

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๑.ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)

๒.หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓.ค่าเป้าหมาย : ๕ ขั้นตอน

๔.คำอธิบายตัวชี้วัด / คำนิยาม :

๔.๑ ระดับความสำเร็จ หมายถึง การดำเนินงานเกี่ยวกับการดำเนินงาน คลินิก NCD คุณภาพ เป็นระดับความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเป็นเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ

๔.๒ หน่วยงาน หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๔.๓ คลินิก NCD คุณภาพ หมายถึง คลินิกในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการ และดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุม และดูแลจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแก่ บุคคลที่เข้ารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มป่วย เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถจัดการตนเอง และส่งต่อ การรักษาดูแลที่จำเป็น

๕.เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดการดำเนินงานเป็น ๓ ส่วน คืองานบริการใน Clinic NCD และ ผลลัพธ์การดำเนินงานและผลการประเมินมาตรฐาน Clinic NCD ดังนี้

๕.๑ การให้บริการคลินิก Clinic NCD ร้อยละ ๓๐

๕.๒ ผลลัพธ์การดำเนินงาน NCD คุณภาพ ร้อยละ ๕๐

๕.๓ ผลการประเมินมาตรฐาน Clinic NCD ร้อยละ ๒๐

๖.แนวทางการประเมิน/รายละเอียดการดำเนินงาน :

	ร้อยละของคะแนนความสำเร็จ									
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐
ร้อยละ	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

๗.แนวทางการประเมิน/รายละเอียดการดำเนินงาน

๗.๑ ผลการประเมินการให้บริการคลินิกใน Clinic NCD ร้อยละ ๓๐

ลำดับ	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	หลักฐาน
๑.	มีการจัดตั้งคลินิก NCD แยกเฉพาะและ กำหนดวันให้ชัดเจน มีห้องให้บริการชัดเจน	๕ คะแนน	คลินิกให้บริการ
๒.	มีแผนปฏิบัติการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสถานบริการสาธารณสุข	๕ คะแนน	แผนปฏิบัติงานคลินิกและนอกสถาน บริการเป็น Gantt Chart
๓.	บุคลากรได้รับการฟื้นฟู/ประชุมเกี่ยวกับโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง	๕ คะแนน	หนังสือเชิญประชุม ๑ ครั้ง = ๒ คะแนน ๒ ครั้ง = ๔ คะแนน ๓ ครั้ง = ๕ คะแนน
๔.	มีเวทีประชาคมและคืนข้อมูลโรคไม่ติดต่อใน พื้นที่ พร้อมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาทางงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๕ คะแนน	บันทึกการประชุม และผลการ วิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการ แก้ไขปัญหา

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ลำดับ	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	หลักฐาน
๕.	๕.๑ มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการรายบุคคลและแยกรายกลุ่มครบถ้วน ๕.๑.๑ ทะเบียนคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ๕.๑.๒ ทะเบียนการดูแลรักษา ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ๕.๑.๓ ทะเบียนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ๕.๑.๔ ทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ๕.๑.๕ ทะเบียนกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ ๕.๒ มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากทะเบียนเพื่อใช้ประโยชน์ทางคลินิกทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม	๑๕ คะแนน	เอกสารทะเบียน ๑ ทะเบียน = ๑ คะแนน ๒ ทะเบียน = ๒ คะแนน ๓ ทะเบียน = ๓ คะแนน ๔ ทะเบียน = ๔ คะแนน ๕ ทะเบียน = ๕ คะแนน มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากทะเบียน = ๑๐ คะแนน
๖.	มีการส่งข้อมูลใน Chronic Link สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง	๑๐ คะแนน	ผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๑๐๐ = ๑๐ คะแนน ร้อยละ ๙๐ - ๙๙.๙๙ = ๘ คะแนน ร้อยละ ๘๐ - ๘๙.๙๙ = ๖ คะแนน ร้อยละ ๗๐ - ๗๙.๙๙ = ๔ คะแนน น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐ = ๒ คะแนน
๗.	มีการส่งต่อผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาที่ถูกต้องและส่งกลับเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง	๕ คะแนน	ทะเบียนการส่งต่อ
๘.	มีทะเบียนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี กรณีที่มีปัญหาและยากต่อการจัดการ และทะเบียนปรึกษาขอคำแนะนำกับแพทย์ที่เกี่ยวข้อง	๑๐ คะแนน	ทะเบียนการจัดการรายกรณี=๕ คะแนน ทะเบียนปรึกษาขอคำแนะนำกับแพทย์ที่เกี่ยวข้อง = ๕ คะแนน
๙.	มีแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและดำเนินการตามผลตัวชี้วัดได้สำเร็จ	๒๐ คะแนน	มีแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง = ๑๐ คะแนน การดำเนินงานได้ผลสำเร็จตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ในโครงการ = ๑๐ คะแนน

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ลำดับ	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	หลักฐาน
๑๐.	รายงานผลการดำเนินงาน/ปัญหาและอุปสรรค พร้อมแนวทางการแก้ไขปัญหาตามตัวชี้วัดรายไตรมาส วันที่ ๒๕ ธ.ค. ๖๕ วันที่ ๒๕ มี.ค. ๖๖ วันที่ ๒๕ มิ.ย. ๖๖ วันที่ ๒๕ ก.ย. ๖๖	๒๐ คะแนน	รายงานผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๑๐๐ = ๒๐ คะแนน ร้อยละ ๗๕ = ๑๕ คะแนน ร้อยละ ๕๐ = ๑๐ คะแนน ร้อยละ ๒๕ = ๕ คะแนน
รวมคะแนน		๑๐๐ คะแนน	

๖.๒ ผลลัพธ์การพัฒนา NCD คุณภาพ (ร้อยละ ๕๐)

ข้อ	รายการ	เป้าหมาย	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน					ร้อยละ	คะแนน
				๑	๒	๓	๔	๕		
๑	ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	≥ ๙๐	๗	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐		
๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์	≥ ๖๐	๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐		
๓	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	≥ ๗๐	๕	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐		
๔	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL	๖เดือน ≥ ๓๐	๕	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕		
		๑๒เดือน ≥ ๖๕								
๕	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา	๖เดือน ≥ ๓๐	๕	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐		
		๑๒เดือน ≥ ๖๐		๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐		
๖	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	๖เดือน ≥ ๓๐	๕	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐		
		๑๒เดือน ≥ ๖๐		๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐		
๗	ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	≥ ๙๐	๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐		
๘	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ ๗๐	๗	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐		
๙	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และได้รับการตรวจติดตามและรักษาที่เหมาะสม	≥ ๙๐	๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐		
๑๐	ร้อยละของประชากรที่อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	≥ ๙๐	๗	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐		
๑๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	๖เดือน ≥ ๓๐	๕	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐		
		๑๒เดือน ≥ ๖๐		๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ข้อ	รายการ	เป้าหมาย	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน					ร้อยละ	คะแนน
				๑	๒	๓	๔	๕		
๑๒	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการตรวจติดตาม	≥ 50	๖	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐		
๑๓	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ 90	๗	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐		
๑๔	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและหรือความดันโลหิตที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	≥ 80	๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐		
๑๕	ร้อยละของผู้ที่มีค่าความดันโลหิต (SBP) ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือ (DBP) ≥ 110 มม.ปรอท จากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิต	≥ 50	๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐		
๑๖	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	๖เดือน ≥ 45	๕	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕		
		๑๒เดือน ≥ 90		๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐		
๑๗	ร้อยละของแบบสอบถามโรคผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ได้รับการสอบสวนโรคแล้ว	≥ 50	๖	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐		
๑๘	ร้อยละของแบบสอบถามโรคผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ได้รับการสอบสวนโรคแล้ว	≥ 50	๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐		
รวม		๑๐๐								

๖.๓ ผลการประเมินมาตรฐาน NCD คุณภาพ Plus ร้อยละ ๒๐ (ประเมิน คณะกรรมการระดับอำเภอ)

ข้อ	องค์ประกอบ	น้ำหนัก	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
๑	มีทิศทางและนโยบาย	๖	๓๐		
๒	ระบบสารสนเทศ	๙	๔๕		
๓	ปรับระบบและกระบวนการบริการ	๑๒	๖๐		
๔	มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	๘	๔๐		
๕	มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการป้องกันและจัดการโรค)	๕	๒๕		
๖	มีการจัดบริการที่เชื่อมโยงชุมชน	๑๐	๕๐		
รวม		๕๐	๒๕๐		

๗.แหล่งข้อมูล : ๑.เอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ปฏิบัติงาน

๒.ระบบงาน HDC / ระบบคลังข้อมูล HT/DM

๓.คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๓

๘.ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวซากินะห์ ดอเลาะ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๗๓ - ๒๘๓๕๐๒ E-mail : sakeenahdoloh1990@gmail.com