

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สูตร
1	หัวใจ	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด (ที่ไม่ต้องแก้ไขภาวะใดๆก่อนได้รับยาละลายลิ่มเลือด)และผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่จำหน่ายตามการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ว่าเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ทั้งหมด ไม่รวมถึงผู้ป่วย STEMI ที่มีข้อห้ามในการให้ยา fibrinolytic ผู้ป่วยที่สงสัย stent thrombosis ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการรักษาด้วย fibrinolytic
2	หัวใจ	ระยะเวลาถึงโรงพยาบาลจนถึงได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle time)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที	-
3	หัวใจ	ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10	A = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด $(A/B) \times 100$
4	สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-trauma<12%)	น้อยกว่าร้อยละ 12	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(Triage Level 1) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงที่ Admit จากER B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(Triage Level 1)ทั้งหมด $(A/B) \times 100$
5	สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	มากกว่าร้อยละ 60	A = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 ที่มีข้อบ่งชี้ในการเข้าผ่าตัดฉุกเฉิน สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที B = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level 1 มีข้อบ่งชี้ในการเข้าผ่าตัดฉุกเฉิน ทั้งหมด $(A/B) \times 100$
6	สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	อัตราการตายของผู้ป่วย ที่มีค่าโอกาสรอดชีวิต (PS score) >0.75	อัตราการตายของผู้ป่วย ที่มีค่าโอกาสรอดชีวิต (PS score) > 0.75 น้อยกว่า 1%	A : จำนวนผู้ป่วย PS score 0.75-1 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกระดับ B : จำนวนผู้ป่วย PS score 0.75-1 ในโรงพยาบาลทุกระดับ $(A/B) \times 100$
7	สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	อัตราการทำ Root cause analysis ในผู้ป่วยเสียชีวิต ที่PS score > 0.75	อัตราการทำ Root cause analysis ในผู้ป่วยเสียชีวิต ที่ (PS score >0.75 ไม่ต่ำกว่า 100%	C: จำนวนผู้ป่วย PS score 0.75-1 ที่เสียชีวิตและได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ D: จำนวนผู้ป่วย PS score 0.75-1 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทุกระดับ $(C/D) \times 100$
8	สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บ severe TBI	น้อยกว่าร้อยละ 45	A : จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจาก severe TBI ตาม ICD รหัส S06.1-S06.9 และใส่ท่อช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.0,96.04,96.05) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure96.7)หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD 10 R40.243) B : จำนวนผู้ป่วย severe TBI ทั้งหมด ตาม ICD รหัส S06.1-S06.9 และใส่ท่อช่วยหายใจ (ICD 9 procedure 96.0,96.04,96.05) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD 9 procedure96.7)หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD 10 R40.243) $(A/B) \times 100$

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	สูตร
9	สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	อัตราของผู้ป่วย Triage level 1,2 ที่มีข้อบ่งชี้การ Admit ได้รับการ admit ภายใน 2 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1	ร้อยละ 60	A : จำนวนผู้ป่วย Triage level 1,2 ที่มีข้อบ่งชี้การ Admit ได้รับการ admit ภายใน 2 ชั่วโมง B : จำนวนผู้ป่วย Triage level 1,2 ที่ Admit ทั้งหมด (A/B) x 100
10	สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A S M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A S M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20	A : จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A S M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ B : จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A S M1 ทั้งหมด (A/B) x 100
11	สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	A: จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ B : จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปทั้งหมด (A/B) x 100
12	สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ 80	A = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ A ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ B = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ A ทั้งหมด (A/B) x 100
13	สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง	ร้อยละ 5	A = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ปีงบประมาณ 2562 B = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ปีงบประมาณ 2563 (A-B) x 100/A
14	สาขาศัลยกรรม (ODS)	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20	A : จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis) หมายเหตุ : หักผลการตามรายละเอียดแนบท้าย B : จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis) หมายเหตุ : รายละเอียดโรคตามรายละเอียดแนบท้าย สูตรคำนวณ (A/B) x 100

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	สูตร
15	สาขาโรคติดเชื้อ (Sepsis) และ Pneumonia	อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล < ร้อยละ 24ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis < ร้อยละ 48ในกลุ่มผู้ป่วยhospital-acquired sepsis	A=จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z51.5) B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับ รวมผู้ป่วยpalliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ตีขึ้น C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับ รวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge sta-tus) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ตีขึ้น D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complica-tion) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A+C) / D x 100
16	สาขาออร์โธปิดิกส์	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับM1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับM1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ	A=จำนวนโรงพยาบาล M1,S,A ที่มีทีม Refracture Prevention B=จำนวนโรงพยาบาล M1,S,A สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X 100
17	สาขาออร์โธปิดิกส์	การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (Early surgery) นับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล	การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (Early surgery) > ร้อยละ 30 นับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้า รักษาในโรงพยาบาล	C=จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 72 ชั่วโมง D=จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 72 ชั่วโมง สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (C/D) X 100
18	สาขาออร์โธปิดิกส์	Rate Refracture (ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีโรงพยาบาลนั้น ทำโครงการมาแล้ว 1 ปี)	Rate Refracture < ร้อยละ 25 (ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้น ทำโครงการ มาแล้ว 1 ปี)	E =จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่มีกระดูกหักซ้ำ F=จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ในระยะเวลา 1 ปี สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (E/F) X 100

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	สูตร
19	สาขาออร์โธปิดิกส์	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้รับการดูแลรักษาใน รพ.ระดับ	ร้อยละ 70 ใน รพ.ระดับ M1 – F3 กระดูกหักไม่ซับซ้อน หมายถึง ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ได้รับการวินิจฉัย (Principle Dx) เป็นกระดูกหักในตำแหน่งที่กำหนด ในครั้งแรกของการดูแลรักษา (first visit) ดังนี้ 1. Close Clavicle (S4200) 2. Close Distal phalanx of finger & thumb (S6250 , S6260, S6270) 3. Close Distal phalanx of toe & big toe (S9240 , S9250) 4. Close Distal end of radius (S5250) 5. Close Distal end of ulna (S5280) การดูแลรักษา หมายถึง ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนด้วยการ ผ่าตัด, ใส่เฝือก ฯลฯ	A = จำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนในตำแหน่งที่กำหนด ตาม ICD10 ข้างต้น ในครั้งแรกของการดูแลรักษา (first visit) ที่มารับบริการตรวจในโรงพยาบาล ทั้งที่ Admit และไม่ Admit B = จำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนในตำแหน่งที่กำหนด ตาม ICD10 ข้างต้น ที่มีการส่งต่อ (A-B) / A x 100
20	สาขาออร์โธปิดิกส์	ร้อยละของผู้ป่วย Open long bone fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมงในโรงพยาบาล A, S, M1 (ที่มีแพทย์ orthopedic)	มากกว่าร้อยละ 25 ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น open long bone fracture ใน กลุ่ม ICD10 1. open fracture of humerus S4221 S4231 S4241 2. open fracture of forearm S5201 S5211 S5221 S5231 S5241 S5251 S5261 S5271 S5281 S5291 3. open fracture of femur S7201 S7211 S7221	A = จำนวนผู้ป่วย open long bone fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมง ตาม ICD 10 ข้างต้น B = จำนวนผู้ป่วย open long bone fracture ที่ได้รับการวินิจฉัย ตาม ICD 10 ข้างต้น ทั้งหมด (A/B) x 100
21	สาขาบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ	ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะสมองตาย ยินยอมบริจาคอวัยวะ และได้ผ่าตัดนำ อวัยวะออก (Organ retrieval)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.9	A = จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะสมองตาย ยินยอมบริจาคอวัยวะ และได้ผ่าตัดนำอวัยวะออก (Organ retrieval) B = จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมดจากทุกสาเหตุ สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X 100
22	สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care)	ร้อยละผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการจัดการอาการหายใจหอบเหนื่อย ซึ่งมีอาการหายใจหอบเหนื่อยลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 50% ภายใน 24-48 ชั่วโมง	มากกว่าร้อยละ 60	A = จำนวนผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการจัดการอาการหายใจหอบเหนื่อย ซึ่งอาการหายใจหอบเหนื่อยลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 50% ภายใน 24-48 ชั่วโมง B = จำนวนผู้ป่วย Palliative care ทั้งหมดที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย (เฉพาะจำนวนที่มีอาการ) สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	สูตร
23	สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง (Palliative care)	ร้อยละผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการจัดการอาการปวด ซึ่งมี อาการปวดลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 50% ภายใน 24-48 ชั่วโมง	มากกว่าร้อยละ 60	A = จำนวนผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการจัดการอาการปวด ซึ่งอาการปวดลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 50% ภายใน 24-48 ชั่วโมง B = จำนวนผู้ป่วย Palliative care ทั้งหมดที่มีอาการปวด (เฉพาะจำนวนที่มีอาการ) สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$
24	สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง (Palliative care)	ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care รายใหม่ในแต่ละเดือน ที่มีค่า PPS น้อยกว่า 50 ได้รับการเยี่ยมภายใน 7 วัน (รวมทุกกลุ่มโรค)	มากกว่าร้อยละ 80	A = จำนวนผู้ป่วย Palliative care รายใหม่ในแต่ละเดือน ที่มีค่า PPS น้อยกว่า 50 ได้รับการเยี่ยมภายใน 7 วัน (รวมทุกกลุ่มโรค) B = จำนวนผู้ป่วย Palliative care รายใหม่ในแต่ละเดือน ที่มีค่า PPS น้อยกว่า 50 สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$
25	สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง (Palliative care)	ร้อยละผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่ไม่เป็นไปตาม Advance care plan	น้อยกว่าร้อยละ 5	A = จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่ไม่เป็นไปตาม Advance care plan (ที่เคยได้รับการปรึกษาทีม Palliative care) B = ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการทบทวน Advance care plan (ที่ได้รับการปรึกษาทีม Palliative care) สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$
26	สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง (Palliative care)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)	ร้อยละ 100	A = จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จ ตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ทุกแห่งในเขตบริการสุขภาพที่ 8 สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$
27	สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง (Palliative care)	ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีกิจกรรม family Meetingและมีการทำ Advance Care Planning(ACP) ร่วมกับ ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นลายลักษณ์อักษร	ร้อยละ 40	A=จำนวนผู้ป่วย palliative care ที่ได้รับการทำ family Meetingและมีการทำ Advance Care Planning(ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและ ครอบครัวเป็นลายลักษณ์อักษร B=จำนวนผู้ป่วย Palliative care ทั้งหมดที่ได้รับการทำ family Meetingและมีการทำ Advance Care Planning(ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว $(A/B) \times 100$

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สูตร
28	สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care)	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองและได้รับการเยี่ยมบ้าน	ร้อยละ 40	A=จำนวนผู้ป่วย palliative care ที่มีการปวดและอาการต่างๆ ได้รับการจัดการอาการด้วย Strong Opioid Medication ที่บ้านและได้รับการเยี่ยมบ้าน B=จำนวนผู้ป่วย Palliative care ทั้งหมดที่มีการปวดและอาการต่างๆ ได้รับการจัดการอาการด้วย Strong Opioid Medication ที่บ้าน (A/B) x 100
29	สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care)	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ 40	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid Medication ตั้งข้อมูลจากฐานข้อมูลการจ่ายยา Strong Opioid ของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจากศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ตั้งข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ (ICD-10 รหัส C00-C96, E03, I50, I60-I69, J44, B54, CKD และ
30	สาขาแม่และเด็ก	ร้อยละทารกตายจากสาเหตุ Birth asphyxia ลดลง	ลดลงจากฐานข้อมูลเดิม 50%	A=จำนวนทารกตายปริกำเนิดจากสาเหตุภาวะขาดออกซิเจน (Birth asphyxia) ในช่วงเวลาที่กำหนด วินิจฉัยโรค ICD10 PM รหัส P21 B=จำนวนทารกตายปริกำเนิดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100,000
31	สาขาแม่และเด็ก	การคลอดก่อนกำหนดลดลง	ลดลงจากฐานข้อมูลเดิม 10%	A = จำนวนทารกแรกเกิด ที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ในช่วงเวลาที่กำหนด B = จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมด ที่เกิดในช่วงเวลาเดียวกัน สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100,000
32	สาขาแม่และเด็ก	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน	A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด B = จำนวนการเกิดมีชีวิตทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100,000
33	สาขากัญชาทางการแพทย์	จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่อง	อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	A =จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่องในเขตสุขภาพ
34	สาขาทารกแรกเกิด	อัตราการตายทารกแรกเกิด	น้อยกว่า 3.7 พันการเกิดมีชีวิต	A = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิตน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าเท่ากับ 500 กรัม ขึ้นไป ที่เสียชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน B = จำนวนเด็กเกิดมีชีวิตที่มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัม สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X 1000
35	สาขาทารกแรกเกิด	อัตราตายทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม	น้อยกว่า 50	A = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิตน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,000 กรัม ที่เสียชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน B = จำนวนเด็กเกิดมีชีวิตที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X 100

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สูตร
36	สาขาทารกแรกเกิด	อัตราตายทารกน้ำหนัก 1,000 -1,499 กรัม	น้อยกว่า 10	A = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักแรกเกิด 1,000-1,499 กรัม ที่เสียชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน B = จำนวนเด็กเกิดมีชีพที่มีน้ำหนัก 1,000 -1,499 กรัม สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X 100
37	สาขาทารกแรกเกิด	อัตราตายทารกน้ำหนัก 1,500 -2,499 กรัม	น้อยกว่า 2	A = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักแรกเกิด 1,500 -2,499 กรัม ที่เสียชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน B = จำนวนเด็กเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักแรกเกิด 1,500 -2,499 สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X 100
38	สาขาทารกแรกเกิด	อัตราตายทารกน้ำหนักมากกว่าเท่ากับ 2,500 กรัม	น้อยกว่า 2	A = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักแรกเกิด มากกว่าเท่ากับ 2,500 กรัม ที่เสียชีวิตอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน B = จำนวนเด็กเกิดมีชีพที่มีน้ำหนัก มากกว่าเท่ากับ 2,500 กรัม สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X 100
39	สาขา Stroke	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	น้อยกว่าร้อยละ 7	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke :I60-I69) สูตรคำนวณ (A/B) x 100
40	สาขา Stroke	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62)	น้อยกว่าร้อยละ 25	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60 - I62) จากทุกหอผู้ป่วย B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Hemorrhagic Stroke :I60-I62) สูตรคำนวณ (A/B) x 100
41	สาขา Stroke	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63)	น้อยกว่าร้อยละ 5	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63) จากทุกหอผู้ป่วย B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke :I63) สูตรคำนวณ (A/B) x 100
42	สาขา Stroke	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาทีตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER) B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน
43	สาขา Stroke	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	มากกว่าหรือเท่ากับ 50	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน สูตรคำนวณ (A/B) x 100

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	สูตร
44	สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไปในตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยการตรวจอัลตราซาวด์ ในประชาชน อายุ 40 ปีขึ้นไป	ร้อยละ 100	สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$ A = ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี โดยการตรวจอัลตราซาวด์ B = ประชาชนอายุ 40 ปี ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย
45	สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไปในตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละของการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระ ในประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป	ร้อยละ 100	สูตรคำนวณตัวชี้วัด = $(A/B) \times 100$ A = ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจอุจจาระ B = ประชาชนอายุ 15 ปี ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย
46	สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 19.5	A=จำนวนผู้รับบริการ(ครั้ง)ที่ได้รับการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A-Y)หรือแพทย์แผนไทย (รหัสขึ้นต้นด้วย U ยกเว้น U77 หรือ U77X) B=จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลัก ขึ้นต้นด้วย U50-U76 และ U78-U79 การจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 การให้หัตถการ (900-79-00 ถึง 900-79-99) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่รวมรหัส Z สูตรคำนวณ $(B/A) \times 100$
47	สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน	ร้อยละการส่งจ่ายยาสมุนไพร	มากกว่าร้อยละ 6	A=จำนวนการจ่ายยาสมุนไพรทุกสิทธิ (รายการ) B=จำนวน Drug_opd ทั้งหมด $(A/B) \times 100$
48	สาขา COPD & Asthma	อัตราการการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อายุ 40 ปีขึ้นไป)	<100ครั้ง/ร้อยผู้ป่วย COPD	A= จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วยการการเจ็บป่วยของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และได้รับยากกลุ่ม systemic corticosteroid (รหัสยา 24 หลักของ Dexamethasone : 10138000000680310181506, รหัสยา 24 หลักของhydrocortisone: 101382263001171110281166) และหรือยาปฏิชีวนะ โดยนับเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (PDx = J44.0, J44.1) หน่วยเป็นครั้ง B = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (PDx = J44) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา รวมกับจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในปีปัจจุบันหน่วยเป็นคน สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$
49	สาขา COPD & Asthma	อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน	> 80%	A = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44) อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง ได้รับการประเมินและติดตามครบ 4 ประเด็น หน่วยเป็นคน B = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44) อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง หน่วยเป็นคน สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สูตร
50	สาขา COPD & Asthma	ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามข้อบ่งชี้	100%	A = จำนวนผู้ป่วย COPD (J44) ที่ขึ้นทะเบียนในระบบบริการสุขภาพทุกระดับในเขตบริการสุขภาพที่ 8 และได้รับ Flu Vaccine B = จำนวนผู้ป่วย COPD (J44) ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในระบบบริการสุขภาพทุกระดับในเขตบริการสุขภาพที่ 8
51	สาขา COPD & Asthma	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดได้รับยา inhaled steroid	≥80%	A = จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับ ยา inhaled corticosteroid (HN) วิธีการดึงข้อมูล - ดึงข้อมูลผู้ป่วย (HN)โรคหืด จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น J45.0-J45.9, J46 ทุก diag type - นับตาม HN ในรอบการดึงข้อมูล B = จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดทั้งหมด (HN) วิธีการดึงข้อมูล - ดึงข้อมูลผู้ป่วย (HN)โรคหืด จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น J45.0-J45.9, J46 ทุก diag type และมียา ยา inhaled corticosteroid จากแฟ้ม Drug_OPD สูตรการคำนวณ (A/B) x 100
52	สาขา COPD & Asthma	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามข้อบ่งชี้	> 80%	A = จำนวนผู้ป่วย Asthma (J45) อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง และได้รับ Flu Vaccine ตามข้อบ่งชี้ B = จำนวนผู้ป่วย Asthma (J45) อายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง เขตบริการสุขภาพที่ 8 สูตรการคำนวณ (A/B) x 100
53	สาขา COPD & Asthma	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดเด็ก อายุ < 15 ปี ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามข้อบ่งชี้	> 80%	A = จำนวนผู้ป่วย Asthma (J45) อายุ < 15 ปี ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง และได้รับ Flu Vaccine ตามข้อบ่งชี้ B = จำนวนผู้ป่วย Asthma (J45) อายุ < 15 ปี ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง เขตบริการสุขภาพที่ 8 สูตรการคำนวณ (A/B) x 100
54	สาขา COPD & Asthma	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหืดอายุ 15 ปีขึ้นไป	< 4%	A = จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล ด้วยการกำเริบเฉียบพลันของโรคหืด (principle diagnosis เป็น J46) อายุ 15 ปี ขึ้นไป หน่วยเป็นครั้ง B = จำนวนผู้ป่วยโรคหืด (J45) อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในปีงบประมาณที่ผ่านมา รวมกับจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในปีปัจจุบัน หน่วยเป็นคน
55	สาขา COPD & Asthma	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหืดเด็ก อายุ <15 ปี	< 3%	A = จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล ด้วยการกำเริบเฉียบพลันของโรคหืดเด็ก อายุ <15 ปี (principle diagnosis เป็น J46) หน่วยเป็นครั้ง B = จำนวนผู้ป่วยโรคหืด (J45)เด็ก อายุ <15 ปี ในปีงบประมาณที่ผ่านมา รวมกับจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในปีปัจจุบัน หน่วยเป็นคน สูตรการคำนวณ (A/B) x 100

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	สูตร
56	สาขาไต (CKD)	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr	ร้อยละ 66	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5 B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) × 100
57	สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD)	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง	ผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมาร้อยละ 5	A : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10 – E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน B : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10 – E14) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา [(B - A)/B] × 100
58	สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD)	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 1.95	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา สูตรคำนวณ (A/B) × 100
59	สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD)	อัตราการตายโรคเบาหวานลดลง	ร้อยละ 2.5	A : อัตราตายผู้ป่วยเบาหวานปีที่ผ่านมา B : อัตราตายผู้ป่วยเบาหวานปีปัจจุบัน สูตรคำนวณ [(B - A)/B] × 100
60	สาขาการใช้อย่างสมเหตุผล และการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (RDU-AMR)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)	RDU ขั้นที่ 2 50% RDU ขั้นที่ 3 20%	A1 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 2 , A2 = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ขั้น 3 B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด สูตรคำนวณ RDU: 1. (A1/B) × 100 และ 2. (A2/B) × 100
61	สาขาการใช้อย่างสมเหตุผล และการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (RDU-AMR)	ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน	RDU Community อย่างน้อยจังหวัดละ 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับ 3	

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	สูตร
62	สาขาการใช้อย่างสมเหตุผล และการจัดการการต่อต้าน จุลชีพ (RDU-AMR)	ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการต่อต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	รพ.ระดับ A,S,M1 ทุกแห่งมีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับIntermediate	
63	สาขาการใช้อย่างสมเหตุผล และการจัดการการต่อต้าน จุลชีพ (RDU-AMR)	ร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง	การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ลดลง 7.5 % จากปี ปฏิทิน 61	C = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate D = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 จำนวน 121 แห่ง E = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปฏิทิน 61 F = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปัจจุบัน AMR: 1. (C/D) × 100 และ 2. (F-E) × 100 / E
64	สาขาทา	ร้อยละของผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดใน30วัน	ร้อยละ 85	A = จำนวนผู้ป่วยทุกสิทธิ์ ที่วินิจฉัยตาต้อกระจกชนิดบอด รหัส ICD-10 H25-H289 ตามด้วย โรคร่วม รหัส H540 ,H544 ที่ได้รับการผ่าตัด ใน30วัน (ราย) B = จำนวนผู้ป่วยทุกสิทธิ์ที่ได้รับการคัดกรอง/วินิจฉัยตาต้อกระจก ชนิดบอด และออก VISA ผ่าตัดต้อกระจก มารับบริการที่โรงพยาบาล และขึ้นทะเบียนผ่าตัดทั้งหมด(ราย) สูตรคำนวณ (A/B)*100)
65	สาขามะเร็ง	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็ง เต้านม	ลดผู้ป่วยมะเร็งเต้านม Stage 3,4 โดยวัดจาก 1. วัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่มีการ ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ต่อปี 2. วัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการ การตรวจคัดกรองโดยบุคลากร สาธารณสุข (CBE) อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ต่อปี	A(BSE) = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE A(CBE) = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE B(BSE) = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE B(CBE) = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (A(BSE)/B(BSE)) × 100 (A(CBE)/ B(CBE)) × 100
66	สาขามะเร็ง	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	A(Cx) = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก B(Cx) = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (A(Cx)/B(Cx)) × 100

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สูตร
67	สาขามะเร็ง	ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเลือดในอุจจาระ) 2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการส่องกล้องดูลำไส้ (Colonoscopy)	$A(1) = \text{จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธี FIT test}$ $A(2) = \text{จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการทำ Colonoscopy}$ $B(1) = \text{จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในเขตบริการสุขภาพ}$ $B(2) = \text{จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive)}$ สูตรการคำนวณตัวชี้วัด $(A(1)/B(1)) \times 100$ $(A(2)/B(2)) \times 100$
68	สาขามะเร็ง	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน 2 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 80	$A = \text{จำนวนผู้ป่วยที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือเซลล์ มีการรายงานผลจากพยาธิแพทย์}$ ≤ 2 สัปดาห์ (Report date) $B = \text{จำนวนผู้ป่วยที่ส่งอ่านผลชิ้นเนื้อหรือเซลล์ เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งทั้งหมดในปี}$ สูตรการคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$
69	สาขามะเร็ง	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	ลดลงร้อยละ 10	$A = \text{จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2560}$ $B = \text{จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี 2561}$ สูตรการคำนวณตัวชี้วัด $(A-B)/A \times 100$
70	สาขามะเร็ง	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 80	$A(S) = \text{จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา}$ ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A(C) = \text{จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับ การรักษาด้วยเคมีบำบัด} \leq 6$ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
71	สาขา Intermediate Care (IMC)	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	เป้าหมายร้อยละ 75	$A = \text{โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบ ผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ตามภาคผนวก 1 และ 2}$ ภาคผนวก 2 เกณฑ์การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ IPD (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F ภาคผนวก 3 IPD care protocol ที่ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol (short stay) $B = \text{โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมดในจังหวัด}$ สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$
72	สาขา Intermediate Care (IMC)	เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 2	เป้าหมายร้อยละ 60	$A = \text{ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20}$ $B = \text{ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment}$ สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สูตร
73	สาขาสุขาพช่องปาก	ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Broad	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	A : จำนวนอำเภอที่จัดบริการสุขาพช่องปากสุขาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ครบทั้ง ๒ องค์ประกอบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต./ศสม. ที่มีในเขตอำเภอ B : จำนวนอำเภอทั้งหมดในพื้นที่ สูตรคำนวณ (A/B) x 100
74	สาขาสุขาพช่องปาก	อัตราการให้บริการสุขาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	A : จำนวนคนใหม่ที่ได้รับบริการสุขาพช่องปากในรอบปี(คนต่อสถานบริการ) จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->การเข้าถึงบริการ ->ทันตกรรม (บริการ) ->1.ผู้ป่วยนอกที่รับบริการทางทันตกรรม รวมทุกสิทธิ์ (คนต่อสถานบริการ) สูตรคำนวณ (A/B) x 100
75	สาขาสุขาพช่องปาก	เด็กปฐมวัย (3ปี) มีปัญหาฟันน้ำนมผุ ไม่เกินร้อยละ 46	ไม่เกินร้อยละ 46	A=จำนวนเด็กอายุ 3 ปีมีฟันน้ำนมผุ B=จำนวนเด็กอายุ 3 ปีที่ได้รับการตรวจช่องปาก สูตรคำนวณ (A/B) x 100
76	สาขาสุขาพช่องปาก	เด็ก 12 ปี มีปัญหาฟันแท้ผุ ไม่เกินร้อยละ 47	ไม่เกินร้อยละ 47	A=จำนวนเด็กอายุ 12 ปีมีฟันผุ B=จำนวนเด็กอายุ 12 ปีที่ได้รับการตรวจช่องปาก สูตรคำนวณ (A/B) x 100
77	สาขาสุขาพช่องปาก	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavityfree)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	A=จำนวนเด็กกลุ่มอายุ12ปีที่ปราศจากฟันผุ (caries free) B=จำนวนเด็กกลุ่มอายุ12ปี ที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน C= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด สูตรคำนวณ ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ12ปีฟันดีไม่มีผุ= (A+B)/C x100
78	สาขาสุขาพจิตและจิตเวช	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6.3ต่อแสนประชากร	A : จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จของปี 2563 B : จำนวนประชากรกลางปี 2562 สูตรคำนวณ (A/B) x 100,000
79	สาขาสุขาพจิตและจิตเวช	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขาพจิต	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 68	A : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552สะสมจนถึงปีงบประมาณ 2563 B : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณการจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ สูตรคำนวณ (A/B) x 100
80	สาขายาเสพติด	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	ร้อยละ 50	A = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย B = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT(เนื่องจาก เป็นการดูแลต่อเนื่อง ไม่มีการจำหน่าย) สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	สูตร
81	สาขายาเสพติด	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ 60	A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงที่ได้รับการประเมิน การบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT(เนื่องจากการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย) สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100
82	RTI	จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 20 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 20 ต่อประชากรแสนคน	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด(เสียชีวิตจุดเกิดเหตุ/ระหว่างนำส่ง/ER/นอนรักษาดิตตามครบ30วัน) ปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562) B = จำนวนประชากรกลางปี 2561 สูตรคำนวณ (A/B) X 100,000
83	วัยเรียน/วัยรุ่น	เด็กวัยเรียนโรคอ้วน อ้วนอันตรายได้รับการคัดกรองและการส่งต่อ	ร้อยละ 80	A = จำนวนเด็กวัยเรียนโรคอ้วน อ้วนอันตรายได้รับการ ส่งต่อดูแล B = จำนวนเด็กวัยเรียนโรคอ้วน อ้วนอันตราย ภาวะอ้วน >+3 S.D. ทั้งหมด สูตรการคำนวณตัวชี้วัด เด็กวัยเรียนโรคอ้วน อ้วนอันตรายได้รับการคัดกรองและการส่งต่อ = (A / B) x 100
84	สาขา Thalassemia	1. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีค่าferritin น้อยกว่า 1000 2. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีค่าferritin = 1000-2500 3. ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีค่าferritin มากกว่า 2500 .	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	A = จำนวนผู้ป่วย Thalassemia(TDT)ที่ได้รับเลือดทั้งหมด (ที่ไม่ต้องแก้ไขภาวะใดๆก่อนได้รับเลือด)และผู้ป่วยที่ได้รับยาขับเหล็ก B = ผลการตรวจเลือดferritin, Hemoglobinผู้ป่วย Thalassemia(TDT)ที่จำหน่ายตามการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ว่ามีค่า ferritinเท่าใดตลอดการรักษามาตามช่วงเวลาที่กำหนด สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X 100
85	สาขา Thalassemia	ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีHemoglobin มากกว่า 9 g/dL.	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	A = จำนวนผู้ป่วย Thalassemia(TDT)ที่ได้รับเลือดทั้งหมด (ที่ไม่ต้องแก้ไขภาวะใดๆก่อนได้รับเลือด) B = ผลการตรวจเลือด Hemoglobinผู้ป่วย Thalassemia(TDT)ที่จำหน่ายตามการวินิจฉัยโรคหลัก (Principle diagnosis) ว่ามีค่าเท่าใดตลอดการรักษามาตามช่วงเวลาที่กำหนด สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X 100
86	สาขา Thalassemia	ร้อยละผู้ป่วย Thalassemia มีน้ำหนัก/ส่วนสูงตามเกณฑ์	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	A = จำนวนผู้ป่วย Thalassemia(TDT)ที่ได้รับเลือดทั้งหมด วัคน้ำหนัก ส่วนสูงของแต่ละคน B = ผู้ป่วย Thalassemia(TDT)ที่ได้รับเลือดทั้งหมด ว่ามีน้ำหนัก ส่วนสูงเท่าใดตลอดการรักษามาตามช่วงเวลาที่กำหนด ของแต่ละคน(ตามเกณฑ์มาตรฐานเด็กไทย) สูตรการคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X 100

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สูตร
87	สาขาพัฒนาการเด็ก	เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ ทุกวัย	ร้อยละ 100	A = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ B = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง (Type 1) และ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (Type 3) ทั้งหมด สูตรการคำนวณ (A/B) x 100
88	สาขาพัฒนาการเด็ก	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25)	ร้อยละ 25	C = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าทั้งหมด D = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน สูตรการคำนวณ (C/D) x 100
89	สาขาพัฒนาการเด็ก	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นซ้ำภายใน 30 วัน (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)	ร้อยละ 90	E = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และพบสงสัยล่าช้าที่ได้รับการติดตามประเมินซ้ำภายใน 30 วัน F = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าทั้งหมด สูตรการคำนวณ (E/F) x 100
90	สาขาพัฒนาการเด็ก	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)	ร้อยละ 70	G = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นครบ 30 วัน แล้วประเมินซ้ำยังพบพัฒนาการล่าช้า และสงสัยล่าช้าส่งต่อทันที ที่ได้รับการแก้ไขพัฒนาการด้วยคู่มือTEDA4I ครบ 3 เดือน H = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้น สูตรการคำนวณ (G/H) x 100
91	สาขา Hospital Accreditation (HA)	ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลระดับ A/S ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการรับรองขึ้น 3 ตามมาตรฐาน HA		100 A = จำนวนโรงพยาบาล (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ผ่าน การประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) (สรพ.) B = จำนวนโรงพยาบาล (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่เปิดให้บริการทั้งหมดในจังหวัด สูตรคำนวณ (A x 100)/B
92	สาขา Hospital Accreditation (HA)	ร้อยละ 90 ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการรับรองขึ้น 3 ตามมาตรฐาน HA		90 A = จำนวนโรงพยาบาล (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ผ่าน การประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) (สรพ.)
93	สาขา GREEN & CLEAN Hospita	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมากขึ้นไปไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	A1 คือ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินมาตรฐาน GCH ระดับดีมาก B1 คือ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด สูตรคำนวณ (A/B) x 100
94	สาขา GREEN & CLEAN Hospita	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก Plus ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	A2 คือ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินมาตรฐาน GCH ระดับดีมาก Plus B2 คือ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด สูตรคำนวณ (A/B) x 100

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	สูตร
95	สาขา GREEN & CLEAN Hospita	มีชุมชนต้นแบบด้านสิ่งแวดล้อมเข้มแข็งไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (GCH)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	A1 คือ จำนวนตำบล (หมู่บ้าน/ชุมชน) ที่ประเมินชุมชนต้นแบบผ่านระดับชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืน B1 คือ จำนวนตำบล (หมู่บ้าน/ชุมชน) ทั้งหมด สูตรคำนวณ (A/B) x 100
96	สาขาคู่มือครองผู้บริโภคดีด้านสุขภาพและอาหารปลอดภัย	ร้อยละ 85 ของผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 85	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผักและผลไม้สด, ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมาย อาหารสดกลุ่มเสี่ยงการปลอมปนสารฟอร์มาลิน ที่ได้รับการตรวจสอบโดยชุดทดสอบอย่างง่ายหรือตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการมีความปลอดภัย B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผักและผลไม้สด, ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมาย อาหารสดกลุ่มเสี่ยงการปลอมปนสารฟอร์มาลิน ที่ได้รับการตรวจสอบทั้งหมด โดยชุดทดสอบอย่างง่ายหรือตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ สูตรคำนวณ (A/B) x 100
97	สาขาคู่มือครองผู้บริโภคดีด้านสุขภาพและอาหารปลอดภัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดผ่านเกณฑ์ระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด		
98	สาขา เครือข่ายภาคประชาชน	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 70)	ร้อยละ 70	A : จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี B : จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี = (A/B) X 100
99	สาขา Long term care	ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภท 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	ร้อยละ 85	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภท 4 ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนได้รับการติดตามเยี่ยมภายใน 2 สัปดาห์ B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และเตียงประเภท 4 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนทั้งหมด
100	สาขา Long term care	ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3	ไม่เกินร้อยละ 20	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ออกเยี่ยมบ้าน และผู้ป่วยที่ค้นพบในชุมชน เกิดภาวะแทรกซ้อนจากสาเหตุที่ป้องกันได้จนต้องได้รับการรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ออกเยี่ยมบ้าน และผู้ป่วยที่ค้นพบในชุมชนไปทั้งหมด สูตรคำนวณ
101	สาขา Long term care	ร้อยละการเปลี่ยนประเภทเตียงในผู้ระยะยาวจากประเภทเตียง 3 เป็นเตียง 2 และเตียง 1 ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และออกเยี่ยมบ้าน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๐	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 ทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย (Barthel's Index = 0-4 คะแนน) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และค้นพบในชุมชนเปลี่ยนจากเตียงประเภทที่ 3 เป็นประเภทเตียง 2 และเตียง 1 B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 2 ทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย (Barthel's Index = 0 – 4 คะแนน) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนทั้งหมด

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	สูตร
102	สาขา TB & HIV	อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 85	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562-30 กันยายน 2563) $\text{คำนวณจากสูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ $A = \text{จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562-30 กันยายน 2563)}$
103	สาขาโรคไข้เลือดออก	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง ร้อยละ 20 จากค่ามัธยฐาน 5 ปี	อัตราป่วย ลดลง ร้อยละ 16 ของค่ามัธยฐาน 5 ปี	$\frac{(\text{อัตราป่วยปี 2560} - \text{ค่ามัธยฐาน 5 ปี}) \times 100}{\text{ค่ามัธยฐาน 5 ปี}}$
104	สาขาโรคไข้เลือดออก	อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออก ลดลง ร้อยละ 20 จากค่าเฉลี่ย 5 ปี	ลดลง ร้อยละ 20	$\frac{\text{จำนวนผู้ตายโรคไข้เลือดออก}}{\text{จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกทั้งหมด}} \times 100$
105	สาขาโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ 80 ของหมู่บ้าน/ชุมชน มีค่า HI ≤ 10	ร้อยละ 80 ของหมู่บ้าน/ชุมชน/โรงพยาบาล/วัด/โรงเรียน/สถานที่อื่นๆ ที่ถูกสุ่มประเมิน	$\frac{\text{ค่า HI} \times \text{จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีค่า HI} \leq 10}{\text{จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ได้รับการสุ่มประเมิน}} \times 100$
106	สาขาโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาล/วัด/โรงเรียน/สถานที่อื่นๆมีค่า CI = 0	ร้อยละ 80 ของหมู่บ้าน/ชุมชน/โรงพยาบาล/วัด/โรงเรียน/สถานที่อื่นๆ ที่ถูกสุ่มประเมิน	$\frac{\text{ค่า CI} \times \text{จำนวนโรงพยาบาล/วัด/โรงเรียนที่มีค่า CI} = 0}{\text{จำนวนโรงพยาบาล/วัด/โรงเรียนที่ได้รับการสุ่มประเมิน}} \times 100$
107	สาขาโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีการติดตามวิเคราะห์ ประเมิน และตรวจจับการระบาดของโรคติดต่อโดยยุ่งลาย โดยใช้ข้อมูลเฝ้าระวัง 5 มิติ	จังหวัดมีการติดตามวิเคราะห์ ประเมิน และตรวจจับการระบาดของโรคติดต่อ โดยยุ่งลาย โดยใช้ข้อมูลเฝ้าระวัง 5 มิติ	

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	สูตร
108	สาขาโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ 80 ของอำเภอที่มีภาคีเครือข่ายมีการนำกระบวนการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานมาใช้ป้องกันและควบคุมยุงลาย	ร้อยละ 80	1. อำเภอมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามแนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานในระดับตำบล คิดเป็น $\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ตำบลเสี่ยงสูงที่ได้รับการประเมิน} \times 100}{\text{จำนวนตำบลเสี่ยงสูงทั้งหมด}}$ 2. ตำบลมีการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามแนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (คะแนนเต็ม 8 คะแนน จากการประเมินตามกรอบแนวทางฯ ภาคผนวกที่ 2) $\text{คะแนน} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนของตำบลเสี่ยงสูงทั้งหมดที่อำเภอประเมิน}}{\text{จำนวนอำเภอเสี่ยงสูงทั้งหมดที่ดำเนินการ}}$ คะแนนรวมของตัวชี้วัด (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) $= \text{คะแนนข้อ 1} + \text{คะแนนข้อ 2}$
109	สาขาโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยไข้เลือดออก ได้รับการควบคุมและสอบสวนโรคครบถ้วน ทันเวลาและลงพิกัดสำเร็จ	ร้อยละ 100	ความครบถ้วน = $\frac{\text{จำนวนครั้งในการควบคุมสอบสวนโรค} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด}}$ ความทันเวลา = $\frac{\text{จำนวนรายที่ลงควบคุมภายใน 30 ชั่วโมง} \times 100}{\text{จำนวนรายที่ลงควบคุมทั้งหมด}}$
110	สาขาโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ 50 ของประชาชนความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ 50	คิดเป็นร้อยละของคะแนนรวมทั้ง 6 ด้าน คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ร้อยละ 50 ขึ้นไป ได้ 5 คะแนน คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ร้อยละ 40 – 49 ได้ 4 คะแนน
111	สาขาสุขาภาพพระภิกษุสงฆ์	ร้อยละของพระสงฆ์ไทยอายุ 25 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.	มากกว่าร้อยละ 80	A = พระสงฆ์ที่มีความเสี่ยง หมายถึง พระสงฆ์ไทยอายุ 25 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. เป็นเวลา 6 เดือน B = พระสงฆ์กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง จำนวนพระสงฆ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. เขต 8 อุดรธานี แยกรายจังหวัด $(A/B) \times 100$
112	สาขา คลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (SMC)	โรงพยาบาลที่เปิดคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (SMC) 70% ของ รพศ./รพท. ในเขตสุขภาพที่ 8	ร้อยละ 70	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 8 รายการข้อมูล 2 B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 8 ที่เปิดให้บริการ SMC สูตรการคำนวณ $(B \times 100)/A$

ตัวชี้วัด Service Plan เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563

ลำดับ	สาขา	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สูตร
113	สาขาวัยทำงาน	ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน กลุ่มเป้าหมาย อายุ 15-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9 กก./ตรม.)	เพิ่มขึ้นจากปี 2562 ร้อยละ 5	A = จำนวนประชากรวัยทำงานกลุ่มเป้าหมาย มีดัชนีมวลกายปกติเพิ่มขึ้น B = จำนวนประชากรวัยทำงานกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด สูตรคำนวณ $A/B \times 100$
114	สาขาผู้สูงอายุ	ระดับความสำเร็จของสูงอายุได้รับการคัดกรอง พบกลุ่มเสี่ยงหกล้ม และสมองเสื่อม ได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพ และการส่งต่อ	ร้อยละ 60 ขึ้นไป	A = จำนวนองค์ประกอบที่ดำเนินการสำเร็จ (จำนวน 1 – 5) B = จำนวนองค์ประกอบตามเกณฑ์เป้าหมายทั้งหมด 5 ข้อ สูตรคำนวณ $A/B \times 100$
115	สาขาผู้สูงอายุ	ระดับความสำเร็จของสูงอายุได้รับการคัดกรอง พบกลุ่มเสี่ยงหกล้ม และสมองเสื่อม ได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพ และการส่งต่อ	ร้อยละ 100	
116	สาขาผู้สูงอายุ	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ 80	A คือผู้สูงอายุพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan B คือจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิงทั้งหมด สูตรคำนวณ $(A/B) \times 100$