1. **รายละเอียดตัวชี้วัด วิธีการและหลักเกณฑ์การประเมินผล วิธีการติดตามผล**

**ตัวชี้วัดที่ ๑**

**งานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**

**ยุทธศาสตร์ที่ :** ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนให้มีสุขภาพดี

**เป้าประสงค์ :** ลดอัตราการป่วยและอัตรการเสียชีวิตของประชาชนจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**ประเด็นขับเคลื่อน :** สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** |
| **คำนิยาม** | กลุ่มเป้าหมายในการได้รับวัคซีน ได้รับการฉีดวัคซีน COVID-19 จำนวนคนละ 2 เข็ม อัตรามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 ของจำนวนวัคซีนที่ได้รับการจัดสรร  กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่  1.บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน  2.บุคลากรด่านหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 ที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย  3.ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป  4.บุคคลที่มีโรคประจําตัว 7 กลุ่มโรค อายุตั้งแต่ 18 ปี ถึงอายุ 60 ปี ดังนี้  4.1 โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืด  4.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด  4.3 โรคไตเรื้อรัง ที่อยู่ระยะ 5 ขึ้นไป (ไตวายเรื้อรัง)  4.4 โรคหลอดเลือดสมอง  4.5 โรคมะเร็งทุกชนิด ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบําบัด รังสีบําบัดและภูมิคุ้มกันบําบัด  4.6 โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)  4.7 โรคอ้วน ได้แก่ผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม หรือ BMI มากกว่า 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | กลุ่มเป้าหมายได้รับการฉีดวัคซีน COVID-19 จำนวนคนละ 2 เข็ม อัตรามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1.บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน  2.บุคลากรด่านหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 ที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย  3.ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป  4.บุคคลที่มีโรคประจําตัว 7 กลุ่มโรค อายุตั้งแต่ 18 ปี ถึงอายุ 60 ปี ดังนี้  4.1 โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืด  4.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด  4.3 โรคไตเรื้อรัง ที่อยู่ระยะ 5 ขึ้นไป (ไตวายเรื้อรัง)  4.4 โรคหลอดเลือดสมอง  4.5 โรคมะเร็งทุกชนิด ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบําบัด รังสีบําบัดและภูมิคุ้มกันบําบัด  4.6 โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)  4.7 โรคอ้วน ได้แก่ผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม หรือ BMI มากกว่า 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | จากรายงานการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายผ่านโปรแกรมการจัดเก็บและรายงานข้อมูลตามระบบของการให้บริการฉีดวัคซีน COVID-19 |
| **แหล่งข้อมูล** | สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ทั้งภาครัฐและเอกชน |
| **รายการข้อมูล ๑** | A = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีน |
| **รายการข้อมูล ๒** | B = จำนวนวัคซีนโควิดที่ได้รับจัดสรรในช่วงเวลาประเมิน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ร้อยละประชากรกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  A/B X 100  กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้รับวัคซีนโควิด 19 | | คะแนน | | < ร้อยละ 75.00 | | 1 | | ร้อยละ 75.00 – 79.99 | | 2 | | ร้อยละ 80.00 – 84.99 | | 3 | | ร้อยละ 85.00 – 89.99 | | 4 | | ≥ ร้อยละ 90 | | 5 | | กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | | ระยะเวลาดำเนินการตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข | | | | 1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน 2. บุคลากรด่านหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 ได้แก่ อสม ทหาร ตำรวจ 3. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 4. บุคคลที่มีโรคประจําตัว 7 กลุ่มโรค อายุตั้งแต่ 18 ปี ถึงอายุ 60 ปี ดังนี้ 4.1 โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืด โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง ที่อยู่ระยะ 5 ขึ้นไป (ไตวายเรื้อรัง) โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งทุกชนิด ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบําบัด รังสีบําบัดและภูมิคุ้มกันบําบัด โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) และโรคอ้วน 5. ประชาชนทั่วไป   ทั้งนี้กำหนดการจัดสรรอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามข้อกำหนดกระทรวงสาธารณสุข | | เมษายน 2564  มิถุนายน 2564  กรกฎาคม - สิงหาคม 2564  กันยายน - ตุลาคม 2564  พฤศจิกายน – ธันวาคม 2564 | | | |
| **หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูล** | รพ.สต./รพช. ทุกแห่ง (คปสอ.) |
| **วิธีรายงาน/ความถี่ในการรายงาน** | ช่วงเวลาประเมิน รอบแรก เดือนเมษายน 64 – กรกฎาคม 64 |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด** | กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงาน**  **โทรศัพท์** | นางสาวสุชนะ ภัทรกุลพิสิฐ  โทร 096-6810729 |

**ตัวชี้วัดที่ ๒**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพิ่มขึ้น** | |
| **คำนิยาม** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้**  **ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด**  ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HAb1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาล ในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8  \*หมายเหตุ : รหัส ICD 10 ที่มีโรคร่วม ได้แก่  1.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส)ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25  2.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส)ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I50  3.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส)ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมองI60-I69  4.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส)ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 N18.4N18.520-I25  5.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส)ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G40-G41 | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ร้อยละ 10 | | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | ผู้ป่วยหวานที่ขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานและผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud |
| **แหล่งข้อมูล** | | ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | | A1 = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี  A2 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี |
| **รายการข้อมูล 2** | | B1= จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด  B2= จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | (A1/B1) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | | 12 เดือน |
| **เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับคะแนน** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | | ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพิ่มขึ้น | ร้อยละ 0-2 | ≥ร้อยละ 4 | ≥ร้อยละ 6 | **≥ร้อยละ 8** | **≥ร้อยละ 10** | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | | จาก 43 แฟ้ม  A1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD, DIAGNOSIS\_IPD,  CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON, TYPE AREA IN (1 และ 3) (1 มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) (3 มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON. DISCHARGE = 9 (ไม่มีจำหน่าย) PERSON. NATION = 099 (สัญชาติไทย) และได้รับการตรวจ HbA1c (LABFU.LABTEST = 0531601 ระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT   * HAb1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม * HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม   A2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียน ทีมารับบริการจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ ที่ได้รับการตรวจ HbA1c (LABFU.LABTEST = 0531601) ระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT  - HAb1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม  - HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม  B1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS OPD, DIAGNOSIS IPD,  CHRONIC รหัส ICD10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON, TYPE AREA IN (1 และ 3) (1 มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) (3 มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และPERSON DISCHARGE = 9 (ไม่มีจำหน่าย) PERSON. NATION = 099 (สัญชาติไทย)  B2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน CHRONIC และมารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | | แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560 |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | | | อำเภอ | เมือง | ร้องกวาง | ลอง | สูงเม่น | เด่นชัย | สอง | วังชิ้น | หนองม่วงไข่ | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปี 63 | 24.78 | 18.15 | 18.42 | 4.89 | 3.07 | 14.20 | 19.30 | 15.55 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | 1.นางศิริรัตน์ ภู่ตันติกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 054 - 511145 โทรศัพท์มือถือ : 084 687 4984  E-mail : [sirirat037@gmail.com](mailto:sirirat037@gmail.com)  กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด |

**ตัวชี้วัดที่ ๓**

|  |  |
| --- | --- |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น** |
| **คำนิยาม** | **ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้**  **ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส =I10-I15  **ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต ครั้งสุดท้าย < 140/90** mmHg ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  2. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC |
| **แหล่งข้อมูล** | ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A 1= จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี  B1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ  C1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 2 ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ  D1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ทีไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ |
| **รายการข้อมูล 2** | A 2= จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ที่มารับบริการในสถานบริการที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี  B1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ที่มารับบริการในสถานบริการ  C2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ที่มารับบริการในสถานบริการ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 2 ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ  D2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ทีมารับบริการในสถานบริการ และไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ( A1/B1) x 100 |
| **ระยะเวลาระเมินผล** | 12 เดือน |
| เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับคะแนน** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | | ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เพิ่มขึ้น | ร้อยละ 0-2 | ≥ร้อยละ 4 | ≥ร้อยละ 6 | **≥ร้อยละ 8** | **≥ร้อยละ 10** | | |
| วิธีการประเมินผล : | จาก 43 แฟ้ม  A1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD, DIAGNOSIS\_IPD,CHRONICรหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย)ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON,TYPE AREA IN (1 และ 3) (1 มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) (3 มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และPERSON. DISCHARGE = 9 (ไม่มีจำหน่าย) PERSON. NATION = 099 (สัญชาติไทย) และ มีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU( CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg) ( CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg  B1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD, DIAGNOSIS\_IPD,CHRONICรหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15(สัญชาติไทย) ที่อยู่อาศัย ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON,TYPE AREA IN (1 และ 3)  C1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD, DIAGNOSIS\_IPD,CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON TYPE AREA IN (1และ3) 1 ( มีชื้ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง),3(มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ)และ PERSON.DISCHAGE=”9” (ไม่มีจำหน่าย) PERSON. NATION = 099 (สัญชาติไทย)และมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU( CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg) ( CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg  A2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD, DIAGNOSIS\_IPD,CHRONICรหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15(สัญชาติไทย) ที่มารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFUในปีงบประมาณของหน่วยบริการและมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU( CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg) ( CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg  B2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD, DIAGNOSIS\_IPD,CHRONICรหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย)ที่มารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ  C2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD, DIAGNOSIS\_IPD,CHRONICรหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย)ที่มารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการและมีค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU( CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg) ( CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg  D2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD, DIAGNOSIS\_IPD,CHRONICรหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย)ที่มารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ และไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ |
| **เอกสารสนับสนุน :** | รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | อำเภอ | เมือง | ร้องกวาง | ลอง | สูงเม่น | เด่นชัย | สอง | วังชิ้น | หนองม่วงไข่ | | ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีปี 63 | 56.07 | 43.75 | 54.36 | 36.62 | 46.14 | 44.23 | 50.98 | 44.29 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1.นางศิริรัตน์ ภู่ตันติกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 054 - 511145 โทรศัพท์มือถือ : 084 687 4984  E-mail : [sirirat037@gmail.com](mailto:sirirat037@gmail.com) กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด |

**ตัวชี้วัดที่ ๔**

|  |
| --- |
| **ชื่อตัวชี้วัด** : **ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี** |
| **คำอธิบายตัวชี้วัด**  เป็นตัวชี้วัดที่อธิบายถึงความสำเร็จ  **ผูปวยกลุมเปาหมาย** หมายถึง ผูปวยติดบานติดเตียง ผูพิการ/ผูดอยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง  **อสม. หมอประจําบาน** หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมูบาน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ไดรับการคัดเลือกและพัฒนา ศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจําบาน ที่กระทรวงสาธารณสุขกําหนด  **อสม. มีศักยภาพเปน อสม. หมอประจําบาน** หมายถึง อสม. ที่ผานการ อบรมตามหลักสูตร อสม. หมอประจําบาน มีความรูและทักษะในการดูแล สุขภาพคนในชุมชนใหมีคุณภาพชีวิตที่ดี  **คุณภาพชีวิตที่ดี** หมายถึง ผูปวยกลุมเปาหมายไดรับการดูแลดานรางกาย ดานจิตใจ ดานความสัมพันธทางสังคม และ ดานสิ่งแวดลอม |
| **ชื่อผู้รับผิดชอบ** นางพิมพ์ใจ สีขวา |
| **สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของ สสจ.แพร่ ที่ 4** |
| **น้ำหนัก** 40 |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net  **เกณฑ์การให้คะแนน**   |  |  | | --- | --- | | **รายการข้อมูล 1** | จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน | | **รายการข้อมูล 2** | จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน | | **รายการข้อมูล 3** | จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี | | **รายการข้อมูล 4** | จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย |   คำอธิบาย/สูตรการคำนวณ   1. **ร้อยละ อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน**   = (รายการข้อมูล 1/รายการข้อมูล 2) X 100   1. **ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี**   = (รายการข้อมูล 3/รายการข้อมูล 4) X 100  **ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานปีงบประมาณ 2564**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | รอบการประเมิน ครั้งที่ 1 (6 เดือน) | | | | | | | | | คะแนนระดับ 1 | คะแนนระดับ 2 | | คะแนนระดับ 3 | คะแนนระดับ 4 | | คะแนนระดับ 5 | | | 1. มีการประชุมชี้แจงแนวทางและนโยบายงานภาคประชาชนสู่การปฏิบัติแก่ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ  2.พื้นที่มีการคัดเลือก อสม. กลุมเปาหมายมีศักยภาพเปน อสม. หมอประจําบาน หมู่บ้านละ 1 คน ไม่ซ้ำกับ ปี 2563 | ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 1 และ มีการจัดทำแผนการอบรมแผนพัฒนาศักยภาพคุณภาพ อสม. หมอประจําบาน จังหวัดแพร่ ปี 2564 ที่ชัดเจน ตามงบประมาณที่ได้รับ | | ผ่านเกณฑ์ข้อที่ 1 และผ่านเกณฑ์ข้อที่ 2  มีการดำเนินงานตามแผนการจัดอบรมหลักสูตร 3 วัน 6 วิชา 18 ชั่วโมงตามแผนการอบรมได้ครบ 8 อำเภอ และ มี อสม. ได้รับการอบรมเป็น อสม. หมอประจําบาน ปี 2564 จำนวน 726 คน | ผ่านเกณฑ์ข้อที่ และผ่านเกณฑ์ข้อที่ 1,2,3และ อสม.หมอประจำบ้าน เป้าหมาย มีแผนการพัฒนา โดยจัดทำ Time line เพื่อดำเนินการสู่การปฏิบัติงาน และส่งเสริม สนับสนุนให้ อสม.หมอประจำบ้าน มีบทบาทเป็นพี่เลี้ยง อสค. ในการดูแลสุขภาพทุกครอบครัว | | ผ่านเกณฑ์ข้อที่  1,2,3,4 อสม. หมอประจำบ้าน เป้าหมาย มีแผนการปฏิบัติงาน โดยจัดทำ Time line และเป็นทีมพี่เลี้ยงให้ อสค.ดูแลสุขภาพทุกครัวเรือน ได้รับการติดตามจากเจ้าหน้าที่ระดับตำบลและระดับอำเภอ | | | **KPI =**  มีทีมจังหวัดแพร่ และแต่งตั้งคณะกรรมการการประเมินคุณภาพ อสม. หมอประจำบ้าน ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน | **KPI =**  มีแผนพัฒนาคุณภาพ อสม.กลุ่มเป้าหมายเพื่อยกระดับความรู้เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ร้อยละ 70 | | **KPI =**  อสม. หมอประจำบ้านที่ผ่านการอบรม มีแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน | **KPI =**  ทีม อาสาสมัครหมอประจำครอบครัว (อสค.) ได้รับการเยี่ยมเสริมพลัง จากทีมพี่เลี้ยง อสม. หมอประจำบ้าน จังหวัดแพร่ | | **KPI =**  อสม. หมอประจำประจำบ้าน พื้นที่เป้าหมาย เตรียมความพร้อมเพื่อขอรับการประเมินติดตามทีมประเมิน | | | รอบการประเมิน ครั้งที่ 2 (12 เดือน) | | | | | | | | | คะแนนระดับ 1 | คะแนนระดับ 2 | คะแนนระดับ 3 | | | คะแนนระดับ 4 | | คะแนนระดับ 5 | | เจ้าหน้าที่ระดับตำบลติดตามผู้ปวย กลุมเปาหมาย จำนวน 4,728 คน ที่ไดรับการดูแลจาก อสม. หมอประจําบาน มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี | เจ้าหน้าที่ระดับตำบลติดตามผูปวยกลุมเปาหมายที่ไดรับการดูแลจาก อสม. หมอประจําบาน มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี ในพื้นที่เป้าหมายครอบคลุมทุกพื้นที่เป้าหมาย | เจ้าหน้าที่ระดับตำบลติดตามผูปวยกลุมเปาหมายที่ไดรับการดูแลจาก อสม.หมประจํา บาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในพื้นที่เป้าหมายครอบคลุมทุกพื้นที่เป้าหมายและ อสม.หมอประจำบ้านผ่านการประเมินศักยภาพ อย่างน้อยร้อยละ 70 | | | ผูปวยกลุมเปาหมาย ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิต จากเจ้าหน้าที่ระดับตำบลและระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ 70 | | อสม. หมอประจําบาน ได้รับการเยี่ยมเสริมพลัง จากทีมประเมินระดับจังหวัด ผ่านเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ 70 | | **KPI =**  ทีม อสม.หมอประจำบ้าน ลงพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย | **KPI =**  ทีม อสม.หมอประจำบ้าน ลงพื้นที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย พร้อมรายงานผลการดำเนินงาน | **KPI =**  ทีม อสม.หมอประจำบ้าน ลงพื้นที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย พร้อมรายงานผลการดำเนินงานและได้รับการประเมินศักยภาพของ อสม.หมอประจำบ้าน | | | **KPI =**  ทีม อสม.หมอประจำบ้าน ลงพื้นที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการประเมินคุณภาพชีวิต | | **KPI =**  ทีม อสม.หมอประจำบ้าน ลงพื้นที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงาน | | |  |  | | --- | --- | | **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **ชื่อ** นางพิมพ์ใจ สีขวา  **ตำแหน่ง** เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน  **โทรศัพท์ที่ทำงาน** : 054 - 511145  **โทรศัพท์มือถือ** : 0973532963  **โทรสาร** : 054-523313 **E-mail** : po\_pimchai@hotmail.co.th  **สถานที่ทำงาน** กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ | | | | | | | | | |

**ตัวชี้วัดที่ ๕**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| หมวด | Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล) | |
| แผนที่ | 11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ | |
| โครงการที่ | 2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ | |
| ระดับการแสดงผล | เขต | |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว** | |
| คำนิยาม | 1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)  2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย  1) บริหารดี 2) ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรที่ดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี  มีเกณฑ์ประเมินดังนี้  หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี  หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย  หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล  หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย  หมวด 5 ผลลัพธ์  โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้  ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว  ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว  ร้อยละ 80 ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว  3. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์  การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับ  การประเมินใหม่ | |
| เกณฑ์เป้าหมาย:  1. รพ.สต. ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว แบบสะสม ร้อยละ 75   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | กระบวนการ | ปีงบประมาณ 2562 | ปีงบประมาณ  2563 | ปีงบประมาณ  2564 | ปีงบประมาณ  2565 | | Accreditation (สะสม) | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 75 | ร้อยละ 75 | ร้อยละ 100 | | | |
| วัตถุประสงค์ | | เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 4,551 แห่ง หมายถึง รพ.สต. ที่ผ่านระดับห้าดาวในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 1,683 แห่ง + รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับห้าดาว จำนวน 2,868 แห่ง |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | | รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล,  สสอ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง)  สสจ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง)  เขต ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายัง สสป. ผ่านระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu) |
| แหล่งข้อมูล | | รพ.สต. ประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu) |
| รายการข้อมูล 1 | | A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 5 ดาว (สะสมปีงบประมาณ (2561 – 2564) + จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านระดับ 5 ดาว ปีงบประมาณ 2560 ) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2564  B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านระดับ 5 ดาว ปีงบประมาณ 2560 ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2564  C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 4 ดาว  (สะสมปีงบประมาณ 2561 – 2564) *\*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา*  D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 3 ดาว  (สะสมปีงบประมาณ 2561 – 2564) *\*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา* |
| รายการข้อมูล 2 | | E = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด โดยไม่รวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (9,782 แห่ง)  (ที่มาของข้อมูลจากระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ) |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | | (A/E) x 100 |
| ระยะเวลาประเมินผล | | ไตรมาส 3 – 4 |
| ระดับคะแนน   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | ชี้แจงแนวทางการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2564 | 1.แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับอำเภอ  2.มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อพัฒนา รพ.สต. ทุกแห่ง ร้อยละ 100 | 1.รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ  (http://gishealth.moph.go.th/pcu)  2. รพ.สต. ได้รับการพัฒนาโดยทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ  และข้อมูลการบันทึกการประเมินตนเองของ รพ.สต. ในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu เพื่อวางแผนการพัฒนา | รพ.สต.ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว สะสมร้อยละ 75-99 | รพ.สต.ผ่านเกณฑ์  พัฒนาคุณภาพ  รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว สะสมร้อยละ 100 | | | |
| วิธีการประเมินผล: | | รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต |
| เอกสารสนับสนุน: | | คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2564 |
| รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน | | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | | | | | 2560 | 2561 | 2562 | 2563 | 2564 | | 119 แห่ง | ร้อยละ | 13  (10.92) | 35  (40.33) | 36  (70.59) | -  (70.59) | 35  (100) | |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | | 1. นางกัญญาลักษณ์ ศักดิ์สิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 054-511145 โทรศัพท์มือถือ : 088-5962656 E-mail :Vikanyababy@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ |

**ตัวชี้วัดที่ ๖**

**งานอนามัยแม่และเด็ก**

**ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนให้มีสุขภาพดี**

**เป้าประสงค์ : ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม**

**ประเด็นขับเคลื่อน : แก้ไขปัญหาภาวะเตี้ยในเด็กปฐมวัย**

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เด็กปฐมวัยที่มีภาวะเตี้ยมีจำนวนลดลง** |
| คำนิยาม | เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน  ภาวะเตี้ย หมายถึง ความยาวหรือส่วนสูงของเด็กน้อยกว่ามาตรฐาน เมื่อเทียบส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2558 (มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2006) มีค่าน้อยกว่า -2 SD |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | เด็กปฐมวัยที่มีภาวะเตี้ยมีจำนวนลดลงจากฐานข้อมูลในไตรมาสที่ 1 ปี 2564 อย่างน้อยร้อยละ 20 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กปฐมวัยที่มีภาวะเตี้ย |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | - รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาล นำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | - สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกเด็กสุขภาพดี)  - หมู่บ้าน  - ศูนย์เด็กเล็ก  - โรงเรียน |
| **รายการข้อมูล ๑** | A = จำนวนเด็กปฐมวัยที่มีภาวะเตี้ย |
| **รายการข้อมูล ๒** | B = จำนวนเด็กปฐมวัยที่มีภาวะเตี้ยลดลง (จำนวนเด็กเตี้ยที่ลดลง) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (B/A)X ๑๐๐ |
| **หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูล** | รพ.สต./PCU/รพ. และ สสอ.รวบรวม |
| **วิธีรายงาน/ความถี่ในการรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่** | ทุกปีงบประมาณ รายงาน 1 ครั้ง คือเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม  1. จำนวน/ร้อยละ เด็กเตี้ยที่ลดลง  2. กิจกรรมที่เด็กเตี้ยได้รับจากสถานบริการสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด** | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงาน โทรศัพท์** | นางไพรินทร์ เรืองจันทร์  โทร 084-6001678 |
| **ตัวชี้วัด** | **เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละครั้ง** |
| คำนิยาม | ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก หมายถึง ยาน้ำที่มีส่วนประกอบธาตุเหล็กของ elemental iron 12.5 มิลลิกรัม สำหรับเด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี 11 เดือน 29 วัน และ  25 มิลลิกรัม สำหรับเด็กอายุ 3 ปี - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน  เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือน - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ทุกราย (ยกเว้นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 70 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือน - 5 ปี  (ยกเว้นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ.สต./ PCU / รพ. |
| **รายการข้อมูล ๑** | A = จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ทั้งหมด |
| **รายการข้อมูล ๒** | B = จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละครั้ง |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (B/A)X ๑๐๐ |
| **หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูล** | รพ.สต./PCU/รพ. และ สสอ.รวบรวม |
| **วิธีรายงาน/ความถี่ในการรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่** | สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง เป็นผู้ key ข้อมูลทุกครั้ง เมื่อเด็ก 6 เดือน – 5 ปี มารับยารวบรวมข้อมูลส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานทุกไตรมาส |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด** | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงาน**  **โทรศัพท์** | นางไพรินทร์ เรืองจันทร์  โทร 084-6001678 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **ร้อยละเด็กปฐมวัยที่มีภาวะเตี้ยฟันดีไม่มีผุ** |
| **1.คำนิยาม** | **เด็กปฐมวัย** หมายถึงเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ณ วันที่ 1 มกราคม  **ภาวะเตี้ย** หมายถึง ความยาวหรือส่วนสูงของเด็กน้อยกว่ามาตรฐาน เมื่อเทียบส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2558 (มาตรฐานการเจริญเติบโต ขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2006) มีค่าน้อยกว่า -2 SD  **ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) หมายถึง** ผู้ที่มีน้ำนมในช่องปากที่ปกติ หรือผุและได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | |  |  | | --- | --- | | ชื่อตัวชี้วัด | ค่าเกณฑ์เป้าหมาย | | 1.ร้อยละเด็กปฐมวัยที่เตี้ยฟันดีไม่มีผุ(Cavity free) | ≥80 | | 2.ร้อยละเด็กปฐมวัยที่เตี้ย ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก | ≥80 | |
| **2.ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีภาวะเตี้ยในไตรมาสที่1 ในเขตรับผิดชอบ |
| **3.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | เด็กอายุ0-5 ปี ที่มีภาวะเตี้ยฟันดีไม่มีผุ ปี 2563   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | อำเภอ | จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีทั้งหมด (คน) | จำนวนเด็กเตี้ยในไตรมาสที่1 (คน) | จำนวนเด็กเตี้ยที่ได้รับการตรวจฟัน(คน) | ร้อยละเด็กเตี้ย ได้รับการตรวจฟัน | จำนวนเด็กเตี้ยฟันดี  ไม่มีผุ  (Cavity free)  (คน) | ร้อยละ  เด็กเตี้ยฟันดีไม่มีผุ  (Cavity free) | | **เมืองแพร่** | 3810 | 228 | 202 | 88.6 | 175 | 86.63 | | **ร้องกวาง** | 2031 | 143 | 88 | 61.54 | 77 | 87.5 | | **ลอง** | 2322 | 279 | 173 | 62.01 | 142 | 82.08 | | **สูงเม่น** | 2813 | 283 | 169 | 59.72 | 130 | 76.92 | | **เด่นชัย** | 1336 | 124 | 99 | 79.84 | 71 | 71.72 | | **สอง** | 2186 | 282 | 235 | 83.33 | 189 | 80.43 | | **วังชิ้น** | 2127 | 361 | 315 | 87.26 | 277 | 87.94 | | **หนองม่วงไข่** | 693 | 84 | 60 | 71.43 | 57 | 95 | | **จังหวัด** | 17318 | 1784 | 1341 | 75.17 | 1118 | 83.37 | |
| **มาตรการสำคัญในการดำเนินงาน ปี 2564**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | 1.CUP ประชุมชี้แจงแนวทางการตรวจคัดกรองสภาวะช่องปาก,แนวทางการจัดบริการทันตกรรม และแนวทางการกำกับติดตามในกลุ่มเด็กเตี้ยแก่หน่วยบริการในพื้นที่เพื่อใช้ในการดำเนินการ  2. ระดับCUPจัดตั้งคณะทำงาน เพื่อวางแผนดำเนินงานโครงการขับเคลื่อนประเด็นควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันน้ำนมในเด็กเตี้ย  3.CUP จัดทำโครงการสอดคล้องกับบริบทพื้นที่  4. CUP มีการบริหารจัดการ  ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการดำเนินการตรวจคัดกรองสภาวะช่องปาก, แนวทางการจัดบริการทันตกรรม และแนวทางการกำกับติดตามในกลุ่มเป้าหมายแก่หน่วยบริการ  5.พัฒนาระบบฐานข้อมูล มีการบันทึกข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูลที่ถูกต้อง  6.รพ.สต.ดำเนินกิจกรรมตามแนวทางที่ได้กำหนด | 1 พื้นที่รพ.สตดำเนินการตรวจคัดกรองเพื่อวางแผนการรักษาทางทันตกรรม  2.มีแผนการรักษาทางทันตกรรมรายบุคคล และจัดระบบส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาทางทันตกรรมเชื่อมโยงรพ.สต.กับรพ.  3.CUPสนับสนุนและติดตามพื้นที่ให้บริการทางทันตกรรมตามความเหมาะสม  4.รพ.สต.สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในสพด.และที่บ้าน ในการแปรงฟันหลังอาหารด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์ด้วยวิธีการแปรงฟันแห้ง,การแปรง 222  5.รพ.สต. มีการดำเนินงานบันทึกข้อมูลการรักษาและรายงานผลการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเด็กกลุ่มเป้าหมาย  5.CUP มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานของพื้นที่ รพ.สต.  6.เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการได้รับการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพเป็นรายบุคคล  7.ร้อยละเด็กเตี้ยฟันดีไม่มีผุ ≥ ร้อยละ30  8.ร้อยละเด็กเตี้ย ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก, วางแผนการรักษาและบันทึกข้อมูลลงในแฟ้มdental ≥ ร้อยละ50 | 1 พื้นที่ดำเนินการให้บริการทันตกรรมตามความเหมาะสม  2.CUPสนับสนุนและติดตามการจัดบริการในพื้นที่  3. ร้อยละเด็กเตี้ยฟันดีไม่มีผุ ≥ร้อยละ60  4.ร้อยละเด็กเตี้ย ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก, วางแผนการรักษาและบันทึกข้อมูลลงในแฟ้มdental ≥  ร้อยละ80  5.CUP มีการวิเคราะห์ ทบทวนปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานและพัฒนาต่อยอดในพื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย | 1 CUPมีการพัฒนาและปรับกระบวนการทำงาน เพื่อให้พื้นที่ดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย  2.รพ.สต. มีการดำเนินงานตามแผน  3.รพ.สต.สรุป รายงานผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน  4. CUP มีการสรุป รายงานผล และวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ของระดับCUP  5. ร้อยละเด็กเตี้ยฟันดีไม่มีผุ ≥ร้อยละ 80 | | |
| **4.วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | -รวบรวมจาก ข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม)  -รวบรวมจาก ข้อมูลการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มเด็กช่วงอายุ 0-5ปีที่มีภาวะเตี้ย ในโปรแกรม Hos xp |
| **5.แหล่งข้อมูล** | พื้นที่ลงบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษา(แฟ้มdental)และการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มเด็กช่วงอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะเตี้ย ในโปรแกรม Hos xp |
| **6.รายการตัวชี้วัด** |  |
| **6.1 ร้อยละเด็กปฐมวัยที่เตี้ยฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)** | |
| **สูตรการคำนวณตัวชี้วัด 6.1** | (A/B)x100 |
| **รายการข้อมูล 1 (A)** | นับจำนวนเด็กจากรายการข้อมูล 2 (B) ที่มีเงื่อนไข คือ DFILLING>=0 และ DEXTRACT>=0และDCARIES=0 |
| **รายการข้อมูล 2 (B)** | จำนวนประชากรที่มีอายุ ตั้งแต่แรกเกิด ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ณ วันที่ 1 ม.ค. ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ Person Type Area (“1”,“3”) และ Person Discharge = “9”โดยปรับปรุงข้อมูลล่าสุด (d\_update) , ไม่นับซ้ำ (distinct) hospcode + pid ที่มีภาวะเตี้ย(จากการตรวจประเมินใน  ไตรมาสที่1)และได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก, วางแผนการรักษาและบันทึกข้อมูลลงในแฟ้ม dentalโดยมี provider type=02,06  **เงื่อนไขคุณภาพแฟ้มdental**  DCARIES (ฟันน้ำนมผุ)+DFILLING(อุดฟันน้ำนม)+DEXTRACT(ฟันน้ำนมหลุด) <=20 และ DTEETH  (ฟันน้ำนม)= 0 – 20 และ DCARIES(ฟันน้ำนมผุ)+ DFILLING(อุดฟันน้ำนม) <=DTEETH(ฟันน้ำนม) |
| **เกณฑ์การให้คะแนน** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ร้อยละเด็กปฐมวัยที่เตี้ยฟันดีไม่มีผุ(Cavity free) | คะแนน  (ก) | น้ำหนัก  (ข) | คะแนนที่ได้  (ค=กxข) | | ร้อยละ 0 – 19.99 | 1 | 70% |  | | ร้อยละ 20– 39.99 | 2 | | ร้อยละ 40 – 59.99 | 3 | | ร้อยละ 60- 79.99 | 4 | | มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 | 5 | |
| **6.2 ร้อยละเด็กปฐมวัยที่เตี้ย ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ(คน)(ใช้ความครอบคลุม)** | |
| **สูตรการคำนวณตัวชี้วัด 6.2** | (C/D)x100 |
| **รายการข้อมูล 1 (C)** | นับจำนวนเด็กจากรายการข้อมูล 2 (D)ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก, วางแผนการรักษาและบันทึกข้อมูลลงในแฟ้ม dental และprovider type=02,06  **เงื่อนไขคุณภาพแฟ้มdental**  DCARIES (ฟันน้ำนมผุ)+DFILLING(อุดฟันน้ำนม)+DEXTRACT(ฟันน้ำนมหลุด) <=20 และ DTEETH(ฟันน้ำนม)= 0 – 20 และ DCARIES(ฟันน้ำนมผุ)+ DFILLING(อุดฟันน้ำนม) <=DTEETH(ฟันน้ำนม) |
| **รายการข้อมูล 2 (D)** | จำนวนประชากรที่มีอายุ ตั้งแต่แรกเกิด ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ณ วันที่ 1 ม.ค. ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ Person Type Area (“1”,“3”) และ Person Discharge = “9” โดยปรับปรุงข้อมูลล่าสุด (d\_update) , ไม่นับซ้ำ (distinct) hospcode + pid ที่มีภาวะเตี้ย(จากการตรวจประเมินใน  ไตรมาสที่1) |
| **เกณฑ์การให้คะแนน** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ร้อยละเด็กปฐมวัยที่เตี้ย ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ(คน)(ใช้ความครอบคลุม) | คะแนน  (ง) | น้ำหนัก  (จ) | คะแนนที่ได้  (ฉ=งxจ) | | ร้อยละ 0 – 19.99 | 1 | 30% |  | | ร้อยละ 20– 39.99 | 2 | | ร้อยละ 40 – 59.99 | 3 | | ร้อยละ 60- 79.99 | 4 | | มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 | 5 | |
| **7.การประเมินผลจำแนกตาม**  **รอบการประเมิน** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน  ( 1 เม.ย 64 – 31 ก.ค.64) | | - | - | - | / | |
| **8.เกณฑ์การประเมิน** | ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเด็กปฐมวัยที่มีภาวะเตี้ยฟันดีไม่มีผุ   |  |  | | --- | --- | | ตัวชี้วัด (ค+ฉ)คะแนน | คะแนน | | 1.ร้อยละเด็กปฐมวัยที่เตี้ยฟันดีไม่มีผุ(Cavity free) | (ค) | | 2.ร้อยละเด็กปฐมวัยที่เตี้ย ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ(คน)(ใช้ความครอบคลุม) | (ฉ) | | **รวมคะแนนที่ได้** | (ค+ฉ) | |
| **9..แหล่งข้อมูล/หลักฐานประกอบการประเมิน** | จากรายงานข้อมูล 43 แฟ้ม โดยพื้นที่รพ.สต.และรพ.บันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปาก, วางแผนการรักษาและบันทึกข้อมูลลงในแฟ้ม dental และการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มเด็กช่วงอายุ 0-5 ปีที่มีภาวะเตี้ย ในโปรแกรม Hos xp |
| **10.เอกสารสนับสนุน** | สรุปรายงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ของจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2564 |
| **11.ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางทิพธิรา บุระตะ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่  โทรศัพท์มือถือ : 0 99271 6990  โทรศัพท์สำนักงาน : 0 5452 3313, 054 511145 ต่อ 305  โทรสาร : 0 5452 1383  E-mail : [cmu46@hotmail.com](mailto:cmu46@hotmail.com) |
| **12.การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์** | ปัญหาโรคฟันน้ำนมผุ ในเด็กเล็กนับเป็นปัญหาหนึ่งที่เป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ขณะเดียวกันโรคฟันผุก็เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆด้วย แม้ว่าโดยทั่วไปดูเหมือนโรคฟันผุอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพไม่รุนแรงนัก แต่สำหรับเด็กปฐมวัย โรคฟันผุนอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพช่องปากโดยตรงแล้วยังกระทบอย่างมากต่อสุขภาพโดยรวมของเด็ก โรคฟันผุที่ลุกลามจะทำให้เด็กมีอาการปวด นอนไม่หลับ เคี้ยวอาหารจำพวกเนื้อสัตว์และผักผลไม้ไม่ได้ ซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กในระยะยาว และโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยที่ไม่ได้รับการบูรณะอาจส่งผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา บุคลิกภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กได้ |

**เกณฑ์การให้คะแนน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เกณฑ์ตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ | 1 คะแนน | 2 คะแนน | 3 คะแนน | 4 คะแนน | 5 คะแนน |
| ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีภาวะเตี้ย มีจำนวนลดลงจากฐานข้อมูลเดิมร้อยละ 20 | ≤ 5 | > 5 – 10 | > 10 – 20 | > 20 – 30 | > 30 |
| ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละ 1 ครั้ง | ≤ 40 | > 50 - 60 | > 60 - 70 | > 70 - 80 | > 90 |
| ร้อยละเด็กปฐมวัยที่มีภาวะเตี้ยฟันดีไม่มีผุ | 0 – 19.99 | 20 – 39.99 | 40 – 59.99 | 60 - 79.99 | ≥80 |

**ตัวชี้วัดที่ ๗**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **ร้อยละกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง มี HL ดีขึ้น** | |
| **คำนิยาม** | 1. **กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน** หมายถึง ประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้วหลังอดอาหารมากกว่า 8ชั่วโมง (FPG) มีค่า≥126 mg/dl หรือการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้วจากการที่ไม่อดอาหาร (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสจากการที่ไม่อดอาหาร (RPG) มีค่า ≥200 mg/dl และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน  2. **กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** ร้อยละกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง มี HL ดีขึ้น | | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (type area 1 และ 3) ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือ สงสัยป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2563 |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกจาก ร้อยละ 10 ของกลุ่มสงสัยป่วย เบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงจากปีงบประมาณ 2563  ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3 อ. 2 ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ก่อนดำเนินการ HL (มีนาคม 64) เปรียบเทียบกับ ผลการประเมินหลังการดำเนินการ HL (กรกฎาคม 64) |
| **แหล่งข้อมูล** | | ระบบรายงาน |
| **รายการข้อมูล 1** | | A1 = จำนวนกลุ่มเป้าหมาย (ประชาชนร้อยละ 10 ของกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง) ที่มีทำแบบประเมินฯ และคะแนนการประเมินหลังดำเนินการ HL เพิ่มขึ้น |
| **รายการข้อมูล 2** | | B1= จำนวนกลุ่มเป้าหมาย (ประชาชนร้อยละ 10 ของกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง) ที่ทำแบบประเมินฯทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | (A1/B1) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | | ไตรมาส 4 |
| **เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับคะแนน** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | | ร้อยละกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง มีHLดีขึ้น | ร้อยละ 10 | ≥ร้อยละ 20 | ≥ร้อยละ 30 | ≥ร้อยละ 40 | ≥ร้อยละ 50 | | | |
| **วิธีการประเมินผล :** | | **กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน** จากแฟ้ม NCDSCREEN และได้รับการตรวจยืนยัน โดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ ประมวลผลจาก   * แฟ้ม NCDSCREEN.BSTEST = 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร),หลังจากตรวจคัดกรองปีงบประมาณ 2563 หรือ * แฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรั่ม/พลาสม่า), หลังจากตรวจคัดกรองภายในปีงบประมาณ 2563 สงสัยป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDSCREEN ประมวลผลจาก * BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาล ในเลือดจากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ 126 mg/dl * BSTEST เป็น 2 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร), 4 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ 200 mg/d ในเขตรับผิดชอบและ ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน   **ความดันกลุ่มสงสัยป่วยโลหิตสูง** ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง |
| **เอกสารสนับสนุน :** | | แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560 |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | อำเภอ | เมือง | ร้องกวาง | ลอง | สูงเม่น | เด่นชัย | สอง | วังชิ้น | หนองม่วงไข่ | | ร้อยละกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง มีHLดีขึ้น | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | 1.นางศิริรัตน์ ภู่ตันติกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 054 - 511145 โทรศัพท์มือถือ : 084 687 4984  E-mail : [sirirat037@gmail.com](mailto:sirirat037@gmail.com)  กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **ประชากรที่มี อายุ > 35 ปีเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง** | **10% ประชากรกลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง** |
| เมือง | 1,893 | 200 |
| ร้องกวาง | 1,885 | 200 |
| ลอง | 2,069 | 200 |
| สูงเม่น | 3,032 | 300 |
| เด่นชัย | 447 | 50 |
| ลอง | 1,691 | 150 |
| วังชิ้น | 1,798 | 200 |
| หนองม่วงไข่ | 915 | 100 |
| **รวม** | 13,730 | 1,400 |

**ตัวชี้วัดที่ ๘**

|  |  |
| --- | --- |
| **ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข** | **บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)** |
| **ยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดแพร่** | **ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาระบบบริหารองค์กร บุคลากร และเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการจัดบริการที่มีคุณภาพ** |
| **ตัวชี้วัด:** | **ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ของหน่วยงาน สู่การนำไปใช้ประโยชน์** |

**คำอธิบายตัวชี้วัด**

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) ด้านสาธารณสุข 4 ด้าน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” การพัฒนางานวิจัย/R2R/KM ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนางานควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กรและสนับสนุนให้เกิดผลงานวิชาการ และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นในเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการเป็นหลัก

ทั้งนี้ หากองค์กรด้านสาธารณสุขสนับสนับส่งเสริมให้มีการพัฒนางานวิจัย/R2R/KM ด้านสุขภาพ อย่างจริงจังจนนำไปสู่การใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้บรรลุตามเป้าหมายุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดแพร่ ต่อไป ประโยชน์ที่จะได้รับดังกล่วง ได้แก่ 1) ประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจและพาณิช ได้แก่การนำผลงานวิจัย/R2R/KM ด้านสุขภาพ ไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์หรือผลิตภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดรายได้ รวมทั้งจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา 2) เชิงวิชาการ ได้แก่ บทความวิชาการได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้มาตรฐาน หรือผลงานวิจัย/R2R ถูกอ้างอิงในบทความวิชาการระดับนานาชาติ หรือมีการปรับแนวทางเวชปฏิบัติ 3) เชิงนโยบาย ได้แก่ ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ถูกนำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหารและการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนาส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค และ4) เชิงพัฒนาสังคมและชุมชน โดยการนำผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ไปถ่ายทอดเทคโนโลยีที่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจในการพัฒนาผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ
2. เพื่อให้บุคลากรเกิดทักษะในการสร้างสรรค์ผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพ และสามารถนำเสนอผลงานได้อย่างมีคุณภาพ
3. เพื่อให้มีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ เผยแพร่และนำไปสู่การใช้ประโยชน์ในวงกว้าง

**เป้าหมายตัวชี้วัด**

1. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่ มีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ อย่างน้อยแห่งละ 5 เรื่อง
2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนงานวิจัย อย่างน้อย คปสอ. ละ 6 คน
3. ร้อยละ 40 ของผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ มีการเผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์ได้ใน วงกว้าง ผ่านเวทีประชุมวิชาการ/วารสารวิชาการด้านสุขภาพ

**เกณฑ์การประเมิน**

**การประเมินผลการปฏิบัติงานรอบที่ 1 (นิเทศงานรอบที่ 1/2564)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **คะแนนตามระดับค่าเป้าหมายหมาย** | | | | |
| ระดับ 1  (1 คะแนน) | ระดับ 2  (2 คะแนน) | ระดับ 3  (3 คะแนน) | ระดับ 4  (4 คะแนน) | ระดับ 5  (5 คะแนน) |
| * สำรวจ วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการที่นำไปสู่การวิจัยเพื่อแก้ไข/พัฒนา | * สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย/R2R/นวัตกรรม โดยทีมสนับสนุนงานวิจัยระดับอำเภอ (R2R Facilitator) | * พัฒนาหัวข้องานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ (Concept paper) | * พัฒนาโครงร่างวิจัย/R2R (Research Proposal) | * พัฒนาโครงร่างวิจัย /R2R เตรียมยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ |
| **หลักฐานเชิงประจักษ์** | | | | |
| รายงานสรุปผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาของ คปสอ./รายงานการวิเคราะห์ปัญหา/แนวทางการพัฒนาเสริมประสิทธิภาพของงาน จำแนกรายหน่วยงานย่อยในสังกัด | รายงานสรุปผลการเสริมศักยภาพ/ ภาพกิจกรรม/ รายชื่องานวิจัย หรือ R2R | Concept paper งานวิจัย/R2R  (อย่างน้อย คปสอ.ละ 5 เรื่อง) | โครงร่างวิจัย/R2R (อย่างน้อย คปสอ.ละ 5 เรื่อง) | โครงร่างวิจัยตามแบบฟอร์มการยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ |

**ระดับคะแนนที่ยอมรับได้** : ระดับ4 (4 คะแนน)

**การประเมินผลการปฏิบัติงานรอบที่ 2 (นิเทศงานรอบที่ 2/2564)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **คะแนนตามระดับค่าเป้าหมายหมาย** | | | | |
| ระดับ 1  (1 คะแนน) | ระดับ 2  (2 คะแนน) | ระดับ 3  (3 คะแนน) | ระดับ 4  (4 คะแนน) | ระดับ 5  (5 คะแนน) |
| * ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยในพื้นที่ * นำเสนอโครงการวิจัย/รายงานความก้าวหน้าการวิจัย ในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการวิจัย ของ สสจ.แพร่ | | * รายงานการวิจัย/R2R (Full paper) | * นำเสนอ/เผยแพร่ผลการวิจัย/R2R ในเวทีประชุมวิชาการ (อย่างน้อย คปสอ.ละ 3 เรื่อง) | * ลงบทความวิจัยในวารสาร วิชาการด้านสุขภาพ (อย่างน้อย คปสอ.ละ 1 เรื่อง) |
| **หลักฐานเชิงประจักษ์** | | | | |
| รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการวิจัย/R2R/นวัตกรรม | | รายงานการวิจัย/R2R (Full paper) | ประกาศนียบัตร/หนังสือรับรองการนำเสนอผลงาน/หนังสือเชิญและกำนดการนำเสนอผลงาน | บทความวิจัยในวารสารวิชาการด้านสุขภาพ |

**ระดับคะแนนที่ยอมรับได้** : ระดับ4 (4 คะแนน)

**การสนับสนุนการบรรลุตัวชี้วัดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่**

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมสนับสนุนงานวิจัย (R2R Facilitator) ระดับอำเภอ และติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการวิจัย/R2R ของพื้นที่ ภายในเดือน พฤษภาคม 2564
2. จัดประชุมวิชาการเพื่อนำเสนอผลงานวิจัย/R2R สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ภายในเดือน สิงหาคม 2564
3. จัดทำวารสารอิเล็กทรอนิกส์ “วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา” ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เพื่อรองรับการเผยแพร่ผลงานวิชาการของบุคลากรในสังกัด รายปี (ปีละ 1 ฉบับ) ฉบับที่ 1 จะจัดทำเผยแพร่ในเดือน กันยายน 2564

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

1. นายทวีศักดิ์ โท๊ะทองทิว นักทรัพยากรบุคคล
2. นายนิพิฐพนธ์ แสงด้วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สจจ.แพร่ โทร 054-511145 ต่อ 102