<table>
<tr><td>ยุทธศาสตร์</td><td>2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence</td></tr>
<tr><td>แผนงาน</td><td>1. ลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอย</td></tr>
<tr><td>โครงการ</td><td>พัฒนาเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสิงห์บุรี</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI) / แผนงาน (KPI)</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>คปสอ.</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>KPI 4 จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>อสม.หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม.ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
อสม.มีศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน หมายถึง อสม.ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr>
<tr><td>จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน</td><td>คน</td><td>-</td><td>-</td><td>388</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย /:
<table>
<tr><td>ปีงบประมาณ 64</td><td>ปีงบประมาณ 65</td><td>ปีงบประมาณ 66</td></tr>
<tr><td>364</td><td>364</td><td>364</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>1.เพื่อพัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้าน
2.เพื่อให้ อสม.หมอประจำบ้านดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
3.เพื่อให้ อสม.หมอประจำบ้านเป็นสื่อในการนำนโยบายสุขภาพไปสู่ประชาชน</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
2.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
3.โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน
4.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>-</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>-</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>รายไตรมาส</td></tr>
</table>

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.มีหลักสูตรการพัฒนา อสม.หมอประจำบ้าน 2.มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ	มี อสม.หมอประจำบ้าน จำนวน 364 คน	1.มี อสม.หมอประจำบ้าน จำนวน 364 คน (ปี 63=388 รวม 752 คน) 2.อสม.หมอประจำบ้าน มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 90	อสม.หมอประจำบ้าน มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนด
เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการดำเนินงานฯ 2.หลักสูตร อสม.เป็นหมอประจำบ้าน 3.ฐานข้อมูล อสม.หมอประจำบ้าน บนเว็บไซต์ www.thaiphc.net
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางสาวอุไรวรรณ ตั้งพานิชวงศ์ หน่วยงาน : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 09 2714 2425 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3681 3493 ต่อ 128 E-mail : uraiwan_da@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางนรารักษ์ ดิษฐวิเศษ หน่วยงาน : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 08 6378 2408 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3681 3493 ต่อ 128 E-mail : madamped@gmail.com

ยุทธศาสตร์	2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence
แผนงาน	**1. ลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอย**
โครงการ	**พัฒนาเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสิงห์บุรี**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI)**
ระดับการวัดผล	คปสอ.
ชื่อตัวชี้วัด	KPI 5 **ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี (เป้าหมายส่วนกลาง ร้อยละ 70)**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง** ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) **อสม.หมอประจำบ้าน หมายถึง** ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด **คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง** ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	(ดูตารางด้านล่าง)

Baseline data	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**		
		2561	**2562**	**2563**
ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ	-	-	99.77

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 64	**ปีงบประมาณ 65**	**ปีงบประมาณ 66**
90	90	90

วัตถุประสงค์	1.พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 2.ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตดี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน 2.ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชน จำนวน 1,134 คน (เป้าหมายร้อยละ 90 คือ จำนวน 1,020 คน) (เฉลี่ย อสม.1 คน ต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3 คน)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม.ซึ่งมีการลงทะเบียน 2 ช่องทาง ดังนี้ 1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net 2.อสม.รายงานผลผ่าน Application "SMART อสม." ด้วยตนเอง
แหล่งข้อมูล	1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี 2.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3.โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน 4.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี = (A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.พัฒนาหลักสูตร แนวทางคู่มือ 2.มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ	มี อสม.หมอประจำบ้าน จำนวน 378 คน	อสม.กลุ่มเป้าหมาย มีศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 100	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนด
เอกสารสนับสนุน	1.แนวทางการดำเนินงานฯ 2.หลักสูตร อสม.เป็นหมอประจำบ้าน 3.ฐานข้อมูล อสม.หมอประจำบ้าน บนเว็บไซต์ www.thaiphc.net
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางสาวอุไรวรรณ ตั้งพานิชวงศ์ หน่วยงาน : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 09 2714 2425 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3681 3493 ต่อ 128 E-mail : uraiwan_da@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางนรารักษ์ ดิษฐวิเศษ หน่วยงาน : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 08 6378 2408 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3681 3493 ต่อ 128 E-mail : madamped@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**1. ลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอย**
โครงการ	**โครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยใช้กลไกร้านยา ปี 2564**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI)**
ระดับการวัดผล	**คปสอ.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 7 ระดับความสำเร็จของโครงการลดแออัดโดยร้านยา**
คำนิยาม	**โครงการลดแออัดโดยร้านยา** หมายถึง โครงการความลดแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยให้มารับยาที่ร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบโครงการดังกล่าว ตามข้อเสนอดำเนินงานเพื่อรองรับนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข **ร้านยา** หมายถึง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนด เกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 **ผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่ร้านยา** หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคจิตเวช หรือโรคเรื้อรังที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ และมีความสะดวกในการมารับบริการที่ร้านยาใกล้บ้านและใกล้ที่ทำงาน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	**2562**	**2563**
ระดับความสำเร็จของโครงการลดแออัดโดยร้านยา	ระดับความสำเร็จ	N/A	N/A	N/A

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ระดับ 5	-	-

เกณฑ์การให้คะแนน

กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนในการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ

ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์การประเมิน
1	ร้อยละผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่ร้านยา ร้อยละ 6 และการเข้าถึงของผู้ป่วยที่จะเข้ามารับบริการที่ร้านยา ร้อยละ 16
2	ร้อยละผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่ร้านยา ร้อยละ 12 และการเข้าถึงของผู้ป่วยที่จะเข้ามารับบริการที่ร้านยา ร้อยละ 32
3	ร้อยละผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่ร้านยา ร้อยละ 18 และการเข้าถึงของผู้ป่วยที่จะเข้ามารับบริการที่ร้านยา ร้อยละ 48
4	ร้อยละผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่ร้านยา ร้อยละ 24 และการเข้าถึงของผู้ป่วยที่จะเข้ามารับบริการที่ร้านยา ร้อยละ 64
5	ร้อยละผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่ร้านยา ร้อยละ 30 และการเข้าถึงของผู้ป่วยที่จะเข้ามารับบริการที่ร้านยา ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดความแออัดของหน่วยบริการ และอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิในการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน 2. เพิ่มการเข้าถึงยาจำเป็นของผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลและร้านยาในเขตจังหวัดสิงห์บุรีที่เข้าร่วมโครงการลดแออัด โดยร้านยา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่ร้านยา A/B X 100 A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่ร้านยา B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยรายโรคที่คาดว่าจะส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา (ตามแบบฟอร์มการขอรับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา)
	การเข้าถึงของผู้ป่วยที่จะเข้ามารับบริการที่ร้านยา A/B X 100 A หมายถึง จำนวนร้านยาที่มีผู้ป่วยไปรับบริการที่ร้านยา B หมายถึง จำนวนร้านยาที่สมัครเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งหมด (ตามแบบฟอร์มการขอรับค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา)

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5

วิธีการประเมินผล :	รายงานข้อมูลลดแออัดโดยร้านยาจังหวัดสิงห์บุรี (google spreadsheets) ทุกไตรมาส
เอกสารสนับสนุน :	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางอุสาห์ จันทรวิจิตร หน่วยงาน: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ: 08 1926 1762 โทรศัพท์ที่ทำงาน:0 3681 3493 ต่อ 115 E-mail :PROMPTPHARMACY@GMAIL.COM
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางสาวดวงดาว คงมลายู หน่วยงาน: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ: 08 6128 0109 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 115 E-mail : duangdao.khong@gmail.com

<table>
<tr><td>ยุทธศาสตร์</td><td>2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence</td></tr>
<tr><td>แผนงาน</td><td>2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</td></tr>
<tr><td>โครงการ</td><td>โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (KRI) ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>คปสอ.</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>KPI 8 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ในโรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline Data</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr>
<tr><td>อัตราตายทารกแรกเกิด</td><td>4.36</td><td>4.24</td><td>3.14</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 2563</th><th>ปีงบประมาณ 2564</th><th>ปีงบประมาณ 2565</th></tr>
<tr><td>3.7</td><td>3.6</td><td>3.5</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการ</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตจนถึง 28 วันในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1.โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาลและส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
2.จัดเก็บข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>1.ฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
2.ข้อมูลแบบรายงานการนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ในระดับจังหวัดและระดับเขต (ตก.1, 2)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตอายุ ≤28 วัน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ</td></tr>
<tr><td>สูตรการคำนวณตัวชี้วัด</td><td>อัตราตายทารกแรกเกิด (A/B) X 1,000</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ไตรมาส 2 และ 4</td></tr>
</table>

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.มีแผนปฏิบัติการ/แผนดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่และมีระบบประเมินผลและวิเคราะห์เพื่อกำหนดมาตรการ	1.อัตราตายทารกแรกเกิด 3.65 ต่อพันการเกิดมีชีพ 2.มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	จัดการระบบข้อมูลรายงาน HDC ให้ตรงกับข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล	อัตราตายทารกแรกเกิด 3.6 ต่อพันการเกิดมีชีพ

วิธีการประเมินผล :	1. ประชุมทำเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบโรงพยาบาล 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล
เอกสารสนับสนุน	1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล : นางนงลักษณ์ เกตุแก้ว หน่วยงาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 08 9612 5602 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3681 3493 ต่อ 112 E-mail : Kpom1727@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ชื่อ-สกุล : นางนงลักษณ์ เกตุแก้ว นส.กาญจนา อยู่นาค หน่วยงาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ : 08 9612 5602, 08 7843 7832 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 3681 3493 ต่อ 112 E-mail : Kpom1727@gmail.com u5526002@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ	**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขา NCD**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)**
ระดับการวัดผล	**รพ.ท, รพ.ช**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 9 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน NCD clinic plus ผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไป**

คำนิยาม

NCD clinic plus หมายถึง การดำเนินงาน NCD Clinic Plus เป็นแนวทางการประเมินตนเองของโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาโดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ประกอบด้วยการประเมิน 2 ส่วน ได้แก่

1.การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

2.การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ประกอบด้วยตัวชี้วัดครอบคลุมโรคDM, HT, CVD และ CKD จำนวน 12 ตัวชี้วัด

คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus รวม 100 คะแนน จากการประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 50 คะแนน และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ 50 คะแนน มีระดับผู้ล่าการประเมิน ดังนี้

ระดับ	คะแนนผลการประเมิน
ดีเด่น	85-100
ดีมาก	80-84
ดี	70-79
พื้นฐาน	60-69
ต่ำพื้นฐาน	<60

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานNCD clinic plus ผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ	-	-	100

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
75	100	100

วัตถุประสงค์	ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 2. โรงพยาบาลขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ M2, F1 3. โรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ F2, F3

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ส่งผลการประเมินตนเองใน 6 องค์ประกอบ 2.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	1.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค 2.ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = โรงพยาบาลระดับ S, M1, F1-3 มีการดำเนินงาน NCD clinic plus ผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาลระดับ S, M1, F1-3 ทุกแห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564:

รอบ 3 เดือน/รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อในโรงพยาบาลทบทวนผลการดำเนินงานปี 2563 โอกาสพัฒนา และจัดทำแผนปฏิบัติการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2564 2.โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อการพัฒนาตามแนวทางการประเมิน NCD Clinic Plus ทั้ง 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 ใช้หลักการขั้นบันได (Milestone) ส่วนที่ 2 ใช้ฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) Freeze ข้อมูล ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2564 3.ส่งผลการประเมินตนเองให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมและรายงานต่อให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อสรุปผลการประเมินตนเองเป็นภาพรวมเขต และรายงานผลให้กองโรคไม่ติดต่อ ซึ่งจะเป็นผลประเมินรอบที่ 1 (เดือนตุลาคม–มีนาคม) โรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามผลการประเมินตนเองปี 2564	1.ทีมผู้ประเมินซึ่งกำหนดร่วมกันในเขตสุขภาพ (สคร. สสจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ลงประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการประเมินตนเองร่วมกันกับโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน 2.ทีมผู้ประเมินแจ้งผลการประเมินรับรองแก่โรงพยาบาล ทีมผู้ประเมินส่งผลการประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค พร้อมผลการคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ดีเพื่อเป็นตัวแทนระดับเขต ในการประกวด NCD Clinic Plus Awards	1.สำนักงานป้องกันควบคุมโรครวบรวมผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ทั้ง 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นผลการประเมินหลังจากประเมินรับรอง ส่วนที่ 2 ใช้ฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) Freeze ข้อมูล ณ วันที่ 16 สิงหาคม2564 เพื่อสรุปผลการประเมินตนเองเป็นภาพรวมเขต 2.สำนักงานป้องกันควบคุมโรครายงานผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ทั้ง 2 ส่วนให้กองโรคไม่ติดต่อ ซึ่งจะเป็นผลการประเมิน รอบที่ 2 (เดือนเมษายน–กันยายน)

วิธีการประเมินผล :	1.การประเมินตนเองใน 6 องค์ประกอบ 2.ติดตามจากระบบรายงานใน HDC
เอกสารสนับสนุน	รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสาวสุกานดา จันทรักษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 1280 1712 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail: ncdsingburi@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นายวันเฉลิม สมัครวงษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 6812 8071 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail: ncdsingburi@gmail.com

<table>
<tr><td>ยุทธศาสตร์</td><td>2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence</td></tr>
<tr><td>แผนงาน</td><td>2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</td></tr>
<tr><td>โครงการ</td><td>โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขา NCD</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดแผนงาน (PI)</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>คปสอ, รพ.สต., รพ.ช, รพ.ท</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>PI 9.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 8 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์
*หมายเหตุ : รหัส ICD 10 ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่
1.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25
2.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจล้มเหลว I50
3.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69
4.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 N18.4-N18.5
5.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G40-G41
ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 และ Type area = 1 และ 3</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td><table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr>
<tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี</td><td>ร้อยละ</td><td>38.24</td><td>34.10</td><td>35.30</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย /:</td><td><table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 63</th><th>ปีงบประมาณ 65</th><th>ปีงบประมาณ 66</th></tr>
<tr><td>40</td><td>-</td><td>-</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</td></tr>
</table>

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ผู้ป่วยความโรคเบาหวานได้รับการประเมิน Risk Factor มากกว่าร้อยละ 60 2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ 3ส และมี Self care มากกว่าร้อยละ 30	1.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c มากกว่าร้อยละ 50 2.ผู้ป่วยความโรคเบาหวานได้รับการประเมิน Risk Factor มากกว่าร้อยละ 80 3.ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ 3ส และมี Self care มากกว่าร้อยละ 50 3.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 20	1.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c มากกว่าร้อยละ 70 2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ 3ส และมี Self care มากกว่าร้อยละ 70 3.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 30	1.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c มากกว่าร้อยละ 90 2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ 3ส และมี Self care มากกว่าร้อยละ 80 3.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 40

วิธีการประเมินผล :	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC
เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560 2.คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558 3.รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสาวสุกานดา จันทรักษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 1280 1712 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail: ncdsingburi@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นายวันเฉลิม สมัครวงษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 6812 8071 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail: ncdsingburi@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ	**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขา NCD**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน (PI)**
ระดับการวัดผล	**คปสอ, รพ.สต., รพ.ช, รพ.ท**
ชื่อตัวชี้วัด	**PI 9.2 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง** ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1,3 **ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ดี หมายถึง** ค่าระดับความดันโลหิตที่วัด 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	(see table below)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	**2562**	**2563**
ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	49.95	41.46	40.71

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 64	**ปีงบประมาณ 65**	**ปีงบประมาณ 66**
50	-	-

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success):

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ผู้ป่วยความโรคความดันโลหิตสูงได้รับการประเมิน Risk Factor มากกว่าร้อยละ 60 2.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ3ส และมี Self care มากกว่าร้อยละ 30	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต 2 ครั้งต่อปี มากกว่าร้อยละ 50 2.ผู้ป่วยความโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ได้รับการประเมิน Risk Factor มากกว่าร้อยละ 80 3.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก3อ3สและมีSelf care มากกว่าร้อยละ 50 4.ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี มากกว่าร้อยละ 35	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต 2 ครั้งต่อปี มากกว่าร้อยละ 70 2.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก3อ 3ส และมี Self care มากกว่าร้อยละ 70 3.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 4.ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี มากกว่าร้อยละ 40	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต 2 ครั้งต่อปี มากกว่าร้อยละ 90 2.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก3อ 3ส และมี Self care มากกว่าร้อยละ 80 3.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 15 4.ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี มากกว่าร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล :	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC
เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการรักษาการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558 2.คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558 3.รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสาวสุกานดา จันทรักษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 1280 1712 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail: ncdsingburi@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นายวันเฉลิม สมัครวงษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 6812 8071 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail: ncdsingburi@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ	**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน KPI / PI**
ระดับการวัดผล	**รพ.ช, รพ.ท**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 10 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7** **PI 10.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม.ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)** **PI 10.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit** **PI 10.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมี Heart attack aleart จนมี Score ลดลง**
คำนิยาม	**อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63)** 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน(Ischemic Stroke ;I63) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)** 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62) **อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69)** 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke ;I60-I69)

ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)

การรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit
หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย3 ส่วนหลัก
1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง
2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ

ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10 -E14) ความดันโลหิตสูง (I10 - I15) ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้าที่มีระดับความเสี่ยง CVD Risk ได้รับการคืนข้อมูลและให้สุขศึกษาตามปัจจัยเสี่ยง, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 3ส. และติดตามประเมิน CVD Risk ซ้ำทุกราย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
KPI 10 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7	ร้อยละ	11.7	8.05	7.73
PI 10.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม.ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	ร้อยละ	72.2	64.7	75.00
PI 10.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit	ร้อยละ	71.20	53.20	42.70
PI 10.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack aleart จนมี Score ลดลง	ร้อยละ	N/A	47.37	48.8

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ตัวชี้วัด	**ปีงบประมาณ 64**	**ปีงบประมาณ 65**	**ปีงบประมาณ 66**
KPI 10 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7	≤ร้อยละ 7	-	-
PI 10.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม.ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time)	≥ร้อยละ 60	-	-
PI 10.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit	≥ร้อยละ 60	-	-
PI 10.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack aleart จนมี Score ลดลง	≥ร้อยละ 80	-	-

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์จากรายงานเวชระเบียนข้อมูลของรพ.ทุกแห่ง ในกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย A2 = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER) (ราย) A3 = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (ราย) A4 = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14)ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า มีระดับความเสี่ยง CVD Risk ≥20%ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีระดับความเสี่ยง CVD Risk <20% ในช่วงไตรมาส 3, 4

รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke ;I60-I69) B2 = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน (ราย) B3 = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน (ราย) B4 = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14)ความดันโลหิตสูง (I10-I15)อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า มีระดับความเสี่ยง CVD Risk ≥20%ในช่วงไตรมาส 1, 2
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง = (A1/B1) x100 2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที = (A2/B2) x100 3.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit = (A3/B3) x100 4.ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack aleart จนมี Score ลดลง= (A4/B4) x100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success):

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง 2.จัดอบรม Stroke Basic course	1.จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง รพ.ในเครือข่ายวิชาการฯ	1.จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง รพ.ในเครือข่ายวิชาการฯ 2.ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) >25% 3.ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) >5% 4.อบรม Stroke Advance course	1.อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง ≤7% 2.ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม.ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที ≥60% 3. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit ≥60% 4.ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ >20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack aleart จนมี Score ลดลง ≥80%

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากรายงานระบบรายงาน 43 แฟ้มของรพ.ทุกแห่ง ในกระทรวงสาธารณสุข
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke Fast Track) จังหวัดสิงห์บุรี สื่อ stroke aleart
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสาวสุกานดา จันทรักษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 1280 1712 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail :ncdsingburi@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นายวันเฉลิม สมัครวงษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 6812 8071 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail: ncdsingburi@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ	**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขาโรคหลอดหัวใจ**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน KPI / PI**
ระดับการวัดผล	**คปสอ. รพท. รพช.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 11.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ลดลง** **PI 11.1 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด** **PI 11.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน (26 ต่อแสนประชากร)** **PI 11.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack aleart**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI** หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) รหัส ICD 10 I21.0-I21.3 ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที โดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และหรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI)จะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วย **อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง** จำนวนตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	**2562**	**2563**
KPI 11.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ลดลง	ร้อยละ	6.06	8.82	10.53
PI 11.1ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	30.00	30.70	23.64
PI 11.2อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	อัตรา/แสน	27.15	25.41	25.54
PI 11.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack aleart	ร้อยละ	N/A	47.37	48.8

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
KPI 11.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ลดลง	≤ร้อยละ 7	-	-
PI 11.1 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ร้อยละ 50	-	-
PI 11.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	≤ร้อยละ 26	-	-
PI 11.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack aleart	≥ร้อยละ 80	-	-

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ●ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO –I21.0-I21.3 และรหัส ICD9-CM ดังนี้ 99.10 หรือ/และ 00.66 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ●ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รหัส ICD10-WHO ดังนี้I21.0-I21.3 และรหัส ICD9-CM ดังนี้ 99.10 หรือ/และ 00.66 ทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลผู้ป่วย STEMI รพ.ทุกแห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO –I21.0-I21.3 และรหัส ICD9-CM ดังนี้ 99.10 (Fibrinolytic agent) หรือ/และ 00.66(PPCI)ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด A2 =จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล A3 =จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) A4 = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14)ความดันโลหิตสูง (I10-I15)อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า มีระดับความเสี่ยง CVD Risk ≥20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีระดับความเสี่ยง CVD Risk <20% ในช่วงไตรมาส 3, 4

รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO –I21.0-I21.3 และรหัส ICD9-CM ดังนี้ 99.10 (Fibrinolytic agent) หรือ/และ 00.66 (PPCI) ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด B2 =จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด หรือ จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด B3 = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน B4 = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14)ความดันโลหิตสูง (I10-I15)อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า มีระดับความเสี่ยง CVD Risk ≥20% ในช่วงไตรมาส 1, 2
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	KPI 11.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ลดลง = (A1/B1) x100 PI 11.1 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (A2/B2) x100 PI 11.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ =(A3/B3) x100 PI 11.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack aleart = (A4/B4) x100
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success):

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามโปรแกรม 2. มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (24/7)โดยอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ	1. ให้การศึกษากับผู้ป่วยและญาติ เรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉินและปกติ	1.ปรับระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม (ภายใน 3-12ชม.หลังมีอาการ) ทั้งโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด	1.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 7 2.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร 3.ผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาตามมาตราฐาน > ร้อยละ 50 4.ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack aleart มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากรายงานระบบรายงาน 43 แฟ้มของ รพ.ทุกแห่ง ในกระทรวงสาธารณสุข
เอกสารสนับสนุน	แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดหัวใจ สื่อ Heart attack aleart
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสาวสุกานดา จันทรักษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 1280 1712 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail: ncdsingburi@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นายวันเฉลิม สมัครวงษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 6812 8071 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail: ncdsingburi@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ	**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขาโรคหลอดหัวใจ**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน KPI / PI**
ระดับการวัดผล	**คปสอ. รพท. รพช.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 11.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ลดลง** **PI 11.1 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด** **PI 11.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน (26 ต่อแสนประชากร)** **PI 11.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack aleart**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI** หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) รหัส ICD 10 I21.0-I21.3 ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที โดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และหรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI)จะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วย **อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง** จำนวนตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	(ตารางด้านล่าง)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	**2562**	**2563**
KPI 11.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ลดลง	ร้อยละ	6.06	8.82	10.53
PI 11.1ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	30.00	30.70	23.64
PI 11.2อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	อัตรา/แสน	27.15	25.41	25.54
PI 11.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack aleart	ร้อยละ	N/A	47.37	48.8

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
KPI 11.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ลดลง	≤ร้อยละ 7	-	-
PI 11.1 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ร้อยละ 50	-	-
PI 11.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	≤ร้อยละ 26	-	-
PI 11.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack aleart	≥ร้อยละ 80	-	-

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ●ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO –I21.0-I21.3 และรหัส ICD9-CM ดังนี้ 99.10 หรือ/และ 00.66ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ●ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รหัส ICD10-WHO ดังนี้I21.0-I21.3 และรหัส ICD9-CM ดังนี้ 99.10 หรือ/และ 00.66 ทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลผู้ป่วย STEMI รพ.ทุกแห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO –I21.0-I21.3 และรหัส ICD9-CM ดังนี้ 99.10 (Fibrinolytic agent) หรือ/และ 00.66(PPCI)ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด A2 =จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล A3 =จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) A4 = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14)ความดันโลหิตสูง (I10-I15)อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า มีระดับความเสี่ยง CVD Risk ≥20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีระดับความเสี่ยง CVD Risk <20% ในช่วงไตรมาส 3, 4

รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO –I21.0-I21.3 และรหัส ICD9-CM ดังนี้ 99.10 (Fibrinolytic agent) หรือ/และ 00.66 (PPCI) ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด B2 =จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด หรือ จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด B3 = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน B4 = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14)ความดันโลหิตสูง (I10-I15)อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า มีระดับความเสี่ยง CVD Risk ≥20% ในช่วงไตรมาส 1, 2
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	KPI 11.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ลดลง = (A1/B1) x100 PI 11.1 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (A2/B2) x100 PI 11.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ =(A3/B3) x100 PI 11.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack aleart = (A4/B4) x100
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success):

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามโปรแกรม 2. มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (24/7)โดยอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ	1. ให้การศึกษากับผู้ป่วยและญาติ เรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการทั้งในภาวะฉุกเฉินและปกติ	1.ปรับระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม (ภายใน 3-12ชม.หลังมีอาการ) ทั้งโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือด	1.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 7 2.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร 3.ผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาตามมาตราฐาน > ร้อยละ 50 4.ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลการประเมิน CVD Risk ปี 2564 ที่มีระดับ>20% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมี Heart attack aleart มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากรายงานระบบรายงาน 43 แฟ้มของ รพ.ทุกแห่ง ในกระทรวงสาธารณสุข
เอกสารสนับสนุน	แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดหัวใจ สื่อ Heart attack aleart
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสาวสุกานดา จันทรักษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 1280 1712 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail: ncdsingburi@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นายวันเฉลิม สมัครวงษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 6812 8071 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail: ncdsingburi@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ	**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขาไต**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน KPI / PI**
ระดับการวัดผล	**คปสอ. รพท. รพช.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 12 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr** **PI 12.1 ร้อยละผู้ป่วย DM/HT คัดกรอง CKD** **PI 12.2 ร้อยละผู้ป่วย CKD Stage 3-4 ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการติดตามหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง** ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น N183-184, (N189 ที่มี 60>eGFR≥15) หรือ ((E102, E112, E122, E132,E142 หรือ I12*, I13*, I151) ที่มี 60>eGFR≥ 15) **eGFR หมายถึง** estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132', 'E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139','I151', 'N021', 'N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032', 'N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043', 'N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054', 'N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065', 'N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076', 'N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087', 'N088', 'N089', 'N110','N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132', 'N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142', 'N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219', 'N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288', 'N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มี 60 > eGFR>= 15 **การตรวจคัดกรอง คือ ตรวจ LAB ดังนี้** 1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณ 2. ผู้ป่วยเบาหวานและเบาหวานร่วมฯ ได้รับการตรวจทั้ง urine protein และ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณเดียวกัน โดยไม่ระบุเวลาระหว่างการตรวจปัสสาวะและเลือด รหัส LAB ที่ใช้มีดังนี้ (1) urine albumin-to-creatinine ratio (ACR) รหัส 0440206 (2) urine protein-to-creatinine ratio (UPCR) รหัส 0440205 (3) microalbuminuria รหัส 0440204 (4) macroalbuminuria รหัส 0440203 (5) serum creatinine รหัส 0581902 (6) eGFR รหัส 0581904

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m2/yr	ร้อยละ	60.49	64.4	71.18
ร้อยละผู้ป่วย DM/HT คัดกรอง CKD	ร้อยละ	68.91	68.51	64.79
ร้อยละผู้ป่วย CKD Stage 3-4 ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการติดตามหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ	N/A	N/A	71.45

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m2/yr	≥ร้อยละ 67		
ร้อยละผู้ป่วย DM/HT คัดกรอง CKD	≥ร้อยละ 80		
ร้อยละผู้ป่วย CKD Stage 3-4 ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการติดตามหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	≥ร้อยละ 50		

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดาเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR≥ 2 ค่าในปีงบประมาณ
2.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น

- N183-184 หรือ
- N189,E102, E112, E122, E132, E142 ,I12, I13, I151, N083, N02, N03, N04, N05, N06, N07, N08, N11, N13, N14, N20, N21, N22, N23 ที่มี eGFR น้อยกว่า 60 แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ 15

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน **และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง** Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน
- โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time

แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5 A2 = จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง A3 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่เป็น CKD 3-4 ตอนเริ่มประเมินได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ B2 =จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง B3 =จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงสัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่เป็น CKD 3-4 ตอนเริ่มประเมิน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**KPI 11 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/ 1.73m2 /yr** = (A1/B1) x 100 คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได้ เปรียบเทียบกับค่า GFR ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ และการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน วิธีการคานวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี simple linear regression (y = mx+b) โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลของ eGFR คำนวณจากสูตร $m = \frac{[n(\Sigma xy) - (\Sigma x)(\Sigma y)] \times 365}{n(\Sigma x^2) - (\Sigma x)^2}$ เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก y = ค่าของ eGFR ณ.วันที่ตรวจ **PI 12.1ร้อยละผู้ป่วย DM/HTคัดกรอง CKD** = (A2/B2) x 100 **PI 12.2ร้อยละผู้ป่วย CKD Stage 3-4 ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการติดตามหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** = (A3/B3) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success):

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ประกาศแนวทางการประเมิน CKD clinic คุณภาพ และส่วนกลางชี้แจงวิธีการประเมิน - ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า 40% - มีการประเมิน CKD clinic คุณภาพด้วยการประเมินแบบไขว้จังหวัดและอย่างน้อย 50% ของ CKD clinic ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-2 ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ	- ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า 40% - มีการประเมิน CKD clinic คุณภาพด้วยการประเมินแบบไขว้จังหวัด และอย่างน้อย 50% ของ CKD clinic ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-2 ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ	- ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า 80% - มีการขยายบริการ CKD clinic ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลในระดับ F3 ขึ้นไปครบ 100% - มีการประเมิน CKD clinic คุณภาพด้วยการประเมินแบบไขว้จังหวัด และอย่างน้อย 50% ของ CKD clinic ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-2 ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ	- ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m^2/yr มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 67 - ร้อยละผู้ป่วย CKD Stage 3-4 ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการติดตามหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้นๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด
เอกสารสนับสนุน	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสาวสุกานดา จันทรักษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 1280 1712 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail :ncdsingburi@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นายวันเฉลิม สมัครวงษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 6812 8071 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail: ncdsingburi@gmail.com

ยุทธศาสตร์	2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence
แผนงาน	2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขาไต
ลักษณะตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดแผนงาน KPI / PI
ระดับการวัดผล	คปสอ. รพท. รพช.
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 12 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr** **PI 12.1 ร้อยละผู้ป่วย DM/HT คัดกรอง CKD** **PI 12.2 ร้อยละผู้ป่วย CKD Stage 3-4 ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการติดตามหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง** ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น N183-184, (N189 ที่มี 60>eGFR≥15) หรือ ((E102, E112, E122, E132,E142 หรือ I12*, I13*, I151) ที่มี 60>eGFR≥ 15) **eGFR หมายถึง** estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132', 'E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139','I151', 'N021', 'N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032', 'N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039’, 'N041', 'N042', 'N043', 'N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049’, 'N051', 'N052', 'N053', 'N054', 'N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059’, 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065', 'N066', 'N067', 'N068', 'N069’, 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076', 'N077', 'N078', 'N079’, 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087', 'N088', 'N089’, 'N110','N111', 'N118', 'N119', 'N12’, 'N130', 'N131', 'N132', 'N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142', 'N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219', 'N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288', 'N289', 'N144’, 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มี 60 > eGFR>= 15 **การตรวจคัดกรอง คือ ตรวจ LAB ดังนี้** 1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณ 2. ผู้ป่วยเบาหวานและเบาหวานร่วมฯ ได้รับการตรวจทั้ง urine protein และ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณเดียวกัน โดยไม่ระบุเวลาระหว่างการตรวจปัสสาวะและเลือด รหัส LAB ที่ใช้มีดังนี้ (1) urine albumin-to-creatinine ratio (ACR) รหัส 0440206 (2) urine protein-to-creatinine ratio (UPCR) รหัส 0440205 (3) microalbuminuria รหัส 0440204 (4) macroalbuminuria รหัส 0440203 (5) serum creatinine รหัส 0581902 (6) eGFR รหัส 0581904

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m2/yr	ร้อยละ	60.49	64.4	71.18
ร้อยละผู้ป่วย DM/HT คัดกรอง CKD	ร้อยละ	68.91	68.51	64.79
ร้อยละผู้ป่วย CKD Stage 3-4 ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และได้รับการติดตามหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ	N/A	N/A	71.45

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m2/yr	≥ร้อยละ 67		
ร้อยละผู้ป่วย DM/HTคัดกรอง CKD	≥ร้อยละ 80		
ร้อยละผู้ป่วย CKD Stage 3-4 ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการติดตามหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	≥ร้อยละ 50		

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดาเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR≥ 2 ค่าในปีงบประมาณ

2.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น

- N183-184 หรือ
- N189,E102, E112, E122, E132, E142 ,I12, I13, I151, N083, N02, N03, N04, N05, N06, N07, N08, N11, N13, N14, N20, N21, N22, N23 ที่มี eGFRน้อยกว่า 60 แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ 15

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

• การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน

• โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คานวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time

แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5 A2 = จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง A3 = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่เป็น CKD 3-4 ตอนเริ่มประเมินได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ B2 =จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง B3 =จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงสัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่เป็น CKD 3-4 ตอนเริ่มประเมิน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**KPI 11 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/ 1.73m2 /yr** = (A1/B1) x 100 คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได้ เปรียบเทียบกับค่า GFR ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ และการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน วิธีการคานวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี simple linear regression (y = mx+b) โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลของ eGFR คำนวณจากสูตร $m = \frac{[n(\Sigma xy) - (\Sigma x)(\Sigma y)] \times 365}{n(\Sigma x^2) - (\Sigma x)^2}$ เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก y = ค่าของ eGFR ณ.วันที่ตรวจ **PI 12.1ร้อยละผู้ป่วย DM/HTคัดกรอง CKD** = (A2/B2) x 100 **PI 12.2ร้อยละผู้ป่วย CKD Stage 3-4 ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการติดตามหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** = (A3/B3) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success):

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ประกาศแนวทางการประเมิน CKD clinic คุณภาพ และส่วนกลางชี้แจงวิธีการประเมิน - ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า 40% - มีการประเมิน CKD clinic คุณภาพด้วยการประเมินแบบไขว้จังหวัดและอย่างน้อย 50% ของ CKD clinic ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-2 ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ	- ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า 40% - มีการประเมิน CKD clinic คุณภาพด้วยการประเมินแบบไขว้จังหวัด และอย่างน้อย 50% ของ CKD clinic ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-2 ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ	- ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า 80% - มีการขยายบริการ CKD clinic ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลในระดับ F3 ขึ้นไปครบ 100% - มีการประเมิน CKD clinic คุณภาพด้วยการประเมินแบบไขว้จังหวัด และอย่างน้อย 50% ของ CKD clinic ในโรงพยาบาลระดับ M2, F1-2 ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ	- ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m^2/yr มากว่าหรือเท่ากับร้อยละ 67 - ร้อยละผู้ป่วย CKD Stage 3-4 ได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการติดตามหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้นๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด
เอกสารสนับสนุน	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสาวสุกานดา จันทรักษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 1280 1712 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail :ncdsingburi@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นายวันเฉลิม สมัครวงษ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 6812 8071 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail: ncdsingburi@gmail.com

ยุทธศาสตร์	2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence
แผนงาน	2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อจังหวัดสิงห์บุรี
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน KPI**
ระดับการวัดผล	**รพท., รพช.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 13 อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ 12**
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1	**KPI 16 จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5 (Non – Trauma) ลดลงร้อยละ 10**
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 2	**KPI 17 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน<2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60**
คำนิยาม	**ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หมายถึง** ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1 **การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง** นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	**2562**	**2563**
อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triagel level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล S, M1	ร้อยละ	9.67	6.86	8.32

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
12	11	10

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ S, M1
กลุ่มเป้าหมายตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1, 2	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ S, M1, F2 ขึ้นไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.HDC 1.1 ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 1.2 ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 1.3 ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT 2.แบบรายงานตัวชี้วัด EMS ของโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
สูตรคำนวณตัวชี้วัดรองตัวที่ 1	(A-B/A) X 100 A = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5 (Non – Trauma) ปี 63 B = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5 (Non – Trauma) ปี 64
สูตรคำนวณตัวชี้วัดรองตัวที่ 2	(A/B) X 100 A = จำนวนผู้ป่วย Triage level 1, 2 ที่ admit ภายใน 2 ชม. B = จำนวนผู้ป่วย Triage level 1, 2 ที่ admit ทั้งหมด
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.แต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล 2.ประเมิน ER คุณภาพครั้งที่ 1 วิเคราะห์ gap service/ gap Quality และจัดทำแผนพัฒนา 3.จัดระบบบริหารจัดการผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินและระบบบริหารจัดการ ER target time 2-hr taeget	1.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลงจากเดิมร้อยละ 5 2.ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. >ร้อยละ 30 3.เครือข่ายห้องฉุกเฉินในระดับจังหวัดมีการจัดบริการตามเกณฑ์ ER คุณภาพ 3.ประเมิน ER คุณภาพครั้งที่ 2 วิเคราะห์ gap service/ gap Quality และจัดทำแผนพัฒนา	1.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลงจากเดิมร้อยละ 7 2.ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. > ร้อยละ 40 3.ประเมิน ER คุณภาพครั้งที่ 3	1.รพ.ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 80 2.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลงร้อยละ 10 3.อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน(triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-trauma<12%,) 4.ร้อยละผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. (2-hr taeget) > ร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบ HDC และแบบรายงานตัวชี้วัด EMS ของโรงพยาบาล
เอกสารสนับสนุน	คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com

<table>
<tr><td>ยุทธศาสตร์</td><td>2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence</td></tr>
<tr><td>แผนงาน</td><td>2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</td></tr>
<tr><td>โครงการ</td><td>โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อจังหวัดสิงห์บุรี</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดแผนงาน KPI</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>รพท., รพช.</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>KPI 13 อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ 12</td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัดรอง
ตัวที่ 1</td><td>KPI 16 จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5 (Non – Trauma) ลดลงร้อยละ 10</td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัดรอง
ตัวที่ 2</td><td>KPI 17 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน<2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1
การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr>
<tr><td>อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triagel level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล S, M1</td><td>ร้อยละ</td><td>9.67</td><td>6.86</td><td>8.32</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย /:
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 63</th><th>ปีงบประมาณ 64</th><th>ปีงบประมาณ 65</th></tr>
<tr><td>12</td><td>11</td><td>10</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</td></tr>
<tr><td>กลุ่มเป้าหมาย</td><td>โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ S, M1</td></tr>
<tr><td>กลุ่มเป้าหมาย
ตัวชี้วัดรอง
ตัวที่ 1, 2</td><td>โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ S, M1, F2 ขึ้นไป</td></tr>
</table>

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.HDC 1.1 ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 1.2 ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 1.3 ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT 2.แบบรายงานตัวชี้วัด EMS ของโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
สูตรคำนวณตัวชี้วัดรองตัวที่ 1	(A-B/A) X 100 A = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5 (Non – Trauma) ปี 63 B = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ 4 และ 5 (Non – Trauma) ปี 64
สูตรคำนวณตัวชี้วัดรองตัวที่ 2	(A/B) X 100 A = จำนวนผู้ป่วย Triage level 1, 2 ที่ admit ภายใน 2 ชม. B = จำนวนผู้ป่วย Triage level 1, 2 ที่ admit ทั้งหมด
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.แต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล 2.ประเมิน ER คุณภาพครั้งที่ 1 วิเคราะห์ gap service/ gap Quality และจัดทำแผนพัฒนา 3.จัดระบบบริหารจัดการผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินและระบบบริหารจัดการ ER target time 2-hr taeget	1.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลงจากเดิมร้อยละ 5 2.ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. >ร้อยละ 30 3.เครือข่ายห้องฉุกเฉินในระดับจังหวัดมีการจัดบริการตามเกณฑ์ ER คุณภาพ 3.ประเมิน ER คุณภาพครั้งที่ 2 วิเคราะห์ gap service/ gap Quality และจัดทำแผนพัฒนา	1.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลงจากเดิมร้อยละ 7 2.ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. > ร้อยละ 40 3.ประเมิน ER คุณภาพครั้งที่ 3	1.รพ.ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 80 2.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลงร้อยละ 10 3.อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน(triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-trauma<12%,) 4.ร้อยละผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. (2-hr taeget) > ร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบ HDC และแบบรายงานตัวชี้วัด EMS ของโรงพยาบาล
เอกสารสนับสนุน	คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ	**โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อจังหวัดสิงห์บุรี**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน KPI**
ระดับการวัดผล	**โรงพยาบาลระดับ A, S และ M1**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 14 อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (V01 -V89) ที่มี PS scor >0.75 น้อยกว่า ร้อยละ 1**
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1	อัตราตายผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (V01 -V89) ของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100
คำนิยาม	**อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89)** หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ **ผู้เสียชีวิต** หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข **การเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ ที่มี Ps Score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 หมายถึง** การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บทั้งหมด ซึ่งมีการคำนวณ ค่า Probability of survival (Ps) ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	(ดูตารางด้านล่าง)

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่มี PS score > 0.75 น้อยกว่าร้อยละ 1	ร้อยละ	-	0.19	0

เกณฑ์เป้าหมาย /:

อัตราการเสียชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (V01 -V89) ที่มี PS scor >0.75 น้อยกว่า ร้อยละ 1

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ที่มี PS score > 0.75
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนที่ รับไว้รักษาในโรงพยาบาลโรงพยาบาลทุกระดับ ที่มีค่า Probability of Survival >0.75 (Ps score >0.75)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานข้อมูลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คณะกรรมพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา อุบัติเหตุและฉุกเฉิน เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1.ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ กระทรวงสาธารณสุข 2.ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บแห่งชาติ (IS Online) กระทรวงสาธารณสุข

<table>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1
อัตราตายผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (V01 -V89) ของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนที่ รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ ที่มีค่า Probability of Survival >0.75 (Ps score >0.75)</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>แบบรายงานข้อมูลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คณะกรรมพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>1.ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ กระทรวงสาธารณสุข
2.ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บแห่งชาติ (IS Online) กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทีมีค่า Probability of Survival (Ps) > 0.75 แล้วเสียชีวิต</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทีมีค่า Probability of Survival (Ps) > 0.75</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ทุกไตรมาส</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564
<table>
<tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr>
<tr><td>อัตราการเสียการเสียชีวิตที่มี PS scor น้อยกว่าร้อยละ 1.75</td><td>อัตราการเสียการเสียชีวิตที่มี PS scor น้อยกว่าร้อยละ 1.50</td><td>อัตราการเสียการเสียชีวิตที่มี PS scor น้อยกว่าร้อยละ 1.25</td><td>อัตราการเสียการเสียชีวิตที่มี PS scor น้อยกว่าร้อยละ 1</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบ HDC และแบบรายงานตัวชี้วัด EMS ของโรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด</td><td>ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล
หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114
E-mail : emssingburi.1669@gmail.com</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด</td><td>ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล
หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114
E-mail : emssingburi.1669@gmail.com</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ยุทธศาสตร์</td><td>2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence</td></tr>
<tr><td>แผนงาน</td><td>2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</td></tr>
<tr><td>โครงการ</td><td>โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อจังหวัดสิงห์บุรี</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดแผนงาน KPI</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>โรงพยาบาลระดับ A, S และ M1</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>KPI 14 อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (V01 -V89)
ที่มี PS scor >0.75 น้อยกว่า ร้อยละ 1</td></tr>
<tr><td>ตัวชี้วัดรอง
ตัวที่ 1</td><td>อัตราตายผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (V01 -V89) ของผู้ป่วย PS score >0.75 ใน โรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจร ทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ
ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่าง นำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึก ผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ ฐานข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
การเสียชีวิตของผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ ที่มี Ps Score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 หมายถึง การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บทั้งหมด ซึ่งมีการคำนวณ ค่า Probability of survival (Ps) ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75</td></tr>
<tr><td>รายละเอียด
ข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr>
<tr><td>อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่มี PS score > 0.75 น้อยกว่าร้อยละ 1</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>0.19</td><td>0</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย /:
อัตราการเสียชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (V01 -V89) ที่มี PS scor >0.75 น้อยกว่า ร้อยละ 1</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ที่มี PS score > 0.75</td></tr>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนที่ รับไว้รักษาในโรงพยาบาลโรงพยาบาลทุกระดับ ที่มีค่า Probability of Survival >0.75 (Ps score >0.75)</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บ
ข้อมูล</td><td>แบบรายงานข้อมูลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คณะกรรมพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา อุบัติเหตุและฉุกเฉิน เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>1.ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ กระทรวงสาธารณสุข
2.ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บแห่งชาติ (IS Online) กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
</table>

เกณฑ์เป้าหมาย ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ 1

อัตราตายผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (V01 -V89) ของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนที่ รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ ที่มีค่า Probability of Survival >0.75 (Ps score >0.75)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานข้อมูลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คณะกรรมพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1.ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ กระทรวงสาธารณสุข 2.ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บแห่งชาติ (IS Online) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทีมีค่า Probability of Survival (Ps) > 0.75 แล้วเสียชีวิต
รายการข้อมูล 2	B = ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทีมีค่า Probability of Survival (Ps) > 0.75
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราการเสียการเสียชีวิตที่มี PS scor น้อยกว่าร้อยละ 1.75	อัตราการเสียการเสียชีวิตที่มี PS scor น้อยกว่าร้อยละ 1.50	อัตราการเสียการเสียชีวิตที่มี PS scor น้อยกว่าร้อยละ 1.25	อัตราการเสียการเสียชีวิตที่มี PS scor น้อยกว่าร้อยละ 1

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบ HDC และแบบรายงานตัวชี้วัด EMS ของโรงพยาบาล
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ	**โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อจังหวัดสิงห์บุรี**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน KPI**
ระดับการวัดผล	**รพท., รพช.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 15 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน**
คำนิยาม	**ประชากร** หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย **การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ **ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต** ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) **ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน** หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	**2562**	**2563**
ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ	ลดลงร้อยละ 2.31 / 4,463 ปฏิบัติการ	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.33 / 4,701 ปฏิบัติการ	ลดลงร้อยละ 17.91 / 4,217 ปฏิบัติการ

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 63	**ปีงบประมาณ 64**	**ปีงบประมาณ 65**
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26

วัตถุประสงค์	1.เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2.เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

<table>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ทุกไตรมาส</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564:
<table>
<tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9เดือน</th><th>รอบ 12เดือน</th></tr>
<tr><td>ไม่ต่ำกว่า
ร้อยละ 20</td><td>ไม่ต่ำกว่า
ร้อยละ 22</td><td>ไม่ต่ำกว่า
ร้อยละ 24</td><td>ไม่ต่ำกว่า
ร้อยละ 26</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>รายงานผลการปฏิบัติการจากโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน</td><td>1.รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS
2.รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรงพยาบาลระดับ A , S และ M1 ภาครัฐทุกแห่ง</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด</td><td>ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล
หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114
E-mail : emssingburi.1669@gmail.com</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด</td><td>ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล
หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114
E-mail : emssingburi.1669@gmail.com</td></tr>
</table>

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ	**โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อจังหวัดสิงห์บุรี**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน KPI**
ระดับการวัดผล	**รพท., รพช.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 15 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน**
คำนิยาม	**ประชากร** หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย **การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ **ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต** ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) **ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน** หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	**2562**	**2563**
ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ	ลดลงร้อยละ 2.31 / 4,463 ปฏิบัติการ	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.33 / 4,701 ปฏิบัติการ	ลดลงร้อยละ 17.91 / 4,217 ปฏิบัติการ

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26

วัตถุประสงค์	1.เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2.เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 20	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 22	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 24	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26

วิธีการประเมินผล :	รายงานผลการปฏิบัติการจากโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
เอกสารสนับสนุน	1.รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS 2.รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรงพยาบาลระดับ A , S และ M1 ภาครัฐทุกแห่ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com

<table>
<tr><td>ยุทธศาสตร์</td><td>2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence</td></tr>
<tr><td>แผนงาน</td><td>2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</td></tr>
<tr><td>โครงการ</td><td>โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อจังหวัดสิงห์บุรี</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดแผนงาน KPI</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>รพท., รพช.</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>KPI 18 ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลของจังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 6 แห่ง (S-M1-F) ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ER คุณภาพ
เกณฑ์ ER คุณภาพ หมายถึง การประเมินห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลใน 3 มิติ
มิติที่ 1 มิติการบริการ และนโยบาย หมายถึง การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหาร เกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ประเมินตามเกณฑ์ ECS คุณภาพ มิติที่ 1 การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหาร
มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้นในประเด็น ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินตามเกณฑ์ ECS คุณภาพ มิติที่ 2 องค์ประกอบที่ 1 อาคารสถานที่ องค์ประกอบที่ 2 บุคลากร องค์ประกอบที่ 3 การรักษาพยาบาล
มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการ คือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ประเมินตามเกณฑ์ ECS คุณภาพ มิติที่ 2 องค์ประกอบที่ 11 การพัฒนาคุณภาพบริการ โดยโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ จะต้องได้คะแนนประเมินแต่ละองค์ประกอบไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td><table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr>
<tr><td>ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ</td><td>ร้อยละ</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>ร้อยละ 100 (6 แห่ง)</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย /:<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 63</th><th>ปีงบประมาณ 64</th><th>ปีงบประมาณ 65</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ 60 (4 แห่ง)</td><td>ร้อยละ 80 (5 แห่ง)</td><td>ร้อยละ 100 (6 แห่ง)</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1.แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ (Hospital -Based Emergency Care Self Evalution From) กรมการแพทย์ (ECS คุณภาพ)
2.แบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Health Standards) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)</td></tr>
</table>

แหล่งข้อมูล	1.แนวทางพัฒนาเพื่อสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ (Hospital -Based Emergency Care Self Evalution From), กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Health Standards), สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
รายการ ข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ER คุณภาพ
รายการ ข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.แต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพ ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล 2.โรงพยาบาลประเมิน ER คุณภาพตนเอง ตามเกณฑ์มาตรฐาน ER คุณภาพ	คณะกรรมการระดับจังหวัดประเมิน ER คุณภาพ ครั้งที่ 1โดยโรงพยาบาลจะต้องได้คะแนนประเมินแต่ละองค์ประกอบไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30	คณะกรรมการระดับจังหวัดประเมิน ER คุณภาพ ครั้งที่ 2 โดยโรงพยาบาลจะต้องได้คะแนนประเมินแต่ละองค์ประกอบไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50	คณะกรรมการระดับจังหวัดประเมิน ER คุณภาพ ครั้งที่ 3โดยโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 80 (5 แห่ง)

วิธีการ ประเมินผล :	คณะกรรมการระดับจังหวัดประเมิน
เอกสาร สนับสนุน :	คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com

<table>
<tr><td>ยุทธศาสตร์</td><td>2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence</td></tr>
<tr><td>แผนงาน</td><td>2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</td></tr>
<tr><td>โครงการ</td><td>โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อจังหวัดสิงห์บุรี</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดแผนงาน KPI</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>รพท., รพช.</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>KPI 18 ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลของจังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 6 แห่ง (S-M1-F) ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ER คุณภาพ
เกณฑ์ ER คุณภาพ หมายถึง การประเมินห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลใน 3 มิติ
มิติที่ 1 มิติการบริการ และนโยบาย หมายถึง การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหาร เกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ประเมินตามเกณฑ์ ECS คุณภาพ มิติที่ 1 การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหาร
มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้นในประเด็น ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินตามเกณฑ์ ECS คุณภาพ มิติที่ 2 องค์ประกอบที่ 1 อาคารสถานที่ องค์ประกอบที่ 2 บุคลากร
องค์ประกอบที่ 3 การรักษาพยาบาล
มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการ คือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ประเมินตามเกณฑ์ ECS คุณภาพ มิติที่ 2 องค์ประกอบที่ 11 การพัฒนาคุณภาพบริการ
โดยโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ จะต้องได้คะแนนประเมินแต่ละองค์ประกอบไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr>
<tr><td>ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ</td><td>ร้อยละ</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>ร้อยละ 100 (6 แห่ง)</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย /:
<table>
<tr><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td><td>ปีงบประมาณ 65</td></tr>
<tr><td>ร้อยละ 60 (4 แห่ง)</td><td>ร้อยละ 80 (5 แห่ง)</td><td>ร้อยละ 100 (6 แห่ง)</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1.แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ (Hospital - Based Emergency Care Self Evalution From) กรมการแพทย์ (ECS คุณภาพ)
2.แบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Health Standards) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)</td></tr>
</table>

แหล่งข้อมูล	1.แนวทางพัฒนาเพื่อสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ (Hospital -Based Emergency Care Self Evalution From), กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Health Standards), สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ER คุณภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.แต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพ ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล 2.โรงพยาบาลประเมิน ER คุณภาพตนเอง ตามเกณฑ์มาตรฐาน ER คุณภาพ	คณะกรรมการระดับจังหวัดประเมิน ER คุณภาพ ครั้งที่ 1โดยโรงพยาบาลจะต้องได้คะแนนประเมินแต่ละองค์ประกอบไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30	คณะกรรมการระดับจังหวัดประเมิน ER คุณภาพ ครั้งที่ 2 โดยโรงพยาบาลจะต้องได้คะแนนประเมินแต่ละองค์ประกอบไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50	คณะกรรมการระดับจังหวัดประเมิน ER คุณภาพ ครั้งที่ 3โดยโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 80 (5 แห่ง)

วิธีการประเมินผล :	คณะกรรมการระดับจังหวัดประเมิน
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นายภูวิช โชติการทองกุล หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 8628 4972 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 036 813 493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน KPI PI**
ระดับการวัดผล	**คปสอ./รพท.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 19 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด**
คำนิยาม	**1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่** มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22, C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33, C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18, C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53) **2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ **3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ **4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด **หมายเหตุ** การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)

<table>
<tr><td rowspan="5">รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr>
<tr><td>ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์</td><td>ร้อยละ</td><td>N/A</td><td>97.30</td><td>94.12</td></tr>
<tr><td>ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td><td>ร้อยละ</td><td>N/A</td><td>63.27</td><td>82.61</td></tr>
<tr><td>ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์</td><td>ร้อยละ</td><td>N/A</td><td>70.83</td><td>72.73</td></tr>
</table>

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	75	75	80
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	75	75	80
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	60	60	70

<table>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>1.ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด
2.ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด
3.ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา
2.จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษาได้แก่ ศัลยกรรม (S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
3.ข้อมูล<u>วันที่</u>เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่
3.1 <u>วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ </u>(Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้ยืนยันโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ
3.2 <u>วันผ่าตัด</u> (Operation_date) เพื่อการรักษา
3.3 วันที่ได้รับ<u>ยาเคมีวันแรก</u>และวันที่ได้รับ<u>เคมีวันสุดท้าย</u>
3.4 วันที่<u>ฉายแสงวันแรก</u>และ วันที่<u>ฉายแสงวันสุดท้าย</u>
<u>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</u>
3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง</td></tr>
</table>

แหล่งข้อมูล	แบบเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลทั่วไป
รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤4 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับ การรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(s)}/ B_{(s)})$ X 100 $(A_{(c)}/ B_{(c)})$ X 100 $(A_{(R)}/ B_{(R)})$ X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success):

ปี 2564	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	70	70	70	70
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	70	70	70	70
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	60	60	60	60

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลทั่วไป
เอกสารสนับสนุน	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด/ ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสาวณัฐณัญญา สมางชัย หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 09 3536 5653 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน KPI PI**
ระดับการวัดผล	**คปสอ./รพท.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 19 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด**
คำนิยาม	**1) มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่** มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22, C24) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33, C34) มะเร็งเต้านม (C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18, C21) และมะเร็งปากมดลูก (C53) **2) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ **3) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ **4) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง** การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด **หมายเหตุ** การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	**2562**	**2563**
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	ร้อยละ	N/A	97.30	94.12
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ร้อยละ	N/A	63.27	82.61
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ร้อยละ	N/A	70.83	72.73

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	75	75	80
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	75	75	80
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	60	60	70

วัตถุประสงค์

เพื่อลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1.ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด
2.ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด
3.ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา

2.จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษาได้แก่ ศัลยกรรม (S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

3.ข้อมูล<u>วันที่</u>เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่

3.1 <u>วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ </u>(Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้ยืนยันโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ

3.2 <u>วันผ่าตัด</u> (Operation_date) เพื่อการรักษา

3.3 วันที่ได้รับ<u>ยาเคมีวันแรก</u>และวันที่ได้รับ<u>เคมีวันสุดท้าย</u>

3.4 วันที่<u>ฉายแสงวันแรก</u>และ วันที่<u>ฉายแสงวันสุดท้าย</u>

<u>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</u>

3.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง

แหล่งข้อมูล	แบบเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลทั่วไป
รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤4 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับ การรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A_{(s)}/ B_{(s)}) \times 100$ $(A_{(c)}/ B_{(c)}) \times 100$ $(A_{(R)}/ B_{(R)}) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success):

ปี 2564	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	70	70	70	70
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	70	70	70	70
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	60	60	60	60

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลทั่วไป
เอกสารสนับสนุน	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด/ ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสาวณัฐณัญญา สมางชัย หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 09 3536 5653 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)**
ระดับการวัดผล	**รพท.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 20 ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน**
คำนิยาม	ต้อกระขกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	**2562**	**2563**
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	92.57	97.74	96.95

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 64	**ปีงบประมาณ 65**	**ปีงบประมาณ 66**
85	85	85

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อนอกเขต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด 2.การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอดจากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)
แหล่งข้อมูล	Vision2020 thailand
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

<table>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์การประเมิน (small Success) : ปี 2564
<table>
<tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>วิเคราะห์ข้อมูลจาก โปรแกรม Vision2020 thailand</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน</td><td>โปรแกรม Vision2020 thailand</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด/ ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด</td><td>ชื่อ-สกุล: นางสาวณัฐณัญญา สมางชัย
หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์มือถือ: 09 3536 5653
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114
E-mail : emssingburi.1669@gmail.com</td></tr>
</table>

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)**
ระดับการวัดผล	**รพท.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 20 ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน**
คำนิยาม	ต้อกระขกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	**2562**	**2563**
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	92.57	97.74	96.95

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
85	85	85

วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อนอกเขต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด 2.การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอดจากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)
แหล่งข้อมูล	Vision2020 thailand
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน (small Success) : ปี 2564			
รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจาก โปรแกรม Vision2020 thailand
เอกสารสนับสนุน	โปรแกรม Vision2020 thailand
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด/ ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสาวณัฐณัญญา สมางชัย หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 09 3536 5653 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 114 E-mail : emssingburi.1669@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ One Day Surgery**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)**
ระดับการวัดผล	**รพท.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 21 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery**
คำนิยาม	**การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)** หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้

ลำดับ	Diagnosis	ICD-10 /ICD-9-CM
1	Inguinal hernia	**ICD10 – ICD9 :** 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified

		53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy 53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy
2	Hydrocele	ICD10 – ICD9 : 61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)
3	Hemorrhoid	**ICD10 – ICD9** : 49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy 49.45 Ligation of hemorrhoids 49.46 Excision of hemorrhoids 49.49 Other procedures on hemorrhoids
4	Vaginal bleeding	**ICD10 – ICD9 :** 68.16 Closed biopsy of uterus 68.21 Division of endometrial synechiae 68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus 68.23 Endometrial ablation 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus
5	*Esophagogastri cvarices* (Esophageal varices, Gastric varices)	**ICD10 :** I85.0 Oesophageal varices with bleeding I85.9 Oesophageal varices without bleeding I86.4 Gastric varices I98.2* Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere I98.3* Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere **ICD9 :** 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 43.41 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of stomach 44.43 Endoscopic control of gastric or duodenal bleeding
6	Esophageal-Gastric Stricture	**ICD10 – ICD9 :** 42.92 Dilation of esophagus 44.22 Endoscopic dilation of pylorus
7	Esophagogastric cancer with obstruction	**ICD10 :** C15 Malignant neoplasm of oesophagus C16 Malignant neoplasm of stomach **ICD9 :**

			(Esophageal cancer, gastric cancer)	42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus
		8	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	**ICD 10 :** D12.6 Colon, unspecified Polyposis (hereditary) of colon K62.0 Anal polyp K62.1 Rectal polyp K63.5 Polyp of colon **ICD9 :** 45.42 Endoscopic polypectomy of large intestine 45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine
		9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	**ICD10 :** K80.0 Calculus of gallbdr w ac cholecystitis K80.1 Calculus of gallbdr w oth cholecystitis K80.2 Calculus of gallbdr w/o cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct w cholangitis K80.4 Calculus of bile duct w cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis **ICD9 :** 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct 51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract
		10	*Pancreatic duct*stone	**ICD10 :** K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus **ICD9 :** 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.94 Endoscopic removal of stone(s) from pancreatic duct
		11	*Bile duct stricture*	**ICD10 :** C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma : Cholangiocarcinoma C23 Malignant neoplasm of gallbladder C24 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract C25 Malignant neoplasm of pancreas K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gallbladder without calculus K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic duct or gallbladder without calculus

				K83.1 Obstruction of bile duct:Stricture of without bile duct calculus K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture **ICD9 :** 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
		12	Pancreatic duct stricture	**ICD10 :** C25 Malignant neoplasm of pancreas K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis K86.1 Other chronic pancreatitis K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture **ICD9 :** 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct
		13	Foreign body of upper GI. tract	**ICD10 :** T18.1 Foreign body in oesophagus T18.2 Foreign body in stomach **ICD9 :** 98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision 98.03 Removal of intraluminal foreign body from stomach and small intestine without incision
		14	Pterygium Excision	**ICD10 :** H11.0 Pterygium **ICD9 :** 11.31 Transposition of pterygium 11.32 Excision of pterygium with corneal graft 11.39 Other excision of pterygium + 10.44 Other free graft to conjunctiva
		15	Female sterilization	**ICD10 :** Z30.2 Sterilization **ICD9 :** 66.29 Other bilateral endoscopic destruction or occlusion of

				fallopian tubes 66.31 Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes Pomeroy operation 66.39 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes Female sterilization operation NOS
		16	Percutaneous fracture fixation	**ICD10 :** S42.1 Fracture of scapula S42.2 Fracture of upper end of humerus S42.3 Fracture of shaft of humerus S42.4 Fracture of lower end of humerus S42.7 Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus S42.8 Fracture of other parts of shoulder and upper arm S42.9 Fracture of shoulder girdle, part unspecified S52.0 Fracture of upper end of ulna S52.1 Fracture of upper end of radius S52.2 Fracture of shaft of ulna S52.3 Fracture of shaft of radius S52.4 Fracture of shafts of both ulna and radius S52.5 Fracture of lower end of radius S52.6 Fracture of lower end of both ulna and radius S52.7 Multiple fractures of forearm S52.8 Fracture of other parts of forearm S52.9 Fracture of forearm, part unspecified S62.0 Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand S62.1 Fracture of other carpal bone(s) S62.4 Multiple fractures of metacarpal bones S62.7 Multiple fractures of fingers S82.0 Fracture of patella S82.1 Fracture of upper end of tibia S82.2 Fracture of shaft of tibia S82.3 Fracture of lower end of tibia S82.4 Fracture of fibula alone S82.5 Fracture of medial malleolus S82.6 Fracture of lateral malleolus S82.7 Multiple fractures of lower leg S82.8 Fractures of other parts of lower leg S82.9 Fracture of lower leg, part unspecified S92.0 Fracture of calcaneus S92.1 Fracture of talus Astragalus S92.2 Fracture of other tarsal bone(s) S92.7 Multiple fractures of foot

			ICD9 : 78.1 Application of external fixator device
	17	Fistula in ano	**ICD10 :** K60.3 Anal fistula **ICD9 :** 49.11 Anal fistulotomy 49.12 Anal fistulectomy
	18	Perirectal, Perianal abscess	**ICD10 :** K61.0 Anal abscess K61.1 Rectal abscess K61.2 Anorectal abscess K61.3 Ischiorectal abscess K61.4 Intrasphincteric abscess **ICD9 :** 49.01 Incision of perianal abscess 49.02 Other incision of perianal tissue
	19	Breast abscess	**ICD10 :** N61 Inflammatory disorders of breast O91.1 Abscess of breast associated with childbirth **ICD9 :** 85.0 Mastotomy
	20	Vesicle stone	**ICD10 :** N21.0 Calculus in bladder **ICD9 :** 57.0 Transure thralclearance of bladder
	21	Ureteric stone	**ICD10 :** N20.1 Calculus of ureter **ICD9 :** 56.0 Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis
	22	Urethral stone	**ICD10 :** N21.1 Calculus in urethra **ICD9 :** 58.0 Urethrotomy 58.1 Urethral meatotomy
	23	Urethral stricture	**ICD10 :** N35.0 Post-traumatic urethral stricture N35.1 Postinfective urethral stricture, not elsewhere classified N35.8 Other urethral stricture

		N35.9 Urethral stricture, unspecified **ICD9 :** 58.5 Release of urethral stricture
24	Anal fissure	**ICD10 :** K60.0 Acute anal fissure K60.1 Chronic anal fissure K60.2 Anal fissure, unspecified **ICD9 :** 49.51 Left lateral anal sphincterotomy 49.52 Posterior anal sphincterotomy 49.59 Other anal sphincterotomy

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60

วัตถุประสงค์	1. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2. ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง 3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย 4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS ผ่านระบบ One Day Surgery System
แหล่งข้อมูล	One Day Surgery System
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน

	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9เดือน**	**รอบ 12เดือน**
	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60

วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS)
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS) 2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	(ดูตารางด้านล่าง)

Baseline data	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**		
		2561	**2562**	**2563**
-	ร้อยละ	68.5	80	90.3 (ข้อมูล 9 เดือน)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	ชื่อ-สกุล : นางนวนปรางค์ พิชัยศักดิ์ เลขา Service Plan สาขาศัลยกรรม หน่วยงาน : โรงพยาบาลสิงห์บุรี โทรศัพท์มือถือ : 08 1745 1772 โทรศัพท์ที่ทำงาน : E-mail:
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นายสาทิต แก้วบัว หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 08 9783 3711 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 109 E-mail: satu105@hotmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ One Day Surgery**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)**
ระดับการวัดผล	**รพท.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 21 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery**
คำนิยาม	**การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)** หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-9-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้

ลำดับ	Diagnosis	ICD-10 /ICD-9-CM
1	Inguinal hernia	**ICD10 – ICD9 :** 53.00 Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.01 Other and open repair of direct inguinal hernia 53.02 Other and open repair of indirect inguinal hernia 53.03 Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.04 Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.05 Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified 53.10 Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified 53.11 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia 53.12 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia 53.13 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect 53.14 Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis 53.15 Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis 53.16 Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis 53.17 Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified

				53.21 Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.29 Other unilateral femoral herniorrhaphy 53.31 Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis 53.39 Other bilateral femoral herniorrhaphy
		2	Hydrocele	ICD10 – ICD9 : 61.2 Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)
		3	Hemorrhoid	**ICD10 – ICD9** : 49.44 Destruction of hemorrhoids by cryotherapy 49.45 Ligation of hemorrhoids 49.46 Excision of hemorrhoids 49.49 Other procedures on hemorrhoids
		4	Vaginal bleeding	**ICD10 – ICD9 :** 68.16 Closed biopsy of uterus 68.21 Division of endometrial synechiae 68.22 Incision or excision of congenital septum of uterus 68.23 Endometrial ablation 68.29 Other excision or destruction of lesion of uterus
		5	*Esophagogastri cvarices* (Esophageal varices, Gastric varices)	**ICD10 :** I85.0 Oesophageal varices with bleeding I85.9 Oesophageal varices without bleeding I86.4 Gastric varices I98.2* Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere I98.3* Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere **ICD9 :** 42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 43.41 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of stomach 44.43 Endoscopic control of gastric or duodenal bleeding
		6	Esophageal-Gastric Stricture	**ICD10 – ICD9 :** 42.92 Dilation of esophagus 44.22 Endoscopic dilation of pylorus
		7	Esophagogastric cancer with obstruction	**ICD10 :** C15 Malignant neoplasm of oesophagus C16 Malignant neoplasm of stomach **ICD9 :**

			(Esophageal cancer, gastric cancer)	42.33 Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus 42.81 Insertion of permanent tube into esophagus	
		8	Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	**ICD 10 :** D12.6 Colon, unspecified Polyposis (hereditary) of colon K62.0 Anal polyp K62.1 Rectal polyp K63.5 Polyp of colon **ICD9 :** 45.42 Endoscopic polypectomy of large intestine 45.43 Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine	
		9	Common bile duct Stone (Bile duct stone)	**ICD10 :** K80.0 Calculus of gallbdr w ac cholecystitis K80.1 Calculus of gallbdr w oth cholecystitis K80.2 Calculus of gallbdr w/o cholecystitis K80.3 Calculus of bile duct w cholangitis K80.4 Calculus of bile duct w cholecystitis K80.5 Calculus of bile duct w/o cholangitis or cholecystitis **ICD9 :** 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct 51.88 Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract	
		10	*Pancreatic ductstone*	**ICD10 :** K86.8 Other specified diseases of pancreas : Calculus **ICD9 :** 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.94 Endoscopic removal of stone(s) from pancreatic duct	
		11	*Bile duct stricture*	**ICD10 :** C22.1 Intrahepatic bile duct carcinoma : Cholangiocarcinoma C23 Malignant neoplasm of gallbladder C24 Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract C25 Malignant neoplasm of pancreas K82.0 Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gallbladder without calculus K82.8 Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic duct or gallbladder without calculus K83.1 Obstruction of bile duct:Stricture of without bile duct calculus	

			K83.8 Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture **ICD9 :** 51.85 Endoscopic sphincterotomy and papillotomy 51.86 Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube 51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
	12	Pancreatic duct stricture	**ICD10 :** C25 Malignant neoplasm of pancreas K86.0 Alcohol-induced chronic pancreatitis K86.1 Other chronic pancreatitis K91.8 Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture **ICD9 :** 52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct 52.97 Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube 52.98 Endoscopic dilation of pancreatic duct
	13	Foreign body of upper GI. tract	**ICD10 :** T18.1 Foreign body in oesophagus T18.2 Foreign body in stomach **ICD9 :** 98.02 Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision 98.03 Removal of intraluminal foreign body from stomach and small intestine without incision
	14	Pterygium Excision	**ICD10 :** H11.0 Pterygium **ICD9 :** 11.31 Transposition of pterygium 11.32 Excision of pterygium with corneal graft 11.39 Other excision of pterygium + 10.44 Other free graft to conjunctiva
	15	Female sterilization	**ICD10 :** Z30.2 Sterilization **ICD9 :** 66.29 Other bilateral endoscopic destruction or occlusion of fallopian tubes 66.31 Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes

				66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes Pomeroy operation 66.39 Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes Female sterilization operation NOS
		16	Percutaneous fracture fixation	**ICD10 :** S42.1 Fracture of scapula S42.2 Fracture of upper end of humerus S42.3 Fracture of shaft of humerus S42.4 Fracture of lower end of humerus S42.7 Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus S42.8 Fracture of other parts of shoulder and upper arm S42.9 Fracture of shoulder girdle, part unspecified S52.0 Fracture of upper end of ulna S52.1 Fracture of upper end of radius S52.2 Fracture of shaft of ulna S52.3 Fracture of shaft of radius S52.4 Fracture of shafts of both ulna and radius S52.5 Fracture of lower end of radius S52.6 Fracture of lower end of both ulna and radius S52.7 Multiple fractures of forearm S52.8 Fracture of other parts of forearm S52.9 Fracture of forearm, part unspecified S62.0 Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand S62.1 Fracture of other carpal bone(s) S62.4 Multiple fractures of metacarpal bones S62.7 Multiple fractures of fingers S82.0 Fracture of patella S82.1 Fracture of upper end of tibia S82.2 Fracture of shaft of tibia S82.3 Fracture of lower end of tibia S82.4 Fracture of fibula alone S82.5 Fracture of medial malleolus S82.6 Fracture of lateral malleolus S82.7 Multiple fractures of lower leg S82.8 Fractures of other parts of lower leg S82.9 Fracture of lower leg, part unspecified S92.0 Fracture of calcaneus S92.1 Fracture of talus Astragalus S92.2 Fracture of other tarsal bone(s) S92.7 Multiple fractures of foot **ICD9 :** 78.1 Application of external fixator device

		17	Fistula in ano	**ICD10 :** K60.3 Anal fistula **ICD9 :** 49.11 Anal fistulotomy 49.12 Anal fistulectomy	
		18	Perirectal, Perianal abscess	**ICD10 :** K61.0 Anal abscess K61.1 Rectal abscess K61.2 Anorectal abscess K61.3 Ischiorectal abscess K61.4 Intrasphincteric abscess **ICD9 :** 49.01 Incision of perianal abscess 49.02 Other incision of perianal tissue	
		19	Breast abscess	**ICD10 :** N61 Inflammatory disorders of breast O91.1 Abscess of breast associated with childbirth **ICD9 :** 85.0 Mastotomy	
		20	Vesicle stone	**ICD10 :** N21.0 Calculus in bladder **ICD9 :** 57.0 Transure thralclearance of bladder	
		21	Ureteric stone	**ICD10 :** N20.1 Calculus of ureter **ICD9 :** 56.0 Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis	
		22	Urethral stone	**ICD10 :** N21.1 Calculus in urethra **ICD9 :** 58.0 Urethrotomy 58.1 Urethral meatotomy	
		23	Urethral stricture	**ICD10 :** N35.0 Post-traumatic urethral stricture N35.1 Postinfective urethral stricture, not elsewhere classified N35.8 Other urethral stricture N35.9 Urethral stricture, unspecified **ICD9 :** 58.5 Release of urethral stricture	

		24	Anal fissure	**ICD10 :** K60.0 Acute anal fissure K60.1 Chronic anal fissure K60.2 Anal fissure, unspecified **ICD9 :** 49.51 Left lateral anal sphincterotomy 49.52 Posterior anal sphincterotomy 49.59 Other anal sphincterotomy

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60

วัตถุประสงค์	1. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2. ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง 3. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย 4. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ODS ผ่านระบบ One Day Surgery System
แหล่งข้อมูล	One Day Surgery System
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60

<table>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ODS)</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน One Day Surgery (ODS)
2. คู่มือมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety)</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr>
<tr><td>-</td><td>ร้อยละ</td><td>68.5</td><td>80</td><td>90.3
(ข้อมูล 9 เดือน)</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</td><td>ชื่อ-สกุล : นางนวนปรางค์ พิชัยศักดิ์ เลขา Service Plan สาขาศัลยกรรม
หน่วยงาน : โรงพยาบาลสิงห์บุรี
โทรศัพท์มือถือ : 08 1745 1772
โทรศัพท์ที่ทำงาน :
E-mail:</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด</td><td>ชื่อ-สกุล: นายสาทิต แก้วบัว
หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทรศัพท์มือถือ : 08 9783 3711
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 109
E-mail: satu105@hotmail.com</td></tr>
</table>

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**โครงการเร่งรัดการดำเนินงานค้นหาและดูแลรักษาวัณโรค จังหวัดสิงห์บุรี**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)**
ระดับการวัดผล	**คปสอ.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 21 อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด** **ตัวชี้วัดย่อย** **1)อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าร้อยละ 88** **2)ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มากกว่า 85**
คำนิยาม	**1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง** ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ **2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง** ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค **3.กลุ่มเป้าหมาย** 3.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 3.2 การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>ในปี 2563 จังหวัดสิงห์บุรีมีความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ร้อยละ 50.9 และอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 94.9
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr>
<tr><td>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</td><td>79.27</td><td>90.94</td><td>94.90</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย /:
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 63</th><th>ปีงบประมาณ 64</th><th>ปีงบประมาณ 65</th></tr>
<tr><td>85</td><td>88</td><td>90</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>1.เพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค
2.เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหาย รักษาครบ
3.เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <u>ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</u></td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม NTIP online) หรือระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>โปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม NTIP online) หรือระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>1.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563) คำนวณจาก
สูตรคำนวณ = (A/B) x 100
A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2564
B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563)</td></tr>
</table>

	2.ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) คำนวณจาก สูตรคำนวณ = (A/B) x 100 A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) B = จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) คิดจากอัตรา 144 ต่อประชากรแสนคน **หมายเหตุ** ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC
ระยะเวลาประเมินผล	ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2564 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2564

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564

1.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	88

2.ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	85

วิธีการประเมินผล :	1.บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม NTIP online) หรือระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด 2.นิเทศติดตาม รายไตรมาส
เอกสารสนับสนุน :	ไม่มี
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางสาวสมปรารถนา มหาผล หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 9133 3230 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 104 E-mail : msompratana@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางสาวสมปรารถนา มหาผล หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์มือถือ: 08 9133 3230 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 104 E-mail : msompratana@hotmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**โครงการเร่งรัดการดำเนินงานค้นหาและดูแลรักษาวัณโรค จังหวัดสิงห์บุรี**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)**
ระดับการวัดผล	**คปสอ.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 21 อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด** **ตัวชี้วัดย่อย** **1)อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าร้อยละ 88** **2)ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มากกว่า 85**
คำนิยาม	**1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง** ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ **2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง** ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค **3.กลุ่มเป้าหมาย** 3.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 3.2 การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

<table>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>ในปี 2563 จังหวัดสิงห์บุรีมีความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ร้อยละ 50.9 และอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 94.9
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr>
<tr><td>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</td><td>79.27</td><td>90.94</td><td>94.90</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย /:
<table>
<tr><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td><td>ปีงบประมาณ 65</td></tr>
<tr><td>85</td><td>88</td><td>90</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>1.เพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค
2.เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหาย รักษาครบ
3.เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <u>ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</u></td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม NTIP online) หรือระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>โปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม NTIP online) หรือระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>1.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563) คำนวณจาก
สูตรคำนวณ = (A/B) x 100
A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2564
B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2564 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2563)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>2.ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) คำนวณจาก
สูตรคำนวณ = (A/B) x 100
A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564)
B = จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564) คิดจากอัตรา 144 ต่อประชากรแสนคน

หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2564 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2564</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564
1.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
<table>
<tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr>
<tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>88</td></tr>
</table>
2.ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)
<table>
<tr><th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr>
<tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>85</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วิธีการประเมินผล :</td><td>1.บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม NTIP online) หรือระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด
2.นิเทศติดตาม รายไตรมาส</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน :</td><td>ไม่มี</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด</td><td>ชื่อ-สกุล : นางสาวสมปรารถนา มหาผล
หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์มือถือ: 08 9133 3230
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 104
E-mail : msompratana@hotmail.com</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด</td><td>ชื่อ-สกุล : นางสาวสมปรารถนา มหาผล
หน่วยงาน: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์มือถือ: 08 9133 3230
โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 104
E-mail : msompratana@hotmail.com</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ยุทธศาสตร์</td><td>2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence</td></tr>
<tr><td>แผนงาน</td><td>2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</td></tr>
<tr><td>โครงการที่</td><td>โครงการดูแลช่วยเหลือจิตใจประชาชนจังหวัดสิงห์บุรี</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>คปสอ.</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>KPI 24 อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสน</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ
การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึงการกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่ถึงชีวิต</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr>
<tr><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td></tr>
<tr><td>อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร</td><td>อัตรา</td><td>9.42</td><td>8.15</td><td>8.17</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย /: อัตราการฆ่าตัวตายลดลงลดลงร้อยละ 0.2
<table>
<tr><td>ปีงบประมาณ 64</td><td>ปีงบประมาณ 65</td><td>ปีงบประมาณ 66</td></tr>
<tr><td>8 ต่อแสนประชากร</td><td>8 ต่อแสนประชากร</td><td>8 ต่อแสนประชากร</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อลดผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายรายใหม่</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยเรื้อรัง (โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด CVA) ผู้สูงอายุทุกราย และผู้พยายามฆ่าตัวตาย</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1.รวบรวมข้อมูลการฆ่าตัวตายตามแบบรง. 506 และแบบสอบสวนการฆ่าตัวตายตามพื้นที่ที่ทะเบียนบ้านผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดสิงห์บุรี
2.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 50 แฟ้ม</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>รง.506</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทะเบียนบ้านในจังหวัดสิงห์บุรี</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนประชากรกลางปี เบียนบ้านในจังหวัดสิงห์บุรี ปี 2563</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A/B) x100,000</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ทุกไตรมาส</td></tr>
</table>

เกณฑ์การประเมิน (small Success):

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.ประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อวางแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 2.มีการแต่งตั้งคณะทำงานสุขภาพจิตและจิตเวชระดับอำเภอ 3.คืนข้อมูลสู่พื้นที่อำเภอ ตำบล 4.อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร	1.คณะทำงานสุขภาพจิตและจิตเวชระดับอำเภอมีการประชุมวางแผนการดูผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการจัดทำแผนแก้ไขปัญหา/พัฒนางาน และมีการดำเนินงานตามแผน 2.รณรงค์ประชาสัมพันธ์การสื่อสารภายในครอบครัว 3.อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร	1.คณะทำงานฯ มีการประชุมประเมินผลการดำเนินงานและมีการทบทวนและปรับแผนในกรณีที่การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย 2.รณรงค์ประชาสัมพันธ์การสื่อสารภายในครอบครัว 3.กิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น 4.อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร	1.คณะทำงานฯ มีการประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน 2.มีการจัดทำแผนแก้ไขปัญหา/พัฒนางาน ปีงบประมาณ 2564 2. กิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น 3. .อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร

วิธีการประเมินผล : วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบ รง.506

เอกสารสนับสนุน	1.คู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตจังหวัดสิงห์บุรี 2.แบบประเมิน 2Q 9Q 8Q, แบบรายงาน รง.506 ของรพ.จิตเวชขอนแก่น
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสุภาวดี ตั้งเจริญ หน่วยงาน: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ: 09 8248 7681 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 120 E-mail : kungka2522@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสุภาวดี ตั้งเจริญ หน่วยงาน: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ: 09 8248 7681 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 120 E-mail : kungka2522@gmail.com

<table>
<tr><td>ยุทธศาสตร์</td><td>2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence</td></tr>
<tr><td>แผนงาน</td><td>2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</td></tr>
<tr><td>โครงการที่</td><td>โครงการดูแลช่วยเหลือจิตใจประชาชนจังหวัดสิงห์บุรี</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>คปสอ.</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>KPI 24 อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสน</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ
การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึงการกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ แต่ไม่ถึงชีวิต</td></tr>
<tr><td>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr>
<tr><th>2561</th><th>2562</th><th>2563</th></tr>
<tr><td>อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร</td><td>อัตรา</td><td>9.42</td><td>8.15</td><td>8.17</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย /: อัตราการฆ่าตัวตายลดลงลดลงร้อยละ 0.2
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 64</th><th>ปีงบประมาณ 65</th><th>ปีงบประมาณ 66</th></tr>
<tr><td>8 ต่อแสนประชากร</td><td>8 ต่อแสนประชากร</td><td>8 ต่อแสนประชากร</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อลดผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายรายใหม่</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยเรื้อรัง (โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด CVA) ผู้สูงอายุทุกราย และผู้พยายามฆ่าตัวตาย</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>1.รวบรวมข้อมูลการฆ่าตัวตายตามแบบรง. 506 และแบบสอบสวนการฆ่าตัวตายตามพื้นที่ที่ทะเบียนบ้านผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดสิงห์บุรี
2.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 50 แฟ้ม</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>รง.506</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทะเบียนบ้านในจังหวัดสิงห์บุรี</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนประชากรกลางปี เบียนบ้านในจังหวัดสิงห์บุรี ปี 2563</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A/B) x100,000</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ทุกไตรมาส</td></tr>
</table>

เกณฑ์การประเมิน (small Success):

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
1.ประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อวางแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 2.มีการแต่งตั้งคณะทำงานสุขภาพจิตและจิตเวชระดับอำเภอ 3.คืนข้อมูลสู่พื้นที่อำเภอ ตำบล 4.อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร	1.คณะทำงานสุขภาพจิตและจิตเวชระดับอำเภอมีการประชุมวางแผนการดูผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการจัดทำแผนแก้ไขปัญหา/พัฒนางาน และมีการดำเนินงานตามแผน 2.รณรงค์ประชาสัมพันธ์การสื่อสารภายในครอบครัว 3.อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร	1.คณะทำงานฯ มีการประชุมประเมินผลการดำเนินงานและมีการทบทวนและปรับแผนในกรณีที่การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย 2.รณรงค์ประชาสัมพันธ์การสื่อสารภายในครอบครัว 3.กิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น 4.อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร	1.คณะทำงานฯ มีการประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน 2.มีการจัดทำแผนแก้ไขปัญหา/พัฒนางานปีงบประมาณ 2564 2. กิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น 3. .อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร

วิธีการประเมินผล : วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบ รง.506

เอกสารสนับสนุน	1.คู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตจังหวัดสิงห์บุรี 2.แบบประเมิน 2Q 9Q 8Q, แบบรายงาน รง.506 ของรพ.จิตเวชขอนแก่น
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสุภาวดี ตั้งเจริญ หน่วยงาน: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ: 09 8248 7681 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 120 E-mail : kungka2522@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสุภาวดี ตั้งเจริญ หน่วยงาน: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ: 09 8248 7681 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 120 E-mail : kungka2522@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ	**โครงการพัฒนางานยาเสพติด**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)**
ระดับการวัดผล	**คปสอ.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 25 ร้อยละ 55 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม Retention Rate**
คำอธิบาย	**ผู้ป่วยยาเสพติด** หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษา และมีคะแนนประเมินความรุนแรงตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. v2 ดังนี้ - ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน 2-3 คะแนน - ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน 4-6 คะแนน - ผู้ติด ยาเสพติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป **ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง** หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการหรือพฤติกรรม ในข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 ข้อ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้ 1. มีประวัติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรงโดยตั้งใจจะให้เสียชีวิตตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน 2. มีประวัติการก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น หรือสร้างความรุนแรงในชุมชนตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน 3. อาการทางจิตปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด หวาดระแวง เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น 4. มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรงตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (คดีความผิดต่อชีวิต ต่อร่างกาย และเกี่ยวกับเพศ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
ร้อยละ 55 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม Retention Rate	ร้อยละ	N/A	N/A	42.73

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
55	60	65

วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในทุกระบบ และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับการติดตาม จำนวน 4 ครั้ง ใน 365 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมดในปี 2563
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
1.ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขายาเสพติด เพื่อวางแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 2.มีการแต่งตั้งคณะทำงานยาเสพติดระดับอำเภอ 3.ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) (ผู้ป่วยจำหน่ายการบำบัดครบตามเกณฑ์ 1 ต.ค.63 -31 ธ.ค.63)	1.คณะทำงานยาเสพติดระดับอำเภอมีการประชุมวางแผนการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา 2.มีการจัดทำแผนแก้ไขปัญหา/พัฒนางาน 3.มีการดำเนินงานตามแผน ตามข้อ 2 4.ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1ปี (Retention Rate) (ผู้ป่วยจำหน่ายการบำบัดครบตามเกณฑ์ 1 ม.ค.64 –31 มี.ค.64)	1.คณะทำงานฯ มีการประชุมประเมินผลการดำเนินงานและมีการทบทวนและปรับแผนในกรณีที่การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย 3.ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1ปี (Retention Rate) (ผู้ป่วยจำหน่ายการบำบัดครบตามเกณฑ์ 1 เม.ย.64 –30 มิ.ย.64)	1.คณะทำงานฯ มีการประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน 2.มีการจัดทำแผนแก้ไขปัญหา/พัฒนางาน ปีงบประมาณ 2564 3.ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) (ผู้ป่วยจำหน่ายการบำบัดครบตามเกณฑ์ 1 ก.ค.64 – 30 ก.ย.64)

วิธีการประเมินผล : ประมวลผลในระบบฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

เอกสารสนับสนุน	ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด ระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสุภาวดี ตั้งเจริญ หน่วยงาน: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ: 09 8248 7681 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 120 E-mail : kungka2522@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน ระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสุภาวดี ตั้งเจริญ หน่วยงาน: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ: 09 8248 7681 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 120 E-mail : kungka2522@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ	**โครงการพัฒนางานยาเสพติด**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)**
ระดับการวัดผล	**คปสอ.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 25 ร้อยละ 55 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม Retention Rate**
คำอธิบาย	**ผู้ป่วยยาเสพติด** หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษา และมีคะแนนประเมินความรุนแรงตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. v2 ดังนี้ - ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน 2-3 คะแนน - ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน 4-6 คะแนน - ผู้ติด ยาเสพติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป **ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง** หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการหรือพฤติกรรม ในข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 ข้อ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้ 1. มีประวัติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรงโดยตั้งใจจะให้เสียชีวิตตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน 2. มีประวัติการก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น หรือสร้างความรุนแรงในชุมชนตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน 3. อาการทางจิตปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด หวาดระแวง เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น 4. มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรงตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (คดีความผิดต่อชีวิต ต่อร่างกาย และเกี่ยวกับเพศ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
ร้อยละ 55 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม Retention Rate	ร้อยละ	N/A	N/A	42.73

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
55	60	65

วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในทุกระบบ และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดที่ได้รับการติดตาม จำนวน 4 ครั้ง ใน 365 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมดในปี 2563
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
1.ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขายาเสพติด เพื่อวางแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 2.มีการแต่งตั้งคณะทำงานยาเสพติดระดับอำเภอ 3.ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) (ผู้ป่วยจำหน่ายการบำบัดครบตามเกณฑ์ 1 ต.ค.63 -31 ธ.ค.63)	1.คณะทำงานยาเสพติดระดับอำเภอมีการประชุมวางแผนการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา 2.มีการจัดทำแผนแก้ไขปัญหา/พัฒนางาน 3.มีการดำเนินงานตามแผน ตามข้อ 2 4.ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1ปี (Retention Rate) (ผู้ป่วยจำหน่ายการบำบัดครบตามเกณฑ์ 1 ม.ค.64 –31 มี.ค.64)	1.คณะทำงานฯ มีการประชุมประเมินผลการดำเนินงานและมีการทบทวนและปรับแผนในกรณีที่การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย 3.ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1ปี (Retention Rate) (ผู้ป่วยจำหน่ายการบำบัดครบตามเกณฑ์ 1 เม.ย.64 –30 มิ.ย.64)	1.คณะทำงานฯ มีการประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน 2.มีการจัดทำแผนแก้ไขปัญหา/พัฒนางาน ปีงบประมาณ 2564 3.ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) (ผู้ป่วยจำหน่ายการบำบัดครบตามเกณฑ์ 1 ก.ค.64 – 30 ก.ย.64)

วิธีการประเมินผล : ประมวลผลในระบบฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

เอกสารสนับสนุน	ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด ระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสุภาวดี ตั้งเจริญ หน่วยงาน: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ: 09 8248 7681 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 120 E-mail : kungka2522@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน ระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล: นางสุภาวดี ตั้งเจริญ หน่วยงาน: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์มือถือ: 09 8248 7681 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 120 E-mail : kungka2522@gmail.com

<table>
<tr><td>ยุทธศาสตร์</td><td>2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence</td></tr>
<tr><td>แผนงาน</td><td>2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</td></tr>
<tr><td>โครงการที่</td><td>โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>คปสอ, รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>KPI 28 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>
(1) RDU : โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
(1) RDU เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล หรือศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน RDU Hospital, RDU PCU และ RDU in community
- RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.)/โรงพยาบาลสังกัดกรม การแพทย์/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร
- RDU PCU หมายถึง รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น
- RDU community หมายถึงการดำเนินการเพื่อทำให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับตำบล/แขวง หรือระดับอำเภอ/เขต
ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
มี 3 ระดับดังนี้
RDU ขั้นที่ 1 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้
<table>
<tr><th>RDU Hospital (R1)</th><th>RDU PCU (R2)</th></tr>
<tr><td>1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3
3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ
4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3
5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และ การส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3</td><td>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</td></tr>
</table>
RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้
<table>
<tr><th>RDU Hospital (R1)</th><th>RDU PCU (R2)</th></tr>
<tr><td>1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1
2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤ 30 % และ รพช.≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 50 %, APL ≤ 15 %)</td><td>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %)</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้น กรณีใส่ mechanical heart valve)	

RDU ขั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
1. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI≤20%, AD≤20%, FTW ≤ 40 %, APL ≤ 10 %)	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

RDU ขั้นที่ 3+ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
1. ผลการดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan 2. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพปัญหา (problem based indicators) โดยอาจเป็นตัวชี้วัดร่วมระดับเขต ระดับเครือข่าย รพ. หรือเฉพาะระดับ รพ. หรือตัวชี้วัดตามกลุ่มโรค/กลุ่มยา ที่เป็นปัญหาใน service plan อื่น	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

<u>และผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ระดับ 3 ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)</u>

คำอธิบาย มีการออกแบบบริหารจัดการเพื่อให้มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ซึ่งแต่ละอำเภอดำเนินการ อย่างน้อย 1 ตำบล โดยกำหนดให้มีผู้ประสานงานระดับจังหวัด และอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า หน่วยงานระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจนถึงชุมชน และเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชนภายใต้กลไกคณะกรรมการระดับอำเภอที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการหัวหน้าส่วนราชการในระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพอำเภอ คณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นต้น

	การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ดำเนินการ 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้ 1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance) 2. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation) 3. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance) 4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน 5. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)

ระดับความสำเร็จ	คำอธิบาย
1	1. จังหวัดออกแบบระบบบริหารจัดการ ได้แก่ กำหนดองค์ประกอบ โครงสร้างการจัดการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบติดตามประเมินผล และระบบอื่นที่เกี่ยวข้อง 2. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. หรือหน่วยบริการสุขภาพสังกัดอื่น ที่สมัครใจดำเนินการ Proactive Hospital based surveillance
2	ผ่านเกณฑ์ระดับ 1 และดำเนินการกิจกรรมหลัก Active Community based Surveillance
3	ผ่านเกณฑ์ระดับ 2 และดำเนินการกิจกรรมหลัก community participation
4	ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 และมีการดำเนินการกิจกรรมหลักที่เหลืออย่างน้อย 1 ข้อ
5	ดำเนินการครบ 5 กิจกรรมหลัก

รายละเอียดการประเมินการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมหลัก ดูในคู่มือดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน จากเว็บไซต์ http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2560	2561	2562	2563
ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	ระดับความสำเร็จ	N/A	ระดับ 5 : 0 แห่ง ระดับ 4 : 0 แห่ง ระดับ 3 : 0 แห่ง	ระดับ 5 : 0 แห่ง ระดับ 4 : 0 แห่ง ระดับ 3 : 1 แห่ง	ระดับ 5 : 0 แห่ง ระดับ 4 : 0 แห่ง ระดับ 3 : 4 แห่ง

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ระดับ 4 (RDU3)	ระดับ 5 (RDU3+)	-

เกณฑ์การให้คะแนน

กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนในการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ

ระดับคะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1	มีคณะกรรมการ ระดับคปสอ.
2	ผ่าน RDU ขั้นที่ 1
3	ผ่าน RDU ขั้นที่ 2
4	ผ่าน RDU ขั้นที่ 3
5	ผ่าน RDU ขั้นที่ 3+

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ความปลอดภัยจากการใช้ยา และลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	RDU: โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า และหน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงานเฉพาะกิจการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เป็นระดับความสำเร็จการบริหารจัดการ ความก้าวหน้าของการพัฒนาตลอดช่วงระยะเวลาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)

เกณฑ์การประเมิน (small Success) : ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5

วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางสาวณัฏฐา กลั่นสุวรรณ หน่วยงาน: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ: 08 7796 0188 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 115
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางสาวดวงดาว คงมลายู หน่วยงาน: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ: 08 6128 0109 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 115 E-mail : duangdao.khong@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการที่	**โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)**
ระดับการวัดผล	**คปสอ, รพ.สต.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 28 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)**

คำนิยาม

(1) RDU : โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

(1) RDU เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล หรือศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน **RDU Hospital, RDU PCU** และ **RDU in community**

- **RDU Hospital** หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.)/โรงพยาบาลสังกัดกรม การแพทย์/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร
- **RDU PCU** หมายถึง รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น
- **RDU community** หมายถึงการดำเนินการเพื่อทำให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับตำบล/แขวง หรือระดับอำเภอ/เขต

ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

มี 3 ระดับดังนี้

RDU ขั้นที่ 1 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และ การส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤ 30 % และ รพช.≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 50 %, APL ≤ 15 %)	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %)

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	

ระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้น กรณีใส่ mechanical heart valve)	

RDU ขั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
1. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI≤20%, AD≤20%, FTW ≤ 40 %, APL ≤ 10 %)	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

RDU ขั้นที่ 3+ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
1. ผลการดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan 2. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพปัญหา (problem based indicators) โดยอาจเป็นตัวชี้วัดร่วมระดับเขต ระดับเครือข่าย รพ. หรือเฉพาะระดับ รพ. หรือตัวชี้วัดตามกลุ่มโรค/กลุ่มยา ที่เป็นปัญหาใน service plan อื่น	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

และผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ระดับ 3 ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)

คำอธิบาย มีการออกแบบบริหารจัดการเพื่อให้มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ซึ่งแต่ละอำเภอดำเนินการ อย่างน้อย 1 ตำบล โดยกำหนดให้มีผู้ประสานงานระดับจังหวัด และอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า หน่วยงานระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจนถึงชุมชน และเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชนภายใต้กลไกคณะกรรมการระดับอำเภอที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการหัวหน้าส่วนราชการในระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพอำเภอ คณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นต้น

	การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ดำเนินการ 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance)
2. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation)
3. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance)
4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน
5. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)

ระดับความสำเร็จ	คำอธิบาย
1	1. จังหวัดออกแบบระบบบริหารจัดการ ได้แก่ กำหนดองค์ประกอบ โครงสร้างการจัดการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบติดตามประเมินผล และระบบอื่นที่เกี่ยวข้อง 2. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. หรือหน่วยบริการสุขภาพสังกัดอื่น ที่สมัครใจดำเนินการ Proactive Hospital based surveillance
2	ผ่านเกณฑ์ระดับ 1 และดำเนินการกิจกรรมหลัก Active Community based Surveillance
3	ผ่านเกณฑ์ระดับ 2 และดำเนินการกิจกรรมหลัก community participation
4	ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 และมีการดำเนินการกิจกรรมหลักที่เหลืออย่างน้อย 1 ข้อ
5	ดำเนินการครบ 5 กิจกรรมหลัก

รายละเอียดการประเมินการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมหลัก ดูในคู่มือดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน จากเว็บไซต์ http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2560	**2561**	**2562**	**2563**
ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	ระดับความสำเร็จ	N/A	ระดับ 5 : 0 แห่ง ระดับ 4 : 0 แห่ง ระดับ 3 : 0 แห่ง	ระดับ 5 : 0 แห่ง ระดับ 4 : 0 แห่ง ระดับ 3 : 1 แห่ง	ระดับ 5 : 0 แห่ง ระดับ 4 : 0 แห่ง ระดับ 3 : 4 แห่ง

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ระดับ 4 (RDU3)	ระดับ 5 (RDU3+)	-

เกณฑ์การให้คะแนน

กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนในการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ

ระดับคะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1	มีคณะกรรมการ ระดับคปสอ.
2	ผ่าน RDU ขั้นที่ 1
3	ผ่าน RDU ขั้นที่ 2
4	ผ่าน RDU ขั้นที่ 3
5	ผ่าน RDU ขั้นที่ 3+

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ความปลอดภัยจากการใช้ยา และลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU: โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า และหน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงานเฉพาะกิจการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เป็นระดับความสำเร็จการบริหารจัดการ ความก้าวหน้าของการพัฒนาตลอดช่วงระยะเวลาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)

เกณฑ์การประเมิน (small Success) : ปี 2564

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5

วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางสาวณัฎฐา กลั่นสุวรรณ หน่วยงาน: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ: 08 7796 0188 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 115
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางสาวดวงดาว คงมลายู หน่วยงาน: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ: 08 6128 0109 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 115 E-mail : duangdao.khong@gmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ	**โครงการพัฒนางาน Palliative Care**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)**
ระดับการวัดผล	**คปสอ.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 32 ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ**
คำนิยาม	**การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ** คือ โรงพยาบาลที่มีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Strong Opioids Medication ในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค (ตาม Service plan ที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ และองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ) ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้าย โดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการดังนี้ 1. มีบุคลากรที่สามารถสั่งใช้ยา จ่ายยา และบริหารยา Opioids ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ดังนี้ 1.1. โรงพยาบาลทุกระดับ มีแพทย์ปฏิบัติงาน PC อย่างน้อย 1 คน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง: ไม่มี/มีสาขาใด จำนวนเท่าไร) 1.2. โรงพยาบาลระดับ S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง: ไม่มี/มีสังกัดใด จำนวนเท่าไร) 1.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน 1.4. โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว ตามบริบท 1.5. โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย Codeine, Morphine, Oral Immediate Release (MoIR), Morphine, Oral Controlled Release (MoCR) และ Morphine, injectable (MoINJ) (1.3-1.5 ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง ไม่มี/มี) 2 มีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค และได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ทุกกลุ่มอายุ (0-15 ปี และมากกว่า 15 ปี) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ (http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf) คือ

	2.1 กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย (แนวทางฯหน้า10-18) 2.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และภาวะสมองเสื่อม(Dementia) ICD-10 รหัส F03 (แนวทางฯหน้า 19-25) 2.3 โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต (แนวทางฯหน้า 26-32) 2.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congenital Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 (แนวทางฯหน้า33-43) 2.5 ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 ใช้<u>ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย</u> (แนวทางฯหน้า76-80) **ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการประเมินผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care** **(<u>สำหรับข้อ 2.1-2.4</u> กรณีที่ยังไม่นำ Palliative care ลงสู่ service plan แต่ละกลุ่มโรคอนุโลมให้ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัยและให้บริการทั้ง 5 กลุ่มโรคได้)** 1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS ≤ร้อยละ 50 หรือ การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น 2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ 3. สภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น 4. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก 5. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา 6. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่ 7. น้ำหนักลดลงต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา 8. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง 9. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล 10. Serum albumin < 2.5 mg/dl 3. มีระบบการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยในและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต้องได้รับข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร มากกว่าร้อยละ 60)

4. ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลประคับประคองได้รับการจัดการอาการอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการบรรเทาอาการปวด ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf) และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย (dyspnea/breathlessness) ฯลฯ อย่างเหมาะสมตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care) http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf โดยมีระบบบริหารจัดการยา Opioids เพื่อบรรเทาอาการต่างๆครอบคลุมทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

5. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน มากกว่าร้อยละ 60)

6. มีเครือข่ายการดูแลประคับประคอง อาสาสมัคร และอุปกรณ์การการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และ/หรือแพทย์แผนไทย (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง ไม่มี/มีจำนวน)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆในระยะท้ายตามแนวทาง Palliative Care ด้วย Strong Opioid Medication	ร้อยละ	NA	33.61	32.74

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
45	45	50

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Strong Opioids Medication อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผ่านกระบวนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Plan) มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลทุกระดับ ในจังหวัดสิงห์บุรี

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานรายไตรมาสของสถานบริการทุกแห่ง โดยสถานบริการดึงข้อมูลในระบบเวชระเบียนโรงพยาบาล หรือข้อมูล 43 แฟ้ม ตามรหัส ICD 10 และรหัสยากลุ่ม Strong Opioids หรือจัดเก็บข้อมูลจากศูนย์ PC และหน่วยเยี่ยมบ้าน
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ ในจังหวัดสิงห์บุรี
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ (ICD-10 รหัส C00-C96, F03, I50, I60-I69, J44, R54, CKD และ วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid Medication ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการจ่ายยา Strong Opioid ของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจากศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(B/A) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 45		ร้อยละ 45

วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากแบบรายงานรายไตรมาสของสถานบริการทุกแห่ง
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบบบูรณาการ: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข 2561
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : น.ส.ศิริเนตร สุขดี หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ: 09 9236 2362 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 128 E-mail : sukdee.nate@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางสาวอุไรวรรณ ตั้งพานิชวงศ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ: 09 2714 2425 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 128 E-mail : uraiwan_da@hotmail.com

ยุทธศาสตร์	**2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence**
แผนงาน	**2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)**
โครงการ	**โครงการพัฒนางาน Palliative Care**
ลักษณะตัวชี้วัด	**ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)**
ระดับการวัดผล	**คปสอ.**
ชื่อตัวชี้วัด	**KPI 32 ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ**
คำนิยาม	**การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ** คือ โรงพยาบาลที่มีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Strong Opioids Medication ในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค (ตาม Service plan ที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ และองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ) ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้าย โดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการดังนี้ 1. มีบุคลากรที่สามารถสั่งใช้ยา จ่ายยา และบริหารยา Opioids ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ดังนี้ 1.1. โรงพยาบาลทุกระดับ มีแพทย์ปฏิบัติงาน PC อย่างน้อย 1 คน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง: ไม่มี/มีสาขาใด จำนวนเท่าไร) 1.2. โรงพยาบาลระดับ S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย 1 คน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง: ไม่มี/มีสังกัดใด จำนวนเท่าไร) 1.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน 1.4. โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัวตามบริบท 1.5. โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย Codeine, Morphine, Oral Immediate Release (MoIR), Morphine, Oral Controlled Release (MoCR) และ Morphine, injectable (MoINJ) (1.3-1.5 ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง ไม่มี/มี) 2 มีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค และได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ทุกกลุ่มอายุ (0-15 ปี และมากกว่า 15 ปี) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ (http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf) คือ

2.1 กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย (แนวทางฯหน้า10-18)

2.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และภาวะสมองเสื่อม(Dementia) ICD-10 รหัส F03 (แนวทางฯหน้า 19-25)

2.3 โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต (แนวทางฯหน้า 26-32)

2.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congenital Heart Failure) ICD-10 รหัส I50 (แนวทางฯหน้า33-43)

2.5 ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 ใช้<u>ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย</u> (แนวทางฯหน้า76-80)

ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการประเมินผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care

<u>(สำหรับข้อ 2.1-2.4</u> กรณีที่ยังไม่นำ Palliative care ลงสู่ service plan แต่ละกลุ่มโรคอนุโลมให้ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัยและให้บริการทั้ง 5 กลุ่มโรคได้)

1. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันนั่งหรือนอนมากกว่าร้อยละ 50 ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น
   - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS ≤ร้อยละ 50 หรือ การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น
   - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS) ≤ ร้อยละ 50 หรือ ECOG ≥ 3 เป็นต้น
2. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ
3. สภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น
4. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก
5. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
6. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่
7. น้ำหนักลดลงต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา
8. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง
9. มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล
10. Serum albumin < 2.5 mg/dl

3. มีระบบการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยในและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต้องได้รับข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร มากกว่าร้อยละ 60)

4. ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลประคับประคองได้รับการจัดการอาการอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการบรรเทาอาการปวด ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf) และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย (dyspnea/breathlessness) ฯลฯ อย่างเหมาะสมตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care) http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf โดยมีระบบบริหารจัดการยา Opioids เพื่อบรรเทาอาการต่างๆครอบคลุมทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

5. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน มากกว่าร้อยละ 60)

6. มีเครือข่ายการดูแลประคับประคอง อาสาสมัคร และอุปกรณ์การการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และ/หรือแพทย์แผนไทย (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง ไม่มี/มีจำนวน)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2561	2562	2563
ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆในระยะท้ายตามแนวทาง Palliative Care ด้วย Strong Opioid Medication	ร้อยละ	NA	33.61	32.74

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
45	45	50

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Strong Opioids Medication อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผ่านกระบวนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Plan) มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลทุกระดับ ในจังหวัดสิงห์บุรี

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานรายไตรมาสของสถานบริการทุกแห่ง โดยสถานบริการดึงข้อมูลในระบบเวชระเบียนโรงพยาบาล หรือข้อมูล 43 แฟ้ม ตามรหัส ICD 10 และรหัสยากลุ่ม Strong Opioids หรือจัดเก็บข้อมูลจากศูนย์ PC และหน่วยเยี่ยมบ้าน
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกระดับ ในจังหวัดสิงห์บุรี
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ (ICD-10 รหัส C00-C96, F03, I50, I60-I69, J44, R54, CKD และ วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid Medication ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการจ่ายยา Strong Opioid ของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจากศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(B/A) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 45		ร้อยละ 45

วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากแบบรายงานรายไตรมาสของสถานบริการทุกแห่ง
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แบบบูรณาการ: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข 2561
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : น.ส.ศิริเนตร สุขดี หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ: 09 9236 2362 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 128 E-mail : sukdee.nate@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางสาวอุไรวรรณ ตั้งพานิชวงศ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ: 09 2714 2425 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 128 E-mail : uraiwan_da@hotmail.com

<table>
<tr><td>ยุทธศาสตร์</td><td>2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence</td></tr>
<tr><td>แผนงาน</td><td>2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</td></tr>
<tr><td>โครงการที่</td><td>โครงการพัฒนางาน Intermediate Care</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>คปสอ.</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>KPI 33 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)
<u>ตัวชี้วัดรอง</u> เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง
โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 แห่ง
โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง
ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ หมายถึงห้องปฏิบัติการทางการแพทย์โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด ผ่านการรับรองตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2560 (Laboratory Accreditation) LA ของสภาเทคนิคการแพทย์ หรือมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข (MOPH Standard)
เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง
มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2560 ของสภาเทคนิคการแพทย์
มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
<table>
<tr><th>คำย่อ</th><th>คำเต็ม</th><th>คำอธิบาย</th></tr>
<tr><td>BI</td><td>Barthel ADL index</td><td>แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20</td></tr>
<tr><td>IMC</td><td>Intermediate care</td><td>การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง</td></tr>
<tr><td>IPD</td><td>In-patient department</td><td>หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา</td></tr>
<tr><td>Stroke</td><td>Cerebrovascular accident</td><td>การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64</td></tr>
<tr><td>TBI</td><td>traumatic brain injury</td><td>การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

คำนิยาม

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
SCI	spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1 S24.0 – S24.1 S34.0 – S34.1 S34.3
	Multiple Impairment	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	
M2	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**		
		2561	**2562**	**2563**
ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	ร้อยละ	NA	60	100
ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index $\geq$15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20	ร้อยละ	NA	93.06	93.70

<table>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย /:
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 64</th><th>ปีงบประมาณ 65</th><th>ปีงบประมาณ 66</th></tr>
<tr><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน
2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย
4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน
5. ลดความแออัด รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.</td></tr>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>1. โรงพยาบาล 6 แห่ง.
2. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลระดับ S M2 F2 F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย</td></tr>
<tr><td>รายการ
ข้อมูล 1</td><td><u>ตัวชี้วัดหลัก</u> ร้อยละของโรงพยาบาลพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)(ตัวชี้วัดระดับจังหวัด) (ความครอบคลุมในการให้บริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <u>ระดับจังหวัด</u>)
A = โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ตามภาคผนวก 1 และ 2
<u>ภาคผนวก 1</u> เกณฑ์การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบ IPD (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F
<u>ภาคผนวก 2</u> IPD care protocol ที่ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol (short stay)
B = โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด<u>ในจังหวัด</u>
<u>หมายเหตุ</u>
* โรงพยาบาลระดับ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา
* การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัด</td></tr>
</table>

	<u>ตัวชี้วัดรอง</u> เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด) A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภาย<u>ในจังหวัด</u>ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดรอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multipleimpairment
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 85		ร้อยละ 100
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 70		ร้อยละ 75

วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานรายไตรมาสของสถานบริการทุกแห่ง
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guidelinen for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan): กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2562
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : น.ส.ศิริเนตร สุขดี หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ: 09 9236 2362 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 128 E-mail : sukdee.nate@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางสาวอุไรวรรณ ตั้งพานิชวงศ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ: 09 2714 2425 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 128 E-mail : uraiwan_da@hotmail.com

<table>
<tr><td>ยุทธศาสตร์</td><td>2. พัฒนาระบบบริการ Service Excellence</td></tr>
<tr><td>แผนงาน</td><td>2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</td></tr>
<tr><td>โครงการที่</td><td>โครงการพัฒนางาน Intermediate Care</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดแผนงาน (KPI)</td></tr>
<tr><td>ระดับการวัดผล</td><td>คปสอ.</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>KPI 33 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)
<u>ตัวชี้วัดรอง</u> เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง
โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 แห่ง
โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง
ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ หมายถึงห้องปฏิบัติการทางการแพทย์โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด ผ่านการรับรองตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2560 (Laboratory Accreditation) LA ของสภาเทคนิคการแพทย์ หรือมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข (MOPH Standard)
เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง
มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2560 ของสภาเทคนิคการแพทย์
มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
<table>
<tr><th>คำย่อ</th><th>คำเต็ม</th><th>คำอธิบาย</th></tr>
<tr><td>BI</td><td>Barthel ADL index</td><td>แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20</td></tr>
<tr><td>IMC</td><td>Intermediate care</td><td>การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง</td></tr>
<tr><td>IPD</td><td>In-patient department</td><td>หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา</td></tr>
<tr><td>Stroke</td><td>Cerebrovascular accident</td><td>การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64</td></tr>
<tr><td>TBI</td><td>traumatic brain injury</td><td>การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

คำนิยาม

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
SCI	spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1 S24.0 – S24.1 S34.0 – S34.1 S34.3
	Multiple Impairment	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	
M2	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**		
		2561	**2562**	**2563**
ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	ร้อยละ	NA	60	100
ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index $\geq$15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20	ร้อยละ	NA	93.06	93.70

เกณฑ์เป้าหมาย /:

ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
100	100	100

วัตถุประสงค์	1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน 2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย 4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน 5. ลดความแออัด รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาล 6 แห่ง. 2. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ S M2 F2 F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	**ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละของโรงพยาบาลพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)(ตัวชี้วัดระดับจังหวัด)** (ความครอบคลุมในการให้บริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับจังหวัด) A = โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ตามภาคผนวก 1 และ 2 **ภาคผนวก 1** เกณฑ์การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบ IPD (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F **ภาคผนวก 2** IPD care protocol ที่ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol (short stay) B = โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมดในจังหวัด หมายเหตุ * โรงพยาบาลระดับ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา * การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัด

	<u>ตัวชี้วัดรอง</u> เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด) A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภาย<u>ในจังหวัด</u>ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดรอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multipleimpairment
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน (small Success): ปี 2564

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 85 ร้อยละ 70		ร้อยละ 100 ร้อยละ 75

วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานรายไตรมาสของสถานบริการทุกแห่ง
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guidelinen for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan): กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2562
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : น.ส.ศิริเนตร สุขดี หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ: 09 9236 2362 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 128 E-mail : sukdee.nate@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด	ชื่อ-สกุล : นางสาวอุไรวรรณ ตั้งพานิชวงศ์ หน่วยงาน: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ: 09 2714 2425 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 3681 3493 ต่อ 128 E-mail : uraiwan_da@hotmail.com