



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา

๑๔๙ หมู่ ๓ ซ.อุตสาหกรรมสุรนารี ต.หนองบัวศาลา อ.เมืองนครราชสีมา จ.นครราชสีมา ๓๐๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๔๔-๒๔๘๘๗๐-๔ โทรสาร ๐๔๔-๒๔๘๘๗๕

ที่ สปสช. ๙.๓๔/ ๑, ๑๓๕๖

๒๖ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งแนวทางการดำเนินงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับ
เขตหรือจังหวัด (PPA) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๙,
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการดำเนินงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน ๑ ฉบับ
ที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด (PPA) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรงบประมาณบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน
โรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด (PPA) จำนวน ๔ บาทต่อคน เพื่อเร่งรัดการเข้าถึงบริการหรือแก้ไข
ปัญหาระดับพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด (PPA) โดยการดำเนินงานการจัดบริการให้คำนึงถึง การเพิ่มการเข้าถึง
บริการของประชาชนไทยทุกกลุ่ม ผ่านกลไกคณะทำงานฯต่างๆ และบูรณาการทุกภาคส่วน ภายใต้ประกาศ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตบริการของบริการสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๖๕ นั้น

เพื่อให้การบริหารจัดการค่าบริการดังกล่าว เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา ขอแจ้งแนวทางการดำเนินงานบริการสร้างเสริม
สุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด (PPA) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ให้ท่านทราบ
ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา ขอให้ท่านดำเนินการแจ้งไปยังหน่วยบริการ
ในสังกัดของท่านทราบ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป จักเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาววิตรี วิชญโยธิน)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา

กลุ่มจังหวัด

โทร : ๐๔๔-๒๔๘๘-๘๗๐-๔

โทรสาร : ๐๔๔-๒๔๘๘-๘๗๕

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : charin.k@nhso.go.th

ผู้รับผิดชอบ : พ.อ.อ.ชรินทร์ ขวัญเกิด มือถือ : ๐๙๐-๑๙๗-๕๑๙๘

แนวทางการบริหารงบประมาณบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ ระดับเขต ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

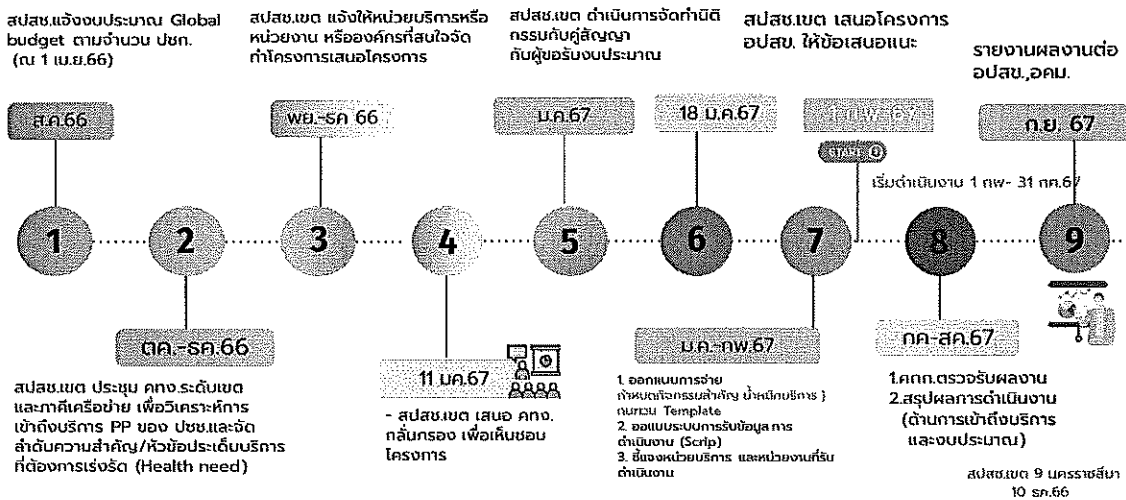
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๕ หมวด ๑๒ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ข้อ ๘๕ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่เป็น ปัญหาพื้นที่ ระดับเขตพื้นที่หรือจังหวัด จำนวนเกิน ๔ บาทต่อคน จ่ายตามโครงการบริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการ ตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหพื้นที่ระดับเขตพื้นที่หรือจังหวัด ตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้ประเภท และขอบเขตบริการสาธารณสุข ทั้งนี้การดำเนินงาน จัดบริการให้คำนึงถึงบริการของประชาชน สิทธิหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช กำหนด ข้อ ๘๕.๒ ให้ สปสช. เขต จัดให้มีกลไกการอนุมัติ กำกับ ติดตามประเมินผล การดำเนินงาน ของทุกโครงการให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ตามเป้าหมายและการใช้จ่ายงบประมาณ ตามที่กำหนดโดย ให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในระดับเขตพื้นที่

กรอบการบริหารจัดการค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ใช้ไปพลางก่อน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖) งบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ ระดับเขตหรือจังหวัด (๔ บาท/คน) เป็นการบริหาร Global budget ระดับเขต สปสช.เขต ๙ ได้รับจัดสรร ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน ๒๓,๗๔๙,๙๗๖ บาท

กรอบระยะเวลา ในการดำเนินงาน PPA ปี 2567 สปสช.เขต 9

ก.บ. งบอุดหนุนดำเนินงาน ปี 2567 (CI สปสช.) 4 สค.66



๑. แนวทางการดำเนินงานและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

แนวทางการดำเนินงาน และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อจัดหาบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ รายละเอียดดังนี้

๑.๑ คณะทำงานฯหรือกลไกการมีส่วนร่วมเพื่อบริหารจัดการ กำหนดแนวทางการจัดสรรงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (PPA) ซึ่งประกอบด้วย การพิจารณา กลั่นกรองโครงการ การกำหนดรูปแบบวิธีการจ่าย ค่าเป้าหมายผลงาน เกณฑ์การให้คะแนน (Point) และ สัดส่วนงบประมาณที่จะจัดสรรให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพผลงานบริการที่เกิน เป้าหมายตามแนวทางที่กำหนด

๑.๒ รูปแบบวิธีการจ่ายงบประมาณ แบ่งเป็น ๒ รูปแบบ ได้แก่

(๑) เหม่าจ่ายต่อประชากรที่กำหนดในโครงการ ซึ่งเป็นการดำเนินการในพื้นที่ ที่เป็นปัญหาตาม บริบทพื้นที่

(๒) จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ แบบเน้นคุณค่า (Value Based Payment : VBP) โดย มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์บริการตามเป้าหมายที่กำหนด โดยจ่ายให้แก่หน่วยบริการ/หน่วยงานที่มีการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดผลงานบริการ ที่มีการกำหนดค่าเป้าหมายร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ/หน่วยงาน และสปสช.เขต

๑.๓ เป็นจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้วงเงิน ระดับเขต (Global budget)

๑.๔ การจ่ายเงิน จะจ่ายเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการประจำ (CUP)และหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย

(๑) เหม่าจ่ายต่อประชากรที่กำหนดในโครงการ จ่ายแบ่งจ่ายเป็น ๓ งวด ในสัดส่วน ๕๐:๓๐:๒๐

(๒) จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ แบบเน้นคุณค่า (Value Based Payment : VBP) โดยจ่ายงวดเดียว ภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๗

๑.๕ ใช้ข้อมูลตามผลงานบริการจากข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC) และโปรแกรมบันทึกผลงานที่ สปสช.เขต จัดทำขึ้น ตามวันที่รับบริการตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ ถึง ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗ โดยหน่วยบริการ จะต้องดำเนินการส่งข้อมูล ภายในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๗

๑.๖ ระบบการรับข้อมูลสำหรับการจ่ายและการรายงานผลงาน ดำเนินการพัฒนาโดยทีมสารสนเทศของ สปสช.เขต ๙ นครราชสีมา ได้รับการสนับสนุนข้อมูลเชิงวิชาการ ได้แก่ แบบฟอร์มรายงาน รายละเอียดตัวชี้วัด ที่จะวัดผลภาพรวมรายโครงการ(Template KPI) จากเขตสุขภาพที่ ๙ ศูนย์อนามัยที่ ๙ สำนักงานป้องกันและ ควบคุมโรคทั่วไปที่ ๙ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์

๑.๗ เกณฑ์การจ่าย

คณะทำงานพัฒนาการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขต ๙ นครราชสีมา ได้ประชุม ในวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๗ เพื่อกลั่นกรองโครงการและกำหนดรูปแบบวิธีการจ่าย นำเสนอ อปสช. พิจารณา ในวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗ และ สปสช.ได้ประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อให้ความเห็นและ ข้อเสนอแนะในประเด็นต่างๆ และเสนอ อปสช. พิจารณา ในวันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๗ เพื่อให้ความเห็นและ ข้อเสนอแนะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- ๑) การจ่ายเหมาจ่ายต่อประชากร ที่กำหนดในโครงการ จำนวน ๒ โครงการ
 เหมจ่ายตามกิจกรรมที่ให้บริการ เป็นรายบุคคลตามจำนวนกิจกรรมที่กำหนดในโครงการ
- (๑) โครงการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา
 เหมจ่าย ๕๐๐ บาทต่อคน โดยจัดกิจกรรมตามที่กำหนด ๒ ครั้ง (ก่อน-หลัง)
 - (๒) โครงการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM-based Family-mediated Preschool Parenting Program : Triple-P) จังหวัดชัยภูมิ
 เหมจ่าย ๖๐๐ บาทต่อคน โดยจัดกิจกรรมตามที่กำหนด ๒ ครั้ง (ก่อน-หลัง)
 - (๓) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดบุรีรัมย์
 เหมจ่าย ๕๐๐ บาทต่อคน โดยจัดกิจกรรมตามที่กำหนด ๒ ครั้ง (ก่อน-หลัง)
 - (๔) โครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ
 เขตนครชัยบุรินทร์
 เหมจ่าย ๕๐๐ บาทต่อคน โดยจัดกิจกรรมตามที่กำหนด ๒ ครั้ง (ก่อน-หลัง)
 - (๕) โครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ
 เขตสุขภาพที่ ๙
 เหมจ่าย ๕๐๐ บาทต่อคน โดยจัดกิจกรรมตามที่กำหนดในโครงการ
 - (๖) โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาส เขตสุขภาพที่ ๙
 เหมจ่าย ๔๐๐ บาทต่อคน โดยจัดกิจกรรมตามที่กำหนดในโครงการ

๒) จ่ายตามผลงานบริการที่กำหนด (การจ่ายแบบเน้นคุณค่า : Value Based Payment)

- (๑) จ่ายเป็นรายบุคคล
 - ที่ได้รับบริการตามกิจกรรม เช่น การตรวจคัดกรอง
 - ผลลัพธ์การให้บริการที่ผ่านเกณฑ์ เช่น ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ ๒,๕๐๐ กรัม จ่ายเฉพาะรายที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ ๒,๕๐๐ กรัม
- (๒) การคำนวณ กำหนด เป็น point system with global budget โดย
 - ๑ point มีค่าเท่ากับ จำนวนงบประมาณทั้งหมดหารด้วย คะแนนรวมทั้งหมด
- (๓) เกณฑ์การให้คะแนน นับเป็น Point ตามกิจกรรมและผลลัพธ์การให้บริการ ดังนี้
 - กลุ่มแม่และเด็ก จำนวน ๖ กิจกรรม ได้แก่
 - การคัดกรองหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๑๕-๔๙ ปี ที่มีโรคประจำตัว (chronic disease) ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงตามแบบคัดกรอง ๓ คำถาม ได้รับการปรึกษาในการวางแผนครอบครัว เพื่อส่ง Preconception care clinic เท่ากับ ๕๐ คะแนน
 - หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๑๕-๔๙ ปี ที่มีโรคประจำตัว (chronic disease) ที่มีความเสี่ยง ได้รับการคุมกำเนิด เท่ากับ ๓๐๐ คะแนน
 - หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ได้รับการดูแลโดยแพทย์ที่ High risk ANC clinic อย่างน้อย ๓ ครั้ง เท่ากับ ๒๕๐ คะแนน
 - ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้ำหนักตัว ๒,๕๐๐ กรัมขึ้นไป เท่ากับ ๕๐ คะแนน
 - ทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ ๒,๕๐๐ กรัม เท่ากับ ๑๕๐ คะแนน
 - เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการกระตุ้น และติดตามภายใน ๓๐ วัน เท่ากับ ๓๐๐ คะแนน

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน ๖ กิจกรรม

- กลุ่มผิดปกติโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ ได้รับการตรวจยืนยัน และมีผลตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย เท่ากับ ๒๐ คะแนน
- กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย ได้รับการลงทะเบียนในโรงเรียนเบาหวานวิทยา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะเวลา ๑๔ สัปดาห์ เท่ากับ ๑๐๐ คะแนน
- กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด และเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครบ ๖ ครั้ง เท่ากับ ๖๐๐ คะแนน
- กลุ่มเสี่ยง (BMI \geq ๒๓ ขึ้นไป) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา ๑๔ สัปดาห์) ผลลัพธ์ ดีขึ้น (\geq ๕%) เท่ากับ ๖๐๐ คะแนน
- กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย (HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา ๑๔ สัปดาห์) ผลลัพธ์ ดีขึ้น (\geq ๕%) เท่ากับ ๖๐๐ คะแนน
- กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย (DM) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา ๑๔ สัปดาห์) ผลลัพธ์ กลับเป็นกลุ่มปกติ เท่ากับ ๖๐๐ คะแนน

กลุ่มก่อนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ จำนวน ๔ กิจกรรม

- กลุ่มก่อนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ (อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป) ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ ๑๐ คะแนน
- ผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม พบความผิดปกติ ได้รับการดูแลและส่งต่อคลินิกสูงอายุใน รพ. หรือด้วยระบบการให้คำปรึกษาทางไกล และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการกระตุ้นฟื้นฟูสมองในชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อย ๓ ครั้ง เท่ากับ ๓๐๐ คะแนน
- กลุ่มก่อนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ (อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป) ได้รับการคัดกรองการพลัดตกหกล้ม เท่ากับ ๑๐ คะแนน
- ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองการพลัดตกหกล้ม พบความเสี่ยง ได้รับการดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ (นักกายภาพบำบัด) ในชุมชน และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการฟื้นฟู ในชมรมผู้สูงอายุหรือโดยทีมพลัดตกหกล้ม) อย่างน้อย ๓ ครั้ง เท่ากับ ๓๐๐ คะแนน

กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน ๔ กิจกรรม

- กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการก่อรุนแรงได้รับการคัดกรองและยืนยัน เมื่อเข้าเกณฑ์เป็นกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งประเมินยืนยันพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง (OAS) และจัดกลุ่ม (แยกสีเขียว เหลือง แดง) เท่ากับ ๑๐๐ คะแนน
- กลุ่มที่ได้รับการประเมินยืนยันเป็นกลุ่มเสี่ยงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบระดับความรุนแรงต่ำ ไม่พบพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS=๐ , สีเขียว) ได้รับการวินิจฉัยรักษาแบบ OPD (รพช.) และได้รับการติดตามเยี่ยมและบำบัดในชุมชน อย่างน้อย ๑ ครั้ง เท่ากับ ๓๐๐ คะแนน
- กลุ่มที่ได้รับการประเมินยืนยันเป็นกลุ่มเสี่ยงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบระดับความรุนแรงปานกลาง (OAS=๑ หรือ = ๒ , สีเหลือง) ได้รับการวินิจฉัยรักษาแบบ OPD หรือ IPD (รพช.) ภายใน ๑๕ วัน เท่ากับ ๓๐๐ คะแนน
- กลุ่มที่ได้รับการประเมินยืนยันเป็นกลุ่มเสี่ยงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบระดับความรุนแรงสูง (OAS \geq ๓,สีแดง) ได้รับการวินิจฉัย รักษาและส่งต่อ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง เท่ากับ ๓๐๐ คะแนน

๒. ตัวชี้วัดความสำเร็จภาพรวมการจ่ายตามผลงานบริการ

กลุ่มแม่และเด็ก

๑) ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๑๕-๔๙ ปี ที่มีโรคประจำตัว (chronic disease) ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงตามแบบคัดกรอง ได้รับการปรึกษาในการวางแผนครอบครัว เพื่อส่ง Preconception care clinic ร้อยละ ๕๐

๒) ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๑๕-๔๙ ปี ที่มีโรคประจำตัว (chronic disease) ที่มีความเสี่ยง ได้รับการคุมกำเนิดที่เหมาะสมที่ preconception care clinic ร้อยละ ๙๐

๓) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ได้รับการดูแลโดยแพทย์ที่ High risk ANC clinic อย่างน้อย ๓ ครั้ง ร้อยละ ๙๐

๔) ร้อยละทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ (ที่มีและไม่มีความเสี่ยง) ทุกอายุ มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ ๒,๕๐๐ กรัม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๓

๕) ร้อยละทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๕๐

๖) ร้อยละเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒,๖๐ เดือนในพื้นที่ ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๕

๗) ร้อยละเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒,๖๐ เดือนในพื้นที่ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒๐

๘) ร้อยละเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒,๖๐ เดือนในพื้นที่ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นและติดตามภายใน ๓๐ วัน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๕

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑) ร้อยละกลุ่มผิดปกติโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ ได้รับการตรวจยืนยัน และมีผลตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

๒) กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย ได้รับการลงทะเบียนในโรงเรียนเบาหวานวิทยา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะเวลา ๑๔ สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

๓) กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด และเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครบ ๖ ครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

๔) กลุ่มเสี่ยง (BMI \geq ๒๓ ขึ้นไป) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา ๑๔ สัปดาห์) ผลลัพธ์ ดีขึ้น (\geq ๕%) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

๕) กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย (HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา ๑๔ สัปดาห์) ผลลัพธ์ ดีขึ้น (\geq ๕%) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

๖) กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย (DM) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา ๑๔ สัปดาห์) ผลลัพธ์ กลับเป็นกลุ่มปกติ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

กลุ่มก่อนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ

๑) ร้อยละประชาชนกลุ่มก่อนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ (๕๐ ปีขึ้นไป) ให้ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐

๒) ร้อยละประชาชนกลุ่มก่อนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ (๕๐ ปีขึ้นไป) ให้ได้รับการคัดกรองพลาตัททก ลัม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐

๓) ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม พบความผิดปกติ ได้รับการดูแลและส่งต่อคลินิกสูงอายุใน รพ. หรือด้วยระบบการให้คำปรึกษาทางไกล และได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการกระตุ้นฟื้นฟูสมอง ในชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อย ๓ ครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐

๔) ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพลาตตกหกล้ม พบความเสี่ยง ได้รับการดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ ในชุมชน และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการฟื้นฟูในชมรมผู้สูงอายุหรือโดยทีมพลาตตกหกล้ม อย่างน้อย ๓ ครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐

กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

๑. ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการคัดกรองและประเมินตามเกณฑ์

๒. ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อรุนแรงระดับต่ำได้รับการติดตาม ดูแลในชุมชนและบำบัดตามเกณฑ์

๓. ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อรุนแรงระดับปานกลางได้รับการวินิจฉัย รักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าภายในระยะเวลาที่กำหนด

๔. ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อรุนแรงระดับสูงได้รับการได้รับการวินิจฉัย รักษาและส่งต่อ ภายในระยะเวลาที่กำหนด

๖. งบประมาณ

ใช้งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (PPA)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ที่ได้รับการจัดสรรบริหารเป็น Global Budget ระดับเขต จำนวน ๒๓,๗๔๔,๙๗๖ บาท แบ่งจ่ายเหมาจ่ายต่อประชากร ที่กำหนดในโครงการ จำนวน ๖ โครงการ และจ่ายตามผลงานแบบเน้นคุณค่า (Value Based Payment) จำนวน ๔ กลุ่ม ดังนี้

๑) การจ่ายเหมาจ่ายต่อประชากร ที่กำหนดในโครงการ

(๑) โครงการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน ๕๐,๐๐๐ บาท

(๒) โครงการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM-based Family-mediated Preschool Parenting Program : Triple-P) จังหวัดชัยภูมิ จำนวน ๖๐,๐๐๐ บาท

(๓) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน ๑๖๐,๐๐๐ บาท

(๔) โครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ เขตนครชัยบุรินทร์ จำนวน ๑,๓๐๐,๐๐๐ บาท

(๕) โครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ ๙ จำนวน ๗๕๐,๐๐๐ บาท

(๖) โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาส เขตสุขภาพที่ ๙ จำนวน ๔๔๐,๐๐๐ บาท

๒) จ่ายตามผลงานบริการที่กำหนด (การจ่ายแบบเน้นคุณค่า : Value Based Payment)

(๑) กลุ่มแม่และเด็ก จำนวน ๕,๐๐๐,๐๐๐ บาท

(๒) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน ๘,๕๓๙,๙๗๖ บาท

(๓) กลุ่มก่อนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ จำนวน ๖,๐๐๐,๐๐๐ บาท

(๔) กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน ๑,๒๕๐,๐๐๐ บาท

๗. การพิจารณากลับกรองโครงการ

มีคณะกรรมการพัฒนาการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขต ๙ นครราชสีมา กลับกรองโครงการ ตามแบบตรวจสอบ (Checklist)

รายการพิจารณา	ความสอดคล้อง		ข้อสังเกต/ข้อเสนอแนะ
	ใช่	ไม่ใช่	
1. ชื่อโครงการมีความเหมาะสม			
2. หลักการและเหตุผลมีข้อมูลยืนยันชัดเจน			
3. วัตถุประสงค์สอดคล้องกับหลักการและเหตุผล สามารถวัดผลได้จริง			
4. เป้าหมาย กำหนดผลผลิต/ผลลัพธ์ที่จะส่งมอบ มีหน่วยนับและค่าเป้าหมายชัดเจน			
5. ตัวชี้วัดสอดคล้องวัตถุประสงค์ ระบุเกณฑ์ชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ชัดเจนและเหมาะสม			
6. มีกลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมายสอดคล้องกับวัตถุประสงค์			
7. ระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการที่เหมาะสม			
8. วิเคราะห์งานของโครงการสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กิจกรรมมีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน และมีความเป็นไปได้ในการบรรลุเป้าหมาย			
9. งบประมาณมีความเหมาะสมกับโครงการ และเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ			
10. ระบุชื่อหน่วยงานรับผิดชอบและผู้ประสานงานโครงการชัดเจน			
11. ระบุประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับอย่างชัดเจน เหมาะสม			
12. กำหนดรูปแบบการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน			
13. หน่วยงาน/ผู้รับดำเนินการผ่านการประเมิน outsource			

๘. การจัดการข้อมูล

เพื่อการเบิกจ่าย และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน โดยแบ่งการจัดการข้อมูลเป็น ๒ ส่วน คือ

๑. จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อประชากรที่กำหนดในโครงการ ทาง สปสช.เขต ได้จัดทำโปรแกรมบันทึกข้อมูลให้กับ ผู้รับงบประมาณไปบันทึกผลงาน

๒. จ่ายตามผลงานที่กำหนด (การจ่ายแบบเน้นคุณค่า : Value Based Payment) โดยประสานทีมสารสนเทศระดับเขต จังหวัดและตัวแทนหน่วยบริการ ร่วมกันออกแบบเงื่อนไขการออกรายงาน และส่งข้อมูลตามรอบเวลาที่กำหนด

๙. การกำกับติดตาม

๗.๑ คณะทำงานพัฒนาการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขต ๙ นครราชสีมา กำกับติดตาม ผลการดำเนินงานเป็นระยะ วิเคราะห์ ตรวจสอบข้อมูล และคืนข้อมูล เพื่อให้หน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต ๙ นครราชสีมา คณะทำงาน ๕X๕ คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ เขต ๙ นครราชสีมา สสจ. สสอ.และ โรงพยาบาลแม่ข่าย พิจารณากำหนดมาตรการสนับสนุน ส่งเสริม กำกับและติดตาม และแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ต่อไป

๗.๒ สปสช.เขต ๙ นครราชสีมา รายงานผลการกำกับติดตาม ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานต่อที่ประชุม สำนักงานเขต อปสช./อคม. อย่างน้อยไตรมาส ๑ ครั้ง ทุกไตรมาส และจัดส่งแก่ สปสช.ส่วนกลาง เพื่อนำเสนอต่อคณะอนุกรรมการการพัฒนาบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๑๐. เอกสารแนบท้าย

รายละเอียดตัวชี้วัด (Template) การจ่ายแบบเน้นคุณค่า ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
กลุ่มก่อนวัยเกษียณและสูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

จัดทำโดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๙ นครราชสีมา

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑) ร้อยละกลุ่มผิดปกติโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ ได้รับการตรวจยืนยัน และมีผลตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

๒) กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย ได้รับการลงทะเบียนในโรงเรียนเบาหวานวิทยา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เวลา ๑๔ สัปดาห์) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

๓) กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด และเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครบ ๖ ครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

๔) กลุ่มเสี่ยง (BMI \geq ๒๓ ขึ้นไป) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา ๑๔ สัปดาห์) ผลลัพธ์ ดีขึ้น (\geq ๕%) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒๐

๕) กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย (HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา ๑๔ สัปดาห์) ผลลัพธ์ ดีขึ้น (\geq ๕%) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒๐

๖) กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย (DM) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา ๑๔ สัปดาห์) ผลลัพธ์ กลับเป็นกลุ่มปกติ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒๐

Template ที่เกี่ยวข้อง

ชื่อตัวชี้วัดที่ 1	๑) ร้อยละกลุ่มผิดปกติ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ ได้รับการตรวจยืนยัน และมีผลตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐
คำนิยาม	<p>1. ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการบริการสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดัน โรคเบาหวาน เช่น การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) การวัดความดันโลหิต (BP) การตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI)</p> <p>2. กลุ่มเสี่ยง สงสัยป่วย หมายถึง ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพโดยหมอคนที่ 1 หมายถึง หมอประจำบ้าน หรือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม) มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพ ลงบันทึกข้อมูลสุขภาพประชาชน เช่น ค่าน้ำหนัก ส่วนสูง การตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) การวัดความดันโลหิต (BP) เพื่อคัดกรอง เมื่อพบผิดปกติ ได้ส่งต่อเพื่อตรวจยืนยัน พร้อมยืนยันตัวตนการให้บริการ กับหน่วยบริการ</p> <p>โดยหมอคนที่ 2 หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิจารณาเป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย เสี่ยงโรคเบาหวาน</p> <p>โดยการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG : Fasting Capillary Blood Glucose) พบผิดปกติส่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 7-14 วัน ส่งหมอคนที่ 3 พบแพทย์ โดยใช้วิธีการตรวจยืนยันวินิจฉัย 2 วิธี ดังนี้</p> <p>1. กรณีอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง</p> <ol style="list-style-type: none">1) กลุ่มปกติ มีค่า $<$ 100 mg/dl2) กลุ่มเสี่ยง/สงสัยป่วย มีค่า 100 - 125 mg/dl3) กลุ่มป่วย มีค่า \geq 126 mg/dl4) ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ hypoglycemia <p>Level 1 : $<$ 70 mg/dl Level 2 : $<$ 54 mg/dl Level 3 : มีลักษณะที่รุนแรงโดยมีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางร่างกายหรือจิตใจที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน</p>

2. กรณีไม่อดอาหาร หรืออดอาหารไม่ครบ 8 ชั่วโมง กลุ่มปกติมีค่า ≤ 110 mg/dl
ที่มา : แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560

โดยหมอมคนที่ 3 หมายถึง แพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาล หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมาไกลโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน หากพบเป็นกลุ่มป่วยให้ขึ้นทะเบียนการรักษา

เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

โดยหมอมคนที่ 2 หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิจารณาได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน

โดยหมอมคนที่ 3 หมายถึง แพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาล หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

นิยาม ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง

ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP ≥ 140 มม.ปรอท แต่ ระดับ DBP < 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension หมายถึง ระดับ ความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์สูงผิดปกติ (SBP ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ (SBP < 135 มม.ปรอท และ DBP < 85 มม.ปรอท)

Masked hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล เป็น ปกติ (SBP < 140 มม.ปรอทและ DBP < 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้าน สูงผิดปกติ (SBP ≥ 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 85 มม.ปรอท)

Category	SBP (มม.ปรอท)		DBP (มม.ปรอท)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ/หรือ	80-84
High normal	130-139	และ/หรือ	85-89
Hypertension ระดับ 1	140-159	และ/หรือ	90-99
Hypertension ระดับ 2	160-179	และ/หรือ	100-109
Hypertension ระดับ 3	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140	และ	< 90

SBP = systolic blood pressure, DBP = diastolic blood pressure

เป็นกลุ่มค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ

โดยหมอมคนที 1 การตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI) โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคัดกรองพบผิดปกติ และส่งต่อเพื่อตรวจยืนยัน พร้อมยืนยันตัวตนการให้บริการ กับหน่วยบริการ

พิจารณา ดังนี้ การตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index)

ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5 - 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีสูตรการคำนวณดังนี้

$$\text{ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)} \times \text{ส่วนสูง (เมตร)}}$$

เกณฑ์การแบ่งระดับค่าดัชนีมวลกาย

≤ 18.5 ผอม น้ำหนักน้อยเกินไป

18.5 - 22.9 ปกติ

23.0 - 24.9 น้ำหนักเกิน

25.0 - 29.9 อ้วนระดับ 1

≥ 30 อ้วนระดับ 2

การวัดเส้นรอบเอว (WC : Waist Circumference)

เส้นรอบเอว น้อยกว่า $\frac{\text{ส่วนสูง (เซนติเมตร)}}{2}$

2

โดยหมอมคนที 2 หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิจารณา หรือ หมอมคนที 3 หมายถึง แพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาล หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยในกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายน้ำหนักเกิน และส่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการบริการสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดัน โรคเบาหวาน ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมหลักของ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจาก 43 แฟ้ม จากแฟ้ม NCD screen (คัดกรอง : โรคเบาหวาน รหัส Z131 โรคความดันโลหิตสูง รหัส Z136)
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการบริการสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI) การตรวจระดับ

	น้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) การวัดความดันโลหิต (BP) และมีผลการคัดกรองผิดปกติ ได้รับการตรวจยืนยันและผลตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัย (ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2567)
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการบริการสภาวะสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เช่น การตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) การวัดความดันโลหิต (BP) และมีผลการคัดกรองผิดปกติ ปีงบประมาณ 2567 (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566)
สูตรคำนวณ	สูตรการคำนวณ : (A/B) x 100
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ ประสานงาน	นายชินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร ออย่าเสียดย์ 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา
ชื่อตัวชี้วัดที่ 2	๒) กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ ได้รับการลงทะเบียนในโรงเรียนเบาหวานวิทยา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (หลักสูตร ๑๔ สัปดาห์) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐
คำนิยาม	<p>1.กลุ่มเสี่ยง สงสัยป่วย หมายถึง ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ ที่ได้รับการบริการคัดกรองสภาวะสุขภาพ ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เช่น การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) การตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI) การวัดความดันโลหิต (BP) พบความผิดปกติ และได้รับการตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยง สงสัยป่วย (ตามตัวชี้วัดข้อ ๑)</p> <p>2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Change Behavior) หมายถึง กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพตามหลักวิชาการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถพิจารณาและเข้าใจปัญหาของตนเองอย่างถ่องแท้ทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) และตัดสินใจจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน การมีกิจกรรมทางกาย ด้วยความพอใจ เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิต เป็นแนวทางที่ดีที่สุด สำหรับตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ส่งผลให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ลดภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการติดตามหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านโปรแกรมโรงเรียนเบาหวาน 14 สัปดาห์</p> <p>3. โรงเรียนเบาหวานวิทยา เป็นการเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ ในหลักแนวคิดเบาหวานในกระบวนการค้นคว้าใหม่ โดยโรงเรียนเบาหวานวิทยานั้น ต้องได้รับการรับรองจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น ๆ</p> <p>ประกอบด้วย 5 ฐาน ระยะเวลา 14 สัปดาห์ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การเรียนรู้ตนเอง/รับรู้ตนเอง การตรวจสุขภาพตนเองและการแปลผล BODY Composition ซึ่งจะทำให้รู้สุขภาพที่แท้จริงของตนเอง 2) การรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน โดยใช้หลักการคำนวณคาร์โบไฮเดรตที่เป็นสารอาหารกลุ่มแป้งและน้ำตาลซึ่งให้พลังงาน และวางแผนการกินต่อวัน 3) การออกแบบการปรับเปลี่ยนสุขภาพตนเอง โดยใช้หลักของอาหารพว่องแป้ง (Low Carb Diet) หรือการอดอาหารเป็นช่วงๆ (IF) 4) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม 5) การเลือกเป้าหมายที่ชอบและเหมาะสมกับตัวเอง โดยให้สัญญาใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
เกณฑ์ เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการบริการสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดัน โรคเบาหวาน ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมหลักของ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจาก 43 แฟ้ม จากแฟ้ม NCD screen การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รหัส Z713 โรคเบาหวาน รหัส R731 , R739 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รหัส Z713 โรคความดันโลหิตสูง รหัส R030
รายการข้อมูล 1	A = กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย โรคเบาหวาน B = จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการบริการสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) และมีผลการคัดกรองผิดปกติ ได้รับการตรวจยืนยันและผลตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัย (ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2567)
รายการข้อมูล 2	C = กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง D = จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการบริการสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิต (BP) และมีผลการคัดกรองผิดปกติ ได้รับการตรวจยืนยันและผลตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัย (ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2567)
รายการข้อมูล 3	E = กลุ่มค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ F = จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการบริการสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI) และมีผลการคัดกรองผิดปกติ ได้รับการตรวจยืนยันและผลตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัย (ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2567)
สูตรคำนวณ	สูตรการคำนวณ : (A/B) x 100 กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการลงทะเบียนในโรงเรียนเบาหวานวิทยา (C/D) x 100 กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง ได้รับการลงทะเบียนในโรงเรียนเบาหวานวิทยา (E/F) x 100 กลุ่มค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ ได้รับการลงทะเบียนในโรงเรียนเบาหวานวิทยา
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชรินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร ออย่าเสียดัย 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

ชื่อตัวชี้วัดที่ 3	กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด และเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครบ 6 ครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐
คำนิยาม	1.กลุ่มเสี่ยง สงสัยป่วย หมายถึง ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ ที่ได้รับการบริการคัดกรองสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เช่น การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) การตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI) การวัดความดันโลหิต (BP) พบความผิดปกติ และได้รับการตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยง สงสัยป่วย (ตามข้อ ๑)

	<p>2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Change Behavior) หมายถึง กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพตามหลักวิชาการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถพิจารณาและเข้าใจปัญหาของตนเองอย่างถ่องแท้ทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) และตัดสินใจจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน การมีกิจกรรมทางกาย ด้วยความพอใจ เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิต เป็นแนวทางที่ดีที่สุด สำหรับตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ส่งผลให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ลดภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการติดตามหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านโปรแกรมโรงเรียนเบาหวาน 14 สัปดาห์</p> <p>3. โรงเรียนเบาหวานวิทยา เป็นการเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ ในหลักแนวคิดเบาหวานในกระบวนการค้นคว้าใหม่ โดยโรงเรียนเบาหวานวิทยาแห่งนั้น ต้องได้รับการรับรองจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น ๆ</p> <p>ประกอบด้วย 5 ฐาน ระยะเวลา 14 สัปดาห์ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การเรียนรู้ตนเอง/รับรู้ตนเอง การตรวจสุขภาพตนเองและการแปลผล BODY Composition ซึ่งจะทำให้ได้รู้สุขภาพที่แท้จริงของตนเอง 2) การรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน โดยใช้หลักการคำนวณคาร์โบไฮเดรตที่เป็นสารอาหารกลุ่มแป้งและน้ำตาลซึ่งให้พลังงาน และวางแผนการกินต่อวัน 3) การออกแบบการปรับเปลี่ยนสุขภาพตนเอง โดยใช้หลักของอาหารพร่องแป้ง (Low Carb Diet) หรือการอดอาหารเป็นช่วงๆ (IF) 4) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม 5) การเลือกเป้าหมายที่ชอบและเหมาะสมกับตัวเอง โดยให้สัญญาใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐</p>
<p>กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการบริการบริการสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดัน โรคเบาหวาน ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมหลักของ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>ฐานข้อมูลจาก 43 แฟ้ม จากแฟ้ม NCD screen การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รหัส Z713 โรคเบาหวาน รหัส R731 , R739 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รหัส Z713 โรคความดันโลหิตสูง รหัส R030</p>
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย โรคเบาหวาน B = จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการบริการสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) และมีผลการคัดกรองผิดปกติ ได้รับการตรวจยืนยันและผลตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัย (ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2567)</p>
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>C = กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง D = จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการบริการสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิต (BP) และมีผลการคัดกรองผิดปกติ ได้รับการตรวจยืนยันและผลตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัย (ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2567)</p>

รายการข้อมูล 3	E = กลุ่มค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ F = จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการบริการสภาวะสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI) และมีผลการคัดกรองผิดปกติ ได้รับการตรวจยืนยันและผลตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัย (ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2567)
สูตรคำนวณ	สูตรการคำนวณ : (A/B) x 100 กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการลงทะเบียนในโรงเรียนเบาหวานวิทยา (C/D) x 100 กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง ได้รับการลงทะเบียนในโรงเรียนเบาหวานวิทยา (E/F) x 100 กลุ่มค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ ได้รับการลงทะเบียนในโรงเรียนเบาหวานวิทยา
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร ออย่าเสียดัย 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา
ชื่อตัวชี้วัดที่ 4	4. กลุ่มเสี่ยง (BMI \geq 23 ขึ้นไป) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา 14 สัปดาห์) ผลลัพธ์ ดีขึ้น (\geq 5%) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒๐
คำนิยาม	1.กลุ่มเสี่ยง สงสัยป่วย หมายถึง ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ ที่ได้รับการบริการคัดกรองสภาวะสุขภาพ ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เช่น การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) การตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI) การวัดความดันโลหิต (BP) พบความผิดปกติ และได้รับการตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยง สงสัยป่วย (ตามตัวชี้วัดข้อ ๑) 2. ค่าดัชนีมวลกาย การตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI) โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคัดกรองพบผิดปกติ และส่งต่อเพื่อตรวจยืนยัน พร้อมยืนยันตัวตนการให้บริการ กับหน่วยบริการ พิจารณา ดังนี้ การตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index) ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5 - 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีสูตรการคำนวณดังนี้ $\text{ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)} \times \text{ส่วนสูง (เมตร)}}$ เกณฑ์การแบ่งระดับค่าดัชนีมวลกาย \leq 18.5 ผอม น้ำหนักน้อยเกินไป 18.5 - 22.9 ปกติ 23.0 - 24.9 น้ำหนักเกิน 25.0 - 29.9 อ้วนระดับ 1 \geq 30 อ้วนระดับ 2 การวัดเส้นรอบเอว (WC : Waist Circumference) เส้นรอบเอว น้อยกว่า <u>ส่วนสูง (เซนติเมตร)</u> 2 3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Change Behavior) หมายถึง กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพตามหลักวิชาการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถพิจารณาและเข้าใจปัญหาของตนเองอย่างถ่องแท้ทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) และตัดสินใจ

	<p>จัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน การมีกิจกรรมทางกาย ด้วยความพอใจ เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิต เป็นแนวทางที่ดีที่สุด สำหรับตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ส่งผลให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ลดภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการติดตามหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านโปรแกรมโรงเรียนเบาหวาน 14 สัปดาห์</p> <p>3. โรงเรียนเบาหวานวิทยา เป็นการเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ ในหลักแนวคิดเบาหวานในกระบวนการทัศน์ใหม่ โดยโรงเรียนเบาหวานวิทยาแห่งนั้น ต้องได้รับการรับรองจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น ๆ</p> <p>ประกอบด้วย 5 ฐาน ระยะเวลา 14 สัปดาห์ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การเรียนรู้ตนเอง/รับรู้ตนเอง การตรวจสุขภาพตนเองและการแปลผล BODY Composition ซึ่งจะทำให้ได้รู้สุขภาพที่แท้จริงของตนเอง 2) การรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน โดยใช้หลักการคำนวณคาร์โบไฮเดรตที่เป็นสารอาหารกลุ่มแป้งและน้ำตาลซึ่งให้พลังงาน และวางแผนการกินต่อวัน 3) การออกแบบการปรับเปลี่ยนสุขภาพตนเอง โดยใช้หลักของอาหารพร่องแป้ง (Low Carb Diet) หรือการอดอาหารเป็นช่วงๆ (IF) 4) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม 5) การเลือกเป้าหมายที่ชอบและเหมาะสมกับตัวเอง โดยให้สัญญาใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒๐
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการบริการบริการสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดัน โรคเบาหวาน ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมหลักของ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจาก 43 แห่ง จากแฟ้ม NCD screen การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รหัส Z713 และการบันทึกดัชนีมวลกาย (น้ำหนัก วัตส่วนสูง)
รายการข้อมูล	A = กลุ่มเสี่ยง (BMI \geq 23 ขึ้นไป) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา 14 สัปดาห์) ผลลัพธ์ ดีขึ้น (\geq 5%) B = กลุ่มเสี่ยง (BMI \geq 23 ขึ้นไป) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา 14 สัปดาห์)
สูตรคำนวณ	สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชรินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร ออย่าเสียดัย 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

<p>ชื่อตัวชี้วัดที่ 5</p>	<p>5. กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย (HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา 14 สัปดาห์) ผลลัพธ์ ดีขึ้น ($\geq 5\%$) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒๐</p>																																
<p>คำนิยาม</p>	<p>1.กลุ่มเสี่ยง สงสัยป่วย หมายถึง ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ ที่ได้รับการบริการคัดกรองสถานะสุขภาพ ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เช่น การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) การตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI) การวัดความดันโลหิต (BP) พบความผิดปกติ และได้รับการตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยง สงสัยป่วย (ตามตัวชี้วัดข้อ ๑)</p> <p>2. ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง</p> <p>ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล</p> <p>Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP ≥ 140 มม.ปรอท แต่ ระดับ DBP < 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล</p> <p>Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension หมายถึง ระดับ ความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์สูงผิดปกติ (SBP ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ (SBP < 135 มม.ปรอท และ DBP < 85 มม.ปรอท)</p> <p>Masked hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล เป็น ปกติ (SBP < 140 มม.ปรอทและ DBP < 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้าน สูงผิดปกติ (SBP ≥ 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 85 มม.ปรอท)</p> <table border="1" data-bbox="422 1137 1449 1534"> <thead> <tr> <th>Category</th> <th>SBP (มม.ปรอท)</th> <th></th> <th>DBP (มม.ปรอท)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Optimal</td> <td>< 120</td> <td>และ</td> <td>< 80</td> </tr> <tr> <td>Normal</td> <td>120-129</td> <td>และ/หรือ</td> <td>80-84</td> </tr> <tr> <td>High normal</td> <td>130-139</td> <td>และ/หรือ</td> <td>85-89</td> </tr> <tr> <td>Hypertension ระดับ 1</td> <td>140-159</td> <td>และ/หรือ</td> <td>90-99</td> </tr> <tr> <td>Hypertension ระดับ 2</td> <td>160-179</td> <td>และ/หรือ</td> <td>100-109</td> </tr> <tr> <td>Hypertension ระดับ 3</td> <td>≥ 180</td> <td>และ/หรือ</td> <td>≥ 110</td> </tr> <tr> <td>Isolated systolic hypertension (ISH)</td> <td>≥ 140</td> <td>และ</td> <td>< 90</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>SBP = systolic blood pressure, DBP = diastolic blood pressure</i></p> <p>3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Change Behavior) หมายถึง กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพตามหลักวิชาการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถพิจารณาและเข้าใจปัญหาของตนเองอย่างถ่องแท้ทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) และตัดสินใจจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน การมีกิจกรรมทางกาย ด้วยความพอใจ เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิต เป็นแนวทางที่ดีที่สุด สำหรับตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ส่งผลให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ลดภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการติดตามหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านโปรแกรมโรงเรียนเบาหวาน 14 สัปดาห์</p> <p>3. โรงเรียนเบาหวานวิทยา เป็นการเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ ในหลักแนวคิดเบาหวานในกระบวนการทัศน์ใหม่ โดยโรงเรียนเบาหวานวิทยาแห่งนั้น ต้องได้รับการรับรองจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น ๆ</p> <p>ประกอบด้วย 5 ส่วน ระยะเวลา 14 สัปดาห์ ได้แก่</p>	Category	SBP (มม.ปรอท)		DBP (มม.ปรอท)	Optimal	< 120	และ	< 80	Normal	120-129	และ/หรือ	80-84	High normal	130-139	และ/หรือ	85-89	Hypertension ระดับ 1	140-159	และ/หรือ	90-99	Hypertension ระดับ 2	160-179	และ/หรือ	100-109	Hypertension ระดับ 3	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110	Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140	และ	< 90
Category	SBP (มม.ปรอท)		DBP (มม.ปรอท)																														
Optimal	< 120	และ	< 80																														
Normal	120-129	และ/หรือ	80-84																														
High normal	130-139	และ/หรือ	85-89																														
Hypertension ระดับ 1	140-159	และ/หรือ	90-99																														
Hypertension ระดับ 2	160-179	และ/หรือ	100-109																														
Hypertension ระดับ 3	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110																														
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140	และ	< 90																														

	<p>1) การเรียนรู้ตนเอง/รับรู้ตนเอง การตรวจสุขภาพตนเองและการแปลผล BODY Composition ซึ่งจะทำให้ได้รู้สุขภาพที่แท้จริงของตนเอง</p> <p>2) การรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน โดยใช้หลักการคำนวณคาร์โบไฮเดรตที่เป็นสารอาหารกลุ่มแป้งและน้ำตาลซึ่งให้พลังงาน และวางแผนการกินต่อวัน</p> <p>3) การออกแบบการปรับเปลี่ยนสุขภาพตนเอง โดยใช้หลักของอาหารพร่องแป้ง (Low Carb Diet) หรือการอดอาหารเป็นช่วงๆ (IF)</p> <p>4) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม</p> <p>5) การเลือกเป้าหมายที่ชอบและเหมาะสมกับตัวเอง โดยให้สัญญาใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒๐
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการบริการสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดัน โรคเบาหวาน ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมหลักของ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจาก 43 แฟ้ม จากแฟ้ม NCD screen การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รหัส Z713 โรคความดันโลหิตสูง รหัส R030
รายการข้อมูล	<p>A = กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย (HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา 14 สัปดาห์) (ระยะเวลา 14 สัปดาห์) ผลลัพธ์ ดีขึ้น ($\geq 5\%$)</p> <p>B = กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย (HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา 14 สัปดาห์)</p>
สูตรคำนวณ	สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร ออย่าเสียดัย 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

ชื่อตัวชี้วัดที่ 6	6. กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย (DM) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา 14 สัปดาห์) ผลลัพธ์ กลับเป็นกลุ่มปกติ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒๐
คำนิยาม	<p>1.กลุ่มเสี่ยง สงสัยป่วย หมายถึง ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ ที่ได้รับการบริการคัดกรองสภาวะสุขภาพ ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เช่น การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) การตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI) การวัดความดันโลหิต (BP) พบความผิดปกติ และได้รับการตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยง สงสัยป่วย (ตามตัวชี้วัดข้อ ๑)</p> <p>2. การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG : Fasting Capillary Blood Glucose) พบผิดปกติส่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 7-14 วัน ส่งหมอคนที่ 3 พบแพทย์ โดยใช้วิธีการตรวจยืนยันวินิจฉัย 2 วิธี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง <ol style="list-style-type: none"> 1) กลุ่มปกติ มีค่า < 100 mg/dl 2) กลุ่มเสี่ยง/สงสัยป่วย มีค่า 100 - 125 mg/dl 3) กลุ่มป่วย มีค่า \geq 126 mg/dl 4) ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ hypoglycemia <ol style="list-style-type: none"> Level 1 : < 70 mg/dl Level 2 : < 54 mg/dl Level 3 : มีลักษณะที่รุนแรงโดยมีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางร่างกาย หรือจิตใจที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน 2. กรณีไม่อดอาหาร หรืออดอาหารไม่ครบ 8 ชั่วโมง \leq 110 mg/dl ที่มา : แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560 <p>3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Change Behavior) หมายถึง กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพตามหลักวิชาการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถพิจารณาและเข้าใจปัญหาของตนเองอย่างถ่องแท้ทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) และตัดสินใจจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน การมีกิจกรรมทางกาย ด้วยความพอใจ เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิต เป็นแนวทางที่ดีที่สุด สำหรับตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ส่งผลให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ลดภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการติดตามหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านโปรแกรมโรงเรียนเบาหวาน 14 สัปดาห์</p> <p>3. โรงเรียนเบาหวานวิทยา เป็นการเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ ในหลักแนวคิดเบาหวานในกระบวนการทัศน์ใหม่ โดยโรงเรียนเบาหวานวิทยานั้น ต้องได้รับการรับรองจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น ๆ</p> <p>ประกอบด้วย 5 ฐาน ระยะเวลา 14 สัปดาห์ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การเรียนรู้ตนเอง/รับรู้ตนเอง การตรวจสุขภาพตนเองและการแปลผล BODY Composition ซึ่งจะทำให้ได้รู้สุขภาพที่แท้จริงของตนเอง 2) การรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน โดยใช้หลักการคำนวณคาร์โบไฮเดรตที่เป็นสารอาหารกลุ่มแป้งและน้ำตาลซึ่งให้พลังงาน และวางแผนการกินต่อวัน 3) การออกแบบการปรับเปลี่ยนสุขภาพตนเอง โดยใช้หลักของอาหารพร่องแป้ง (Low Carb Diet) หรือการอดอาหารเป็นช่วงๆ (IF) 4) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม 5) การเลือกเป้าหมายที่ชอบและเหมาะสมกับตัวเอง โดยให้สัญญาใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒๐
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการบริการบริการสภาวะสุขภาพยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดัน โรคเบาหวาน ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมหลักของ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจาก 43 แฟ้ม จากแฟ้ม NCD screen การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รหัส Z713 โรคเบาหวาน รหัส R731 , R739
รายการข้อมูล	A = กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย (DM) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา 14 สัปดาห์) (ระยะเวลา 14 สัปดาห์) ผลลัพธ์ ดีขึ้น ($\geq 5\%$) B = กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วย (DM) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่กำหนด (ระยะเวลา 14 สัปดาห์)
สูตรคำนวณ	สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชรินทร์ ขวัญเกิด โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร อย่าเสียดีย์ 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

กลุ่มแม่และเด็ก

- 1) ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ 15-49 ปี ที่มีโรคประจำตัว (chronic disease) ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงตามแบบคัดกรอง ได้รับการปรึกษาในการวางแผนครอบครัว เพื่อส่ง Preconception care clinic ร้อยละ 50
- 2) ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่มีโรคประจำตัว (chronic disease) ที่มีความเสี่ยง ได้รับการคุมกำเนิดที่เหมาะสมที่ preconception care clinic ร้อยละ 90
- 3) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ได้รับการดูแลโดยแพทย์ที่ High risk ANC clinic อย่างน้อย 3 ครั้ง ร้อยละ 90
- 4) ร้อยละทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ (ที่มีและไม่มีความเสี่ยง) ทุกอายุ มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 93
- 5) ร้อยละทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม ร้อยละ 50
- 6) ร้อยละเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือนในพื้นที่ ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕
- 7) ร้อยละเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือนในพื้นที่ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20
- 8) ร้อยละเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือนในพื้นที่ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นและติดตามภายใน 30 วัน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95

Template ที่เกี่ยวข้อง

ชื่อตัวชี้วัด	1.ร้อยละของการคัดกรองหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่มีโรคประจำตัว (chronic disease)ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงตามแบบคัดกรอง ได้รับการปรึกษาในการวางแผนครอบครัว เพื่อส่ง Preconception care clinic
คำนิยาม	หญิงวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง หญิงไทย อายุ 15-49 ปี Preconception care clinic หมายถึง หน่วยบริการที่มีการจัดบริการเตรียมการพร้อมก่อนการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการตายมารดาจากสาเหตุ Indirect caused การปรึกษาในการวางแผนครอบครัว หมายถึง กระบวนการซึ่งเจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคเรื้อรัง ให้คำปรึกษาแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ในกรณี ต้องการมีบุตร หรือยังไม่ต้องการมีบุตร หรือไม่ควรมีบุตร หรือควรเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม ว่าควรเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดดีที่สุด Z30.0 = General counselling and advice on contraception โรคประจำตัว (chronic disease) หมายถึง โรคประจำตัวหรือโรคทางอายุรกรรมที่พบบ่อยในหญิงวัยเจริญพันธุ์ใน chronic disease ได้แก่ E10-E14 = Diabetes mellitus I00-I69 Heart disease, Hypertensive disease and cerebrovascular disease M32 = Systemic Lupus Erythematosus (SLE) G40 = Epilepsy J44 -J45 = Asthma and Chronic obstructive pulmonary disease F2,F3 = Psychotic and mood disorder F70-F79 = Mental retardation

	D65 - D69 = Coagulation defects, purpura and other hemorrhagic conditions B20 – B24 =Human immunodeficiency virus [HIV] disease E05 = Thyrotoxicosis [hyperthyroidism] E662 , E668 = Morbid obesity (BMI \geq 30 กก/ม ²) คำถาม 3 ข้อในการซักถามหญิงวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง 1.มีประจำเดือนหรือไม่ 2.มีเพศสัมพันธ์หรือไม่ 3.คุมกำเนิดหรือไม่
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัวทุกราย ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัว 9 โรคหลัก ในโปรแกรมหลักของ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการทุกแห่ง/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ศูนย์อนามัยที่ 9 /ฐานข้อมูล 43 แห่ง
รายการข้อมูล	A = หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัวทุกรายที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ที่มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ใน 3 คำถาม ได้รับการปรึกษาในการวางแผนครอบครัว B = หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัวที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังทุกราย
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร อย่าเสียดย์ 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา
ชื่อตัวชี้วัด	2.หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่มีโรคประจำตัว (chronic disease) ที่มีความเสี่ยงได้รับการคุมกำเนิด
คำนิยาม	หญิงวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง หญิงไทย อายุ 15-49 ปี ที่ต้องการมีบุตร โรคประจำตัว (chronic disease) หมายถึง โรคประจำตัวหรือโรคทางอายุรกรรมที่พบบ่อยในหญิงวัยเจริญพันธุ์ในคลินิกโรคเรื้อรัง ได้แก่ E10-E14 = Diabetes mellitus I00-I69 Heart dz , Hypertensive dz and cerebrovascular dz M32 = Systemic Lupus Erythematosus (SLE) G40 = Epilepsy J44 -J45 = Chronic obstructive pulmonary disease J45 = Asthma F2,F3 = Psychotic and mood disorder F70-F79 = Mental retardation D65 - D69 = Coagulation defects, purpura and other hemorrhagic conditions B20 – B24 =Human immunodeficiency virus [HIV] disease E05 = Thyrotoxicosis [hyperthyroidism] E662 , E668 = Morbid obesity (BMI \geq 35 กก/ม ²) การคุมกำเนิด หมายถึง การป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์เกิดขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ การคุมกำเนิดแบบถาวร และการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว ซึ่งมีหลากหลายวิธี วิธีที่เหมาะสมใน Preconception care clinic คือ ใส่ห่วงคุมกำเนิด Z301, ICD9 = 697

	<p>ผิงยาคุมกำเนิด Z308, ICD9 = 9923</p> <p>ทำหมัน Z302 ,ICD9 = 6629,6631,6632,6639</p> <p>ยาฉีดคุมกำเนิด Z304</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัวทุกราย ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัว ในโปรแกรมหลักของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการทุกแห่ง/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ศูนย์อนามัยที่ 9/ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล	<p>A = หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่มีโรคประจำตัว (chronic disease) ที่มีความเสี่ยงได้รับการคุมกำเนิด</p> <p>B = หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่มีโรคประจำตัว (chronic disease) ที่มีความเสี่ยงส่งรับบริการที่ Preconception care clinic ทุกราย</p>
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร ออย่าเสียดัย 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา
ชื่อตัวชี้วัด	3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ได้รับการดูแลโดยแพทย์ที่ High risk ANC clinic อย่างน้อย 3 ครั้ง ร้อยละ 90
คำนิยาม	<p>หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกช่วงอายุครรภ์ ณ สถานบริการนั้นๆ ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>ความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง โรคทางอายุรกรรมหรือภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่</p> <p>High risk ANC = Dx Z358, Z359</p> <p>1.ภาวะเสี่ยงและโรคอายุรกรรม (Medical disease) เพิ่มรหัสโรคใน Template (ICD10)</p> <p>O10-O16 = hypertension in pregnancy</p> <p>O24 = DM in pregnancy</p> <p>O25 = malnutrition in pregnancy (High risk for LBW)</p> <p>O30 =Twins</p> <p>I00-I69 Heart disease, Hypertensive disease and cerebrovascular disease</p> <p>M32 = Systemic Lupus Erythematosus (SLE)</p> <p>G40 = Epilepsy</p> <p>J44 -J45 = Asthma and Chronic obstructive pulmonary disease</p> <p>F2,F3 = Psychotic and mood disorder</p> <p>F70-F79 = Mental retardation</p> <p>D65 - D69 = Coagulation defects, purpura and other hemorrhagic conditions</p> <p>B20 – B24 =Human immunodeficiency virus [HIV] disease</p> <p>E05 = Thyrotoxicosis [hyperthyroidism]</p> <p>E662 , E668 = Morbid obesity (BMI \geq 35 กก/ม²)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90

กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัยที่ 9
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการทุกแห่ง/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ศูนย์อนามัยที่ 9/ฐานข้อมูล 43 แห่ง
รายการข้อมูล	A = หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ได้รับการดูแลโดยแพทย์ที่ High risk ANC clinic อย่างน้อย 3 ครั้ง B = หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงตามที่กำหนด ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2566
ผู้ประสานงาน	นายชินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร อย่่าเสียดีย์ 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

ชื่อตัวชี้วัด	4. ร้อยละทารกมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม
คำนิยาม	ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัว 2,500 กรัมขึ้นไป หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมง หลังคลอด
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 93
กลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดทุกราย ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลน้ำหนักแรกเกิด ในโปรแกรมหลักของ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล HIS หน่วยบริการ
รายการข้อมูล	A = ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัว 2,500 กรัมขึ้นไป B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร อย่่าเสียดีย์ 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

ชื่อตัวชี้วัด	5. ร้อยละทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม
คำนิยาม	ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัว 2,500 กรัมขึ้นไป หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคทางอายุรกรรมที่พบก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และการคลอด (โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านกระบวนการดูแลในตัวชี้วัดที่ 3 ครบตามเกณฑ์) ดังต่อไปนี้ บันทึกรหัส High risk ANC High risk ANC = Dx Z358, Z359 ภาวะเสี่ยงและโรคอายุรกรรม (Medical disease) ได้แก่ O10-O16 = hypertension in pregnancy O24 = DM in pregnancy

	O25 = malnutrition in pregnancy (High risk for LBW) O30 =Twins I00-I69 Heart disease, Hypertensive disease and cerebrovascular disease M32 = Systemic Lupus Erythematosus (SLE) G40 = Epilepsy J44 -J45 = Asthma and Chronic obstructive pulmonary disease F2,F3 = Psychotic and mood disorder F70-F79 = Mental retardation D65 - D69 = Coagulation defects, purpura and other hemorrhagic conditions B20 – B24 =Human immunodeficiency virus [HIV] disease E05 = Thyrotoxicosis [hyperthyroidism] E662 , E668 = Morbid obesity (BMI \geq 35 กก/ม ²)
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50
กลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดทุกราย ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลน้ำหนักแรกเกิด ในโปรแกรมหลักของ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล HIS หน่วยบริการ
รายการข้อมูล	A = ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัว 2,500 กรัมขึ้นไป B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดที่คลอดจากมารดาที่มีความเสี่ยงที่กำหนด
สูตรคำนวณ	(A/B) \times 100
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชรินทร์ ขวัญเกิด โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร อย่านเสียดัย 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

ชื่อตัวชี้วัด	6. ร้อยละ เด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการครบคลุม 7. ร้อยละ เด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ที่ตรวจพบสงสัยพัฒนาการล่าช้า 8. ร้อยละ เด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ที่ตรวจพบสงสัยพัฒนาการล่าช้า ได้รับการส่งเสริมกระตุ้นแก้ไขและติดตามภายใน 30 วัน
คำนิยาม	การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็ก ในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2

เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มี ชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกใน โปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตาม โครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจาก 43 แฟ้ม (ข้อควรระวัง เรื่องการบันทึกล่วงหน้า)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบ พัฒนาการสงสัยล่าช้า C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบ พัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ภายใน 30 วัน
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	1.ร้อยละ เด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ = $(A/D) \times 100$ 2.ร้อยละ เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบ พัฒนาการสงสัยล่าช้า = $(B/A) \times 100$ 3.ร้อยละ ของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน พัฒนาการสงสัยล่าช้า ที่ได้รับการกระตุ้น และ ติดตามภายใน 30 วัน = $(C/B) \times 100$
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร อย่าเสียดีย์ 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

กลุ่มก่อนวัยเกษียณ และผู้สูงอายุ

1 ร้อยละประชาชนกลุ่มก่อนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ (50 ปีขึ้นไป) ให้ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90

2 ร้อยละประชาชนกลุ่มก่อนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ (50 ปีขึ้นไป) ให้ได้รับการคัดกรองพัสดตทกล้ม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90

3 ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม พบความผิดปกติ ได้รับการดูแลและส่งต่อคลินิกสูงอายุใน รพ. หรือด้วยระบบการให้คำปรึกษาทางไกล และได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการกระตุ้นฟื้นฟูสมอง ในชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อย 3 ครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90

4 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพัสดตทกล้ม พบความเสี่ยง ได้รับการดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ ในชุมชน และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการฟื้นฟูในชมรมผู้สูงอายุหรือโดยทีมพัสดตทกล้ม อย่างน้อย 3 ครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90

Template ที่เกี่ยวข้อง

ชื่อตัวชี้วัด	1. ร้อยละของประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม
คำนิยาม	ประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป หมายถึงประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมหลักของ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจาก 43 แพ้ม (คัดกรองสมองเสื่อม AMT จากแพ้ม SPECIALPP รหัส 1B1220, 1B1221, 1B1223, 1B1229)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม
รายการข้อมูล 2	B = ประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชรินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร ออย่าเสียดัตย์ 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละของประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองการพลัดตกหกล้ม
คำนิยาม	ประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป หมายถึงประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมหลักของ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจาก 43 แพ้ม (คัดกรองภาวะหกล้ม จากแพ้ม SPECIALPP รหัส 1B1200, 1B1201, 1B1202, 1B1209)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจคัดกรองการพลัดตกหกล้ม
รายการข้อมูล 2	B = ประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร ออย่าเสียดีย์ 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

ชื่อตัวชี้วัด	3. ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม พบความผิดปกติ ได้รับการดูแลและส่งต่อคลินิกสูงอายุใน รพ. หรือด้วยระบบการให้คำปรึกษาทางไกล และได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการกระตุ้นฟื้นฟูสมอง ในชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อย 3 ครั้ง
คำนิยาม	ประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป หมายถึงประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมหลักของ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจาก 43 แพ้ม (ภาวะสมองเสื่อมพบความผิดปกติ จากแพ้ม SPECIALPP รหัส 1B121, 1B1223, 1B1229 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รหัส Z71 ,Z710 ,Z711 ,Z712 การกระตุ้นฟื้นฟูสมอง (Cognitive training : COG) รหัส 9339
รายการข้อมูล 1	A = ประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และมีผลการคัดกรองผิดปกติ ได้รับคำแนะนำรักษา หรือส่งต่อรักษา
รายการข้อมูล 2	B = ประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม และมีผลการคัดกรองผิดปกติ
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร ออย่าเสียดีย์ 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

ชื่อตัวชี้วัด	4. ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพลัดตกหกล้ม พบความเสี่ยง ได้รับการดูแลด้วย ทีมสหวิชาชีพในชุมชน และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการฟื้นฟู ในชมรม ผู้สูงอายุหรือโดยทีมพลัดตกหกล้ม อย่างน้อย 3 ครั้ง
คำนิยาม	ประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป หมายถึงประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูล ในโปรแกรมหลักของ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจาก 43 แห่ง (ภาวะพลัดตกหกล้มพบความเสี่ยง จากแฟ้ม SPECIALPP รหัส 1B1201, 1B1202, 1B1209) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รหัส Z71 ,Z710 ,Z711 ,Z712 การฝึกการทรงตัว (Balance training) รหัส 9389
รายการข้อมูล 1	A = ประชาชนกลุ่มก่อนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ (50 ปีขึ้นไป) ที่ได้รับการคัดกรองพลัดตกหกล้ม และมีผลการคัดกรองผิดปกติ ได้รับคำแนะนำรักษา หรือส่งต่อรักษา
รายการข้อมูล 2	B = ประชาชนกลุ่มก่อนวัยเกษียณและผู้สูงอายุ (50 ปีขึ้นไป) ที่ได้รับการคัดกรองพลัดตกหกล้ม และมีผลการคัดกรองผิดปกติ
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา	ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร อย่าเสียดัตย์ 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

ประเด็นสุขภาพจิต : กลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

กระบวนการ/กิจกรรม

1. กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการก่อรุนแรงได้รับการคัดกรองและยืนยัน เมื่อเข้าเกณฑ์เป็นกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งประเมินยืนยันพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) และจัดกลุ่ม (แยกสีเขียว เหลือง แดง)
2. กลุ่มที่ได้รับการประเมินยืนยันเป็นกลุ่มเสี่ยงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบระดับความรุนแรงต่ำ ไม่พบพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS=0 , สีเขียว) ได้รับการวินิจฉัยรักษาแบบ OPD (รพช.) และได้รับการติดตามเยี่ยมและบำบัดในชุมชน อย่างน้อย 1 ครั้ง
3. กลุ่มที่ได้รับการประเมินยืนยันเป็นกลุ่มเสี่ยงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบระดับความรุนแรงปานกลาง (OAS=1 หรือ = 2 , สีเหลือง) ได้รับการวินิจฉัยรักษาแบบ OPD หรือ IPD (รพช.) ภายใน 15 วัน
4. กลุ่มที่ได้รับการประเมินยืนยันเป็นกลุ่มเสี่ยงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบระดับความรุนแรงสูง (OAS≥3, สีแดง) ได้รับการวินิจฉัย รักษาและส่งต่อ ภายใน 24 ชั่วโมง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ร้อยละ 80 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการคัดกรองและประเมินตามเกณฑ์
2. ร้อยละ 80 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อรุนแรงระดับต่ำได้รับการติดตาม ดูแลในชุมชนและบำบัดตามเกณฑ์
3. ร้อยละ 80 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อรุนแรงระดับปานกลางได้รับการวินิจฉัย รักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าภายในระยะเวลาที่กำหนด
4. ร้อยละ 80 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อรุนแรงระดับสูงได้รับการได้รับการวินิจฉัย รักษาและส่งต่อภายในระยะเวลาที่กำหนด

Template ที่เกี่ยวข้อง

ชื่อตัวชี้วัดที่ 1	ร้อยละ 80 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการคัดกรองและประเมินตามเกณฑ์
คำนิยาม	<p>ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการคัดกรองความเสี่ยง 7 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงในสังคม ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม) หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองในชุมชน หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) รวมถึงมีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม V-CARE โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง 7 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงในสังคม 2. การคัดกรองความเสี่ยง 7 สัญญาณเตือน หมายถึง การคัดกรองความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบการคัดกรองความเสี่ยง 7 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงในสังคม มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1) ไม่หลับไม่นอน 2) เดินไปเดินมา 3) พูดจาคนเดียว 4) หงุดหงิดฉุนเฉียว 5) เทียวหวาดระแวง 6) ประวัติการใช้สารเสพติด 7) ประวัติการมีอาการทางจิตเวช 3. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) หมายถึง แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำการประเมินโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านการอบรมการใช้งาน การแปลผลคะแนนพิจารณาโดยใช้คะแนนสูงสุดตามลักษณะที่ได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงค่าเดียวเท่านั้น และนำคะแนนจัดกลุ่มดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 0 คะแนน เท่ากับ สีเขียว 1-2 คะแนน เท่ากับ สีเหลือง 3 คะแนน เท่ากับ สีแดง 4. อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม) หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองในชุมชน มีหน้าที่บันทึก <ol style="list-style-type: none"> 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ผลการคัดกรองความเสี่ยง 7 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงในสังคม โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง 7 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงในสังคมและส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ 5. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง พยาบาล หรือ นักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และได้รับการอบรมการใช้งานแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) และการใช้โปรแกรม V-CARE

	6. โปรแกรม V-CARE หมายถึง ระบบสารสนเทศที่ใช้เพื่อการคัดกรอง ติดตามดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคม
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรม V-CARE
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรม V-CARE
รายการข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรม V-CARE
สูตรคำนวณ	<p>สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$</p> <p>A = ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคม ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale)</p> <p>B = ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคม</p>
ระยะเวลา	ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2567
ผู้ประสานงาน	นายชินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร ออย่าเสียดีย์ 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

ชื่อตัวชี้วัดที่ 2	ร้อยละ 80 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับต่ำได้รับการติดตามดูแลในชุมชนและบำบัดตามเกณฑ์
คำนิยาม	<p>ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการคัดกรองความเสี่ยง 7 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงในสังคม ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม) หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองในชุมชน หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) รวมถึงมีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม V-CARE โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง 7 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงในสังคม 2. 7 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงในสังคม ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1) ไม่หลับไม่นอน 2) เดินไปเดินมา 3) พุดจาคนเดียว 4) หงุดหงิดฉุนเฉียว 5) เทียวหวาดระแวง 6) ประวัติการใช้สารเสพติด 7) ประวัติการอาการทางจิตเวช และมีผลการคัดกรองมากกว่าหรือเท่ากับ 1 2. เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับต่ำ หมายถึง ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) และมีผลคะแนน เท่ากับ 0 คะแนน หรือ สีเขียว 3. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) หมายถึง แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำการประเมินโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านการอบรมการใช้งาน การแปลผลคะแนนพิจารณาโดยใช้คะแนนสูงสุดตามลักษณะที่ได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงค่าเดียวเท่านั้น และนำคะแนนจัดกลุ่มดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 0 คะแนน เท่ากับ สีเขียว 1-2 คะแนน เท่ากับ สีเหลือง 3 คะแนน เท่ากับ สีแดง 4. การติดตามดูแลในชุมชนและบำบัด หมายถึง การติดตามดูแล บำบัด ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ที่ผ่านการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) โดยใช้แบบประเมิน 4 ด้าน อย่างน้อย 1 ครั้ง 5. แบบประเมิน 4 ด้าน หมายถึง แบบประเมินที่ใช้ในการติดตามดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคม มีทั้งหมด 4 ด้าน <ol style="list-style-type: none"> 5.1 ด้านอาการทางจิต 5.2 ด้านการกินยา

	<p>5.3 ด้านผู้ดูแล/ญาติ</p> <p>5.4 ด้านการใช้สารเสพติด</p> <p>6. โปรแกรม V-CARE หมายถึง ระบบสารสนเทศที่ใช้เพื่อการคัดกรอง ติดตามดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคม</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมข้อมูลจากโปรแกรม V-CARE
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรม V-CARE
รายการข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรม V-CARE
สูตรคำนวณ	<p>สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคมที่ได้รับการยืนยันด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) และมีคะแนนผลการประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับต่ำหรือสีเขียวได้รับการติดตามดูแลในชุมชน อย่างน้อย 1 ครั้ง</p> <p>B=จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคมที่ได้รับการยืนยันด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) และมีคะแนนผลการประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับต่ำหรือสีเขียว</p>
ระยะเวลา	ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2566
ผู้ประสานงาน	นายชินทร์ ขวัญเกตุ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร ออย่าเสียดัตย์ 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

ชื่อตัวชี้วัด 3	ร้อยละ 80 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับปานกลางได้รับการวินิจฉัย รักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าภายในระยะเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	<p>ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการคัดกรองความเสี่ยง 7 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงในสังคม ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม) หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองในชุมชน หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) รวมถึงมีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม V-CARE โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง 7 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงในสังคม 2. 7 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงในสังคม ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1) ไม่หลับไม่นอน 2) เดินไปเดินมา 3) พุดจาคนเดียว 4) หงุดหงิดฉุนเฉียว 5) เทียวหวาดระแวง 6) ประวัติการใช้สารเสพติด 7) ประวัติการอาการทางจิตเวช และมีผลการคัดกรองมากกว่าหรือเท่ากับ 1 3. เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับปานกลาง หมายถึง ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) และมีผลคะแนนเท่ากับ 1-2 คะแนน หรือเท่ากับ สีเหลือง 4. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) หมายถึง แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำการประเมินโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านการอบรมการใช้งาน การแปลผลคะแนนพิจารณาโดยใช้คะแนนสูงสุดตามลักษณะที่ได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงค่าเดียวเท่านั้น และนำคะแนนจัดกลุ่มดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 0 คะแนน เท่ากับ สีเขียว 1-2 คะแนน เท่ากับ สีเหลือง 3 คะแนน เท่ากับ สีแดง 5. ได้รับการรักษาและวินิจฉัย หมายถึง การที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ที่ผ่านการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) และผลเท่ากับ 1-2 คะแนน หรือเท่ากับ สีเหลือง ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้แก่ รพช. รพท. รพศ 6. ภายในระยะเวลาที่กำหนด หมายถึง การที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน ภายใน 15 วัน หลังจากทราบผลการประเมินยืนยันความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคม

เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกข้อมูลการคัดกรองและยืนยันในโปรแกรม V-CARE 2. บันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรมหลักของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	1. โปรแกรม V-CARE - รหัสหน่วยบริการ - เลขที่บัตรประชาชน - ผลการคัดกรองและยืนยันจากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) และมีผลคะแนน เท่ากับ 1-2 คะแนน หรือเท่ากับ สีเหลือง) 2. ข้อมูล 43 แฟ้มข้อมูล 2.1 บันทึกข้อมูลในโปรแกรมบริการของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มข้อมูล - แฟ้ม PERSON (รหัสหน่วยบริการ เลขที่บัตรประชาชน เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN) - แฟ้ม SERVICE (เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN) วันที่ให้บริการ วันที่เดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล เลขที่บัตรประชาชน) โดยต้องเป็นรายที่ไม่เคยมีประวัติรับบริการในระบบสาธารณสุขเท่านั้น - แฟ้ม SERVICE ระยะเวลาของการลงทะเบียนรับบริการ (รหัสเวลามารับบริการ รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา) - แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD (รหัสหน่วยบริการ รหัสประเภทการวินิจฉัย และรหัสโรคที่วินิจฉัยกลุ่มโรคจิตเวช รหัส ICD-10 หมวด F00-F99 โดยไม่จำกัดรหัสประเภทของการวินิจฉัย)
รายการข้อมูล	1. โปรแกรม V-CARE 2. ฐานข้อมูลจาก 43 แฟ้มข้อมูล
สูตรคำนวณ	สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$ A = ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อรุนแรง ที่มีผลการประเมินยืนยันความเสี่ยงระดับปานกลาง ได้รับการรักษาและวินิจฉัยในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ภายในระยะเวลาที่กำหนด ภายใน 15 วัน B = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อรุนแรง ที่มีผลการประเมินยืนยันความเสี่ยงระดับปานกลาง ได้รับการรักษาและวินิจฉัยในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
ระยะเวลา	ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2566
ผู้ประสานงาน	นายชรินทร์ ชวัญเขต โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร ออย่าเสียดีย์ 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา

ชื่อตัวชี้วัด 4	ร้อยละ 80 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูงได้รับการได้รับการวินิจฉัย รักษาและส่งต่อ ภายในระยะเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	<p>ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้รับการคัดกรองความเสี่ยง 7 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงในสังคม ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม) หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองในชุมชน หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) รวมถึงมีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม V-CARE โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง 7 สัญญาณเตือนต่อการก่อความรุนแรงในสังคม 2. ผลการประเมินยืนยันความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคม หมายถึง ผลการประเมินยืนยันความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคม โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) การแปลผลคะแนน จะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามลักษณะที่ได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงค่าเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับการจัดกลุ่ม ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 4.1 0 คะแนน เท่ากับ สีเขียว หรือระดับต่ำ 4.2 1-2 คะแนน เท่ากับ สีเหลือง หรือระดับปานกลาง 4.3 3 คะแนน เท่ากับ สีแดง หรือระดับสูง 3. ผลการประเมินยืนยันความเสี่ยงระดับสูง หมายถึง หมายถึง ผลการประเมินยืนยันความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคม โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) โดยมีค่าคะแนน เท่ากับ 3 คะแนน เท่ากับ สีแดง หรือระดับสูง 4. การที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ที่ผ่านการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) และผลคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน เท่ากับ สีแดง หรือระดับสูง ได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้แก่ รพช. รพท. รพศ โรงพยาบาลจิตเวช 6. ภายในระยะเวลาที่กำหนด หมายถึง การที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากทราบผลการประเมินยืนยันความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคม
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกสิทธิ สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกข้อมูลการคัดกรองและยืนยันในโปรแกรม V-CARE 2. บันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรมหลักของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	1. โปรแกรม V-CARE <ul style="list-style-type: none"> - รหัสหน่วยบริการ - เลขที่บัตรประชาชน - ผลการคัดกรองและยืนยันจากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale) และมีผลคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน เท่ากับ สีแดง หรือระดับสูง) 2. ข้อมูล 43 แฟ้มข้อมูล <p>2.1 บันทึกข้อมูลในโปรแกรมบริการของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - แฟ้ม PERSON (รหัสหน่วยบริการ เลขที่บัตรประชาชน เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)) - แฟ้ม SERVICE (เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN) วันที่ให้บริการ วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล เลขที่บัตรประชาชน) โดยต้องเป็นรายที่ไม่เคยมีประวัติรับบริการในระบบสาธารณสุขเท่านั้น - แฟ้ม SERVICE ระยะเวลาของการลงทะเบียนรับบริการ (รหัสเวลามารับบริการ รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา) - แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD (รหัสหน่วยบริการ รหัสประเภทการวินิจฉัย และรหัสโรคที่วินิจฉัย กลุ่มโรคจิตเวช รหัส ICD-10 หมวด F00-F99 โดยไม่จำกัดรหัสประเภทของการวินิจฉัย)
รายการข้อมูล	1. โปรแกรม V-CARE 2. ฐานข้อมูลจาก 43 แฟ้มข้อมูล
สูตรคำนวณ	สูตรการคำนวณ : (A/B) × 100 A = ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อรุนแรง ที่มีผลการประเมินยืนยันความเสี่ยงระดับสูง ได้รับการรักษา วินิจฉัย และส่งต่อ ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ภายในระยะเวลาที่กำหนด ภายใน 24 ชั่วโมง B = จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อรุนแรง ที่มีผลการประเมินยืนยันความเสี่ยงระดับสูง ได้รับการรักษา วินิจฉัย และส่งต่อ ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ที่มีศักยภาพสูงกว่า
ระยะเวลา	ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2566
ผู้ประสานงาน	นายชรินทร์ ขวัญเขตต์ โทรศัพท์ 090-197-5198 , นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์ 092-246-5755 นางสาวชนกฉัตร ออย่าเสียดีย์ 085-859-8488 สปสช เขต 9 นครราชสีมา