**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI template)**

**ตัวชี้วัดที่ ๓๐ : ร้อยละของประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่า ๙๐**

|  |  |
| --- | --- |
| **๑.ชื่อตัวชี้วัด**  | **ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐****๓๐.๑ ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐****๓๐.๒ ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐** |
| **๒.เกณฑ์** | **ร้อยละ ๙๐** |
|  **๓.ผลงาน** |
| **๓.๑ รายการข้อมูล** | A๑ = จำนวนประชาชนไทยอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ไม่รู้ว่าเป็นเบาหวาน ได้รับการคัดกรองเบาหวานตามเกณฑ์A๒ = จำนวนประชาชนไทยอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตตามมาตรฐาน |
| **๓.๒ นิยาม** | การคัดกรองเบาหวานตามเกณฑ์ หมายถึง การคัดกรองเบาหวานด้วยวาจา และตรวจน้ำตาลในเลือดเมื่อมีความเสี่ยงตั้งแต่ ๑ ข้อขึ้นไป พร้อมแจ้งผลโอกาสเสี่ยง และแนวทางการปฏิบัติตนตามสถานะความเสี่ยง ทั้งนี้ให้นับข้อมูล รวม ผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงตั้งแต่ ๑ ข้อขึ้นไปและไม่ได้รับการตรวจเลือดด้วย |
| **๓.๓ วิธีรายงาน** | จากรายงาน ๔๓ แฟ้ม  |
|  **๓.๔ แหล่งข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้รายงานส่ง สนย. |
| **๔.กลุ่มเป้าหมาย** |
| **๔.๑ รายการข้อมูล** | B๑ = จำนวนประชาชนไทยอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมดB ๒= จำนวนประชาชนไทยอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด  |
| **๔.๒ นิยาม** |  |
| **๔.๓ วิธีการรายงาน** | จากรายงาน ๔๓ แฟ้ม  |
| **๔.๔ แหล่งข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้รายงานส่ง สนย. |
| **๕.การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)** รหัส = A๑ X ๑๐๐ , A๒ X ๑๐๐ B๑ B๒ |
| **๖.เกณฑ์การให้คะแนน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **คะแนน** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ผลงาน(ร้อยละ)** | **๘๕** | **๘๗.๕** | **๙๐** | **๙๒.๕** | **๙๕** |

**ผ่านเกณฑ์ = ระดับ ๓ ขึ้นไป** |
| **๗. ผู้ประสานงานตัวชี้วัด****ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง****หน่วยงาน:** สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค**โทร โทรสาร มือถือ****e-mail address :** |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI template)**

**งานบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับพื้นฐาน(Basic PP services)**

**ตัวชี้วัดที่ ๘๑ : ร้อยละของผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตเท่ากับ ๙๐**

|  |  |
| --- | --- |
| **๑.ชื่อตัวชี้วัด** | **ร้อยละของผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตเท่ากับ ๙๐** |
| **๒.เกณฑ์** | **ร้อยละ ๙๐** |
|  **๓.ผลงาน** |
| **๓.๑ รายการข้อมูล** |  A = จำนวนผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting plasma glucose /Fasting capillary glucose) และวัดความดันโลหิต อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง |
| **๓.๒ นิยาม** |  |
| **๓.๓ วิธีรายงาน** | จากรายงาน ๔๓ แฟ้ม  |
|  **๓.๔ แหล่งข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้รายงานส่ง สนย. |
| **๔.กลุ่มเป้าหมาย** |
| **๔.๑ รายการข้อมูล** | B – จำนวนผู้สูงอายุ(อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป)ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ   |
| **๔.๒ นิยาม** |  |
| **๔.๓ วิธีการรายงาน** | จากรายงาน ๔๓ แฟ้ม  |
| **๔.๔ แหล่งข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้รายงานส่ง สนย. |
| **๕.การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)** รหัส = A X ๑๐๐  B |
| **๖.เกณฑ์การให้คะแนน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **คะแนน** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ผลงาน(ร้อยละ)** | **๘๕** | **๘๗.๕** | **๙๐** | **๙๒.๕** | **๙๕** |

**ผ่านเกณฑ์ = ระดับ ๓ ขึ้นไป** |
| **๗. ผู้ประสานงานตัวชี้วัด****ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง****หน่วยงาน:** สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค**โทร โทรสาร มือถือ****e-mail address :** |

**รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI template**)

**ตัวชี้วัดที่ ๔๕ : ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐**

|  |  |
| --- | --- |
| **๑.ชื่อตัวชี้วัด** | ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ |
| **๒.เกณฑ์** | **ร้อยละ** ๗๐ |
|  **๓.ผลงาน** |
| **๓.๑ รายการข้อมูล** | A = จำนวนสถานบริการสาธารณสุขที่มีคลินิก NCD คุณภาพ   |
| **๓.๒ นิยาม** | คลินิก NCD คุณภาพ หมายถึง คลินิกหรือศูนย์ที่บริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการจัดการโรคเรื้อรัง ตามเกณฑ์ ๕ กระบวนการหลักได้แก่๑.มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ๒.มีระบบสารสนเทศ๓.มีการปรับระบบบริการ๔.มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ๕.เชื่อมโยงชุมชน  และศักยภาพการดำเนินงานตามระดับของสถานบริการ ดังเอกสารแนบ |
| **๓.๓ วิธีรายงาน** | รายงานเป็นรายไตรมาส ตามระบบ E – Inspection |
|  **๓.๔ แหล่งข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้รายงานผ่านระบบ E – Inspection  |
| **๔.กลุ่มเป้าหมาย** |
| **๔.๑ รายการข้อมูล** | B = จำนวนสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัด |
| **๔.๒ นิยาม** |  |
| **๔.๓ วิธีการรายงาน** | รายงานเป็นรายไตรมาส ตามระบบ E – Inspection |
| **๔.๔ แหล่งข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้รายงานผ่านระบบ E – Inspection  |
| **๕.การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)** รหัส = A X ๑๐๐B |
| **๖.เกณฑ์การให้คะแนน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **คะแนน** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ผลงาน(ร้อยละ)** | **๖๐** | **๖๕** | **๗๐** | **๗๕** | **๘๐** |

**ผ่านเกณฑ์ = ระดับ ๓ ขึ้นไป** |
| **๗. ผู้ประสานงานตัวชี้วัด****ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง****หน่วยงาน:** สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค**โทร โทรสาร มือถือ****e-mail address :** |

 **คลินิกNCD คุณภาพ**

คลินิก NCD คุณภาพ หมายถึง คลินิกหรือศูนย์ที่บริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการจัดการโรคเรื้อรัง ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| กระบวนการหลัก | เกณฑ์ | รพศ(A) | รพท(S) | รพท(M1) | รพช.แม่ข่าย(M2) | รพช.(F1) | รพช.(F2) | รพช(F3) | ศศม/รพ.สต |
| ๑.มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ  | ๑.มีแนวทางปฏิบัติที่จังหวัด/คณะกรรมการด้านโรคเรื้อรังจัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ | + | + | + | + | + | + | + | + |
| ๒.มีแนวทางการรับ-ส่งต่อ-การให้คำปรึกษาระหว่างสถานบริการ | + | + | + | + | + | + | + | + |
| ๓.มีเครือข่ายดูแลโรคเรื้อรัง | + | + | + | + | + | + | + | + |
| ๔.สนับสนุนการให้บริการกับสถานบริการในเครือข่าย | + | + | + | + | + | + | + | - |
| ๕. มีDM / HT C.ase Manager เพื่อรับผิดชอบการบริหารจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง | + | + | + | + | + | + | + | + |
|  ๖.Chronic Case Conference / KM. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค | + | + | + | + | + | + | + | + |
| ๗. มีนักจัดการสุขภาพประจำครอบครัว (นสค.) | - | - | - | - | - | - | - | + |
| ๒.มีระบบสารสนเทศ | ๑.มีระบบสารสนเทศและข้อมูลที่ data center ของจังหวัด และมีการติดตามกิจกรรม และผลลัพธ์ | + | + | + | + | + | + | + | + |
| ๒.มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์นำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงงาน | + | + | + | + | + | + | + | + |
| ๓.มีการปรับระบบบริการ | ๑.ตรวจคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ตามพื้นที่รับผิดชอบ | + | + | + | + | + | + | + | + |
| ๒.ดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติที่จังหวัด/คณะกรรมการด้านโรคเรื้อรังจัดทำขึ้น | + | + | + | + | + | + | + | +ในรายที่ควบคุมFPG/BP ได้ |
| ๓.คัดกรองภาวะแทรกซ้อน | + | + | + | + | + | + | + | -/+ |
| ๔.ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน | + | + | + | + | + | - | - | - |
| ๕.ติดตามเยี่ยมบ้าน  ๕.๑ให้สุขศึกษา และกระตุ้นให้ไปรับบริการต่อเนื่อง | + | + | + | + | + | + | + | + |
|  ๕.๒ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เน้นทักษะการดูแลตนเองและไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพ | + | + | + | + | + | - | - | - |
| ๖. กิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือพิการ | + | + | + | + | + | + | + | + |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| กระบวนการหลัก | เกณฑ์ | รพศ(A) | รพท(S) | รพท(M1) | รพช.แม่ข่าย(M2) | รพช.(F1) | รพช.(F2) | รพช(F3) | ศศม/รพ.สต |
| ๔.มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง  | ๑.แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และบุคคลในครอบครัว | + | + | + | + | + | + | + | + |
| ๒.แนะนำการใช้ยาและการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน | + | + | + | + | + | + | + | + |
| ๓.กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเอง | + | + | + | + | + | + | + | -/+ |
| ๕.เชื่อมโยงชุมชน  | ๑. สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องและ/หรือจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมเพื่อสุขภาพในชุมชน | + | + | + | + | + | + | + | + |
| ๒.ส่งเสริม สนับสนุนการดูแล ติดตามความดันโลหิตด้วยตนเอง หรือโดย อสม.ในผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง | + | + | + | + | + | + | + | + |
| ๓.สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของกลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน | + | + | + | + | + | + | + | + |

หมายเหตุ ๑. เครื่องหมาย + หมายถึงจัดให้มีบริการ แต่ยังไม่ได้ให้น้ำหนักของการจัดกิจกรรม

 ๒. สามารถประยุกต์/บูรณาการ ใช้ได้กับการดำเนินงานโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้