑๑.๙	๑๒.๐- ๑๒.๙	๑๓.๐- ๑๓.๙	๑๔.๐- ๑๔.๙	๑๕.๐- ๑๕.๙	๑๖.๐- ๑๖.๙	๑๗.๐- ๑๗.๙	๑๘.๐- ๑๘.๙	๑๙.๐- ๑๙.๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
	๒๐.๐- ๒๐.๙	๒๑.๐- ๒๑.๙	๒๒.๐- ๒๒.๙	๒๓.๐- ๒๓.๙	๒๔.๐- ๒๔.๙	๒๕.๐- ๒๕.๙	๒๖.๐- ๒๖.๙	๒๗.๐- ๒๗.๙	๒๘.๐- ๒๘.๙	๒๙.๐- ๒๙.๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
	๓๐.๐- ๓๐.๙	๓๑.๐- ๓๑.๙	๓๒.๐- ๓๒.๙	๓๓.๐- ๓๓.๙	๓๔.๐- ๓๔.๙	๓๕.๐- ๓๕.๙	๓๖.๐- ๓๖.๙	๓๗.๐- ๓๗.๙	๓๘.๐- ๓๘.๙	๓๙.๐- ๓๙.๙
คะแนน	๕									
	ตั้งแต่ ๑๐๐.๐ ขึ้น ไป	* หมายเหตุ ในกรณีทศนิยม ๒ ตำแหน่ง ตั้งแต่ ๐.๐๕ ให้ปัดขึ้น								

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม/ข้อมูลรายงานของโรงพยาบาลในสังกัด

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุกเดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
อัตราการเข้าถึงบริการการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Fast Track (onset time to stroke)	ร้อยละ	-	๔๗.๘๘	๕๒.๕๐	๕๔.๖๓

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปรียามัสสร เหล็กเพชร

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๙๒๖๘ ๙๐๐๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอริษา ไตจีน

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๓๙๕๔ ๖๒๖๕

ตัวชี้วัดที่ ๗.๓ : อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 1๖๐-1๖๙)

หน่วยวัด/เกณฑ์ : น้อยกว่า ร้อยละ ๗

น้ำหนักคะแนน : ๑ คะแนน

คำอธิบาย :

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 1๖๐-1๖๙)

๒. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 1๖๐-1๖๙)

๓. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 1๖๐-1๖๙)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง = (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 1๖๐-1๖๙) จากทุกหอผู้ป่วย

B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน

(Stroke : 1๖๐-1๖๙)

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
มากกว่าร้อยละ ๑๔.๘	ร้อยละ ๑๑.๐ - ๑๒.๙	ร้อยละ ๙.๐ - ๑๐.๙	ร้อยละ ๗.๐ - ๘.๙	น้อยกว่าร้อยละ ๗.๐

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
	ร้อยละ ๑๔.๘ ขึ้นไป	๑๔.๖-๑๔.๗	๑๔.๔-๑๔.๕	๑๔.๒-๑๔.๓	๑๔.๐-๑๔.๑	๑๓.๘-๑๓.๙	๑๓.๖-๑๓.๗	๑๓.๔-๑๓.๕	๑๓.๒-๑๓.๓	๑๓.๐-๑๓.๑
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
	๑๒.๘-๑๒.๙	๑๒.๖-๑๒.๗	๑๒.๔-๑๒.๕	๑๒.๒-๑๒.๓	๑๒.๐-๑๒.๑	๑๑.๘-๑๑.๙	๑๑.๖-๑๑.๗	๑๑.๔-๑๑.๕	๑๑.๒-๑๑.๓	๑๑.๐-๑๑.๑
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
	๑๐.๘-๑๐.๙	๑๐.๖-๑๐.๗	๑๐.๔-๑๐.๕	๑๐.๒-๑๐.๓	๑๐.๐-๑๐.๑	๙.๘-๙.๙	๙.๖-๙.๗	๙.๔-๙.๕	๙.๒-๙.๓	๙.๐-๙.๑
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
	๘.๘-๘.๙	๘.๖-๘.๗	๘.๔-๘.๕	๘.๒-๘.๓	๘.๐-๘.๑	๗.๘-๗.๙	๗.๖-๗.๗	๗.๔-๗.๕	๗.๒-๗.๓	๗.๐-๗.๑
คะแนน	๕									
	น้อยกว่า ร้อยละ ๗.๐	* หมายเหตุ ในกรณีทศนิยม ๒ ตำแหน่ง ตั้งแต่ ๐.๐๕ ให้ปัดขึ้น								

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุกเดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 1๖๐-1๖๙)	ร้อยละ	๑๔.๔๙	๑๔.๒๕	๑๒.๔๘	๑๑.๐๒

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
น้อยกว่าร้อยละ ๗	น้อยกว่าร้อยละ ๗	น้อยกว่าร้อยละ ๗	น้อยกว่าร้อยละ ๗

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปรียามัสสรุ์ เหล็กเพชร

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๙๒๖๘ ๙๐๐๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอริษา โตจีน

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๓๙๕๕ ๖๒๖๕

ตัวชี้วัดที่ ๘ : อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ ๘๕

น้ำหนักคะแนน : ๒ คะแนน

คำอธิบาย :

๑. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๕ ต่อประชากรแสนคน)

๒. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุตติการณ์วัณโรค (๑๕๕ ต่อประชากรแสนคน) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report)

๓. กลุ่มเป้าหมาย

การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และในโรงพยาบาลเอกชน

เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ พ.ศ.				
	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	๘๕	๘๘	๙๐	๘๕	๘๕

เกณฑ์การประเมิน :

กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และในโรงพยาบาลเอกชน

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘) (ราย)

B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ คิดจากอัตรา ๑๕๕ ต่อประชากรแสนคน* (ราย)

หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC

*ข้อมูลจาก WHO Global report ๒๐๒๓

การนับผลงานจำแนกตามอำเภอที่อยู่จริงของผู้ป่วยตามโปรแกรม NTIP

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
≤ ๔๐.๐๐ - ๕๑.๒๔	๕๑.๒๕ - ๖๒.๔๘	๖๒.๕๐ - ๗๓.๗๔	๗๓.๗๕ - ๘๔.๙๘	≥ ๘๕

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ	๔๐.๐๐	๔๑.๑๓	๔๒.๒๕	๔๓.๓๘	๔๔.๕๐	๔๕.๖๓	๔๖.๗๕	๔๗.๘๘	๔๘.๐๐	๕๐.๑๓
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
	๕๑.๒๕	๕๒.๓๘	๕๓.๕๐	๕๔.๖๓	๕๕.๗๕	๕๖.๘๘	๕๘.๐๐	๕๙.๑๓	๖๐.๒๕	๖๑.๓๘
ร้อยละ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	๕๒.๓๖	๕๓.๔๙	๕๔.๖๑	๕๕.๗๔	๕๖.๘๖	๕๗.๙๙	๕๙.๑๑	๖๐.๒๔	๖๑.๓๖	๖๒.๔๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
	๖๒.๕๐	๖๓.๖๓	๖๔.๗๕	๖๕.๘๘	๖๗.๐๐	๖๘.๑๓	๖๙.๒๕	๗๐.๓๘	๗๑.๕๐	๗๒.๖๓
ร้อยละ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	๖๓.๖๑	๖๔.๗๔	๖๕.๘๖	๖๖.๙๙	๖๘.๑๑	๖๙.๒๔	๗๐.๓๖	๗๑.๔๙	๗๒.๖๑	๗๓.๗๔
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
	๗๓.๗๕	๗๔.๘๘	๗๖.๐๐	๗๗.๑๓	๗๘.๒๕	๗๙.๓๘	๘๐.๕๐	๘๑.๖๓	๘๒.๗๕	๘๓.๘๘
ร้อยละ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	๗๔.๘๖	๗๕.๙๙	๗๗.๑๑	๗๘.๒๔	๗๙.๓๖	๘๐.๔๙	๘๑.๖๑	๘๒.๗๔	๘๓.๘๖	๘๔.๙๙
คะแนน	๕									
	ตั้งแต่ ๘๕ ขึ้นไป									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล :

โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP : National Tuberculosis Information Program)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล:

สถานบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP : National Tuberculosis Information Program)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ จัดเก็บข้อมูลในระบบ Data Center หัวข้อ รายงานจำนวนผู้ป่วยใหม่และเคยรักษามาก่อน ที่ขึ้นทะเบียนช่วง ๐-๓ เดือนที่ผ่านมา (TB๐๗) จากโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP : National Tuberculosis Information Program)

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล :

๑. ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
๒. ประเมินผลในไตรมาสที่ ๔ ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๘

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	๗๑.๔	๖๔.๕	๗๒.๙	๖๓.๗

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

๑. ทุกเครือข่ายบริการสุขภาพเร่งรัดการคัดกรอง/ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง ๗ ได้แก่ ๑.ผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอด, ๒.ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการหรือสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง, ๓.ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ๔.ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง อาทิ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA๑C \geq ๗ mg%) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หรือผู้ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน, ๕.ผู้สูงอายุมากกว่า ๖๕ ปี ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หรือโรคเบาหวานร่วมด้วย, ๖.ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง และ ๗.บุคลากรสาธารณสุข

๒. ทุกเครือข่ายบริการสุขภาพเร่งรัดการคัดกรอง/ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นปัญหาของเขตสุขภาพที่ ๓ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาในกลุ่มประชากรอื่นๆ

๓. ผู้บริหารนิเทศ ติดตาม ประเมินผลและควบคุมกำกับอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายศิววงศ์ เกิดลาภ

เบอร์ติดต่อ : ๐ ๙๔๒๕ ๖๕๔๕๙

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศุภศจี แสงเจริญ

เบอร์ติดต่อ : ๐ ๘๘๔๑ ๘๓๒๑๓

ตัวชี้วัดที่ ๙ : ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยา
สมุนไพรเพิ่มขึ้น เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐

หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่าร้อยละ ๑๐

น้ำหนักคะแนน : ๒ คะแนน

คำอธิบาย :

ร้อยละยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น หมายถึง ร้อยละของผู้มารับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น จากปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัย Common Diseases and Symptoms ตาม ๑๐ กลุ่มอาการที่กำหนดในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ

ยาสมุนไพร หมายถึง ยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพร ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามรายการยาที่กำหนดให้ใช้ตามกลุ่มอาการ / กลุ่มโรคทั่วไป

แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้ส่งจ่าย หมายถึง วิชาชีพแพทย์แผนปัจจุบัน (รหัสประเภทบุคลากร๐๑) เป็นผู้ส่งจ่ายยาสมุนไพรทั้งยาเดี่ยว และยาคำรับ

แพทย์แผนไทยเป็นผู้ส่งจ่าย หมายถึง วิชาชีพแพทย์แผนไทย (รหัสประเภท ๐๘๕) เป็นผู้ส่งจ่ายยาสมุนไพรทั้งยาเดี่ยว และยาคำรับ

วิชาชีพอื่นๆเป็นผู้ส่งจ่าย หมายถึง วิชาชีพอื่นๆ(รหัสประเภทบุคลากร ๐๓,๐๔,๐๕) เป็นผู้ส่งจ่ายยาสมุนไพรทั้งยาเดี่ยว และยาคำรับ

รายละเอียดตัวชี้วัด :

เกณฑ์การประเมิน :

ผลรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๐

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $((A๒-A๑)/B๑) \times ๑๐๐$

A๑ = จำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรายการยาที่กำหนด) โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัยและ ส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีก่อนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

B๑ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัย (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีก่อนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

A๒ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรายการยาที่กำหนด) โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัยและ ส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีปัจจุบัน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
< ๒.๕๐	๒.๕๐ - ๔.๙๙	๕.๐๐ - ๗.๔๙	๗.๕๐ - ๙.๙๙	≥ ร้อยละ ๑๐

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ	< ๒.๕๐	๐.๒๕	๐.๕๐	๐.๗๕	๑.๐๐	๑.๒๕	๑.๕๐	๑.๗๕	๒.๐๐	๒.๒๕
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
ร้อยละ	๒.๕๐	๒.๗๕	๓.๐๐	๓.๒๕	๓.๕๐	๓.๗๕	๔.๐๐	๔.๒๕	๔.๕๐	๔.๗๕
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
ร้อยละ	๕.๐๐	๕.๒๕	๕.๕๐	๕.๗๕	๖.๐๐	๖.๒๕	๖.๕๐	๖.๗๕	๗.๐๐	๗.๒๕
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
ร้อยละ	๗.๕๐	๗.๗๕	๘.๐๐	๘.๒๕	๘.๕๐	๘.๗๕	๙.๐๐	๙.๒๕	๙.๕๐	๙.๗๕
คะแนน	๕									
ร้อยละ	≥ ๑๐.๐๐									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : หน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐทุกระดับ ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลศูนย์ โดยสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จะนับเฉพาะรหัสประเภท ดังนี้

- ๐๓ สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม
- ๐๔ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน
- ๐๘ ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล
- ๑๓ ศูนย์บริการสาธารณสุข
- ๑๘ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถานบริการ รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข โปรแกรม HDC.

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุก ๑ เดือน

- ๑. ข้อมูลจาก HDC ประกอบด้วย
 - ๑.๑ ข้อมูลแฟ้ม person
 - ๑.๒ ข้อมูลแฟ้ม provider
 - ๑.๓ ข้อมูลแฟ้ม service
 - ๑.๔ ข้อมูลแฟ้ม diagnosis_opd
 - ๑.๕ ข้อมูลแฟ้ม drug_opd
 - ๑.๖ ข้อมูลแฟ้ม procedure_opd
- ๒. ข้อมูลจากการเบิกจ่ายของ สปสช./ประกันสังคม/กรมบัญชีกลาง)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุก ๑ เดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐	ร้อยละ	-	-	-

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๑.มีการประชุม วางแผนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ PTC/PCT/SP</p> <p>๒.มีการสื่อสารนโยบายและแนวทางการดำเนินงานสู่ผู้ปฏิบัติเพื่อสร้างการรับรู้การใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ</p> <p>๓.มีแนวทางการดำเนินงานและการกำหนดรายการยาสมุนไพรมุ่งเน้นทดแทนยาแผนปัจจุบัน ในกลุ่มโรค/อาการทั่วไป ๑๒ อาการ</p>	<p>๑.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพร เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕</p>	<p>๑.มีการใช้ยาสมุนไพรมุ่งเน้นทดแทนยาแผนปัจจุบัน ในกลุ่มโรค/อาการทั่วไป ๑๒ รายการ</p> <p>๒.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพร เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘ (ในรอบ ๙ เดือน)</p>	<p>๑.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพร เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐ (ในรอบ ๑๒ เดือน)</p>

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :นางสาวนารัก ยี่สุนแป้น

เบอร์ติดต่อ : ๐๖๔-๑๙๕๕๑๙๓

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาววิसानาจ สระแก้ว

เบอร์ติดต่อ : ๐๙๓-๑๓๒๔๗๔๔

**ตัวชี้วัดที่ ๑๐ : ผู้ป่วย SMIV ได้รับความต่อเนื่องไม่ขาดยา และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (อาการสงบ)
ร้อยละ ๘๐ (ดูแลตามรูปแบบเก้าเหลี่ยมโมเดล)**

หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

น้ำหนักคะแนน : ๒ คะแนน

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMIV) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิต ความเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยง ต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดทุพพลภาพรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแล เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ที่ถูกวินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน โดยมีพฤติกรรมรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓) ดังนี้

SMI-V ๑ มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

SMI-V ๒ มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงท าให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน

SMI-V ๓ มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่น แบบ

เฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งท าร้าย

SMI-V ๔ เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ นวางเพลิง)

รับยาต่อเนื่องไม่ขาดยา หมายถึง รับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ ไม่ลดหรือเพิ่มยา หรือหยุดรับประทานยาเอง

ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (อาการสงบ) หมายถึง Stabilized phase (หลังจำหน่าย - ๖ เดือน)/

Recovery phase (หลัง ๖ เดือน - ๑ ปี)

- ๑) ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด/ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา
- ๒) ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำ (re - admit) ภายใน ๒๘ วัน
- ๓) ผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำ (remission) ภายใน ๑๘๐ วัน
- ๔) ผู้ป่วยมีค่าความสามารถโดยรวม มีคะแนน GAF \geq ๗๑
- ๕) ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้เป็นระยะเวลามากกว่า ๑ ปี
- ๖) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับดีขึ้นไป

ได้รับการดูแลตามรูปแบบเก้าเหลี่ยมโมเดล หมายถึง กลไกบูรณาการ ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เช่น นายอำเภอ ปลัดอำเภอ อบต. สสอ./ อบจ. นว รพ.ช. รพ.สต. อสม./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น โดยการขับเคลื่อนการปฏิบัติการร่วม โดย ทีม “๕ กัลยาณมิตร” ในการสังเกตการณ์ ดูแลช่วยเหลือ (เฝ้าระวัง สัญญาณเตือน) ประเมิน คัดกรองเบื้องต้น (SMI-V ตติยาฯ ซึมเศร้าฯ) ชักประวัติครอบครัว ให้คำปรึกษา ร่วมวางแผน เตรียมความพร้อมฯ เข้าช่วยเหลือ ทีมช่วยเหลือระงับเหตุ เสริมพลังผู้ป่วย ญาติและครอบครัว ติดตามดูแลการกินยาต่อหน้า ประสานทีม ขอความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก รับ-ส่งต่อผู้ป่วย

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รายงานการติดตามดูแลผู้ป่วย SMIV ประจำเดือน

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุกเดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ				
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
๑. ร้อยละของ ผู้ป่วย SMIV ได้รับยาต่อเนื่องไม่ขาดยา และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (อาการสงบ)	ร้อยละ	NA	NA	NA	NA	๘๐

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน : Small Success

	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ตัวที่ ๑	≥ ร้อยละ ๖๕	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๘๐

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปรียาภัสสร เหล็กเพชร

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๙๒๖๘ ๙๐๐๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาววิลาวัลย์ นุนารณ

เบอร์ติดต่อ : ๐๙ ๘๕๘๖ ๘๙๖๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๑.๑ : การเข้าถึงการรักษาผู้ป่วย STEMI

ตัวชี้วัดที่ ๑๑.๑ : การเข้าถึงการรักษาผู้ป่วย STEMI

หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

น้ำหนักคะแนน : ๑ คะแนน

คำอธิบาย : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)

- ผู้ป่วยที่มีอาการมาทันเวลาที่กำหนด (onset time to STEMI) ไม่เกิน ๑๒ ชั่วโมง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ๑. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (A/B) × ๑๐๐

A = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาทันเวลาที่กำหนดไม่เกิน ๑๒ ชั่วโมงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล

B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๐.๐-๖๙.๙	ร้อยละ ๗๐.๐-๗๙.๙	ร้อยละ ๘๐.๐-๘๙.๙	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
	๐.๐๑- ๔๐.๙	๔๑.๐- ๔๑.๙	๔๒.๐- ๔๒.๙	๔๓.๐- ๔๓.๙	๔๔.๐- ๔๔.๙	๔๕.๐- ๔๕.๙	๔๖.๐- ๔๖.๙	๔๗.๐- ๔๗.๙	๔๘.๐- ๔๘.๙	๔๙.๐- ๔๙.๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
	๖๐.๐- ๕๐.๙	๕๑.๐- ๕๑.๙	๕๒.๐- ๕๒.๙	๕๓.๐- ๕๓.๙	๕๔.๐- ๕๔.๙	๕๕.๐- ๕๕.๙	๕๖.๐- ๕๖.๙	๕๗.๐- ๕๗.๙	๕๘.๐- ๕๘.๙	๕๙.๐- ๖๙.๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
	๗๐.๐- ๗๐.๙	๗๑.๐- ๗๑.๙	๗๒.๐- ๗๒.๙	๗๓.๐- ๗๓.๙	๗๔.๐- ๗๔.๙	๗๕.๐- ๗๕.๙	๗๖.๐- ๗๖.๙	๗๗.๐- ๗๗.๙	๗๘.๐- ๗๘.๙	๗๙.๐- ๗๙.๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
	๘๐.๐- ๘๐.๙	๘๑.๐- ๘๑.๙	๘๒.๐- ๘๒.๙	๘๓.๐- ๘๓.๙	๘๔.๐- ๘๔.๙	๘๕.๐- ๘๕.๙	๘๖.๐- ๘๖.๙	๘๗.๐- ๘๗.๙	๘๘.๐- ๘๘.๙	๘๙.๐- ๘๙.๙
คะแนน	๕									
	ตั้งแต่ ๙๐.๐ ขึ้น ไป	* หมายเหตุ ในกรณีทศนิยม ๒ ตำแหน่ง ตั้งแต่ ๐.๐๕ ให้ปัดขึ้น								

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุกเดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
การเข้าถึงการรักษาผู้ป่วย STEMI	ร้อยละ	-	-	-	-

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปรียามัสสรุ์ เหล็กเพชร

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๙๒๖๘ ๙๐๐๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอริษา ไตจีน

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๓๙๕๕๔ ๖๒๖๕

ตัวชี้วัดที่ ๑๑.๒ : ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI / ยาละลายลิ่มเลือดตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

น้ำหนักคะแนน : ๑ คะแนน

คำอธิบาย : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)

การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง

๑. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ

๒. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ๑. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = $(A/B) \times 100$

๒. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $(C/D) \times 100$

A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด

C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ร้อยละ ๐.๐๑-๒๙.๙	ร้อยละ ๓๐.๐-๓๙.๙	ร้อยละ ๔๐.๐-๔๙.๙	ร้อยละ ๕๐.๐-๕๙.๙	ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
	๐.๐๑- ๒๐.๙	๒๑.๐- ๒๒.๙	๒๒.๐- ๒๒.๙	๒๓.๐- ๒๓.๙	๒๔.๐- ๒๔.๙	๒๕.๐- ๒๕.๙	๒๖.๐- ๒๖.๙	๒๗.๐- ๒๗.๙	๒๘.๐- ๒๘.๙	๒๙.๐- ๒๙.๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
	๓๐.๐- ๓๐.๙	๓๑.๐- ๓๑.๙	๓๒.๐- ๓๒.๙	๓๓.๐- ๓๓.๙	๓๔.๐- ๓๔.๙	๓๕.๐- ๓๕.๙	๓๖.๐- ๓๖.๙	๓๗.๐- ๓๗.๙	๓๘.๐- ๓๘.๙	๓๙.๐- ๓๙.๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
	๔๐.๐- ๔๐.๙	๔๑.๐- ๔๑.๙	๔๒.๐- ๔๒.๙	๔๓.๐- ๔๓.๙	๔๔.๐- ๔๔.๙	๔๕.๐- ๔๕.๙	๔๖.๐- ๔๖.๙	๔๗.๐- ๔๗.๙	๔๘.๐- ๔๘.๙	๔๙.๐- ๔๙.๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
	๕๐.๐- ๕๐.๙	๕๑.๐- ๕๑.๙	๕๒.๐- ๕๒.๙	๕๓.๐- ๕๓.๙	๕๔.๐- ๕๔.๙	๕๕.๐- ๕๕.๙	๕๖.๐- ๕๖.๙	๕๗.๐- ๕๗.๙	๕๘.๐- ๕๘.๙	๕๙.๐- ๕๙.๙
คะแนน	๕									
	ตั้งแต่ ๖๐.๐ ขึ้น ไป	* หมายถึง ในกรณีทศนิยม ๒ ตำแหน่ง ตั้งแต่ ๐.๐๕ ให้ปัดขึ้น								

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุกเดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI / ยาละลายลิ้มเลือดตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	๖๕.๐/๗๓.๗	๖๐.๑/๕๗.๐

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปรียาภัสสร เหล็กเพชร

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๙๒๖๘ ๙๐๐๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอริษา ไตจิ้น

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๓๙๕๔ ๖๒๖๕

ตัวชี้วัดที่ ๑๑.๓ : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

หน่วยวัด/เกณฑ์ : น้อยกว่า ร้อยละ ๙

น้ำหนักคะแนน : ๑ คะแนน

คำอธิบาย : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)

อัตราตายในผู้ป่วย STEMI

๑. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น ๑ visit)

๒. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วยในรหัส ICD ๑๐ WHO I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด

B = จำนวนผู้ป่วยในรหัส ICD ๑๐ WHO I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน						
มากกว่า ร้อยละ ๑๖.๘	ร้อยละ ๑๓.๐ - ๑๔.๙	ร้อยละ ๑๑.๐ - ๑๒.๙	ร้อยละ ๙.๐ - ๑๐.๙	น้อยกว่าร้อยละ ๙.๐						
ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
	ร้อยละ ๑๖.๘ ขึ้นไป	๑๖.๖-๑๖.๗	๑๖.๔-๑๖.๕	๑๖.๒-๑๖.๓	๑๖.๐-๑๖.๑	๑๕.๘-๑๕.๙	๑๕.๖-๑๕.๗	๑๕.๔-๑๕.๕	๑๕.๒-๑๕.๓	๑๕.๐-๑๕.๑
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
	๑๔.๘-๑๔.๙	๑๔.๖-๑๔.๗	๑๔.๔-๑๔.๕	๑๔.๒-๑๔.๓	๑๔.๐-๑๔.๑	๑๓.๘-๑๓.๙	๑๓.๖-๑๓.๗	๑๓.๔-๑๓.๕	๑๓.๒-๑๓.๓	๑๓.๐-๑๓.๑
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
	๑๒.๘-๑๒.๙	๑๒.๖-๑๒.๗	๑๒.๔-๑๒.๕	๑๒.๒-๑๒.๓	๑๒.๐-๑๒.๑	๑๑.๘-๑๑.๙	๑๑.๖-๑๑.๗	๑๑.๔-๑๑.๕	๑๑.๒-๑๑.๓	๑๑.๐-๑๑.๑
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
	๑๐.๘-๑๐.๙	๑๐.๖-๑๐.๗	๑๐.๔-๑๐.๕	๑๐.๒-๑๐.๓	๑๐.๐-๑๐.๑	๙.๘-๙.๙	๙.๖-๙.๗	๙.๔-๙.๕	๙.๒-๙.๓	๙.๐-๙.๑
คะแนน	๕									
	น้อยกว่า ร้อยละ ๙.๐	*หมายเหตุ ในกรณีทศนิยม ๒ ตำแหน่ง ตั้งแต่ ๐.๐๕ ให้ปัดขึ้น								

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุกเดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละ	๑๒.๗๔	๑๔.๑๖	๑๔.๑๖	๑๘.๓๖

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปรียาภัสสร เหล็กเพชร เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๙๒๖๘ ๙๐๐๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอริษา ไตจีน เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๓๙๕๔ ๖๒๖๕

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ : การคัดกรองมะเร็งครบวงจร

ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๑ : ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๑๐

น้ำหนักคะแนน : ๑ คะแนน

คำอธิบาย :

๑. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off ๑๐๐ ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจวัดอุจจาระเพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง ๑ ครั้งในรอบ ๒ ปีงบประมาณ

๒. ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ ประชากรเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (positive) คือตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ

เกณฑ์การประเมิน :

ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test (การตรวจหาเลือดในอุจจาระ) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๑๐

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ร้อยละของประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง = $(A/B) \times 100$

A = จำนวนประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

B = จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี

เป้าหมายรายปี : ประมาณการจาก ๑๐ % ของประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ทุกสิทธิการรักษา

ตัวอย่างการคิดค่าเป้าหมายรายปี :

ประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ทุกสิทธิการรักษา มี ๑๐๐,๐๐๐ คน

๑๐% ของ ๑๐๐,๐๐๐ คน ค่าเป้าหมายรายปี ๑๐,๐๐๐ คน

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ร้อยละ ๐.๐๑-๓.๙	ร้อยละ ๔.๐-๕.๙	ร้อยละ ๖.๐-๗.๙	ร้อยละ ๘.๐-๙.๙	ร้อยละ ๑๐ ขึ้นไป

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
	๐.๑- ๒.๑	๒.๒- ๒.๓	๒.๔- ๒.๕	๒.๖- ๒.๗	๒.๘- ๒.๙	๓.๐- ๓.๑	๓.๒- ๓.๓	๓.๔- ๓.๕	๓.๖- ๓.๗	๓.๘- ๓.๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
	๔.๐- ๔.๑	๔.๒- ๔.๓	๔.๔- ๔.๕	๔.๖- ๔.๗	๔.๘- ๔.๙	๕.๐- ๕.๑	๕.๒- ๕.๓	๕.๔- ๕.๕	๕.๖- ๕.๗	๕.๘- ๕.๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
	๖.๐- ๖.๑	๖.๒- ๖.๓	๖.๔- ๖.๕	๖.๖- ๖.๗	๖.๘- ๖.๙	๗.๐- ๗.๑	๗.๒- ๗.๓	๗.๔- ๗.๕	๗.๖- ๗.๗	๗.๘- ๗.๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
	๘.๐- ๘.๑	๘.๒- ๘.๓	๘.๔- ๘.๕	๘.๖- ๘.๗	๘.๘- ๘.๙	๙.๐- ๙.๑	๙.๒- ๙.๓	๙.๔- ๙.๕	๙.๖- ๙.๗	๙.๘- ๙.๙
คะแนน	๕	* หมายเหตุ ในกรณีทศนิยม ๒ ตำแหน่ง ตั้งแต่ ๐.๐๕ ให้ปัดขึ้น								
	ตั้งแต่ ๑๐.๐ ขึ้น ไป									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วย และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน ๔๓ แฟ้ม มาที่ HDC ได้

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุกเดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	ร้อยละ	๔.๕๐	๑๑.๕๖	๙.๕๖	๘.๘๑

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
≥ ร้อยละ ๔	≥ ร้อยละ ๖	≥ ร้อยละ ๘	≥ ร้อยละ ๑๐

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปรียามัสสรุ์ เหล็กเพชร

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๙๒๖๘ ๙๐๐๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอริษา โตจิ้น

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๓๙๕๔ ๖๒๖๕

ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๒ : ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐

น้ำหนักคะแนน : ๑ คะแนน

คำอธิบาย :

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐ - ๖๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง ๑๔ สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างส่งตรวจ แนะนำให้ เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก ๕ ปี

ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น

- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ ๑๖ และหรือ ๑๘ หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy)

- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่นๆ เช่น ๓๑, ๓๓, ๓๙, ๔๕, ๕๑, ๕๒, ๕๖, ๕๘, ๕๙, ๖๖ และ ๖๘ เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลืมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ \geq ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน ๑ ปีที่โรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน : ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :

ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test = $(A/B) \times 100$

A = จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ ๓๐-๖๐ ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test

B = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ทั้งหมด (ที่ยังไม่ได้รับการตรวจในรอบ ๕ ปี)

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ร้อยละ ๐.๐๑-๙.๙	ร้อยละ ๑๐.๐-๒๙.๙	ร้อยละ ๓๐.๐-๔๙.๙	ร้อยละ ๕๐.๐-๖๙.๙	ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
	๐.๐๑- ๐.๙	๑.๐- ๒.๙	๒.๐- ๒.๙	๓.๐- ๓.๙	๔.๐- ๔.๙	๕.๐- ๕.๙	๖.๐- ๖.๙	๗.๐- ๗.๙	๘.๐- ๘.๙	๙.๐- ๙.๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
	๑๐.๐- ๑๑.๙	๑๒.๐- ๑๓.๙	๑๔.๐- ๑๕.๙	๑๖.๐- ๑๗.๙	๑๘.๐- ๑๙.๙	๒๐.๐- ๒๑.๙	๒๒.๐- ๒๓.๙	๒๔.๐- ๒๕.๙	๒๖.๐- ๒๗.๙	๒๘.๐- ๒๙.๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
	๓๐.๐- ๓๑.๙	๓๒.๐- ๓๓.๙	๓๔.๐- ๓๕.๙	๓๖.๐- ๓๗.๙	๓๘.๐- ๓๙.๙	๔๐.๐- ๔๑.๙	๔๒.๐- ๔๓.๙	๔๔.๐- ๔๕.๙	๔๖.๐- ๔๗.๙	๔๘.๐- ๔๙.๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
	๕๐.๐- ๕๑.๙	๕๒.๐- ๕๓.๙	๕๔.๐- ๕๕.๙	๕๖.๐- ๕๗.๙	๕๘.๐- ๕๙.๙	๖๐.๐- ๖๑.๙	๖๒.๐- ๖๓.๙	๖๔.๐- ๖๕.๙	๖๖.๐- ๖๗.๙	๖๘.๐- ๖๙.๙
คะแนน	๕									
	ตั้งแต่ ๗๐.๐ ขึ้น ไป	* หมายเหตุ ในกรณีทศนิยม ๒ ตำแหน่ง ตั้งแต่ ๐.๐๕ ให้ปัดขึ้น								

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : จากโปรแกรม HPVcx๒๐๒๐ ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติพัฒนา, จากระบบข้อมูล ๔๓ แห่ง (HDC), KTB

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม HPVcx๒๐๒๐ ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติพัฒนา, KTB

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุกเดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ประชากรสตรีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test	ร้อยละ	๖.๑๒	๑๘.๕๕	๓๕.๑๔	๓๙.๕๔

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปรียาภัสสร เหล็กเพชร เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๙๒๖๘ ๙๐๐๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอริษา ไตจิ้น เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๓๙๕๔ ๖๒๖๕

ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๓ : ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย (๓๐-๗๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

น้ำหนักคะแนน : ๑ คะแนน

คำอธิบาย :

การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย (๓๐-๗๐ ปี) ได้รับความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลความผิดปกติของเต้านม และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Awareness หรือ Breast Self-Examination : BSE) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำ และตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Breast Self-Examination : CBE) ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๔๐-๗๐ ปี) คนละ ๑ ครั้งต่อปี

เกณฑ์การประเมิน :

๑. วัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ ต่อปี

๒. วัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBC) อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ ต่อปี

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม = (A/B) × ๑๐๐

A_(CBC) = จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ ๓๐-๗๐ ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม

B_(CBC) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๗๐ ปี ทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ร้อยละ ๐.๐๑- ๕๙.๙	ร้อยละ ๖๐.๐-๖๙.๙	ร้อยละ ๗๐.๐-๗๙.๙	ร้อยละ ๘๐.๐-๘๙.๙	ร้อยละ ๙๐.๐ ขึ้นไป

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
	๐.๐๑- ๕๐.๙	๕๑.๐- ๕๑.๙	๕๒.๐- ๕๒.๙	๕๓.๐- ๕๓.๙	๕๔.๐- ๕๔.๙	๕๕.๐- ๕๕.๙	๕๖.๐- ๕๖.๙	๕๗.๐- ๕๗.๙	๕๘.๐- ๕๘.๙	๕๙.๐- ๕๙.๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
	๖๐.๐- ๕๐.๙	๕๑.๐- ๕๑.๙	๕๒.๐- ๕๒.๙	๕๓.๐- ๕๓.๙	๕๔.๐- ๕๔.๙	๕๕.๐- ๕๕.๙	๕๖.๐- ๕๖.๙	๕๗.๐- ๕๗.๙	๕๘.๐- ๕๘.๙	๕๙.๐- ๖๙.๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
	๗๐.๐- ๗๐.๙	๗๑.๐- ๗๑.๙	๗๒.๐- ๗๒.๙	๗๓.๐- ๗๓.๙	๗๔.๐- ๗๔.๙	๗๕.๐- ๗๕.๙	๗๖.๐- ๗๖.๙	๗๗.๐- ๗๗.๙	๗๘.๐- ๗๘.๙	๗๙.๐- ๗๙.๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
	๘๐.๐- ๘๐.๙	๘๑.๐- ๘๑.๙	๘๒.๐- ๘๒.๙	๘๓.๐- ๘๓.๙	๘๔.๐- ๘๔.๙	๘๕.๐- ๘๕.๙	๘๖.๐- ๘๖.๙	๘๗.๐- ๘๗.๙	๘๘.๐- ๘๘.๙	๘๙.๐- ๘๙.๙
คะแนน	๕									
	ตั้งแต่ ๙๐.๐ ขึ้น ไป	*หมายเหตุ ในกรณีทศนิยม ๒ ตำแหน่ง ตั้งแต่ ๐.๐๕ ให้ปัดขึ้น								

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนที่ได้รับการคัดกรอง

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุกเดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	ร้อยละ	๘๒.๖๓	๘๕.๓๒	๗๔.๓๗	๗๖.๕๑

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๙๐

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปรียามัสสรุ์ เหล็กเพชร

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๙๒๖๘ ๙๐๐๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอริษา ไตจิ้น

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๓๙๕๔ ๖๒๖๕

สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ ๑ : คะแนนรวมของตัวชี้วัดการคัดกรองมะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม = A+B+C

A = ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

B = ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

C = ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย (๓๐-๗๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดที่ ๑

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ร้อยละ ๐.๐๑- ๒.๙	ร้อยละ ๓.๐-๖.๙	ร้อยละ ๗.๐-๑๐.๙	ร้อยละ ๑๑.๐-๑๔.๙	ร้อยละ ๑๕.๐ ขึ้นไป

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
	๐.๐๑- ๐.๒	๐.๓- ๐.๕	๐.๖- ๐.๘	๐.๙- ๑.๑	๑.๒- ๑.๔	๑.๕- ๑.๗	๑.๘- ๒.๐	๒.๑- ๒.๓	๒.๔- ๒.๖	๒.๗- ๒.๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
	๓.๐- ๓.๓	๓.๔- ๓.๗	๓.๘- ๔.๑	๔.๒- ๔.๕	๔.๖- ๔.๙	๕.๐- ๕.๓	๕.๔- ๕.๗	๕.๘- ๖.๑	๖.๒- ๖.๕	๖.๖- ๖.๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
	๗.๐- ๗.๓	๗.๔- ๗.๗	๗.๘- ๘.๑	๘.๒- ๘.๕	๘.๖- ๘.๙	๙.๐- ๙.๓	๙.๔- ๙.๗	๙.๘- ๑๐.๑	๑๐.๒- ๑๐.๕	๑๐.๖- ๑๐.๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
	๑๑.๐- ๑๑.๓	๑๑.๔- ๑๑.๗	๑๑.๘- ๑๒.๑	๑๒.๒- ๑๒.๕	๑๒.๖- ๑๒.๙	๑๓.๐- ๑๓.๓	๑๓.๔- ๑๓.๗	๑๓.๘- ๑๔.๑	๑๔.๒- ๑๔.๕	๑๔.๖- ๑๔.๙
คะแนน	๕									
	ตั้งแต่ ๑๕.๐ ขึ้น ไป	* หมายถึง ในกรณีทศนิยม ๒ ตำแหน่ง ตั้งแต่ ๐.๐๕ ให้ปัดขึ้น								

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)

หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐

น้ำหนักคะแนน : ๒ คะแนน

รายละเอียดตัวชี้วัด :

- ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.๑๑๓ , ม.๑๑๔) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย ๑ ปี

เกณฑ์การประเมิน :

ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษา ฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย ๑ ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) = $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู

B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ร้อยละ ๓๐.๐-๓๙.๙	ร้อยละ ๔๐.๐-๔๙.๙	ร้อยละ ๕๐.๐-๕๙.๙	ร้อยละ ๖๐.๐-๖๙.๙	ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
	≤๓๐	๓๑	๓๒	๓๓	๓๔	๓๕	๓๖	๓๗	๓๘	๓๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
	๔๐	๔๑	๔๒	๔๓	๔๔	๔๕	๔๖	๔๗	๔๘	๔๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
	๕๐	๕๑	๕๒	๕๓	๕๔	๕๕	๕๖	๕๗	๕๘	๕๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
	๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๖๕	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙
คะแนน	๕									
	≥ ๗๐									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ทุกเดือน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ	๖๘.๘๗	๖๕.๐๒	๖๔.๑๐

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน : Small Success

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ ๗๐	ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ ๗๐	ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ ๗๐	ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ ๗๐

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปรียาภัสสร เหล็กเพชร

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๙๒๖๘ ๙๐๐๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสมชาติ พูลเขตกิจ

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๖๑๙๘ ๐๓๔๗

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ : ผู้รับบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

หน่วยวัด/เกณฑ์ : ร้อยละ ๑๐ ของจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอ

น้ำหนักคะแนน : ๒ คะแนน

คำอธิบาย :

๑. การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของสถานบริการแก่ผู้ขอรับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกลเพื่อจัดบริการให้คำปรึกษาแนะนำ การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นการให้บริการระหว่างหน่วยหน่วยบริการกับผู้รับบริการหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และระหว่างโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต.หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยระบบงานที่มีการนำดิจิทัลหรืออาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการจัดให้บริการครอบคลุมทุกกลุ่มโรคและกลุ่มอาการของโรคตามความเห็นของแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสอดคล้องตามบริบทของพื้นที่ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๔)

๒. เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการระบบสุขภาพปฐมภูมิอื่นๆ

รายละเอียดตัวชี้วัด :

๑. ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือผู้เกี่ยวข้อง ต้องปฏิบัติตามด้วยความรอบคอบภายใต้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และทำการบันทึก RoPA (กิจกรรมการประมวลผลขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล ตามมาตรา ๓๙ พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒)

๒. หน่วยบริการ ต้องจัดให้มีระบบเทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์และการสื่อสารที่เพียงพอและเหมาะสม รวมถึงการจัดการความเสี่ยงและควบคุมความผิดพลาดทางเทคโนโลยีการสื่อสารตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๔ และ พ.ร.บ.การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ.๒๕๖๒)

๓. การจัดให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมโยงกับการนัดหมายออนไลน์ผ่าน Platform/Line หมอพร้อม สอน.บัดดี้ (Buddy Care) และการส่งยาที่บ้านผ่าน Health Rider/พัสดุได้

๔. บันทึกข้อมูลการให้บริการฯ ในระบบสารสนเทศสุขภาพของหน่วยบริการ (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานเพิ่ม Service (๑๔) รหัสประเภทการมารับบริการ “๕ รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)” และจัดส่งข้อมูลบริการฯ ดังกล่าวเข้าสู่คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center)

๕. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาจากกองทุนต่างๆ ได้ตามสิทธิ์

๖. ผู้รับบริการการแพทย์ทางไกล หมายถึง จำนวนครั้งการให้บริการแพทย์ทางไกลทั้งหมดในผู้ป่วยนอกทุกประเภทของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอ

เกณฑ์การประเมิน : ประเมินจำนวนครั้งการให้บริการแพทย์ทางไกลทั้งหมดต่อผู้ป่วยนอกทุกประเภทของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอ ค่าเป้าหมายร้อยละ ๑๐ ได้คะแนนเต็ม ๕ คะแนน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :

จำนวนครั้งการให้บริการแพทย์ทางไกลทั้งหมดของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอ x ๑๐๐
/ผู้ป่วยนอกทุกประเภทของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอ

เกณฑ์การให้คะแนน (ร้อยละ)

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๐-๒	๒.๑-๔	๔.๑-๖	๖.๑-๘	๘.๑-๑๐

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ										
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
ร้อยละ										
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
ร้อยละ										
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
ร้อยละ										
คะแนน	๕									
ร้อยละ										

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) ข้อมูลให้บริการ
<https://hdcservice.moph.go.th>

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: หน่วยบริการส่งข้อมูลจำนวนครั้งของการให้บริการการแพทย์ทางไกล (รหัส
ประเภทการมารับบริการ รหัส ๕ รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)) ไปยังระบบ
คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center)

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ประมวลผลข้อมูลจำนวนครั้งในการให้บริการจากระบบคลังข้อมูล
ด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) และแสดงรายงาน <https://hdcservice.moph.go.th>

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
การให้บริการระบบแพทย์ทางไกล	ครั้ง	-	-	-	๑๓,๔๒๘ ครั้ง (มีค-ตค. ๒๕๖๗)

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

๑. หน่วยบริการ จัดให้มีระบบเทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์และการสื่อสารที่เพียงพอและเหมาะสม รวมถึงการจัดการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

๒. หน่วยบริการทุกหน่วย สามารถจัดให้มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามภารกิจหน้าที่ ศักยภาพของหน่วยบริการและหรือตามบริบทของพื้นที่

๓. การใช้กลไก ๓ หมอ นำมาส่งเสริมประชาชนใช้บริการระบบแพทย์/เภสัชกรรมทางไกล ส่งยาถึงบ้าน โดย อสม./จนท. PCU/ รพ.สต. (หมอคคนที่ ๑ และ ๒) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ หรือผู้ที่มีความพร้อมทางเทคโนโลยีการสื่อสาร โดยให้คำแนะนำประสาน (หมอคคนที่ ๓) ใช้นัดหมายออนไลน์/ระบบแพทย์ทางไกล/รับส่งยาถึงบ้าน

๔. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การสร้างการยอมรับและทักษะของประชาชนต่อการใช้บริการเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล

๕. หน่วยบริการ ควรจัดกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด เพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการนัดหมายออนไลน์ การบริการการแพทย์ทางไกลและการส่งยาถึงบ้าน

๖. หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรส่งเสริมหน่วยปฐมภูมิใช้แอปพลิเคชัน สอน.บัดดี้ (Buddy Care) และหมอพร้อมเพื่อนัดหมายออนไลน์และจัดให้บริการการแพทย์ทางไกลกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ๙ กลุ่ม

๗. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อบริบบนที่กการให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) ลงในข้อมูลประวัติสุขภาพส่วนบุคคล (PHR) และสามารถเชื่อมโยงกับประชาชนผู้ใช้บริการจาก Platform หมอพร้อม

๘. หน่วยบริการ ควรจัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ทางไกล

๙. หน่วยบริการ จัดทำรายงานข้อมูลแสดงสถิติ/วิเคราะห์ผลการนัดหมายรับบริการ/การบริการการแพทย์ทางไกลและการส่งยาถึงบ้าน เพื่อใช้ข้อมูลในการพัฒนาและบริหารจัดการในปีงบประมาณถัดไป

มาตรฐานเพิ่ม อ้างอิงจากเว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รหัสที่มีการเปลี่ยนแปลงปีงบประมาณ ๒๕๖๔

(<https://bps.moph.go.th/healthdata/standardcode๔๓๖๒-๔๑๕๕oct๑๙/>)

	A	B	C
1	รหัสประเภทการมารับบริการ (TYPEIN) ปรับปรุง ปีงบประมาณ 2564		
2	รหัสที่ใช้บันทึก	รายละเอียด	หมายเลข
3	1	มารับบริการเอง	
4	2	มารับบริการตามนัดหมาย	
5	3	ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น	
6	4	ได้รับการส่งต่อจากบริการ SMS	
7	5	รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)	ปรับเพิ่มจากศูนย์มาตรฐาน รหัสฯ กย.ม. (พ.ศ. 2564)
8			

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายประสูตร พวงสมบัติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๑๗๒๗ ๐๖๖๑

ผู้รับผิดชอบรายงานผล : นายอังการ สมพร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์ติดต่อ : ๐๙๑๘๔๑๓๓๕๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายมินทาดา สิริโสภณ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ

เบอร์ติดต่อ : ๐๙ ๑๘๓๘ ๒๓๔๘

**ตัวชี้วัดที่ ๑๕ : หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน
ภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)**

หน่วยวัด/เกณฑ์ :มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๕

น้ำหนักคะแนน : ๒ คะแนน

คำอธิบาย :

๑. การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) หมายถึง เครื่องมือที่ของหน่วยงานภาครัฐ ได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนักและปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแล การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กรตนเองมากยิ่งขึ้น ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริต และประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม และเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชนตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ ๒๑ การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

๒. เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการระบบสุขภาพปฐมภูมิอื่นๆ

รายละเอียดตัวชี้วัด :

๑. หน่วยงานประเมินตนเองโดยการตอบคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน กระบวนการ หรือกิจกรรมที่หน่วยงานดำเนินการจริงและมีหลักฐานประกอบที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล คุณธรรม จริยธรรม และความโปร่งใส ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT)

๒. หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลเอกสาร/หลักฐานที่เป็นไปตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) บนหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์ของหน่วยงานได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว หน่วยงานนำ URL ที่เชื่อมโยงกับแหล่งข้อมูลบนหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน วาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ทุกไตรมาส ตามปฏิทินที่กำหนด

เกณฑ์การประเมิน :

หน่วยงานจำนวน ๒๙ หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประเมินตนเองในรอบ ไตรมาสที่ ๑ ไตรมาสที่ ๒ ไตรมาสที่ ๓ และไตรมาสที่ ๔ ค่าเป้าหมายร้อยละ ๙๕ ได้คะแนนเต็ม ๕ คะแนน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $A \times 100 / B$

***รายการข้อมูล ๑ A=จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๕ (ใน ๑ ปี)**

****รายการข้อมูล ๒ B=จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (๒๙ หน่วยงาน)**

เกณฑ์การให้คะแนน (ร้อยละ) :

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๕๕ - ๖๔.๙	๖๕ - ๗๔.๙	๗๕ - ๘๔.๙	๘๕ - ๙๔.๙	๙๕ ขึ้นไป

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ	๕๕ - ๕๕.๙	๕๖ - ๕๖.๙	๕๗ - ๕๗.๙	๕๘ - ๕๘.๙	๕๙ - ๕๙.๙	๖๐ - ๖๐.๙	๖๑ - ๖๑.๙	๖๒ - ๖๒.๙	๖๓ - ๖๓.๙	๖๔ - ๖๔.๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
ร้อยละ	๖๕ - ๖๕.๙	๖๖ - ๖๖.๙	๖๗ - ๖๗.๙	๖๘ - ๖๘.๙	๖๙ - ๖๙.๙	๗๐ - ๗๐.๙	๗๑ - ๗๑.๙	๗๒ - ๗๒.๙	๗๓ - ๗๓.๙	๗๔ - ๗๔.๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
ร้อยละ	๗๕ - ๗๕.๙	๗๖ - ๗๖.๙	๗๗ - ๗๗.๙	๗๘ - ๗๘.๙	๗๙ - ๗๙.๙	๘๐ - ๘๐.๙	๘๑ - ๘๑.๙	๘๒ - ๘๒.๙	๘๓ - ๘๓.๙	๘๔ - ๘๔.๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
ร้อยละ	๘๕ - ๘๕.๙	๘๖ - ๘๖.๙	๘๗ - ๘๗.๙	๘๘ - ๘๘.๙	๘๙ - ๘๙.๙	๙๐ - ๙๐.๙	๙๑ - ๙๑.๙	๙๒ - ๙๒.๙	๙๓ - ๙๓.๙	๙๔ - ๙๔.๙
คะแนน	๕									
ร้อยละ	≥ ๙๕									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล :

- เว็บไซต์หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน ๒๙ เว็บไซต์
- แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT)
- ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล:

- จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูลบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน
- คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน ๔ ไตรมาส ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๓ (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายนของทุกปี) กำหนดระดับคะแนนในแต่ละไตรมาส

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล :

หน่วยงานประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT)

๑. ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี)
๒. ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (ภายในเดือนมีนาคมของทุกปี)
๓. ไตรมาสที่ ๓ รอบ ๙ เดือน (ภายในเดือนมิถุนายนของทุกปี)
๔. ไตรมาสที่ ๔ รอบ ๑๒ เดือน (ภายในเดือนกันยายนของทุกปี)

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	๖๓.๓๓	๙๐	๙๓.๓๓	๙๖.๖๗
		(๑๑ หน่วยงานไม่ผ่านเกณฑ์)	(๓ หน่วยงาน ไม่ผ่านเกณฑ์)	(๒ หน่วยงาน ไม่ผ่านเกณฑ์)	(๑ หน่วยงาน ไม่ผ่านเกณฑ์)

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ :

๑. หน่วยงานมีการจัดทำแผน/สรุปผลการดำเนินงานตามแผนป้องกันและปราบปรามการทุจริต
๒. หน่วยงานมีการประกาศเจตนารมณ์ต่อต้านการทุจริต
๓. หน่วยงานมีการส่งเสริมองค์กรให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล
๔. หน่วยงานมีการทบทวนกำหนดภารกิจของแต่ละหน่วยงาน
๕. หน่วยงานมีการดำเนินการติดตามผลการประเมินทุกเดือน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเพ็ญพร โภควิริยะ นิติกรชำนาญการพิเศษ

เบอร์ติดต่อ : ๐๖ ๑๑๙๕ ๓๙๖๙

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายภาณุพงษ์ เมฆฉาย

เบอร์ติดต่อ : ๐๙ ๐๒๗๕ ๕๗๙๒

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ : การส่งข้อมูลเคลมเข้าระบบ (Financial Data Hub :FDH) ข้อมูลได้รับการอนุมัติ

หน่วยวัด/เกณฑ์ : ข้อมูลส่งเข้าระบบ FDH ข้อมูลได้รับการอนุมัติไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕

น้ำหนักคะแนน : ๑ คะแนน

คำอธิบาย : ข้อมูลส่งเข้าระบบ FDH ได้รับการอนุมัติ หมายถึง การส่งข้อมูลทุกช่องทาง เข้าสู่ ระบบ FDH ที่กองเศรษฐกิจ สุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กำหนดรายการเรียกเก็บ แล้วผ่านการตรวจสอบข้อมูล จาก สปสช. ให้ได้รับการอนุมัติ

สูตรคำนวณ : ร้อยละข้อมูลส่งเข้าระบบ FDH ข้อมูลได้รับการอนุมัติ

$$= \frac{\text{ข้อมูลที่ผ่านการอนุมัติ} \times 100}{\text{ผลรวมข้อมูล อนุมัติ และไม่อนุมัติ ที่ส่งเข้าระบบ FDH}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน

หน่วยวัด/คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละข้อมูลที่ส่งเข้าระบบ FDH ได้รับการอนุมัติ	๗๐-๗๔	๗๕-๗๙	๘๐-๘๔	๘๕-๘๙	≥๙๐

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ	๗๐	๗๐.๕๐	๗๑.๐๐	๗๑.๕๐	๗๒.๐๐	๗๒.๕๐	๗๓.๐๐	๗๓.๕๐	๗๔.๐๐	๗๔.๕๐
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
ร้อยละ	๗๕	๗๕.๕๐	๗๖.๐๐	๗๖.๕๐	๗๗.๐๐	๗๗.๕๐	๗๘.๐๐	๗๘.๕๐	๗๙.๐๐	๗๙.๕๐
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
ร้อยละ	๘๐.๐๐	๘๐.๕๐	๘๑.๐๐	๘๑.๕๐	๘๒.๐๐	๘๒.๕๐	๘๓.๐๐	๘๓.๕๐	๘๔.๐๐	๘๔.๕๐
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
ร้อยละ	๘๕.๐๐	๘๕.๕๐	๘๖.๐๐	๘๖.๕๐	๘๗.๐๐	๘๗.๕๐	๘๘.๐๐	๘๘.๕๐	๘๙.๐๐	๘๙.๕๐
คะแนน	๕									
ร้อยละ	๙๐.๐๐									

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บ

แหล่งข้อมูล : ประเมินผลการการส่งข้อมูลเข้าระบบ FDH และได้รับการอนุมัติจากเว็บไซต์

<https://fdh.moph.go.th/hospital/nhso/dashboard>

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศ รายงานข้อมูลที่ผ่านการอนุมัติ จากการส่งข้อมูลเข้าระบบ FDH เป็นรายเดือน

ความถี่ในการจัดเก็บ : ทุก ๑ เดือน แล้วนำค่าคะแนนที่ได้ทุกเดือนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งหมด

ข้อมูลฐาน (Base line data)

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ		
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละข้อมูลที่ส่งเข้าระบบ FDH ได้รับการอนุมัติ	NA	NA	NA

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวพรทิพย์ อนุตรพงษ์

เบอร์ติดต่อ ๐๘๙๔๓๙๖๘๓๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายกฤษฎา เหล็กเพชร

เบอร์ติดต่อ ๐๘๙๘๕๗๖๖๑๓

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัด
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

ยุทธศาสตร์ที่ ๒	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนงานที่ ๖	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)			
ระดับตัวชี้วัด	อำเภอ (นโยบายกระทรวงสาธารณสุข)			
ตัวชี้วัดที่ ๑๗	ระดับผลสำเร็จตามเกณฑ์ประเมิน “อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district)”			
หน่วยวัด	ระดับ (น้ำหนักคะแนน = ๓)			
คำนิยาม	<p>อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๓ ส่วน ได้แก่</p> <p>ส่วนที่ ๑ โรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) เกณฑ์ผ่าน โรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. ผ่านตัวชี้วัดย่อย ๑๐-๑๒ ตัวชี้วัดย่อย</p> <p>ส่วนที่ ๒ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU PCU) เกณฑ์ผ่าน ร้อยละ ๘๐ ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในอำเภอ (เฉพาะที่สังกัด สป.สธ.) ใช้ยาปฏิชีวนะในโรค RI และ AD \leq ร้อยละ ๒๐</p> <p>ส่วนที่ ๓ การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) เกณฑ์ผ่าน ผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพประเภทใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) \geq ร้อยละ ๑๐ ของร้านชำทั้งหมดอย่างน้อย ๒ ตำบลในแต่ละอำเภอ</p> <p>หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU PCU) หมายถึง รพ.สต. สอน. PCC และ PCU ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ ๒๐ ทั้ง ๒ โรค</p> <p>ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (G-RDU) หมายถึง ร้านชำ ร้านค้าที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน G-RDU ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>หมายเหตุ: “ยา” สำหรับร้านชำ RDU หมายถึง ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น เช่น ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษ เป็นต้น ที่มีส่วนผสมของยาหรือมุ่งหมายใช้เป็นยา</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :	ระดับผลสำเร็จตามเกณฑ์ประเมิน “อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district)”			
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑
	๕ คะแนน	๕ คะแนน	๕ คะแนน	๕ คะแนน
รายการข้อมูล	-			
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้ประชาชนเกิดความปลอดภัยในการใช้ยา โดยเฝ้าระวังความปลอดภัยและลดปัจจัยเสี่ยงจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสร้างความรอบรู้ให้ประชาชน</p> <p>๒. เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอและระดับตำบล</p>			
กลุ่มประชากรเป้าหมาย	<p>๑) RDU hospital: โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ประจำและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง</p> <p>๒) RDU PCU: หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ รพ.สต. สอน. PCC และ PCU ทุกแห่งในพื้นที่</p>			

	(เฉพาะที่สังกัด สป.สธ.) ๓) RDU community: ภาศึเครือข่ายในชุมชนและร้านชำในพื้นที่ อย่างน้อย ๒ ตำบล/อำเภอ	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑) RDU hospital และ RDU PCU: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์เก็บข้อมูลจากการรายงานในระบบ HDC ๒) RDU community: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ติดตามการรายงานข้อมูลจากผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามแบบฟอร์มและแนวทางที่กำหนด	
แหล่งข้อมูล	๑) RDU hospital และ RDU PCU: รายงานในระบบ HDC (ทบทวนข้อมูลกับโรงพยาบาลในกรณีที่มีข้อโต้แย้ง) ๒) RDU community: แบบรายงานข้อมูลจากโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	
รายการข้อมูล	ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน
	๑	โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (รพ.สต./สอ.น./PCC/PCU) วิเคราะห์สถานการณ์และบริบทของพื้นที่ และจัดทำโครงการ/แผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนางาน
	๒	โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (รพ.สต./สอ.น./PCC/PCU) รวมถึงภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมดำเนินงานตามโครงการ/แผนงานที่กำหนดไว้
	๓	โรงพยาบาล และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (รพ.สต./สอ.น./PCC/PCU) บันทึกข้อมูล RDU hospital และ RDU PCU ในระบบ HDC (โดยนำส่งและทวนสอบข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ตรวจสอบข้อมูลทุกไตรมาส
	๔	โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรายงานข้อมูลร้านชำ RDU ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
	๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์รวบรวม ประมวลผลข้อมูล และสรุปผล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ประเมินจากเกณฑ์อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU District) ทั้ง ๓ ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ ๑ โรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) เกณฑ์ผ่าน โรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. ผ่านตัวชี้วัดย่อย ๑๐-๑๒ ตัวชี้วัดย่อย ส่วนที่ ๒ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU PCU) เกณฑ์ผ่าน ร้อยละ ๘๐ ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในอำเภอ (เฉพาะที่สังกัด สป.สธ.) ใช้ยาปฏิชีวนะในโรค RI และ AD ≤ ร้อยละ ๒๐ ส่วนที่ ๓ การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) เกณฑ์ผ่าน ร้านชำคุณภาพ ≥ ร้อยละ ๑๐ ของร้านชำทั้งหมดอย่างน้อย ๒ ตำบล ในแต่ละอำเภอ	
เกณฑ์การให้คะแนน	การวัดผล	เกณฑ์ระดับคะแนน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

		๑	๒	๓	๔	๕																																		
	ระดับผลสำเร็จตามเกณฑ์ประเมิน “อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district)”	ผ่าน ๑ ส่วน	-	ผ่าน ๒ ส่วน	-	ผ่าน ๓ ส่วน																																		
ระยะเวลาประเมินผล	๑) RDU hospital: ทุกไตรมาส ๒) RDU PCU: ทุกไตรมาส ๓) RDU community: ไตรมาสที่ ๓																																							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ มีการปรับรายละเอียดตัวชี้วัด อย่างไรก็ตาม ในปีที่ผ่านมา มีผลการดำเนินงานส่วนที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกัน ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="4">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>๒๕๖๔</th> <th>๒๕๖๕</th> <th>๒๕๖๖</th> <th>๒๕๖๗</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ๑๐-๑๒ ตัวชี้วัดย่อย</td> <td>แห่ง</td> <td></td> <td>๑๐ แห่ง</td> <td>๗ แห่ง</td> <td>๖ แห่ง</td> </tr> <tr> <td>จำนวนอำเภอที่มี รพ.สต. ร้อยละ ๘๐ มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค Respiratory Infection และ Acute Diarrhea <= ร้อยละ ๒๐ ทั้ง ๒ โรค (RDA PCU)</td> <td>อำเภอ</td> <td></td> <td>๑๓ อำเภอ</td> <td>๑๑ อำเภอ</td> <td>๑๒ อำเภอ</td> </tr> <tr> <td>มีร้านชำคุณภาพ \geq ร้อยละ ๑๐ ของร้านชำทั้งหมดอย่างน้อย ๒ ตำบล ในแต่ละอำเภอ</td> <td>อำเภอ</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>๒ อำเภอ</td> <td>๑๒ อำเภอ</td> </tr> <tr> <td>จำนวนอำเภอที่ผ่านตัวชี้วัดทั้ง ๓ ส่วน คือ RDU hospital, RDU PCU, RDU community(ร้านชำ)</td> <td>อำเภอ</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>๕ อำเภอ</td> <td>๕ อำเภอ</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ: N/A เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัด</p>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ				๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ๑๐-๑๒ ตัวชี้วัดย่อย	แห่ง		๑๐ แห่ง	๗ แห่ง	๖ แห่ง	จำนวนอำเภอที่มี รพ.สต. ร้อยละ ๘๐ มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค Respiratory Infection และ Acute Diarrhea <= ร้อยละ ๒๐ ทั้ง ๒ โรค (RDA PCU)	อำเภอ		๑๓ อำเภอ	๑๑ อำเภอ	๑๒ อำเภอ	มีร้านชำคุณภาพ \geq ร้อยละ ๑๐ ของร้านชำทั้งหมดอย่างน้อย ๒ ตำบล ในแต่ละอำเภอ	อำเภอ	N/A	N/A	๒ อำเภอ	๑๒ อำเภอ	จำนวนอำเภอที่ผ่านตัวชี้วัดทั้ง ๓ ส่วน คือ RDU hospital, RDU PCU, RDU community(ร้านชำ)	อำเภอ	N/A	N/A	๕ อำเภอ	๕ อำเภอ					
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ																																				
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																																			
จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ๑๐-๑๒ ตัวชี้วัดย่อย	แห่ง		๑๐ แห่ง	๗ แห่ง	๖ แห่ง																																			
จำนวนอำเภอที่มี รพ.สต. ร้อยละ ๘๐ มี อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค Respiratory Infection และ Acute Diarrhea <= ร้อยละ ๒๐ ทั้ง ๒ โรค (RDA PCU)	อำเภอ		๑๓ อำเภอ	๑๑ อำเภอ	๑๒ อำเภอ																																			
มีร้านชำคุณภาพ \geq ร้อยละ ๑๐ ของร้านชำทั้งหมดอย่างน้อย ๒ ตำบล ในแต่ละอำเภอ	อำเภอ	N/A	N/A	๒ อำเภอ	๑๒ อำเภอ																																			
จำนวนอำเภอที่ผ่านตัวชี้วัดทั้ง ๓ ส่วน คือ RDU hospital, RDU PCU, RDU community(ร้านชำ)	อำเภอ	N/A	N/A	๕ อำเภอ	๕ อำเภอ																																			
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล และจำนวนตัวแทนการเก็บข้อมูล	โรงพยาบาล / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ / หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (รพ.สต., สอน., PCC, PCU) ทุกแห่ง																																							

<p>ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด</p>	<p>๑. ญ.ธัญญา เหมวงศ์กุล เกษตรกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔-๔๖๕๓๒๓๕ E-mail : Thanya.hem@gmail.com กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเกษตรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์</p> <p>๒. ญ. พรทิพย์ สุธาสิริทรัพย์ เกษตรกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘-๒๒๔๖๑๙๑ E-mail : โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๕๖-๒๓๒๐๐๑-๖ ต่อ ๑๔๐ โทรสาร : ๐๕๖-๒๒๕๒๑๒ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเกษตรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์</p>
<p>ผู้กำกับตัวชี้วัด</p>	<p>ญ.ปิยฤดี ฉายแสงมงคล ตำแหน่งเกษตรกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเกษตรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครสวรรค์</p>

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ : ร้อยละความสำเร็จของการตอบโต้ข่าวสารและข้อมูลด้านสุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว
ประชาชนเกิดความพึงพอใจ

หน่วยวัด/เกณฑ์ : มากกว่าหรือเท่ากับ ๘๐

น้ำหนักคะแนน : ๒ คะแนน

คำอธิบาย :

๑.การตอบโต้ข่าวสารด้านสุขภาพ หมายถึง การตอบข้อซักถามของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข ภารกิจ การปฏิบัติหน้าที่ และเรื่องอื่นๆ ของหน่วยบริการสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง, สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ในทุกช่องทางการสื่อสาร

๒.ถูกต้อง ทันเวลา หมายถึง มีการทบทวนหรือสอบถามข้อมูลกับหน่วยงาน กลุ่มงาน ที่เกี่ยวข้องเพื่อได้คำตอบที่ถูกต้องและตอบกลับภายในระยะเวลาไม่เกิน ๑ วัน

๓.ความพึงพอใจ หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการตอบโต้ข่าวสารด้านสุขภาพ การตอบข้อซักถามแก่ประชาชนด้านงานสาธารณสุข ภารกิจ การปฏิบัติหน้าที่ และเรื่องอื่นๆ ของหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ผ่านทุกช่องทางการสื่อสาร รวมถึงความพึงพอใจต่อสื่อสุขภาพที่ได้ดำเนินการผลิตและเผยแพร่

รายละเอียดตัวชี้วัด :

๑. ร้อยละของการตอบโต้ข่าวสารด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และทันเวลา
๒. ร้อยละของประชาชนมีความพึงพอใจต่อการสื่อสารด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

เกณฑ์การประเมิน :

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
๕๐ %	๖๐ %	๗๐ %	๘๐ %

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :

$$\text{ตัวชี้วัดที่ ๑ : } \frac{\text{จำนวนครั้งที่ตอบโต้} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนครั้งที่ได้รับการติดต่อสื่อสาร}}$$

ตัวชี้วัดที่ ๒ : วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Excell

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๕๐ %	๕๐ %	๖๐ %	๗๐ %	≥ ๘๐ %

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ	๔๐	๔๑	๔๒	๔๓	๔๔	๔๕	๔๖	๔๗	๔๘	๔๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
ร้อยละ	๕๐	๕๑	๕๒	๕๓	๕๔	๕๕	๕๖	๕๗	๕๘	๕๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
ร้อยละ	๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๖๕	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
ร้อยละ	๗๐	๗๑	๗๒	๗๓	๗๔	๗๕	๗๖	๗๗	๗๘	๗๙
คะแนน	๕									
ร้อยละ	๘๐									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : ๑. ช่องทางการติดต่อสื่อสารทุกช่องทางที่เปิดให้บริการประชาชน เช่น โทรศัพท์ Facebook, Line, เว็บไซต์, E-mail

๒. แบบประเมินความพึงพอใจการสื่อสารด้านสุขภาพของหน่วยงาน หน่วยบริการ สาธารณสุข ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: ให้ผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลใน แบบฟอร์ม Google drive ที่กลุ่มงานสื่อสารองค์กร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์จัดทำให้ โดยจะมีการติดตามข้อมูลรายไตรมาส

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : ไตรมาสละ ๑ ครั้ง (๔ ครั้ง/ปี)

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละ ๘๐ ของการตอบโต้ข่าวสารด้านสุขภาพภาพได้อย่างถูกต้อง และทันเวลา	ร้อยละ	๐	๐	๖๐	๗๐
ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนมีความพึงพอใจต่อการสื่อสารด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์	ร้อยละ	๐	๐	๗๖.๙๑	๗๗.๖๔

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

.....

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวสุภารัตน์ วงษ์ยศ

เบอร์ติดต่อ : ๐๙๖ ๘๘๕ ๐๘๖๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสุภารัตน์ วงษ์ยศ

เบอร์ติดต่อ : ๐๙๖ ๘๘๕ ๐๘๖๖

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บ : ประเมินผลการดำเนินงานการให้บริการทันตกรรม ตรวจฟันของเด็กอายุ ๐-๒ ปีได้รับการตรวจฟันโดยทันตบุคลากรระบบระเบียบรายงาน ทุก ๑ เดือน

๑.รายงานรอบ ๑ เดือนของข้อมูลเด็กอายุ ๐-๒ ปีได้รับการตรวจฟันโดยทันตบุคลากร ในข้อ ๑๗.๔

๒.เครือข่ายบริการสุขภาพให้บริการทันตกรรมโดยการตรวจฟันให้กับเด็กอายุ ๐-๒ ปี โดยทันตบุคลากร(Provider type = ๐๒,๐๖) ในเขตรับผิดชอบ โดยประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ประมวลผลจากแฟ้ม Person ที่เป็น Type ๑,๓ และได้รับการที่มีรหัสเหตุการณ์ทางทันตกรรม ประมวลผลจากแฟ้ม Procedure_OPD เชื่อมโยง cwh_dent_icd๑๐TM (รหัสทางทันตกรรม) ของระบบ HDC

ข้อมูลการดำเนินงาน

ประเด็นการตรวจฟันของเด็กอายุ ๐-๒ ปี จังหวัดนครสวรรค์ ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาทันตสุขภาพในเด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้ไม่ครอบคลุม และการเข้าถึงบริการทางทันตสุขภาพบริการยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยจังหวัดได้วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานดังกล่าวโดยกลุ่มงานทันตสาธารณสุขทุกระดับ และภาคีเครือข่าย ของพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ อีกทั้งการเพิ่มความถี่ และทักษะ ในการดำเนินงานให้กับทันตบุคลากร บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งปัญหาอุปสรรคที่เป็นปัจจัยในการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ในปี ๒๕๖๗ แม้ว่าผลกระทบจากกรณี รพสต.ถ่ายโอนไป องค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) ทางจังหวัด ได้มีการจัดทำ MOU ร่วมกันทั้งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข และส่วนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด แล้วทำให้ช่องว่างในการบริหารจัดการบริการการดำเนินงานทันตสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ลดลง แต่จากการวิเคราะห์การดำเนินงานดังกล่าว ยังพบว่า ความรู้และทักษะของทันตบุคลากร ความเข้าใจในการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งการลงบันทึกข้อมูล ๔๓ แฟ้มทางทันตสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ที่ผ่านมา กลุ่มงานทันตสาธารณสุข จึงได้จัดประชุมวิชาการอบรมการให้ความรู้ให้กับทันตบุคลากรดังกล่าวขึ้น อย่างครอบคลุม ดังนั้นในปี ๒๕๖๘ จังหวัดนครสวรรค์ จึงได้มีข้อกำหนดข้อตกลงให้ประเด็นการตรวจฟันของเด็กอายุ ๐-๒ ปี ให้มีทิศทางและเป้าหมายที่ชัดเจนขึ้น มุ่งเน้นให้เห็นสถานะทันตสุขภาพของเด็ก เพื่อบริหารจัดการ การจัดบริการทันตกรรมที่เหมาะสมให้กับเด็ก และเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
๑. เด็กอายุ ๐-๒ ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๔๙.๙	๗๒.๗	๔๗.๗	๔๓.๒	๕๙.๘

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางกชกร แก้วสุวรรณ เบอร์ติดต่อ ๐๘๑-๕๓๒๑๖๐๐
 ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางกิตติยา อุกฤษณ์มโนรณ เบอร์ติดต่อ ๐๙๘-๗๔๗๒๓๓๕

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ : ประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป (กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุและวัยผู้สูงอายุ)
ได้รับการคัดกรอง PMDs ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

หน่วยวัด/เกณฑ์ : จำนวนประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป (กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุและวัยผู้สูงอายุ)
ได้รับการคัดกรอง PMDs ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

ค่าน้ำหนัก : ๒ คะแนน

คำอธิบาย : กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ ๔๐ ปี-๕๙ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ณ วันที่ ๑ มค. และกลุ่มผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ณ วันที่ ๑ มค.
การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง และมะเร็งช่องปาก หมายถึง การตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก ๙ บริเวณ ได้แก่ ๑.ริมฝีปากบนและล่าง ๒.กระพุ้งแก้มด้านขวาและด้านซ้าย ๓. เหงือกบนและล่าง ๔.เหงือกด้านหลังฟันกรามล่าง ๕.เพดานแข็ง ๖.เพดานอ่อน ๗.ลิ้น ด้านบนและด้านข้าง ๘.ใต้ลิ้น ๙.พื้นปาก เพื่อค้นหาความเสี่ยงและรอยโรคที่มีโอกาสที่จะเป็น หรือเป็นมะเร็งช่องปาก โดยเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกับการตรวจช่องปาก และวางแผนการรักษา

รอยโรคเสี่ยงมะเร็ง และมะเร็งช่องปาก หมายถึง เนื้อเยื่อที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงทางสัณฐานวิทยาตามลักษณะดังนี้ รอยฝ้าขาว (White patch), รอย ฝ้าแดง (Red patch), แผลเรื้อรัง (Ulceration) หรือก้อน (Mass) ในบริเวณข้างต้น

สูตรคำนวณ : ร้อยละประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง PMDs =
$$\frac{(A๑+A๒) \times ๑๐๐}{(B๑+B๒)}$$

A๑ และ A๒ : ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปและผู้มีอายุ ๔๐-๕๙ ปี คือ ผู้ที่ได้รับการคัดกรองที่มีรหัสการวินิจฉัยในแฟ้ม Diagnosis_opd ได้แก่ Z๑๒.๘๑ หรือ Z๑๒.๘ และให้บริการโดยทันตบุคลากร Provider Type = (“๐๒”, “๐๖”)

B๑ และ B๒ : จำนวนประชากรที่มีอายุ ๔๐ ปีบริบูรณ์ ถึง ๕๙ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน จำนวนประชากร ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ณ วันที่ ๑ มค. ที่มี รหัสหัตถการทันตกรรม หรือมีแฟ้ม dental ไม่นับคนซ้ำ (distinct) hospcode + pid ใช้ปีงบประมาณ (๑ ตค.-๓๐ กย.) และให้บริการโดยทันตบุคลากร Provider Type = (“๐๒”, “๐๖”)

เกณฑ์การให้คะแนน

หน่วยวัด/คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง PMDs	≤ ๓๙	๔๐-๔๔	๔๕-๔๙	๕๐-๕๔	≥ ๕๕

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ	<๓๐.๙๙	๓๑.๐-๓๑.๙๙	๓๒.๐-๓๒.๙๙	๓๓.๐-๓๓.๙๙	๓๔.๐-๓๔.๙๙	๓๕.๐-๓๕.๙๙	๓๖.๐-๓๖.๙๙	๓๗.๐-๓๗.๙๙	๓๘.๐-๓๘.๙๙	๓๙.๐-๓๙.๙๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
ร้อยละ	๔๐.๐-๔๐.๔๙	๔๐.๕๐-๔๐.๙๙	๔๑.๐-๔๑.๔๙	๔๑.๕๐-๔๑.๙๙	๔๒.๐-๔๒.๔๙	๔๒.๕๐-๔๒.๙๙	๔๓.๐-๔๓.๔๙	๔๓.๕๐-๔๓.๙๙	๔๔.๐-๔๔.๔๙	๔๔.๕๐-๔๔.๙๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
ร้อยละ	๔๕.๐-๔๕.๔๙	๔๕.๕๐-๔๕.๙๙	๔๖.๐-๔๖.๔๙	๔๖.๕๐-๔๖.๙๙	๔๗.๐-๔๗.๔๙	๔๗.๕๐-๔๗.๙๙	๔๘.๐-๔๘.๔๙	๔๘.๕๐-๔๘.๙๙	๔๙.๐-๔๙.๔๙	๔๙.๕๐-๔๙.๙๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
ร้อยละ	๕๐.๐-๕๐.๔๙	๕๐.๕๐-๕๐.๙๙	๕๑.๐-๕๑.๔๙	๕๑.๕๐-๕๑.๙๙	๕๒.๐-๕๒.๔๙	๕๒.๕๐-๕๒.๙๙	๕๓.๐-๕๓.๔๙	๕๓.๕๐-๕๓.๙๙	๕๔.๐-๕๔.๔๙	๕๔.๕๐-๕๔.๙๙
คะแนน	๕									
ร้อยละ	๕๕.๐									

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บ : ประเมินผลการดำเนินงานการได้รับการคัดกรอง PMDs โดยทันตบุคลากรระบบระเบียบรายงาน ทุก ๑ เดือน

๑.รายงานรอบ ๑ เดือนของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง PMDs ในข้อ ๑๗.๒๑ และ ๑๗.๒๒

๒.เครือข่ายบริการสุขภาพให้บริการทันตกรรมโดยการได้รับการคัดกรอง PMDs โดยทันตบุคลากร (Provider type = ๐๒,๐๖) ในเขตรับผิดชอบ โดยประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ประมวลผลจากเพิ่ม Person ที่เป็น Type ๑,๓ และได้รับบริการที่มีรหัสหัตถการทางทันตกรรม ประมวลผลจากเพิ่ม Procedure_OPD เชื่อมโยง cwh_dent_icd๑๐TM (รหัสทางทันตกรรม) ของระบบ HDC

ข้อมูลการดำเนินงาน

ประเด็นการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปาก(PMDs) ในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป จังหวัดนครสวรรค์ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งปัจจุบันมะเร็งในช่องปาก พบมากเป็นอันดับ ๖ ของผู้ป่วยมะเร็งที่พบในประเทศไทย หากสามารถตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะแรก ๆ และให้การรักษาทันท่วงที จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ สามารถหายจากโรคได้ แต่ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยกว่าร้อยละ ๘๐ จะมาพบแพทย์เมื่อมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามแล้ว (advance stage) ทำให้การรักษาไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ควร และการเข้าถึงบริการทางทันตสุขภาพในกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวัง จังหวัดจึงวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนร่วมกับกลุ่มงานทันตสาธารณสุขทุกระดับ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ปี ๒๕๖๘ จังหวัดนครสวรรค์ จึงมีข้อกำหนดให้ประเด็นการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (PMDs) ในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป เพื่อลดอัตราป่วยและลดอัตราตายของโรคมะเร็งในช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
๑.ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง PMDs	none	none	none	๒๙.๙๔	๔๗.๒๖

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางกชกร แถวสุวรรณ เบอร์ติดต่อ ๐๘๑-๕๓๒๑๖๐๐
 ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางทิพย์กัญญาณี เขี่ยมญาติ เบอร์ติดต่อ ๐๖๒-๖๒๕๙๗๘๗

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลจากระบบรายงาน ๕๐๖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ และ D๕๐๖ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: จากระายงาน D๕๐๖ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : การบันทึก D๕๐๖ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ทุกวัน

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละอัตราการระบาดซ้ำเกิน ๒ Generation ในหมู่บ้าน/ชุมชน	ร้อยละ	-	-	-	-

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ กำหนดเป็นนโยบายสำคัญที่ต้องแก้ไขปัญหาเร่งด่วนของจังหวัดมีการประชุมชี้แจง และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการตามมาตรการ และคืนข้อมูลให้ผู้บริหารทราบในที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลจังหวัดนครสวรรค์ ทุกเดือน รวมทั้ง จะสุ่มสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำ ยุงลายในพื้นที่เสี่ยงสูง และเสี่ยงต่ำ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายศิววงศ์ เกิดลาภ

เบอร์ติดต่อ : ๐ ๙๔๒๕ ๖๕๔๕๙

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายไพรัช สุวรรณเนกซ์

เบอร์ติดต่อ : ๐ ๙๔๑๗ ๒๑๓๐๒

ตัวชี้วัดที่ ๒๒ : การคัดกรองและดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชาชนที่เกิดก่อน ปี พ.ศ.๒๕๓๕ และกลุ่มเสี่ยง ๕ กลุ่มเสี่ยง

ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๑ : การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนที่เกิดก่อน ปี พ.ศ.๒๕๓๕

หน่วยวัด/เกณฑ์ : ร้อยละ ๙๐

น้ำหนักคะแนน : ๐.๕ คะแนน

คำอธิบาย :

โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อที่ตับซึ่งมีสาเหตุมาจากไวรัสตับอักเสบบีชนิด บี (Hepatitis B virus, HBV) ไวรัสชนิดนี้มีความจำเพาะเจาะจงในการก่อพยาธิสภาพที่เนื้อตับ โดยทำให้เกิดการแบ่งตัวของไวรัสในไซโตพลาสซึมของเซลล์ตับ ซึ่งสามารถพบเชื้อไวรัสได้ในเลือด น้ำเหลือง สิ่งคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อสามารถติดต่อได้หลายทาง เช่น จากการสัมผัสเลือดและน้ำเหลืองของผู้ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หรือจากมารดาสู่ทารก ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จะตรวจพบ Hepatitis B surface antigen (HBsAg) และมีปริมาณของเชื้อไวรัส (HBV DNA) ในเลือด ในปัจจุบันวัคซีนมีราคาถูกลงมากและมีความปลอดภัยสูงจึงควรฉีดวัคซีนให้กับผู้ที่ยังไม่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และยังไม่ภูมิคุ้มกัน ซึ่งการฉีดวัคซีนซึ่งมีประสิทธิภาพดีเพียง ๓ เข็ม สามารถสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ตลอดชีวิต

รายละเอียดตัวชี้วัด :

การคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี

หัวข้อ	เงื่อนไข เขต 1-13
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทย ทุกสิทธิ ที่เกิดก่อนปี 2535
ขอบเขตบริการ	ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรที่เกิดก่อนปี 2535 ได้สิทธิ การตรวจคัดกรองจำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ได้ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ /รพช./รพท./รพศ./หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน /หน่วยรับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม)
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	ค่าบริการตรวจคัดกรอง HBsAg ด้วยวิธี Rapid test /Laboratory-based immunoassays เหมาจ่ายอัตรา 50 บาทต่อครั้ง/คน
โปรแกรม	- บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform - ออกรายงานการจ่ายชดเชยผ่านระบบ Seamless for DMIS

หมายเหตุ : หน่วยที่ให้บริการตรวจคัดกรองฯ เป็นผู้ดำเนินการจัดซื้อชุดตรวจเอง

เป้าหมายการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี จังหวัดนครสวรรค์			
ปีงบประมาณ 2568			
ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย 2567	x3 (เป้าหมายทั่วประเทศ 3 ล้านคน)
1	เมืองนครสวรรค์	4,852	14,556
2	โกรกพระ	588	1,764
3	ชุมแสง	891	2,673
4	หนองบัว	951	2,853
5	บรรพตพิสัย	1,175	3,525
6	เก้าเลี้ยว	578	1,734
7	ตากสิน	1,496	4,488
8	ท่าตะโก	965	2,895
9	ไพศาลี	1,029	3,087
10	พยุหะคีรี	906	2,718
11	ลาดยาว	1,073	3,219
12	ตากฟ้า	587	1,761
13	แม่วงก์	650	1,950
14	ชุมตาบง	233	699
15	แม่เปิน	264	792
รวม		16,238	48,714
หมายเหตุ คาดประมาณเป้าหมายการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี จำนวน 3 ล้านคนทั่วประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2568			

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละ ๘๐ ของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :
$$\frac{\text{จำนวนคนที่คัดกรองไวรัสตับอักเสบบี}}{\text{จำนวนเป้าหมายการคัดกรองประชาชนที่เกิดก่อนปี พ.ศ.2535}} \times 100$$

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
คัดกรองไวรัสตับ อักเสบบี ร้อยละ ≥ 70	คัดกรองไวรัสตับ อักเสบบี ร้อยละ ≥ 75	คัดกรองไวรัสตับ อักเสบบี ร้อยละ ≥ 80	คัดกรองไวรัสตับ อักเสบบี ร้อยละ ≥ 85	คัดกรองไวรัสตับ อักเสบบี ร้อยละ ≥ 90

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ	๗๐ - ๗๐.๔๙	๗๐.๕๐ - ๗๐.๙๙	๗๑ - ๗๑.๔๙	๗๑.๕๐ - ๗๑.๙๙	๗๒ - ๗๒.๔๙	๗๒.๕๐ - ๗๒.๙๙	๗๓ - ๗๓.๔๙	๗๓.๕๐ - ๗๓.๙๙	๗๔ - ๗๔.๔๙	๗๔.๕๐ - ๗๔.๙๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
ร้อยละ	๗๕ - ๗๕.๔๙	๗๕.๕๐ - ๗๕.๙๙	๗๖ - ๗๖.๔๙	๗๖.๕๐ - ๗๖.๙๙	๗๗ - ๗๗.๔๙	๗๗.๕๐ - ๗๗.๙๙	๗๘ - ๗๘.๔๙	๗๘.๕๐ - ๗๘.๙๙	๗๙ - ๗๙.๔๙	๗๙.๕๐ - ๗๙.๙๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
ร้อยละ	๘๐ - ๘๐.๔๙	๘๐.๕๐ - ๘๐.๙๙	๘๑ - ๘๑.๔๙	๘๑.๕๐ - ๘๑.๙๙	๘๒ - ๘๒.๔๙	๘๒.๕๐ - ๘๒.๙๙	๘๓ - ๘๓.๔๙	๘๓.๕๐ - ๘๓.๙๙	๘๔ - ๘๔.๔๙	๘๔.๕๐ - ๘๔.๙๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
ร้อยละ	๘๕ - ๘๕.๔๙	๘๕.๕๐ - ๘๕.๙๙	๘๖ - ๘๖.๔๙	๘๖.๕๐ - ๘๖.๙๙	๘๗ - ๘๗.๔๙	๘๗.๕๐ - ๘๗.๙๙	๘๘ - ๘๘.๔๙	๘๘.๕๐ - ๘๘.๙๙	๘๙ - ๘๙.๔๙	๘๙.๕๐ - ๘๙.๙๙
คะแนน	๕									
ร้อยละ	≥ ๙๐									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : โปรแกรม Krungthai Digital Health Platform

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ปี ในโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : เดือนละ ๑ ครั้ง

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนที่เกิดก่อน ปี พ.ศ.๒๕๓๕	ร้อยละ	-	-	๘๖.๘๙	๑๔๔.๐๒

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

สรุปรหัสในการบันทึกข้อมูล			
	HBV	HCV	ICD-10
คัดกรอง (เบิกเทม KTB 50 บาท/test)	รหัส 180100 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี มีผลบวก (screening examination for viral hepatitis B, positive) รหัส 180101 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี มีผลลบ (screening examination for viral hepatitis B, negative)	- รหัส 180110 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี มีผลบวก (screening examination for viral hepatitis C, positive) - รหัส 180111 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี มีผลลบ (screening examination for viral hepatitis C, negative) - รหัส 150850 HCV-Ag (Hepatitis C virus core Ag (U/ml) in Serum by Immunoeassay)	กรณีมีผลตรวจเป็นลบเป็นบวก รหัส ICD-10 รหัสของพยาธิวิทยา B12... ตับอักเสบเรื้อรังจากเชื้อไวรัส (Chronic viral hepatitis)

ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๒ : การคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในประชาชนที่เกิดก่อน ปี พ.ศ.๒๕๓๕ และกลุ่มเสี่ยง ๕ กลุ่มเสี่ยง

หน่วยวัด/เกณฑ์ : ร้อยละ ๙๐

น้ำหนักคะแนน : ๐.๕ คะแนน

คำอธิบาย :

โรคไวรัสตับอักเสบ ซี สามารถทำให้เกิดตับอักเสบทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ตลอดจนถึงตับแข็งและมะเร็งตับ ซึ่งตับอักเสบเฉียบพลัน สามารถหายได้เพียงร้อยละ ๑๕ - ๒๐ ภาวะติดเชื้อเรื้อรังร้อยละ ๘๐ - ๘๕ ของผู้ป่วยเหล่านี้จะเกิดภาวะตับแข็งร้อยละ ๒๐ -๓๐ ภายใน ๑๐ - ๓๐ ปีและนำไปสู่ตับวายและมะเร็งตับ (Cirrhosis) ในที่สุด

รายละเอียดตัวชี้วัด :

การคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

หัวข้อ	เงื่อนไข เขต 1-13
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยกลุ่มที่เกิดก่อนปี 2535 ทุกสิทธิ
ขอบเขตบริการ	การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ในประชากรกลุ่มที่เกิดก่อนปี 2535 ได้รับสิทธิตรวจคัดกรอง จำนวน 1 ครั้ง ตลอดชีวิต และการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ได้รับสิทธิตรวจไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี
หน่วยบริการ	หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถให้บริการ 1. ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ด้วย Anti-HCV เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ /รพช./รพท./รพศ./หน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อเฉพาะด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน, ด้านเวชกรรม (คลินิกเวชกรรม) 2. ตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี สำหรับผู้ที่มีผล Anti-HCV เป็นบวก (Positive) เช่น รพช., รพท., รพศ., UHOSNET, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์, สคร.
เงื่อนไขและอัตราจ่าย	1. ค่าบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี ด้วย Anti-HCV ทั้งแบบชุดตรวจเร็ว (Rapid test) หรือเครื่องอัตโนมัติ รวมค่าเก็บตัวอย่าง เหมาจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อ 1 ครั้ง ตลอดชีวิต 2. ค่าบริการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี และการตรวจติดตามผลภายหลังการรักษาด้วยยา Sof+Vel และ/หรือ Ribavirin จ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง 2.1 HCV core antigen จ่ายในอัตรา 400 บาทต่อการรายงานผล หรือ 2.2 HCV RNA (Qualitative หรือ Quantitative methods) จ่ายในอัตรา 1,690 บาทต่อการรายงานผล
โปรแกรม	1. บริการตรวจคัดกรอง: - บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม KTB - ออกรายงานการจ่ายชดเชยผ่านระบบ Seamless for DMIS 2. บริการตรวจยืนยันการติดเชื้อ: สปสช. เขต 1-13 บันทึกผลงานและประมวลผลการจ่ายผ่านโปรแกรม e-Claim

หมายเหตุ : หน่วยที่ให้บริการตรวจคัดกรองฯ ต้องเป็นผู้จัดซื้อชุดตรวจเอง

กลุ่มประชากรเป้าหมายโรคไวรัสตับอักเสบซี คือ ผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. ๒๕๓๕ และ กลุ่มเสี่ยง ๕ กลุ่ม ได้แก่

๑. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์

๒. ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด
๓. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
๔. ผู้ต้องขัง
๕. บุคลากรทางการแพทย์

เป้าหมายการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี จังหวัดนครสวรรค์			
ปีงบประมาณ 2568			
ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย 2567	x3 (เป้าหมายทั่วประเทศ 3 ล้านคน)
1	เมืองนครสวรรค์	4,852	14,556
2	โกรกพระ	588	1,764
3	ชุมแสง	891	2,673
4	หนองบัว	951	2,853
5	บรรพตพิสัย	1,175	3,525
6	เก้าเลี้ยว	578	1,734
7	ตากสิน	1,496	4,488
8	ท่าตะโก	965	2,895
9	ไพศาลี	1,029	3,087
10	พยุหะคีรี	906	2,718
11	ลาดยาว	1,073	3,219
12	ตากฟ้า	587	1,761
13	แม่วงก์	650	1,950
14	ชุมตาบง	233	699
15	แม่เปิน	264	792
รวม		16,238	48,714
หมายเหตุ คาดประมาณเป้าหมายการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี จำนวน 3 ล้านคนทั่วประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2568			

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละ ๙๐ ของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : จำนวนคนที่คัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี

X 100

จำนวนเป้าหมายการคัดกรองประชาชนที่เกิดก่อนปี พ.ศ.2535
และ กลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
คัดกรองไวรัสตับ อักเสบ ซี ร้อยละ ≥ 70	คัดกรองไวรัสตับ อักเสบ ซี ร้อยละ ≥ 75	คัดกรองไวรัสตับ อักเสบ ซี ร้อยละ ≥ 80	คัดกรองไวรัสตับ อักเสบ ซี ร้อยละ ≥ 85	คัดกรองไวรัสตับ อักเสบ ซี ร้อยละ ≥ 90

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ	๗๐ - ๗๐.๔๙	๗๐.๕๐ -	๗๑ - ๗๑.๔๙	๗๑.๕๐ -	๗๒ - ๗๒.๔๙	๗๒.๕๐ -	๗๓ - ๗๓.๔๙	๗๓.๕๐ -	๗๔ - ๗๔.๔๙	๗๔.๕๐ -
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
ร้อยละ	๗๕ - ๗๕.๔๙	๗๕.๕๐ -	๗๖ - ๗๖.๔๙	๗๖.๕๐ -	๗๗ - ๗๗.๔๙	๗๗.๕๐ -	๗๘ - ๗๘.๔๙	๗๘.๕๐ -	๗๙ - ๗๙.๔๙	๗๙.๕๐ -
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
ร้อยละ	๘๐ - ๘๐.๔๙	๘๐.๕๐ -	๘๑ - ๘๑.๔๙	๘๑.๕๐ -	๘๒ - ๘๒.๔๙	๘๒.๕๐ -	๘๓ - ๘๓.๔๙	๘๓.๕๐ -	๘๔ - ๘๔.๔๙	๘๔.๕๐ -
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
ร้อยละ	๘๕ - ๘๕.๔๙	๘๕.๕๐ -	๘๖ - ๘๖.๔๙	๘๖.๕๐ -	๘๗ - ๘๗.๔๙	๘๗.๕๐ -	๘๘ - ๘๘.๔๙	๘๘.๕๐ -	๘๙ - ๘๙.๔๙	๘๙.๕๐ -
คะแนน	๕									
ร้อยละ	≥ 90									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : โปรแกรม Krungthai Digital Health Platform และ โปรแกรม NAP WEB REPORT

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform และ โปรแกรม NAP WEB REPORT

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : เดือนละ ๑ ครั้ง

ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๓ : การตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนที่เกิดก่อน ปี พ.ศ.๒๕๓๕

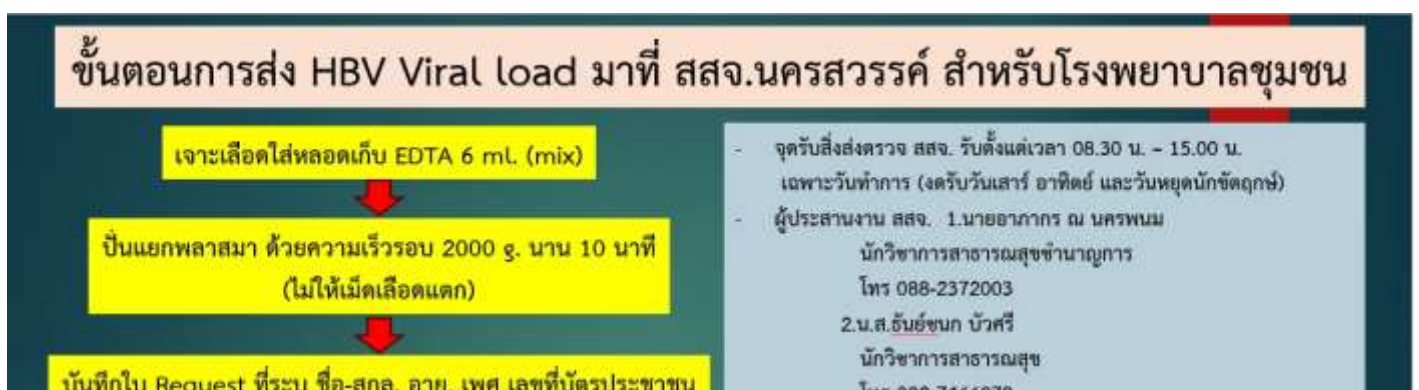
หน่วยวัด/เกณฑ์ : ร้อยละ ๕๐

น้ำหนักคะแนน : ๐.๕ คะแนน

คำอธิบาย :

โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อที่ตับซึ่งมีสาเหตุมาจากไวรัสตับอักเสบบีชนิด บี (Hepatitis B virus, HBV) ไวรัสชนิดนี้มีความจำเพาะเจาะจงในการก่อพยาธิสภาพที่เนื้อตับ โดยทำให้เกิดการแบ่งตัวของไวรัสในไซโตพลาสซึมของเซลล์ตับ ซึ่งสามารถพบเชื้อไวรัสได้ในเลือด น้ำเหลือง สิ่งคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อสามารถติดต่อได้หลายทาง เช่น จากการสัมผัสเลือดและน้ำเหลืองของผู้ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หรือจากมารดาสู่ทารก ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จะตรวจพบ Hepatitis B surface antigen (HBsAg) และการตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (HBV viral load) ซึ่งจะบอกจำนวนไวรัสในกระแสเลือดความเข้มข้น ไหน จะช่วยยืนยันว่าเป็นไวรัสตับอักเสบบี ที่ทำให้ตับอักเสบบีจริง

รายละเอียดตัวชี้วัด :



เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละ ๕๐ ของผู้ที่ผลคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี เป็นบวก ได้รับการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี
 จำนวนคนที่ตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี
 สูตรคำนวณตัวชี้วัด :
$$\frac{\text{จำนวนผู้ที่มีผลการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี เป็นผลบวก}}{\text{ปี 2567-2568}} \times 100$$

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ≥ 100	ตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ≥ 20	ตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ≥ 30	ตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ≥ 40	ตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ≥ 50

ลำดับคะแนน

คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ	๑๐ - ๑๐.๙๙	๑๑ - ๑๑.๙๙	๑๒ - ๑๒.๙๙	๑๓ - ๑๓.๙๙	๑๔ - ๑๔.๙๙	๑๕ - ๑๕.๙๙	๑๖ - ๑๖.๙๙	๑๗ - ๑๗.๙๙	๑๘ - ๑๘.๙๙	๑๙ - ๑๙.๙๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
ร้อยละ	๒๐ - ๒๐.๙๙	๒๑ - ๒๑.๙๙	๒๒ - ๒๒.๙๙	๒๓ - ๒๓.๙๙	๒๔ - ๒๔.๙๙	๒๕ - ๒๕.๙๙	๒๖ - ๒๖.๙๙	๒๗ - ๒๗.๙๙	๒๘ - ๒๘.๙๙	๒๙ - ๒๙.๙๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙

ร้อยละ	๓๐ - ๓๐.๙๙	๓๑ - ๓๑.๙๙	๓๒ - ๓๒.๙๙	๓๓ - ๓๓.๙๙	๓๔ - ๓๔.๙๙	๓๕ - ๓๕.๙๙	๓๖ - ๓๖.๙๙	๓๗ - ๓๗.๙๙	๓๘ - ๓๘.๙๙	๓๙ - ๓๙.๙๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
ร้อยละ	๔๐ - ๔๐.๙๙	๔๑ - ๔๑.๙๙	๔๒ - ๔๒.๙๙	๔๓ - ๔๓.๙๙	๔๔ - ๔๔.๙๙	๔๕ - ๔๕.๙๙	๔๖ - ๔๖.๙๙	๔๗ - ๔๗.๙๙	๔๘ - ๔๘.๙๙	๔๙ - ๔๙.๙๙
คะแนน	๕									
ร้อยละ	≥ ๕๐									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : โปรแกรม <http://www.pctlab.com/raxcheckpointag>

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกผลการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบ บี ใน HIS ของโรงพยาบาล

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : เดือนละ ๑ ครั้ง

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
การตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในประชาชนที่เกิดก่อน ปี พ.ศ.๒๕๓๕	ร้อยละ	-	-	-	-

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

สรุปรหัสในการบันทึกข้อมูล			
	HBV	HCV	ICD-10
คัดกรอง (เบิกเคลม KTB 50 บาท/test)	รหัส 180100 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ไม่ตรวจ (screening examination for viral hepatitis B, positive) รหัส 180101 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ไม่ตรวจ (screening examination for viral hepatitis B, negative)	- รหัส 180110 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ไม่ตรวจ (screening examination for viral hepatitis C, positive) - รหัส 180111 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ไม่ตรวจ (screening examination for viral hepatitis C, negative)	
ตรวจยืนยัน	เหมาจ่ายรายหัว *ส่งตรวจ HBV VL แลปบริจัท PCT* 850 บาท / TEST	- รหัส 150850 HCV-Ag (Hepatitis C virus core Ag) (U/mL) in Serum by Immunoblotting - รหัส 150107 HCV RNA Qualitative (Hepatitis C virus RNA [copies/mL] (viral load) in Serum or Plasma by NAA with probe detection) - รหัส 16333 Hepatitis C virus HCV viral load - Quantitative (Real time PCR)	กรณีตรวจยืนยันเป็นบวก รหัส ICD-10 พักขณะวินิจฉัย B15_ ตั้งถิ่นที่อยู่ที่เรื้อรังเชื้อไวรัส (Chronic viral hepatitis) B15.0 Chronic viral hepatitis B with delta-ag B15.1 Chronic viral hepatitis B without delta-age B15.2 Chronic viral hepatitis C B15.8 Other chronic viral hepatitis B15.9 Chronic viral hepatitis, unspecified
ตรวจประเมิน		- APRI score/FIB4 score 200 บาท/ครั้ง (16338) หรือ - Transient elastography (Fibro Scan) 200 บาท/ครั้ง (16330) หรือ - Fibro maker panel 200 บาท/ครั้ง (16330)	



ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายศิววงศ์ เกิดลาภ

เบอร์ติดต่อ : ๐๙ ๔๒๕๖ ๕๔๕๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายอภากร ณ นครพนม

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๘๒๓๗ ๒๐๐๓

ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๔ : การตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบ ซี ในประชาชนที่เกิดก่อน ปี พ.ศ.๒๕๓๕ และกลุ่มเสี่ยง ๕ กลุ่มเสี่ยง

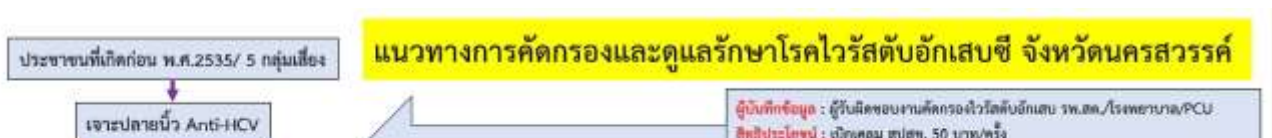
หน่วยวัด/เกณฑ์ : ร้อยละ ๘๐

น้ำหนักคะแนน : ๐.๕ คะแนน

คำอธิบาย :

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี โดยการตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อ HCV (Anti - HCV) ถ้าตรวจพบว่าเป็นต้องตรวจยืนยันการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ซึ่งการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสในกระแสเลือด/การตรวจยืนยันการวินิจฉัยทำได้หลายวิธี เช่น HCV RNA Viral load หรือ HCV RNA Qualitative หรือ HCV core antigen โดยที่สามารถรับบริการได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง/คน/ปี ครั้งที่ ๑ ตรวจเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ครั้งที่ ๒ ตรวจเมื่อรักษาครบ ๑๒ สัปดาห์

รายละเอียดตัวชี้วัด :



เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละ ๘๐ ของผู้ที่ผลคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี เป็นบวก ได้รับการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี
 สูตรคำนวณตัวชี้วัด :
$$\frac{\text{จำนวนคนที่ตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี}}{\text{จำนวนผู้ที่มีผลการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี เป็นผลบวก}} \times 100$$
 ปี 2567-2568

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ตรวจยืนยันไวรัสตับ อักเสบบี ร้อยละ ≥ 60	ตรวจยืนยันไวรัสตับ อักเสบบี ร้อยละ ≥ 65	ตรวจยืนยันไวรัสตับ อักเสบบี ร้อยละ ≥ 70	ตรวจยืนยันไวรัสตับ อักเสบบี ร้อยละ ≥ 75	ตรวจยืนยันไวรัสตับ อักเสบบี ร้อยละ ≥ 80

ลำดับคะแนน

คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ	๖๐ -	๖๐.๕๐	๖๑ -	๖๑.๕๐	๖๒ -	๖๒.๕๐	๖๓ -	๖๓.๕๐	๖๔ -	๖๔.๕๐

	๖๐.๔๙	-	๖๑.๔๙	-	๖๒.๔๙	-	๖๓.๔๙	-	๖๔.๔๙	-
		๖๐.๙๙		๖๑.๙๙		๖๒.๙๙		๖๓.๙๙		๖๔.๙๙
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
ร้อยละ	๖๕ - ๖๕.๔๙	๖๕.๕๐ -	๖๖ - ๖๖.๔๙	๖๖.๕๐ -	๖๗ - ๖๗.๔๙	๖๗.๕๐ -	๖๘ - ๖๘.๔๙	๖๘.๕๐ -	๖๙ - ๖๙.๔๙	๖๙.๕๐ -
		๖๕.๙๙		๖๖.๙๙		๖๗.๙๙		๖๘.๙๙		๖๙.๙๙
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
ร้อยละ	๗๐ - ๗๐.๔๙	๗๐.๕๐ -	๗๑ - ๗๑.๔๙	๗๑.๕๐ -	๗๒ - ๗๒.๔๙	๗๒.๕๐ -	๗๓ - ๗๓.๔๙	๗๓.๕๐ -	๗๔ - ๗๔.๔๙	๗๔.๕๐ -
		๗๐.๙๙		๗๑.๙๙		๗๒.๙๙		๗๓.๙๙		๗๔.๙๙
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
ร้อยละ	๗๕ - ๗๕.๔๙	๗๕.๕๐ -	๗๖ - ๗๖.๔๙	๗๖.๕๐ -	๗๗ - ๗๗.๔๙	๗๗.๕๐ -	๗๘ - ๗๘.๔๙	๗๘.๕๐ -	๗๙ - ๗๙.๔๙	๗๙.๕๐ -
		๗๕.๙๙		๗๖.๙๙		๗๗.๙๙		๗๘.๙๙		๗๙.๙๙
คะแนน	๕									
ร้อยละ	≥ ๘๐									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : โปรแกรม Dashborad สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกผลการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบ ซี ใน HIS ของโรงพยาบาล

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : เดือนละ ๑ ครั้ง

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
การตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในประชาชนที่เกิดก่อน ปี พ.ศ.๒๕๓๕ และกลุ่มเสี่ยง ๕ กลุ่มเสี่ยง	ร้อยละ	-	-	-	-

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

สรุปรหัสในการบันทึกข้อมูล			
	HBV	HCV	ICD-10
คัดกรอง (เบิกเคม KTB)	รหัส 1B0100 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (screening examination for viral hepatitis B, positive) รหัส 1B0101 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	รหัส 1B0110 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี (screening examination for viral hepatitis C, positive) รหัส 1B0111 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบซี	

แผนงานป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี พ.ศ. 2568

เป้าหมาย (Goals)

1. ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 90 ภายในปี 2573
2. ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 90 ภายในปี 2573
3. ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ได้รับการรักษา ร้อยละ 90

ตัวชี้วัด (KPI)

1. ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ที่ได้รับการวินิจฉัย
2. อัตราการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก
3. ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ที่ได้รับการรักษา
4. ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ได้รับการรักษา

สถานการณ์ (Gap) :
ไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญต่อประเทศไทย และเป็นสาเหตุของมะเร็งตับ ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในการปฏิบัติของประชาชน ปัจจุบันมีประชาชนที่ติดเชื้อประมาณ 525 ล้านคน ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี พ.ศ. 2568 (2025) และจำนวนประชากรประมาณ 60 ล้านคนในประเทศไทย พ.ศ. 2568 ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จำนวน ประมาณ 1.5 ล้านคน (ร้อยละ 1.5-2.5 ล้านคน) และผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในไทยประมาณ 200,000 คน (ร้อยละ 200,000 - 300,000 คน) (WHO, 2021) และผู้ติดเชื้อไวรัส บี 11 ไม่มีผลของวัคซีนป้องกันโรค HBV DNA และ HCV Core Ag ในประเทศไทย 20 ผลลัพธ์จากการดำเนินงานป้องกันไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี มีไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

ยุทธศาสตร์	หน่วยงานส่วนกลาง/กลาง				ระดับพื้นที่			
	1. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง	2. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง	3. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง	4. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง	1. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง	2. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง	3. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง	4. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง
กิจกรรมหลัก	1. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 2. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 3. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 4. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง...	1. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 2. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 3. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 4. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง...	1. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 2. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 3. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 4. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง...	1. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 2. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 3. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 4. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง...	1. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 2. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 3. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 4. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง...	1. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 2. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 3. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 4. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง...	1. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 2. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 3. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 4. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง...	1. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 2. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 3. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง... 4. ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง...
ผลกระทบ	การป้องกัน: 30% - 120/พันคน				การลดการ: 20% / 30% / 40% / 50% / 60% / 70% / 80% / 90% / 100%			
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายศิววงศ์ เกิดลาภ

เบอร์ติดต่อ : ๐๙ ๔๒๕๖ ๕๔๕๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายอากาศ ณ นครพนม

เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๘๒๓๗ ๒๐๐๓

ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๕ : การรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี ในประชาชนที่เกิดก่อน ปี พ.ศ.๒๕๓๕ และกลุ่มเสี่ยง ๕ กลุ่มเสี่ยง

หน่วยวัด/เกณฑ์ : ร้อยละ ๘๐

น้ำหนักคะแนน : ๑ คะแนน

คำอธิบาย :

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี โดยการตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อ HCV (Anti - HCV) ถ้าตรวจพบว่ามีผลบวกจำเป็นต้องตรวจยืนยันการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ซึ่งการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสในกระแสเลือด/การตรวจยืนยันการวินิจฉัยทำได้หลายวิธี เช่น HCV RNA Viral load หรือ HCV RNA Qualitative หรือ HCV core antigen โดยที่สามารถรับบริการได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง/คน/ครั้งที่ ๑ ตรวจเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ครั้งที่ ๒ ตรวจเมื่อรักษาครบ ๑๒ สัปดาห์ การรักษาไวรัสตับอักเสบซี ได้ผลดีและมีอัตราการหายสูงมาก จึงแนะนำให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีทุกรายเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Direct-acting antiviral agents; DAAs) สามารถเริ่มรักษาด้วย Sofosbuvir/Velpatasvir นาน ๑๒ สัปดาห์ กรณีมีภาวะตับแข็ง ให้ได้รับยา Sofosbuvir/ Velpatasvir/ Ribavirin รักษา ๑๒ สัปดาห์ โดยเป้าหมายของการรักษา คือ หายขาดจากการมีไวรัสตับอักเสบซีอย่างถาวร ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากไวรัสตับอักเสบซี เช่น ตับแข็งหรือมะเร็งตับ

รายละเอียดตัวชี้วัด :



เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละ ๘๐ ของผู้ที่มีผลยืนยันไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นบวก ได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :
$$\frac{\text{จำนวนคนที่รักษาไวรัสตับอักเสบ ซี}}{\text{จำนวนผู้ที่มีผลการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบ ซี เป็นผลบวก}} \times 100$$

ปี 2567-2568

เกณฑ์การให้คะแนน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
รักษาไวรัสตับ อักเสบ ซี ร้อยละ ≥ 60	รักษาไวรัสตับ อักเสบ ซี ร้อยละ ≥ 65	รักษาไวรัสตับ อักเสบ ซี ร้อยละ ≥ 70	รักษาไวรัสตับ อักเสบ ซี ร้อยละ ≥ 75	รักษาไวรัสตับ อักเสบ ซี ร้อยละ ≥ 80

ลำดับคะแนน										
คะแนน	๑	๑.๑	๑.๒	๑.๓	๑.๔	๑.๕	๑.๖	๑.๗	๑.๘	๑.๙
ร้อยละ	๖๐ - ๖๐.๔๙	๖๐.๕๐ -	๖๑ - ๖๑.๔๙	๖๑.๕๐ -	๖๒ - ๖๒.๔๙	๖๒.๕๐ -	๖๓ - ๖๓.๔๙	๖๓.๕๐ -	๖๔ - ๖๔.๔๙	๖๔.๕๐ -
คะแนน	๒	๒.๑	๒.๒	๒.๓	๒.๔	๒.๕	๒.๖	๒.๗	๒.๘	๒.๙
ร้อยละ	๖๕ - ๖๕.๔๙	๖๕.๕๐ -	๖๖ - ๖๖.๔๙	๖๖.๕๐ -	๖๗ - ๖๗.๔๙	๖๗.๕๐ -	๖๘ - ๖๘.๔๙	๖๘.๕๐ -	๖๙ - ๖๙.๔๙	๖๙.๕๐ -
คะแนน	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘	๓.๙
ร้อยละ	๗๐ - ๗๐.๔๙	๗๐.๕๐ -	๗๑ - ๗๑.๔๙	๗๑.๕๐ -	๗๒ - ๗๒.๔๙	๗๒.๕๐ -	๗๓ - ๗๓.๔๙	๗๓.๕๐ -	๗๔ - ๗๔.๔๙	๗๔.๕๐ -
คะแนน	๔	๔.๑	๔.๒	๔.๓	๔.๔	๔.๕	๔.๖	๔.๗	๔.๘	๔.๙
ร้อยละ	๗๕ - ๗๕.๔๙	๗๕.๕๐ -	๗๖ - ๗๖.๔๙	๗๖.๕๐ -	๗๗ - ๗๗.๔๙	๗๗.๕๐ -	๗๘ - ๗๘.๔๙	๗๘.๕๐ -	๗๙ - ๗๙.๔๙	๗๙.๕๐ -
คะแนน	๕									
ร้อยละ	≥ 80									

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : โปรแกรม Dashborad สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกผลการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ใน HIS ของโรงพยาบาล

ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : เดือนละ ๑ ครั้ง

ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนที่เกิดก่อน ปี พ.ศ.๒๕๓๕ และกลุ่มเสี่ยง ๕ กลุ่มเสี่ยง	ร้อยละ	-	-	-	-

คำชี้แจงการปฏิบัติงาน/มาตรการดำเนินการ

แบบฟอร์ม 2 NM แผนงานโรค/ภัยสุขภาพ เรียงระบบ

แผนงานป้องกันและควบคุมโรคไวรัสซิกา อีโบลา และ ชิ พ.ศ. 2568

พื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

เป้าหมาย (Goals)	1. ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี ได้รับรางวัลเงินดี ร้อยละ 90 ภายในปี 2573 2. ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี ได้รับรางวัลเงินดี ร้อยละ 90 ภายในปี 2573 3. ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ได้รับรางวัลเงินดี ร้อยละ 90		ตัวชี้วัด (KPI)	1. ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย 2. อัตราการถ่ายทอดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี จากแม่สู่ลูก 3. ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย 4. ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ที่ได้รับการรักษา																
สถานการณ์ (Gap) :	ไวรัสซิกา อีโบลา และ ชิ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก ผลกระทบของโรคอีโบลาและชิกาในทวีปแอฟริกา ทำให้เกิดความเข้าใจในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพ ปัจจุบันมีประชากรทั่วโลกประมาณ 225 ล้านคน และในไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี 2019, 2021) ผลกระทบจากการระบาดของโรคอีโบลาและชิกาในทวีปแอฟริกา ปี 2014-2016 ทำให้มีผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี จำนวน 1.5 ล้านคน และชิกาประมาณ 1.5-2.5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากไวรัสซิกาในชนบท ปี ในทวีปแอฟริกาประมาณ 290,000 คน และชิกา 230,000 - 300,000 คน (WHO, 2021) และอีโบลาร้อยละ 11.11 ไม่มีผลกระทบทางลบต่อผู้ติดเชื้อ HIV/DNA HIV RNA HBe HCV Core Ag ในทวีปแอฟริกา 22 ประเทศที่นำพาโรคมาลาเรียไวรัสซิกา อีโบลา และ ชิ มีนโยบายควบคุมสุขภาพ																			
มาตรการ	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">หน่วยงานส่วนกลาง/สคร.</th> <th colspan="2">ระดับพื้นที่</th> </tr> <tr> <td>1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> </tr> <tr> <td>2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> </tr> <tr> <td>3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> </tr> </table>				หน่วยงานส่วนกลาง/สคร.		ระดับพื้นที่		1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ
หน่วยงานส่วนกลาง/สคร.		ระดับพื้นที่																		
1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ																	
2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ																	
3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ																	
กิจกรรมหลัก	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">หน่วยงานส่วนกลาง/สคร.</th> <th colspan="2">ระดับพื้นที่</th> </tr> <tr> <td>1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> </tr> <tr> <td>2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> </tr> <tr> <td>3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> <td>3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ</td> </tr> </table>				หน่วยงานส่วนกลาง/สคร.		ระดับพื้นที่		1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ
หน่วยงานส่วนกลาง/สคร.		ระดับพื้นที่																		
1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ																	
2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	2. มาตรการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ																	
3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ	3. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคอีโบลาและชิกาในชนบท ปี และ ปี ตามใบ																	
ผลกระทบ/ผลลัพธ์	ภาวะในภาพ: สคร. 1 = 10/คน/ปี ภาวะในภาพ: สคร. 2/ สคร. 3/ สคร. 4/ สคร. 5/ สคร. 6/ สคร. 7/ สคร. 8/ สคร. 9/ สคร. 10/ สคร. 11/ สคร. 12/ สคร. 13/ สคร. 14/ สคร. 15/ สคร. 16/ สคร. 17/ สคร. 18/ สคร. 19/ สคร. 20/ สคร. 21/ สคร. 22/ สคร. 23/ สคร. 24/ สคร. 25/ สคร. 26/ สคร. 27/ สคร. 28/ สคร. 29/ สคร. 30/ สคร. 31/ สคร. 32/ สคร. 33/ สคร. 34/ สคร. 35/ สคร. 36/ สคร. 37/ สคร. 38/ สคร. 39/ สคร. 40/ สคร. 41/ สคร. 42/ สคร. 43/ สคร. 44/ สคร. 45/ สคร. 46/ สคร. 47/ สคร. 48/ สคร. 49/ สคร. 50/ สคร. 51/ สคร. 52/ สคร. 53/ สคร. 54/ สคร. 55/ สคร. 56/ สคร. 57/ สคร. 58/ สคร. 59/ สคร. 60/ สคร. 61/ สคร. 62/ สคร. 63/ สคร. 64/ สคร. 65/ สคร. 66/ สคร. 67/ สคร. 68/ สคร. 69/ สคร. 70/ สคร. 71/ สคร. 72/ สคร. 73/ สคร. 74/ สคร. 75/ สคร. 76/ สคร. 77/ สคร. 78/ สคร. 79/ สคร. 80/ สคร. 81/ สคร. 82/ สคร. 83/ สคร. 84/ สคร. 85/ สคร. 86/ สคร. 87/ สคร. 88/ สคร. 89/ สคร. 90/ สคร. 91/ สคร. 92/ สคร. 93/ สคร. 94/ สคร. 95/ สคร. 96/ สคร. 97/ สคร. 98/ สคร. 99/ สคร. 100																			
Quick Win	3 เดือน 1. คุ้มครองประชาชนให้ปลอดภัยและทราบแนวทางการป้องกันไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี จำนวน 600,000 คน (ร้อยละ 30) 2. ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี ได้รับการรักษา ร้อยละ 90 3. ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี ได้รับการรักษา ร้อยละ 90	6 เดือน 1. คุ้มครองประชาชนให้ปลอดภัยและทราบแนวทางการป้องกันไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี จำนวน 1.1 ล้านคน (ร้อยละ 50) 2. ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี ได้รับการรักษา ร้อยละ 90 3. ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี ได้รับการรักษา ร้อยละ 90	9 เดือน 1. คุ้มครองประชาชนให้ปลอดภัยและทราบแนวทางการป้องกันไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี จำนวน 2.5 ล้านคน (ร้อยละ 70) 2. ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี ได้รับการรักษา ร้อยละ 90 3. ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี ได้รับการรักษา ร้อยละ 90	12 เดือน 1. คุ้มครองประชาชนให้ปลอดภัยและทราบแนวทางการป้องกันไวรัสซิกาในชนบท ปี และ ปี จำนวน 2 ล้านคน (ร้อยละ 100) 2. ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี ได้รับการรักษา ร้อยละ 90 3. ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี ได้รับการรักษา ร้อยละ 90 4. อัตราการถ่ายทอดเชื้อไวรัสซิกาในชนบท ปี จากแม่สู่ลูก < 2																

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายศิววงศ์ เกิดลาภ
 ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายอากาศ ณ นครพนม

เบอร์ติดต่อ : ๐๙ ๔๒๕๖ ๕๔๕๖
 เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๘๒๓๗ ๒๐๐๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

<https://nsn.moph.go.th>
